

## **Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes**

**Olena Hankivsky et  
Marina Morrow  
avec la collaboration de  
Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds**

La recherche et la production de cette étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Mars 2004

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle l'analyse et les recommandations sont étayées par la méthodologie utilisée et les données recueillies;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations œuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les personnes chargées de l'élaboration des politiques gouvernementales, les chercheuses et chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

### **Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada**

Hankivsky, Olena

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre: Trade agreements, home care and women's health.

Comprend des références bibliographiques.

Publ. aussi en version imprimée.

Mode d'accès : Site web de Condition féminine Canada.

ISBN 0-662-75841-2

No de cat. SW21-109/2004F-PDF

1. Soins à domicile – Politique gouvernementale – Canada.
  2. Femmes – Santé et hygiène – Aspect social – Canada.
  3. Canada – Accords commerciaux – Canada.
  4. Politique sanitaire – Canada.
  5. Division sexuelle du travail – Canada.
- I. Morrow, Marina Helen, 1963-  
II. Canada. Condition féminine Canada.

RA645.37C3H36 2004

362.14'0871

C2004-980034-5

**Gestion du projet :** Vesna Radulovic, Condition féminine Canada

**Coordination de l'édition :** Cathy Hallssey, Condition féminine Canada

**Révision et mise en page :** PMF Services de rédaction inc. / PMF Editorial Services Inc.

**Traduction :** Jeannot Trudel

**Lecture comparative :** Christiane Ryan

**Coordination de la traduction :** Monique Lefebvre, Condition féminine Canada

**Contrôle de la qualité de la traduction :** France Boissonneault

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la :

Direction de la recherche

Condition féminine Canada

123, rue Slater, 10<sup>e</sup> étage

Ottawa (Ontario) K1P 1H9

Téléphone : (613) 995-7835

Télécopieur : (613) 957-3359

ATME : (613) 996-1322

Courriel : [research@swc-cfc.gc.ca](mailto:research@swc-cfc.gc.ca)

## RÉSUMÉ

Le présent rapport vise à mieux faire comprendre les conséquences de la libéralisation du commerce pour les Canadiennes dans le secteur soins à domicile. On y fait état des accords commerciaux qui touchent la santé et des articles ayant des répercussions sur le système canadien de soins de santé. On y examine également les aspects des accords qui revêtent une importance particulière pour la santé des femmes, le travail des femmes dans le secteur des soins de santé et l'égalité des femmes. L'analyse préliminaire révèle l'influence inégale que sont susceptibles d'exercer les accords commerciaux internationaux sur la prestation des services publics de promotion de la santé et sur l'accès à ces services. Étudiant plus précisément le cas des soins à domicile, les auteures font ressortir les conséquences très concrètes et préjudiciables que pourraient faire subir aux femmes les changements au système de santé directement ou indirectement occasionnés par les accords commerciaux. Le rapport se termine par une série de recommandations sur la façon d'aborder la politique commerciale et d'appliquer aux accords commerciaux existants et à venir une analyse comparative entre les sexes approfondie.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	iii
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	iv
PRÉFACE.....	vi
SOMMAIRE.....	vii
1. INTRODUCTION .....	1
Contexte.....	3
2. MÉTHODES.....	7
Analyse bibliographique.....	7
Entrevues avec des sources clés .....	8
Application de l'analyse comparative entre les sexes aux accords commerciaux.....	9
3. ACCORDS COMMERCIAUX, SANTÉ, POLITIQUES ET GENRE.....	11
Les soins de santé, les politiques et les femmes .....	11
Les soins à domicile au Canada.....	13
Financement et prestation .....	14
L'impact de la restructuration des soins de santé sur les femmes dans le secteur des soins à domicile .....	15
Le coût des soins à domicile.....	16
La privatisation .....	17
Le système des soins de santé : politiques internes et pressions externes.....	18
Le Canada et le commerce des services .....	23
L'ALENA et l'AGCS .....	24
Les réponses féministes.....	29
L'analyse des accords commerciaux dans l'optique de l'égalité entre les sexes : analyse des incidences sociales et analyse comparative entre les sexes .....	31
4. L'INTERFACE ENTRE LES SOINS À DOMICILE ET LE COMMERCE.....	35
Les soins à domicile en Ontario.....	35
Les soins à domicile en Colombie-Britannique.....	38
Analyse .....	45
Conclusion .....	69
5. RECOMMANDATIONS .....	70
Intervenantes et intervenants stratégiques .....	70
Processus d'élaboration des politiques .....	71
Contexte stratégique .....	73
Contenu stratégique .....	74

Prochaines étapes : un programme de recherche .....	75
Conclusion .....	77
ANNEXES	
A : Accords commerciaux et santé des femmes – bibliographie commentée.....	79
B : Entrevues avec des sources clés.....	128
C : Tableau des accords commerciaux.....	131
D : Conséquences pour les femmes des accords sur les ADPIC, MSP et OTC (accords de l'OMC) et la ZLEA .....	138
E : Description des principaux organismes internationaux et commerciaux.....	147
F : Les modes de l'AGCS et leurs conséquences pour les femmes .....	152
BIBLIOGRAPHIE.....	157
NOTES.....	175

## LISTE DES TABLEAUX

1. Accords commerciaux et santé .....	22
2. Engagements des membres de l'OMC relativement aux services médicaux, hospitaliers et autres services sanitaires, et à l'assurance-maladie.....	28
3. Comparaison des programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique .....	43
4. Main-d'oeuvre des soins formels à domicile, Ontario et Colombie-Britannique.....	44

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACCAP	Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
ACI	Accord sur le commerce intérieur
ACS	Analyse comparative entre les sexes, analyse comparée selon le sexe
ACSSD	Association canadienne de soins et services à domicile
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
a.-e.	Assurance-emploi
AGCS	Accord général sur le commerce des services
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIPS	Analyse des impacts sur la pauvreté et le social
AIS	Analyse des incidences sociales
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
AOSC	Association ontarienne de soutien communautaire
APEC	Organisation de coopération économique Asie-Pacifique
CARP	Association canadienne des individus retraités
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CCPA	Centre canadien de politiques alternatives
CCSJ	Centre canadien de la statistique juridique
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CPAECI	Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international
DPF	Division de la promotion de la femme (ONU)
ECUS	Entente-cadre sur l'union sociale
FMI	Fonds monétaire international
FPE	Financement des programmes établis
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
GCSCE	Groupe de consultations sectorielles sur le commerce extérieur
IA	Infirmière autorisée/infirmier autorisé
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée/infirmier auxiliaire autorisé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IGTN	International Gender and Trade Network
IRPP	Institut de recherche en politiques publiques
MAECI	Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
MSP	Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires
OACCAC	Ontario Association of Community Care Access Centres
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OHC	Ontario Health Coalition
OHHCPA	Ontario Home Health Care Providers' Association
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORC	Organisation de recherche à contrat

OSSI	Organisation de soins de santé intégrés
OTC	Accord sur les obstacles techniques au commerce
PAS	Programme d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSSP	Préposée/préposé aux services de soutien à la personne
RAPC	Régime d'assurance publique du Canada
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TCPS	Transfert canadien en matière de programmes sociaux
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
ZLEA	Zone de libre-échange des Amériques



## PRÉFACE

Une bonne politique publique est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, responsables de l'élaboration des politiques et analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en août 2001, sous le thème « Les accords commerciaux et les femmes ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : les répercussions des engagements commerciaux du Canada qui ont trait à la mobilité de la main-d'oeuvre; l'effet des accords commerciaux sur les soins de santé au Canada; les répercussions des accords de libre-échange sur les Canadiennes autochtones au plan social, économique, culturel et environnemental; la formulation de modèles canadiens devant permettre d'intégrer aux accords commerciaux des considérations liées à l'égalité entre les sexes; les répercussions des accords commerciaux sur les mesures proactives d'emploi qui visent les femmes dans le secteur privé canadien; ainsi que les effets des accords commerciaux sur les femmes handicapées.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

## SOMMAIRE

À ce jour, aucune analyse comparative entre les sexes n'a été faite de l'arrimage entre les politiques actuelles sur les soins à domicile et les modèles de financement et de prestation de ces soins, d'une part, et les accords commerciaux, d'autre part. On ne s'est pas non plus convenablement intéressé aux contraintes que pourraient imposer ces accords sur la réforme future de notre système de santé ni aux conséquences pour les Canadiennes en ce qui a trait à l'accessibilité, à l'abordabilité, à la responsabilité en matière de soins non rémunérés et aux normes d'emploi dans le secteur des soins à domicile.

Dans cette étude préliminaire, nous faisons valoir la nécessité d'effectuer une analyse comparative entre les sexes approfondie qui permettrait d'obtenir les données requises pour déterminer les conséquences réelles des traités commerciaux sur la santé des femmes et la main-d'oeuvre de la santé. Cette connaissance est essentielle si le Canada veut conserver suffisamment d'autonomie pour formuler et mettre en oeuvre des politiques conséquentes avec ses engagements en matière de justice sociale et, en particulier, d'équité entre les sexes.

Dans un premier temps, nous expliquons nos méthodes de recherche. Nous faisons ensuite un survol du régime canadien de soins de santé en mettant l'accent sur les soins à domicile. Nous dégageons d'importantes tendances et soulignons de profonds changements d'orientation tout en décrivant les accords commerciaux présentant le plus d'intérêt pour la santé. Nous nous intéressons plus particulièrement à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Nous nous interrogeons sur le sens de l'ALENA et de l'AGCS pour le système de soins de santé du Canada, financé par l'État, et, par ricochet, pour les Canadiennes. Nous passons en revue les réponses féministes aux menaces que font peser les accords commerciaux sur les services publics et traitons de la pertinence de l'analyse comparative entre les sexes (ACS) pour permettre de comprendre les répercussions des accords commerciaux sur les femmes.

L'ACS nous permet de circonscrire les menaces et les contraintes potentielles de ces accords pour une éventuelle réforme des soins à domicile. Cette analyse ne vise pas à présenter des prédictions certaines, mais soulève plutôt un certain nombre des incidences possibles de ces accords internationaux sur le système de soins de santé du Canada. Cette information peut servir à éclairer le processus de conciliation des politiques et programmes publics avec la libéralisation des échanges commerciaux. Nous formulons des conclusions et recommandations préliminaires, notamment sur la nécessité d'effectuer d'autres recherches pour suivre de près et évaluer pleinement les conséquences des accords commerciaux, leur influence sur l'autonomie du processus d'élaboration des politiques, l'interaction avec les conventions internationales et les effets qui en résultent sur la population canadienne, selon le sexe. Ce faisant, nous espérons montrer non seulement qu'une ACS pleinement intégrée est nécessaire, mais également qu'elle peut être utilisée comme catalyseur pour apporter des changements à la politique commerciale.

On a récemment constaté, à la lumière d'une synthèse détaillée de dix années de données sur l'opinion publique, que la population canadienne met un bémol sur son soutien à la

libéralisation du commerce, craignant qu'elle ne détériore les conditions sociales (Mendelsohn, 2002). La nécessité d'élargir la question de la mondialisation de l'économie, actuellement dominée par les intérêts des sociétés transnationales et les impératifs économiques, à une préoccupation semblable pour les droits de la personne, l'équité et la justice sociale fait partie intégrante des recommandations formulées dans le présent rapport.

## 1. INTRODUCTION

La mondialisation de l'économie se caractérise par « l'intégration rapide du monde en un seul espace économique par la mondialisation des biens, du capital et des marchés monétaires » [TRADUCTION] (Bergeron, 2001 : 983). Dans ce climat, les organismes commerciaux et les multinationales pressent les gouvernements de maximiser les exportations, d'assouplir leur réglementation de l'économie, de réorganiser les économies nationales et de réduire les dépenses sociales (Brodie, 1995). La mondialisation de l'économie, qui s'étend maintenant au commerce des services<sup>1</sup>, englobe des domaines tels que les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. Ces services, que l'on croyait jadis être en marge des paramètres du « commerce » et relever de la compétence des États-nations, sont en voie d'être réifiés pour ouvrir de nouveaux marchés à la croissance économique. En règle générale, on constate une disjonction entre la mondialisation de l'économie et la capacité des pays d'établir leurs politiques en matière de santé, y compris celle de protéger et de promouvoir la santé (Woodward et coll., 2001). On estime souvent que les tendances consécutives à la mondialisation de l'économie exacerbent la pauvreté et nuisent à la santé humaine, précarisant particulièrement la situation des femmes en matière d'équité et de santé (Coburn, 2000).

L'interface entre la mondialisation du commerce et les services de santé revêt une importance particulière dans le contexte canadien. Le régime canadien se fonde sur un engagement éthique à fournir des soins de santé en fonction des besoins plutôt que de la capacité de payer. Il a également eu un effet égalisateur dans la vie des femmes (CCPA, 2002; Statistique Canada, 2000a). Par ailleurs, le système de soins de santé canadien a subi pendant près de 10 ans un train de changements et de réformes, dont la multiplication des expériences de privatisation. Il s'agit essentiellement d'un régime public de soins de santé sans but lucratif (bien que le secteur privé fasse de plus en plus partie de l'équation) que l'on ne peut mettre convenablement à l'abri d'une commercialisation accrue en vertu d'accords comme l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). On s'inquiète donc de plus en plus de l'avenir du régime canadien de soins de santé dans le contexte de la mondialisation de l'économie.

Nous cherchons dans le présent rapport à mieux comprendre les conséquences de la mondialisation du commerce pour les Canadiennes dans le secteur des soins à domicile, segment des soins de santé jugé parmi les plus vulnérables à l'ALENA et à l'AGCS (Epps et Flood, 2003; Ostry, 2001; Sanger, 2001). Nous y étudions les effets différents qu'ont les accords commerciaux sur les services de santé explicitement visés par la *Loi canadienne sur la santé*, d'une part, et sur les services soustraits aux dispositions de la Loi, d'autre part. De plus, étant donné que la plupart des prestataires de soins formels et informels sont des femmes, tout changement au sein du secteur des soins à domicile revêt une importance particulière pour les femmes.

Nous soutenons principalement qu'il est devenu plus difficile en vertu des accords commerciaux de continuer à fournir les services actuels ou d'élargir le système canadien

de soins de santé aux soins à domicile, et que ces contraintes stratégiques pourraient se répercuter différemment sur les femmes. Il s'agit là de questions particulièrement pressantes, compte tenu des réformes du système de soins à domicile recommandées par la Commission Romanow (Romanow, 2002) et des changements convenus par le gouvernement fédéral et les provinces dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

Notre analyse révèle l'influence que sont susceptibles d'exercer les traités commerciaux internationaux sur la prestation des services de soins à domicile et sur l'accès à ceux-ci. En effet, la prestation des services de soins à domicile obéit de plus en plus à des modèles à but lucratif. La privatisation rend les soins à domicile plus vulnérables aux dispositions des accords commerciaux. Par ailleurs, les accords commerciaux engagent les gouvernements à privatiser encore davantage les services de santé. Comme le faisait remarquer l'une des personnes clés que nous avons interviewées :

*Les accords commerciaux [sont comme] une clé à rochet : on ne fait que libéraliser; on ne ramène jamais rien dans le secteur public (entrevue avec une source clé, 2003) [TRADUCTION].*

Fait à signaler, il s'avère que la prestation à but lucratif de soins à domicile coûte plus cher et compromet les normes, la qualité, la transparence des comptes et le bien-être des malades (Armstrong, 1999; Aronson et Neysmith, 2001; Browne, 2000).

Le recours à l'analyse comparative entre les sexes permet de mettre le doigt sur les conséquences très concrètes et préjudiciables que pourraient faire subir aux femmes les changements au système de santé directement ou indirectement issus des accords commerciaux. La privatisation préoccupe les femmes au premier chef. Les femmes vivent dans une pauvreté disproportionnée par rapport aux hommes (Morris, 2002) et sont moins susceptibles d'avoir les moyens de s'offrir des soins de santé privés. Ajoutons à cela que, parce que la majorité des prestataires et des bénéficiaires de soins sont des femmes, la conjugaison des soins à domicile et du commerce pourrait démesurément nuire aux femmes d'horizons divers, y compris les bénéficiaires de soins, les prestataires de soins formels et informels et d'autres travailleuses des soins à domicile apparentées aux malades, dont bon nombre sont des femmes de couleur, des femmes autochtones et des immigrantes.

Les accords commerciaux couvrent maintenant pratiquement tous les secteurs d'intervention concevables, si bien qu'il est plus difficile pour les gouvernements de contrôler les décisions qui influent sur les déterminants sociaux de la santé. Il se pourrait, par exemple, que l'adhésion aux accords commerciaux fasse augmenter la pauvreté et s'effriter les normes dans les domaines de l'environnement, du travail et de la protection de la santé, ce qui nuit, dans un cas comme dans l'autre, à la santé des femmes. Enfin, nous faisons valoir la nécessité de mieux comprendre les accords commerciaux et leurs incidences pour l'égalité des sexes. Notre analyse préliminaire montre également la pertinence d'une analyse comparative exhaustive entre les sexes qui nous fournirait les données requises pour déterminer les incidences réelles des accords commerciaux sur la santé des femmes.

## Contexte

Ces dernières années, la population canadienne a débattu vigoureusement de la réforme de la politique sur la santé. Dans le domaine des soins à domicile, il s'est lancé de nombreux appels à l'établissement d'un programme public national de soins à domicile fondé sur les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce programme garantirait l'accès à des services coordonnés, convenables, transparents et adaptés aux réalités culturelles (Forum national sur la santé, 1997; Groupe de réflexion national, 2001; Institut Roehrer, 2000). La Commission Romanow (2002) a récemment proposé d'étendre le principe de l'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* à des services ciblés de soins à domicile (p. ex., les services de gestion de cas et d'intervention à domicile en santé mentale, les soins post-aigus et de réadaptation à domicile et les soins palliatifs).

Au chapitre de la réforme des soins à domicile, il importe particulièrement de rappeler qu'en février 2003, la signature de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé a précipité la création d'un fonds quinquennal pour la réforme de la santé de 16 milliards de dollars à l'intention des provinces et des territoires. Ce fonds cible les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux. Il couvrira les soins de courte durée à domicile, y compris les soins communautaires de courte durée en santé mentale et les soins de fin de vie. L'évaluation des besoins déterminera l'accès à ces services, et, d'ici 2006, les services disponibles pourraient comprendre les services infirmiers et professionnels, les produits pharmaceutiques, l'équipement médical et les fournitures médicales, le soutien pour les besoins essentiels d'hygiène personnelle ainsi que l'évaluation des besoins de la clientèle et la gestion des cas.

Le gouvernement du Canada a également institué une prestation de compassion d'une durée de six semaines. Sont admissibles à cette prestation offerte par l'entremise du régime d'assurance-emploi et assujettie aux dispositions de protection de l'emploi du *Code canadien du travail* les personnes qui doivent quitter temporairement leur emploi pour s'occuper d'un enfant, d'un parent, d'un conjoint ou d'une conjointe gravement malade ou mourant. Si cette mesure est positive, ce type particulier de prestation profite uniquement aux prestataires de soins que leur emploi rend admissibles à l'assurance-emploi. Bon nombre de prestataires de soins, dont la plupart sont des femmes, travaillent à temps partiel ou ne travaillent pas du tout en raison du temps que requièrent les soins.

À quelques exceptions près, dont la Commission Romanow est la plus notable, les recommandations stratégiques et les réformes dans le domaine des soins à domicile ne tiennent pas entièrement compte des accords commerciaux internationaux. Les accords commerciaux n'ont en effet pas toujours été au premier plan et au centre des grands débats sur la réforme des soins de santé. Comme l'attestent de nombreuses études et commissions provinciales et fédérales, l'avenir de notre système de santé fait l'objet de vastes débats depuis quelques années<sup>2</sup>. Les discussions gravitent principalement autour de la pertinence de conserver notre système de garde sans le modifier ou de l'ouvrir à la privatisation. On s'interroge également sur les relations de plus en plus tendues entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux décisions stratégiques en matière

de santé. Si bon nombre de chercheuses et de chercheurs ont suivi les changements occasionnés par la signature d'accords commerciaux, ils n'avaient pas, jusqu'à récemment, examiné attentivement les contraintes stratégiques que les traités commerciaux internationaux sont susceptibles d'imposer à la réforme, voire au maintien, du système canadien de soins de santé.

Bon nombre de femmes et d'hommes politiques, de chercheuses et chercheurs en santé et de décisionnaires – sans oublier le grand public – connaissent mal la politique commerciale ou, par exemple, les engagements du Canada en vertu de l'AGCS, ou encore, ce qui se passe dans le cadre de l'actuelle ronde de négociations de Doha de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Pour définir le commerce au sens large afin d'y inclure le commerce de services comme les soins de santé (y compris le mouvement des personnes qui fournissent ou souhaitent obtenir ces services), il faut aller bien au-delà de l'habituel champ d'application de la libéralisation du commerce, laquelle vise surtout à éliminer les barrières tarifaires au mouvement des marchandises. L'insistance de plus en plus grande sur l'élimination des barrières non tarifaires au commerce (p. ex. les lois, les règlements, les prescriptions relatives aux licences, les qualifications, etc.) est lourde de conséquences pour la politique en matière de santé. Cette élimination touchera particulièrement les femmes, qui représentent la majorité de la main-d'oeuvre de la santé et des bénéficiaires des soins de santé.

Quoi qu'il en soit, les incidences des accords commerciaux sur la santé soulèvent de plus en plus la controverse. Jusqu'à maintenant, les opinions divergent quant à leurs conséquences sur l'élaboration des politiques en matière de santé. Le gouvernement fédéral soutient que tous les services de santé sont à l'abri des accords commerciaux. D'aucuns prétendent effectivement que le système public canadien de soins de santé n'a essentiellement rien à craindre d'accords comme l'ALENA et l'AGCS. Ils affirment que la situation ne changera que si le volet public du système prend de l'expansion dans de nouveaux domaines où il serait porté atteinte aux intérêts économiques privés (p. ex. Johnson, 2002). Reconnaisant le conflit entre les valeurs des traités commerciaux internationaux et celles du système de soins de santé, certains ont réclamé l'adoption d'approches intégrées tenant compte des préoccupations commerciales tout en respectant les priorités des gouvernements en matière de santé (p. ex. Ouellet, 2002). D'autres encore ont demandé que des changements fondamentaux soient apportés à la politique commerciale et aux obligations conventionnelles du Canada afin d'assurer l'avenir du régime d'assurance-maladie (p. ex. CCPA, 2002).

Bon nombre de ces discussions se déroulent en l'absence d'une analyse comparative entre les sexes systématique et exhaustive. Les gouvernements sont peu enclins à reconnaître que la mondialisation et les accords commerciaux sont des enjeux qui intéressent les femmes, même si ces traités ont été mis en oeuvre dans le contexte des inégalités sociales au pays et à l'étranger. Certains aspects clés de la mondialisation en ce qui a trait au système de soins de santé ont des effets différents selon le sexe, la race, l'origine ethnique et la classe, et des incidences particulières sur les femmes (White, 2001; Armstrong et coll., 2001). De nombreuses études ont demandé l'évaluation de l'incidence des accords commerciaux sur les femmes, et certains chercheurs et chercheuses ont commencé à dresser des cadres d'analyse selon le genre et d'analyse des incidences sociales (p. ex. Cornia et coll., 1987; Gittinger, 1985; White, 2002b).

Néanmoins, la méthodologie utilisée pour concevoir et réaliser ces études d'impact demeure sous-théorisée et sous-développée. Le gouvernement fédéral n'a pas encore fait d'étude qui permette de voir et d'évaluer en quoi les accords commerciaux pourraient toucher différemment les hommes et les femmes. Et aucune étude d'envergure de ce genre n'a encore été faite au Canada ou ailleurs.

En 1999, Santé Canada (Direction des affaires internationales) a commencé à collaborer étroitement avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) sur les questions liées au commerce et à la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont salué leur partenariat, le qualifiant de modèle de coordination des politiques de commerce et de santé à suivre en vue d'atteindre les objectifs nationaux (OMS et OMC, 2002). Bien que l'objet de cette collaboration soit de veiller à ce que les positions de négociation commerciale soient le reflet des priorités et objectifs stratégiques intérieurs (OMS et OMC, 2002 : 142), ces consultations et les décisions qui en découlent ne bénéficient pas de l'éclairage d'une analyse comparative selon le sexe. Les organisations de femmes et les chercheuses féministes qui sont à la fine pointe de l'établissement de cadres d'analyse comparative selon le sexe n'ont pas joué de rôle de premier plan dans la formulation des politiques commerciales. Au gouvernement fédéral, Condition féminine Canada est le principal organisme promoteur de l'égalité des femmes et « n'est pas considéré comme un intervenant important dans les [...] négociations commerciales » (Hassanali, 2000 : 11).

Or, il est bien connu que le sexe et les différences selon le sexe suscitent des besoins et des rapports distincts à l'endroit du système de soins de santé. Par exemple, les femmes représentent 80 % des prestataires de soins de santé primaires dans les secteurs des soins formels et informels, utilisent davantage le système de santé que les hommes et sont surreprésentées parmi les pauvres (Greaves et coll., 1999). En 1997, près de 5,2 millions de Canadiens, dont 54,5 % de femmes, touchaient un faible revenu (Statistique Canada, 2000a). Parmi les femmes à faible revenu, 20 % sont des mères seules et 56 % de celles-ci vivent sous le seuil de la pauvreté (Townson, 2000).

Les femmes, surtout les femmes racialisées, sont plus fortement concentrées dans les emplois faiblement rémunérés qui n'offrent aucune prestation de maladie additionnelle. Les femmes se ressentent particulièrement de tout changement modifiant l'accès aux services de santé, en particulier aux soins à domicile. Outre leur influence sur les soins de santé proprement dits, les accords commerciaux ont également une incidence indirecte sur la santé des femmes par leur influence dans des domaines comme l'éducation, les services sociaux, l'emploi, l'environnement et la culture.

Il existe des raisons impérieuses d'examiner les effets des accords commerciaux sur la santé selon le sexe. De plus, le gouvernement du Canada s'est formellement engagé à respecter l'équité des sexes dans un éventail de lois et de politiques nationales ainsi que d'ententes et de conventions internationales. Cet engagement est inscrit dans la Constitution en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982). Trois articles de la Charte – 15 (droits à l'égalité), 27 (maintien du patrimoine culturel) et 28 (égalité de garantie des droits pour les



deux sexes) – décrivent les fondements du droit à un traitement égal dont jouissent les Canadiennes et les Canadiens.

En plus de la Charte, le gouvernement fédéral a, en 1995, adopté une politique d'analyse comparative entre les sexes (ACS) dans *À l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle : plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* (CFC, 1995). On y déclare que les mesures législatives et les politiques à venir incluront une analyse des différentes incidences sur les hommes et les femmes, ce qui nécessitera l'inclusion de tous les traités commerciaux conclus à partir de 1995. Le Canada est également signataire d'un certain nombre d'ententes internationales. Parmi les principales en ce qui touche les droits et l'égalité des femmes figurent la *Déclaration* et le *Programme d'action de Beijing* (1995), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979).

Malgré l'engagement clair à l'endroit de l'équité entre les sexes, la compréhension des incidences potentielles et réelles de la libéralisation des échanges commerciaux sur les Canadiennes a peu progressé.

## 2. MÉTHODES

*Le fait de montrer la façon dont les accords commerciaux peuvent empiéter sur des domaines intérieurs du secteur de la santé nous éveille à leurs problèmes potentiels* [TRADUCTION] (entrevue avec Joseph Stiglitz, 2003).

Dans le cadre de la présente étude, nous avons réalisé une vaste analyse bibliographique des écrits sur la mondialisation, les accords commerciaux, le sexe et la santé, et interviewé des expertes et des experts du Canada et de l'étranger de même que des spécialistes de la mondialisation, des accords commerciaux, de la politique en matière de santé, de la santé des femmes et des soins à domicile. Pour étoffer notre analyse, nous nous sommes enquis auprès des ministères de la Santé des provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique et, dans le cas de cette dernière, d'une des autorités sanitaires régionales, du nombre de compagnies d'assurance privée oeuvrant dans le domaine des soins à domicile. Nous avons communiqué avec les syndicats représentant les travailleuses et travailleurs des soins à domicile afin d'obtenir des renseignements démographiques sur cette main-d'oeuvre.

### **Analyse bibliographique**

Nous avons passé en revue la documentation sur la libéralisation du commerce des services et ses répercussions sur la politique en matière de santé et la prestation des services de santé au Canada. Cette documentation comprenait des textes juridiques et des opinions d'expertes et d'experts, par exemple sur la possibilité que l'ALENA et l'AGCS entravent l'élaboration de la politique canadienne en matière de santé et minent un système de soins de santé universel de qualité (p. ex. Epps et Flood, 2003; Gould, 2002; Johnson, 2002; Sanger, 2001; Sinclair et Grieshaber-Otto, 2002). Nous nous sommes servis de la documentation décrivant les changements apportés à la politique sociale canadienne depuis 15 ans pour situer dans leur contexte les débats en cours dans le secteur des soins de santé. Par exemple, nous avons étudié les discussions entourant la compétence des provinces et des territoires sur les transferts fédéraux et la mesure dans laquelle il y aurait lieu d'assujettir la prestation des services sociaux à des normes nationales (p. ex. Romanow, 2002). Nous avons également étudié les travaux féministes et d'autres écrits sur la justice sociale qui jettent un regard critique sur les conséquences que peut entraîner l'insistance du gouvernement canadien sur la réduction de la dette et du déficit aux dépens des programmes sociaux (p. ex. Brodsky et Day, 1998; Clarkson, 2002; Wiseman, 1996).

Nous avons examiné le débat grandissant sur le rôle de la privatisation dans le secteur des soins de santé en nous attardant particulièrement aux écrits sur les effets de la privatisation pour les femmes (p. ex. Armstrong et coll., 2002; Fuller, 1998). À cette fin, nous avons également consulté des études comparatives examinant les différences entre les résultats obtenus sur le plan de la santé par les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de longue durée et les milieux de soins à domicile publics et privés (p. ex. Harrington et coll., 2001; Himmelstein et coll., 1999). Nous avons aussi étudié les recherches centrées sur le financement et la prestation des soins à domicile au Canada et sur les problèmes auxquels

se butent les travailleuses aussi bien que les femmes bénéficiaires des soins de santé (p. ex. Armstrong et coll., 2001; Cohen, 2001; Fuller, 2001).

Nous avons parcouru les écrits étrangers sur les accords commerciaux et la politique en matière de santé en privilégiant les analystes préoccupés par les effets du commerce international sur les femmes (p. ex. Spieldoch, 2001; White, 2002a). Nous avons donc examiné l'efficacité et la pertinence, pour le secteur de la santé, des outils d'ACS et de l'analyse des incidences sociales (AIS) (p. ex. Banque mondiale, 2002; White, 2002b).

Cette analyse documentaire nous a éclairées dans notre analyse globale et nous avons sélectionné certains écrits pour dresser la bibliographie commentée figurant à l'annexe A.

### **Entrevues avec des sources clés**

Nous avons réalisé 27 entrevues avec des sources clés au Canada, aux États-Unis et en Europe, notamment auprès d'expertes et d'experts ainsi que de spécialistes des accords commerciaux, de la politique en matière de santé, du droit, des soins à domicile, de la mondialisation et la société civile, des femmes et des soins de santé, et de l'analyse comparative entre les sexes. Nous avons interviewé directement un certain nombre de sources internationales clés, dont un représentant de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à Paris, en France, et une analyste des politiques d'UNIFEM (Fonds de développement des Nations Unies pour la femme) à New York. Nous avons aussi rencontré le directeur de l'Initiative for Policy Dialogue à l'Université Columbia. Nous avons eu un entretien informel avec des universitaires allemands travaillant à la question de l'égalité des sexes et de la mondialisation à l'Université de Mayence, en Allemagne. Nous avons également interviewé des chercheuses et chercheurs universitaires à Toronto et discuté avec des membres du Conseil des Canadiens à Ottawa. De plus, nous nous sommes entretenues en personne avec plusieurs attachées et attachés de recherche du Centre canadien de politiques alternatives, à Ottawa et à Charlottetown.

Nous avons interviewé au téléphone d'autres sources clés au sein d'organisations internationales, par exemple, un spécialiste en santé de l'OMC et des personnes représentant l'OMS à Genève, en Suisse, de même que des spécialistes des femmes et du commerce de l'International Gender and Trade Network (IGTN) et de Women's Edge, à Washington, DC. Nous avons aussi interviewé des spécialistes de l'égalité hommes-femmes et du commerce du Royaume-Uni. Joseph Stiglitz, fondateur de l'Initiative for Policy Dialogue à l'Université Columbia à New York, est également l'un des principaux sujets que nous avons interrogés pour l'étude. Nous avons aussi consulté des spécialistes canadiens et des responsables canadiens de la politique commerciale et de la politique en matière de santé au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et au ministère de la Santé du Canada.

Nous avons recruté les personnes interviewées après consultation des membres de l'équipe de recherche et discussion avec le Comité coordinateur des femmes et la réforme en santé. Le comité de révision déontologique de l'Université de la Colombie-Britannique a approuvé le protocole de recherche. La plupart des entrevues ont été enregistrées sur bande audio, mais des notes ont été prises lors des interviews téléphoniques. Les entrevues ont ensuite

été analysées et résumées pour être utilisées avec les autres données. On trouvera la liste des personnes interviewées à l'annexe B.

Outre les entrevues, plusieurs conférences et forums importants sur la politique en matière de santé du Canada et la libéralisation du commerce se sont déroulés pendant notre recherche. Nous avons participé avec d'autres universitaires à une présentation, intitulée *La mondialisation et le système de soins de santé du Canada*, faite à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada le 19 septembre 2002, à Vancouver. Nous avons également assisté, le 3 février 2003, à Ottawa, à une conférence parrainée par le Conseil des Canadiens, le Centre canadien de politiques alternatives et le Syndicat canadien de la fonction publique, intitulée *Prescription for Change: Securing the Future of Public Health Care*. Nous avons fait une présentation informelle sur les progrès des travaux au Comité coordinateur des femmes et la réforme en santé en novembre 2002. Nous avons également participé avec ce groupe à l'examen du rapport de la Commission Romanow en analysant les sections relatives à la mondialisation, au fédéralisme et à la citoyenneté.

### **Application de l'analyse comparative entre les sexes aux accords commerciaux**

Nous avons fait une ACS en partant de la prémisse que les politiques peuvent avoir des effets différents sur les femmes. « L'analyse comparative entre les sexes est une méthode d'évaluation et d'interprétation qui tient compte des différences sociales et économiques entre les femmes et les hommes, qu'elles s'appliquent à l'élaboration des politiques et des programmes, ou aux activités de la vie en général, comme les rôles professionnels et familiaux » (Santé Canada, 2002 : 1).

L'ACS doit s'appliquer à chaque étape du processus d'élaboration des politiques. Elle met ainsi l'accent sur les incidences réelles, corroborées par des données empiriques, et sur l'examen de l'éventuelle différence des incidences sur les femmes et les hommes.

Deux facteurs compliquent l'application de l'ACS aux accords commerciaux. D'abord, on dispose de méthodologies et d'outils insuffisants pour mesurer les effets des accords commerciaux sur les femmes. Il est aussi difficile de départager les effets selon le sexe des orientations déjà imprimées aux politiques nationales et de la politique commerciale. L'un de nos experts sur le genre et le commerce nous mettait ainsi en garde :

*Peut-on relier les effets au commerce? Est-il possible d'établir un rapport? Quels sont les facteurs sociaux existants? Quel est le milieu réglementaire? Il faut savoir avec précision quels sont ou quels seront les effets des accords commerciaux sur chacune des variables* [TRADUCTION] (2003).

Il est d'autant plus difficile de mener une recherche de ce genre que la plupart des accords commerciaux sont encore en négociation ou en cours d'élaboration.

Indépendamment de ces contraintes, nous avons choisi de recourir à l'ACS pour tenter de commencer à comprendre les effets possibles des accords commerciaux sur les femmes.

Nous nous sommes posé les questions suivantes pour étudier les répercussions réelles et potentielles, selon le sexe, de l'ALENA et de l'AGCS sur la santé des femmes et des travailleuses du secteur des soins à domicile.

- Quels sont les aspects de l'accord commercial liés à la santé et au genre<sup>3</sup>? Lesquels touchent précisément le secteur des soins à domicile?
- Quels sont les aspects de la mise en oeuvre ou de l'application de l'accord commercial qui ont trait aux rapports sociaux entre les sexes en ce qui concerne le secteur des soins à domicile?
- Quels pourraient en être les effets sur la santé et le travail des femmes du secteur des soins à domicile et sur l'égalité des femmes?

Ellen Gould, experte de renommée internationale des services de commerce et de santé, et Marjorie Cohen, professeure en sciences politiques et en études des femmes à l'Université Simon Fraser, ont examiné notre analyse des accords commerciaux, tandis que Georgia Livadiotakis, analyste des politiques de soins à domicile et de soins continus à Santé Canada, a passé en revue notre analyse des soins à domicile.

Nous avons également appliqué les trois questions précitées à d'autres accords commerciaux touchant plus globalement le secteur des soins de santé : l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) et la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), nouvellement créée, qui n'a pas encore fait l'objet d'un accord proprement dit<sup>4</sup>.

### 3. ACCORDS COMMERCIAUX, SANTÉ, POLITIQUES ET GENRE

Dans le présent chapitre, nous faisons un tour d'horizon du système canadien de soins de santé et de la documentation sur le financement et la prestation des soins à domicile. Nous y traitons de tendances et de décisions stratégiques importantes touchant le secteur de la santé. Nous faisons état des ententes commerciales les plus pertinentes pour les services de santé et des dispositions qui nous semblent revêtir le plus d'importance pour les femmes. Notre analyse nous porte à croire que la privatisation croissante du système canadien de soins de santé ouvre le secteur de la santé aux règles des accords commerciaux internationaux. Cette tendance pourrait fragiliser le système de santé canadien financé par l'État et miner la capacité du gouvernement canadien d'entreprendre des réformes de la santé bénéfiques pour les femmes. Nous concluons par un survol des réactions féministes à la libéralisation du commerce et faisons valoir que l'interface santé-commerce n'a pas été suffisamment étudiée.

Nous jetons ensuite un regard critique sur les outils qui ont été conçus pour analyser et évaluer les effets des accords commerciaux sur les populations. Nous nous intéressons en particulier à l'analyse des incidences sociales (AIS) et à l'analyse comparative entre les sexes (ACS). Nous soutenons qu'en dépit de son importance pour l'examen des effets distributifs inégaux des accords commerciaux sur les populations, l'outil d'analyse qu'est l'AIS ne s'appuie pas suffisamment sur une analyse du genre, des relations sociales et des relations de pouvoir, plus vastes, qui servent de toile de fond à la mécanique des politiques commerciales (Cagatay, 2001). L'ACS, en revanche, n'a pas toujours bien su rendre compte des iniquités sociales fondées sur d'autres motifs que le sexe (p. ex. la race et la classe). Il s'agit toutefois d'un important prisme d'analyse permettant de dégager les enjeux critiques pour les femmes, et nous soutenons qu'elle peut éclairer des études de plus grande envergure sur les incidences sociales selon le genre. On trouvera au chapitre 4 une ACS des effets réels et potentiels des accords commerciaux sur le secteur des soins à domicile, domaine particulièrement significatif pour les femmes.

#### **Les soins de santé, les politiques et les femmes**

Le Canada est réputé avoir l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde. Il s'agit pour l'essentiel d'un régime financé par l'État, à prestation privée et sans but lucratif. En vertu de la Constitution du Canada, les soins de santé sont de compétence provinciale. Le gouvernement fédéral a toujours financé le système et, par l'intermédiaire de Santé Canada, voit à la fourniture des services de santé aux Autochtones au Canada. La nature de cette contribution a cependant changé fondamentalement avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation, puis de l'assurance médicale, ensuite réunies sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*. En 2000–2001, le Canada a consacré 97,6 milliards de dollars à la santé (Santé Canada, 2002). Dans certains secteurs, les paiements de santé sont en voie d'être privatisés et les fonds publics servent à payer la prestation de services privés. Il s'agit notamment de l'assurance privée, qui couvre de nombreux services non assurés (p. ex. les médicaments), des fonds publics, qui servent à payer certains services de santé à but lucratif (p. ex. dans le cas des Canadiennes et des Canadiens qui se rendent aux États-Unis pour s'y

faire traiter contre le cancer) et des frais privés qu'assument les particuliers pour se prévaloir de services que ne couvrent ni les régimes publics ni les régimes privés. Notre régime fiscal prévoit une compensation minimale pour les personnes qui font d'importantes dépenses privées au chapitre de la santé. De plus, des partenariats se concluent entre les secteurs privé et public, par exemple, pour la construction d'hôpitaux et la prestation de services d'aide.

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le secteur public a payé 71 % des dépenses de santé en 2000 (surtout pour les soins hospitaliers et les services médicaux), tandis que le secteur privé en a assumé les 29 % restants (surtout pour les services non couverts par la *Loi canadienne sur la santé* – médicaments, soins dentaires, soins de la vue et soins à domicile) (Kirby, 2001b). Selon les données de l'OCDE (1999), le Canada consacre 9,2 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé. (Les États-Unis y affectent environ 13,9 % du leur et l'Union européenne, 8,0 %.)

Il est également à noter que le système canadien de soins de santé compte beaucoup sur la philanthropie, le bénévolat et les soins informels, en particulier dans le domaine hospitalier. Les femmes comptent pour la majorité des prestataires de ces soins (Armstrong et coll., 2001). Plus de 95 % des hôpitaux sont des établissements privés sans but lucratif (dirigés par des conseils communautaires, des organismes bénévoles, des municipalités ou des autorités sanitaires régionales). Les médecins et les spécialistes négocient un régime de rémunération fixe avec les gouvernements provinciaux par l'entremise de leurs associations professionnelles.

La *Loi canadienne sur la santé*, régie par les principes de l'universalité, de la gestion publique, de l'accessibilité, de la transférabilité et de l'équité, constitue le cadre juridique des soins de santé. La *Loi canadienne sur la santé* couvre deux types de services de santé :

- *les services de santé assurés* – les services hospitaliers nécessaires sur le plan médical, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire;
- *les services complémentaires de santé* – certains aspects des soins en établissement de longue durée (soins intermédiaires en maison de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes) et les dimensions sanitaires des services de soins à domicile et de soins ambulatoires.

Il ressort d'une analyse du rôle des femmes, tant à titre de travailleuses de la santé que de bénéficiaires des soins de santé, que la majorité des bénéficiaires de soins de santé sont des femmes. Elles utilisent souvent des services différents et sont dans bien des cas responsables de la santé des membres de leur famille, surtout des enfants et des parents âgés (Armstrong et coll., 2001). Les femmes affichent des taux de morbidité supérieurs à ceux des hommes et sont plus nombreuses que les hommes en vieillissant. Elles représentent actuellement les trois quarts des personnes âgées vivant en établissement (Armstrong et coll., 2001). Les circonstances sociales, qui sont les principaux déterminants de la santé, ont souvent des impacts différents sur les femmes. Celles-ci, par exemple, présentent des taux de violence physique et sexuelle supérieurs à ceux des hommes (CCSJ, 1993). Les femmes, surtout les femmes autochtones, les mères seules, les femmes handicapées et les femmes âgées, sont, toutes proportions gardées, beaucoup plus pauvres que les hommes (Morris, 2000). Peu

d'études ont été faites sur les femmes racialisées dans le secteur des soins de santé. On peut cependant présumer que ces femmes se heurtent à des difficultés supplémentaires en raison de leur concentration générale dans les emplois faiblement rémunérés du secteur de la santé et du racisme dont elles sont la cible.

Quant au rôle des femmes dans le système de santé, celles-ci sont fortement concentrées dans les professions infirmières et les emplois faiblement rémunérés, par exemple les services auxiliaires de santé. La main-d'oeuvre auxiliaire des services de soutien en santé subit en premier et le plus durement les compressions gouvernementales, et elle est sous-représentée dans les postes décisionnels (Cohen, 2001). En effet, la restructuration et la rationalisation ont occasionné des pertes d'emplois, en particulier dans les domaines qui font appel aux compétences invisibles des soins et du nettoyage que les femmes acquièrent à la maison. La différence selon le sexe la plus frappante est peut-être le fait que les femmes fournissent 80 % des services de santé primaires rémunérés et non rémunérés (Armstrong et coll., 2001). Elles font de plus en plus de travail non rémunéré et informel à l'intérieur du système de soins de santé, conséquence directe des compressions imposées aux hôpitaux, tant et si bien qu'on prend soin d'un nombre grandissant de personnes en milieu communautaire ou à la maison (Armstrong et coll., 2001).

Aux plus hauts échelons décisionnels, on reconnaît que les femmes ont des besoins uniques en matière de soins de santé et de recherche en santé. En 1999, par exemple, Santé Canada lançait la Stratégie pour la santé des femmes, cadre visant à l'aider à intégrer l'analyse comparative entre les sexes aux politiques et programmes de santé. En général, Santé Canada a pour responsabilité de tracer la voie à la politique du Canada en matière de santé. Ce ministère travaille dans les domaines de la prévention de la maladie, de la réglementation de la santé et de la vie saine. On peut considérer la Stratégie pour la santé des femmes et la création de l'Institut de la santé des hommes et des femmes à l'intérieur des Instituts de recherche en santé du Canada, récemment formés, comme le point culminant des efforts déployés par le mouvement de santé des femmes au Canada et de la reconnaissance croissante du caractère impérieux de l'équité entre les sexes en tant qu'objectif stratégique. Malgré cela, l'analyse comparative entre les sexes demeure absente de bon nombre de forums nationaux sur la politique en matière de santé.

### **Les soins à domicile au Canada**

Les soins à domicile au Canada peuvent être définis comme une « une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée » (Santé et Bien-être social Canada, 1990 : 2). L'éventail des services comprend les mesures de soutien en santé aussi bien que les autres mesures de soutien social dont l'objectif est de permettre aux clientes et clients, à leurs parents et amis ainsi qu'à d'autres personnes de composer avec les besoins en soins de courte et de longue durée, y compris les soins palliatifs en milieu communautaire ou à la maison. Il se donne deux principaux types de soins dans ces milieux : les soins formels et les soins informels. Les soins informels sont les soins non rémunérés que prodiguent la famille et les



« proches ». Les soins formels complètent les soins informels et sont fournis par du personnel rémunéré.

Les soins à domicile comprennent les soins professionnels dispensés par du personnel infirmier, des travailleuses et travailleurs sociaux et des physiothérapeutes, ainsi que les soins personnels (aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne) et le soutien à domicile (aide à l'accomplissement des activités principales de la vie quotidienne) fournis par des travailleuses et travailleurs. Les soins à domicile comprennent également les soins palliatifs, les programmes de jour, les options d'autogestion des soins et les services bénévoles organisés (p. ex. les services de repas à domicile, le transport et les autres services bénévoles).

Les soins à domicile remplissent une triple fonction spécifique (Santé Canada, 1990) :

- offrir des services d'entretien et de prévention permettant aux personnes ayant des déficits sur le plan de la santé ou des déficits fonctionnels de demeurer chez elles, de vivre de manière autonome et d'éviter que leur état de santé se dégrade davantage et nécessite leur placement en établissement;
- remplacer par des soins de longue durée à domicile les soins de longue durée qui seraient autrement dispensés en établissement;
- offrir des soins de courte durée répondant aux besoins des personnes qui seraient autrement placées dans un établissement de soins de courte durée.

Au Canada, aucun segment des soins de santé ne grossit aussi rapidement que celui des soins à domicile (ACSSD, 2002). Depuis une décennie, on observe une tendance constante à fermer des hôpitaux et d'autres établissements de soins, à raccourcir les séjours à l'hôpital et, en général, à renvoyer plus rapidement chez eux des patientes et des patients « plus malades ». Cette tendance s'est traduite par la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire le passage aux soins en milieu communautaire. Or, on ne consacre aux soins à domicile que 5 % du budget total en santé publique (Coyte, 2000). Pendant l'exercice 1998–1999, les gouvernements canadiens ont consacré tout juste un peu moins de 3 milliards de dollars aux soins à domicile (ICIS, 2002).

### **Financement et prestation**

Le financement des soins à domicile est traditionnellement assuré en tandem par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), établi en 1996, le gouvernement fédéral accorde des fonds aux provinces pour la prestation de soins communautaires de longue durée et de soins à domicile. Auparavant, ce financement était fourni dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) pour les mesures de soutien social et en application de l'Accord sur le Financement des programmes établis (FPE) pour les services de soins prolongés à domicile. Bien que cela ne soit pas explicitement prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*<sup>5</sup>, chaque province et territoire offre une certaine forme de programme de soins à domicile financé par l'État. Il existe deux exceptions. Par l'intermédiaire

du ministère des Anciens combattants (Programme pour l'autonomie des anciens combattants), l'administration fédérale donne des services directs de soins à domicile aux membres des forces armées qui ont servi en temps de guerre ou qui ont effectué des missions en zone de service spécial et qui ne peuvent obtenir ces soins dans leur province ou territoire. Affaires indiennes et du Nord Canada offre des programmes limités aux membres des Premières nations qui vivent dans les réserves (Programme des services de soins aux adultes et services d'aide aux tâches ménagères). Le Programme de soins à domicile des Premières nations et des Inuits est financé par Santé Canada.

Comme les soins à domicile sont exclus de la *Loi canadienne sur la santé*, les normes, critères d'admissibilité, mécanismes administratifs et coûts diffèrent d'une province et d'un territoire à l'autre (Morris, 2001). Les mesures législatives sur les soins à domicile varient, et il n'existe aucune définition minimale de l'« intégralité » relativement à l'éventail des services de santé et des services sociaux inclus dans la catégorie des soins à domicile, comme l'évaluation des besoins, la gestion des cas, les soins professionnels, les soins personnels, le soutien à domicile, le soutien aux prestataires de soins (p. ex. les services de répit et les conseils), les services bénévoles organisés, les fournitures et appareils médicaux, les programmes de jour, les options d'autogestion des soins et l'accès aux médicaments d'ordonnance subventionnés. Chaque province et territoire offre une gamme différente de ces services. Mais il est une constante, à savoir que les services sont poussés à leur limite, que les listes d'attente s'allongent et que les critères d'admissibilité aux services sont de plus en plus restrictifs. Et comme la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas les soins à domicile, les provinces peuvent modifier les politiques à loisir en réduisant le financement, en haussant les frais modérateurs, en restreignant l'admissibilité et en reconfigurant les structures de prestation.

### **L'impact de la restructuration des soins de santé sur les femmes dans le secteur des soins à domicile**

Il a récemment été signalé qu'« au moins 663 organismes offrent des services de soins à domicile au Canada, dont 93 p. 100 reçoivent une forme de subvention gouvernementale; un peu plus de 50 p. 100 des organismes tirent la totalité de leur financement de sources gouvernementales » (Santé Canada, 1999b : 1). La main-d'oeuvre des soins à domicile comprend un éventail de travailleuses et travailleurs professionnels, auxiliaires, occasionnels, à temps plein, syndiqués et non syndiqués. Les femmes représentent 95 % de la main-d'oeuvre rémunérée des soins à domicile (Lowry, 2002). Les aides familiales, les aides de soins de santé à domicile et les aides-soignantes et soignants représentent de 70 % à 80 % de la main-d'oeuvre des soins à domicile. Le pourcentage qui reste est constitué d'infirmières et d'infirmiers, de gestionnaires de cas, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleuses et travailleurs sociaux et d'inhalothérapeutes (Comité directeur national, 2002). On sait peu de choses des autres caractéristiques démographiques de la main-d'oeuvre des soins à domicile. Il n'existe par exemple aucune donnée canadienne sur la composition de cette population active selon la race et l'origine ethnique.

### ***Main-d'oeuvre des soins formels à domicile***

La restructuration du système de soins de santé s'est répercutée sur les prestataires rémunérés de services de soins à domicile. La fermeture de lits dans les hôpitaux et la réduction des services de soutien en milieu communautaire ont « entraîné une augmentation du nombre de patients à domicile ayant des besoins complexes en matière de soins » (CASSC, 2002 : 13). Les travailleuses et travailleurs s'acquittent donc de tâches médicales plus complexes que jamais. Ont également été soulevés les dossiers du recrutement et du maintien en poste, des salaires, des conditions de travail ainsi que de la formation et de l'enseignement (CASSC, 2002). Par exemple, il y a une pénurie de prestataires de soins à domicile, un roulement rapide du personnel et des lacunes sur le plan de la rémunération. Les travailleuses et travailleurs des agences de soins à domicile sont moins bien payés que leurs homologues en établissement et, de surcroît, leur charge de travail est plus lourde.

### ***Main-d'oeuvre des soins informels à domicile***

Dans ce contexte stratégique, on presse de plus en plus la famille et les amis de prodiguer des soins non rémunérés aux personnes ayant des limitations fonctionnelles ou des maladies aiguës ou terminales, ou qui sont en récupération postopératoire. On s'attend à ce qu'il y ait un bassin de main-d'oeuvre privée pour offrir des soins en marge de la sphère publique. D'ailleurs, la très vaste majorité des soins de santé prodigués au Canada et ailleurs le sont dans l'intimité du foyer par des prestataires de soins informels (Lyons et Zarit, 1999). En fait, de 85 % à 90 % des soins sont fournis de manière informelle (Cranswick, 1997; Denton, 1997). Les prestataires de soins informels sont avant tout des membres de la famille, bien que les amis, les voisins et les bénévoles prodiguent également un volume considérable de soins<sup>6</sup>.

Le plus souvent, les prestataires de soins informels – indépendamment de leur classe, de leur race, de leur culture, de leur âge, de leur état matrimonial ou de leur orientation sexuelle – sont des femmes. Bon nombre prennent soin de membres de plus de deux générations (p. ex. des parents âgés et des membres de leur famille immédiate). On fait peu de cas, dans les politiques sociales actuelles, de cette disparité de genre dans les responsabilités en matière de soins. On ne reconnaît pas tellement plus d'ailleurs le fait que la plupart des femmes qui prodiguent des soins informels travaillent aussi pour gagner leur vie. Malgré la contribution des femmes aux soins à domicile, les considérations de genre n'occupent qu'une place marginale dans les politiques et la recherche (Morris, 2001).

### **Le coût des soins à domicile**

Fast et Frederick (1999) estiment que la valeur de remplacement du travail accompli par les prestataires de soins informels au Canada dépasse annuellement les 5 milliards de dollars. Les estimations de Santé Canada pour l'année 1999-2000 sont légèrement inférieures et s'établissent à 3 milliards de dollars (CASSC, 2002 : 7). Il n'est pas surprenant que les gouvernements considèrent les soins à domicile comme un substitut économique aux hôpitaux et aux autres établissements de soins de longue durée. Les données financières émergentes semblent étayer ces conclusions. Ainsi, entre 1993 et 1996, le coût des soins hospitaliers a diminué de 1 205 millions de dollars à l'échelle nationale, tandis que celui des soins à domicile ne s'est accru que de 452,8 millions de dollars (Santé Canada, 1998 : 3).

Il ressort des 15 études menées au Canada (Hollander et Chappell, 2000) dans le cadre d'un programme intégré de recherche que les soins à domicile coûtent globalement moins cher à la société que les soins en établissement, et ce, à tous les niveaux de soins, même lorsqu'on tient compte des dépenses remboursables de la clientèle, des membres des familles et des autres prestataires de soins (dépenses chiffrées au salaire minimum et au salaire de remplacement). Cependant, les études de ce programme de recherche ne tenaient pas compte de la gamme complète des fardeaux, des conséquences et des coûts humains autres que le temps et les dépenses que la personne soignante a consacrés aux soins. Elles ne mesuraient pas non plus la qualité, y compris la continuité, des soins prodigués à domicile aux malades, ni d'ailleurs les coûts à long terme pour les soignantes au chapitre de la santé, de l'emploi et des pensions.

### **La privatisation**

À l'objectif de réaliser des économies se sont greffés l'examen des modes novateurs de prestation des services et la participation accrue du secteur privé aux soins à domicile, une plus grande concurrence et l'éclosion d'organisations vastes et complexes (Close et coll., 1994). En général, les services de soins à domicile font l'objet d'un financement et d'une prestation publics, d'un financement public et d'une prestation privée ou d'un financement et d'une prestation privés. Les services privés peuvent être à but lucratif ou sans but lucratif. Par exemple, certaines provinces assurent directement la prestation des services de soins à domicile, alors que d'autres comptent sur des organismes externes (organismes bénévoles, sans but lucratif ou à but lucratif) pour le faire. La prestation des soins à domicile a toujours fait l'objet d'un partage entre les secteurs public et privé. À preuve, les services d'auxiliaires familiales, d'aides familiales, les soins de santé à domicile, les soins infirmiers et les soins palliatifs sont tous offerts depuis de nombreuses années (Nahmiash et Reis, 1992). Ce qui gagne du terrain, c'est la sous-traitance de services à des organisations à but lucratif. En particulier, de nombreuses sociétés considèrent les soins de longue durée comme un marché lucratif (Armstrong et Armstrong, 2001).

Par ailleurs, on ne cesse de réduire la gamme de services offerts par l'entremise du système public. Par nécessité, ceux et celles qui en ont les moyens achètent de plus en plus de services en marge du système public. Ce phénomène a pour effet d'accroître les dépenses personnelles de la clientèle et des familles. Les Canadiennes et les Canadiens consacrent de plus en plus d'argent aux soins de santé fournis par le secteur privé. Selon l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, les ménages ont vu leurs dépenses en soins de santé passer d'une moyenne de 1 000 \$ en 1996 à 1 357 \$ en 2000 (ICIS, 2002). En règle générale, les fonds publics financent de moins en moins de services de santé communautaires.

La privatisation peut se définir comme un « processus à l'issue duquel les activités, les avoirs, les coûts ou le contrôle passent du secteur public au secteur à but lucratif » [TRADUCTION] (Browne, 2000 : 2). Elle peut aussi se manifester par des changements plus implicites, par exemple le fait pour le gouvernement d'abandonner un service, de continuer à payer pour un service sans l'offrir ou de percevoir des frais modérateurs en contrepartie d'un service (Browne, 2000; Armstrong et coll., 2001). Dans le cas des soins à domicile, nous assistons à ce que d'aucuns qualifient de « privatisation en cascade », c'est-à-dire qu'on radie de la liste,

parce qu'ils sont fournis à la maison, des services que le régime d'assurance-maladie couvrait autrefois puisqu'ils étaient dispensés dans les hôpitaux et d'autres établissements. D'autres parlent de « privatisation à la dérochée » [TRADUCTION] (Armstrong, 1999).

La préoccupation la plus fondamentale, c'est l'objectif des organisations à but lucratif, c'est-à-dire la maximisation des profits, qui prime sur tout, y compris sur l'intérêt public et le bien-être des malades (Gibelman et Demone, 2002; Browne, 2000). Dans un commentaire général sur les effets de la privatisation des soins à domicile sur les clientes et les travailleuses, un expert des politiques sur la santé que nous avons interviewé nous a dit :

*La cliente et la soignante partagent une multitude d'intérêts parce qu'elles sont pauvres, qu'elles sont des femmes et qu'elles sont menacées tant par les politiques publiques qui ménagent un espace aux sociétés que par les entreprises elles-mêmes, qui font de l'argent en versant de petits salaires et en fournissant à leur clientèle des services moins nombreux et de piètre qualité* [TRADUCTION] (2003).

Somme toute, la demande de soins à domicile augmente à mesure que s'effritent les systèmes de soutien public, au fil des avancées technologiques, du vieillissement de la population et de la prévalence croissante de maladies telles que le VIH/sida, la maladie d'Alzheimer et le cancer. Beaucoup de Canadiennes et de Canadiens trouvent intenable la situation actuelle des soins à domicile. On en a bien documenté le fardeau et les conséquences négatives pour les personnes soignantes (Armstrong et Armstrong, 2001; Baines et coll., 1998; Morris, 2001; Parent et coll., 2001). En 1998, 85 % des Canadiennes et des Canadiens voulaient qu'on ajoute les soins à domicile à la *Loi canadienne sur la santé* (Price Waterhouse Coopers, 1998). En 1999, 80 % en favorisaient l'inclusion dans le régime d'assurance-maladie (Berger, 1999). Par ailleurs, 57 % ont dit estimer que l'expansion du programme des soins à domicile et en milieu communautaire serait l'un des meilleurs moyens d'améliorer le système de soins de santé (Ekos, 2000). Malgré de récentes modifications à la politique des soins à domicile au Canada, nous sommes encore loin d'un programme complet à l'échelle nationale.

## **Le système des soins de santé : politiques internes et pressions externes**

### ***Politiques internes***

Ainsi que l'illustre l'exemple des soins à domicile, le système canadien de soins de santé a profondément changé. On peut voir que les modifications découlent de décisions stratégiques internes et de pressions externes liées à la mondialisation et au commerce. S'inspirant des travaux de Standing (1999), Bernier et Dallaire (2001 : 121) font remarquer que « le pivot de la réforme récente des soins de santé (la migration de nombreux services depuis les établissements vers la communauté) a modifié de fond en comble les relations entre le gouvernement, le système public de soins de santé, les prestataires de soins de santé du secteur privé, les organismes communautaires et l'économie "intérieure" » [TRADUCTION]. Nous ajouterions que la réforme des soins de santé est intimement liée aux pressions commerciales extérieures, qui favorisent les intérêts des entreprises et appellent à la réduction des dépenses sociales.

Un certain nombre de développements clés méritent qu'on s'y arrête. Le premier – l'adoption de la *Loi d'exécution du budget* – date de février 1995. Cette loi a permis au gouvernement du Canada d'abroger le Régime d'assistance publique du Canada et d'instaurer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux en 1996.

Durant la majeure partie de l'histoire récente du Canada, le gouvernement fédéral a joué un rôle déterminant dans les programmes sociaux nationaux. Au moyen de transferts et de programmes à frais partagés lancés dans les années 1950, il a exercé une grande influence dans les champs de compétence provinciale et territoriale, comme la santé, l'enseignement postsecondaire, les services sociaux et l'aide sociale. En témoignent des accords fiscaux tels que le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), créé en 1966, et, plus tard, le Financement des programmes établis (FPE), adopté en 1977. Le RAPC défrayait les provinces pour la moitié des coûts de l'aide sociale et des services sociaux. Quant au FPE, il s'agissait d'un fonds consolidé consacré aux soins de santé et à l'enseignement postsecondaire. (Le FPE a servi de prélude au « financement global »). Aux termes de ces arrangements, le gouvernement fédéral a fixé et appliqué des normes nationales pour veiller à ce que l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens reçoivent le même niveau de soins.

Sans aucunement consulter les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral a opéré un virage radical avec l'adoption du budget Martin de 1995, réduisant les dépenses sociales de manière draconienne au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le TCSPS est un mécanisme qui permet d'assurer aux provinces un financement pour l'ensemble des domaines précédemment couverts par le RAPC et le FPE. Il devient alors impossible de savoir ce que le gouvernement donne ou retranche de l'un ou l'autre de ses programmes sociaux. À bien des égards, le TCSPS a marqué l'aboutissement d'une tendance constante à réduire et à geler les transferts aux provinces. La mise en oeuvre du TCSPS a eu d'importantes répercussions. De 1994-1995 à 1998-1999, Ottawa a ramené sa contribution à la santé, à l'éducation et à l'aide sociale de 19,3 à 12,5 milliards de dollars. Le gouvernement commence tout juste à rétablir le financement des soins de santé. De plus, on a également modifié la *Loi canadienne sur la santé* en 1996 pour la rendre conforme au TCSPS.

*La Loi canadienne sur la santé a été modifiée en 1996 à l'insu de tous ... et ce fut une modification préjudiciable motivée par l'avènement du TCSPS. La Loi canadienne sur la santé renfermait à l'article 6 une disposition [couvrant] les services de santé complémentaires, qui sont les services de consultation externes, les maisons de soins infirmiers, les soins à domicile, domaines qui occupent une place grandissante au sein du système de santé. L'article 6 précisait essentiellement que le gouvernement fédéral consacrait à ces services un montant en contrepartie duquel les provinces devaient obligatoirement rendre des comptes en vertu de la Loi. C'est [l'un des] articles qui ont été abrogés (interview avec un expert des politiques sur la santé, 2003) [TRADUCTION].*

Le TCSPS oblige seulement les provinces et les territoires à respecter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et à ne pas imposer d'obligation de résidence aux personnes

souhaitant recevoir de l'aide sociale. Santé Canada est autorisé à pénaliser toute province ou territoire qui contreviendrait à la *Loi canadienne sur la santé* (par exemple en percevant des frais modérateurs ou en faisant une surfacturation) en soustrayant du TCSPS le montant reçu par cette province ou ce territoire.

Chaque gouvernement provincial et territorial ajoute des fonds à la portion du TCSPS qu'il injecte dans son système de soins de santé, et la somme combinée finance la prestation des soins de santé dans cette province ou ce territoire. Le TCSPS fait en sorte que les provinces ont maintenant davantage de responsabilités financières en ce qui a trait aux politiques sociales. Bien que le gouvernement fédéral ait fortement réduit les transferts aux provinces, il continue d'obliger ces dernières à se conformer à des normes nationales. De nombreuses provinces soutiennent toutefois que le gouvernement a réduit son pouvoir d'imposer quelque vision que ce soit de la politique sociale et des programmes sociaux aux provinces et territoires. De fait, bien qu'il ait eu l'occasion de le faire, le gouvernement fédéral a rarement contesté l'action des provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour venir à bout de ces tensions, le gouvernement fédéral, les territoires et neuf provinces (à l'exclusion du Québec) ont signé l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS) en février 1999. Il s'agissait d'améliorer le mode de coopération des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au regard des politiques sociales et des programmes sociaux, surtout dans le domaine de la santé. Certains, comme Alain Noël (2000 : 2) ont soutenu qu'avec l'ECUS, le gouvernement fédéral tentait de rétablir son autorité dans le domaine des soins de santé : « L'Entente-cadre sur l'union sociale reconnaît, célèbre même, la légitimité du rôle fédéral dans la politique sociale » [TRADUCTION]. Cependant, l'ECUS n'a guère permis au gouvernement fédéral de reprendre son rôle dans le secteur de la santé, si bien que les normes nationales du système de soins de santé s'effritent.

En février 2003, soit trois mois après la diffusion du rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), le gouvernement canadien a accepté l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Il a annoncé qu'il augmenterait les dépenses de santé et s'est engagé à créer deux transferts le 1<sup>er</sup> avril 2004 : le Transfert canadien en matière de santé (TCS), par lequel les fonds en santé seront acheminés aux provinces, et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), qui servira à financer l'éducation et les services sociaux. Il y a également des pourparlers sur la façon d'obliger les provinces à rendre davantage compte au gouvernement fédéral de leurs dépenses en santé.

Malgré ces faits nouveaux, les provinces continuent de faire des expériences de privatisation des soins de santé (p. ex. la construction d'hôpitaux privés en Alberta et en Colombie-Britannique, la prestation à but lucratif de nombreux services de soins à domicile en Ontario et l'embauche en sous-traitance de travailleuses et travailleurs des services hospitaliers en Colombie-Britannique), ce qui met en péril la nature publique des soins de santé au Canada. Dans un contexte politique plus large, les compressions des paiements de transfert fédéraux et le TCSPS ont, dans les faits, amélioré le climat pour le commerce des biens et services au Canada en réduisant les pouvoirs du gouvernement fédéral et en pressant les provinces d'envisager la privatisation pour financer la santé et les services sociaux.

### ***Pressions externes***

Réfléchissant au lien entre la politique officielle intérieure et les accords de libre-échange, un expert des politiques en matière de santé et de commerce que nous avons interviewé s'est exprimé dans les termes suivants :

*Il y a une relation entre les accords de libre-échange, la politique provinciale et fédérale et, de toute évidence, les personnes qui investissent dans le secteur de la santé et l'industrie de la santé. Ce qui me tracasse, c'est qu'on n'a pas vraiment étudié à fond ce qui s'est passé dans le secteur de la santé depuis la conclusion des accords de libre-échange [TRADUCTION] (2003).*

Sur le plan international, Koivusalo (2003 : 173) fait la remarque suivante : « Les réformes nationales du secteur de la santé, par la déréglementation, la privatisation et la décentralisation, restructurent les systèmes de santé pour qu'ils servent de compléments à la nouvelle économie mondiale » [TRADUCTION].

Le TCSPS a vu le jour la même année que l'ALENA et l'OMC<sup>7</sup>. On avait préparé le terrain à l'ALENA en 1989, au moment où le gouvernement conservateur du premier ministre Brian Mulroney avait conclu un accord commercial avec les États-Unis : l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis (ALE). Dans son chapitre sur les services, l'ALE couvrait une foule d'enjeux commerciaux touchant la santé et il a été le premier accord exhaustif sur le commerce des services. Il a servi de modèle important à la fois pour l'ALENA et pour l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).

Les accords de l'OMC les plus pertinents pour la santé sont l'AGCS, l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) et l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC). La Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) s'applique également. Ce récent traité vise à supprimer les obstacles au commerce dans un grand nombre de pays des Amériques.

Ensemble, ces accords couvrent un éventail de services de santé et englobent les déterminants généraux de la santé (p. ex. l'éducation, le transport et les communications, l'environnement, la sécurité alimentaire, l'eau, les services sanitaires, la qualité de l'air et les services financiers). Globalement, ils visent à assurer la prévisibilité et la stabilité de la pratique commerciale par l'application de cadres juridiques assortis de règles et d'obligations contraignantes. Cependant, ces règles uniformes d'observation des règles mondiales du commerce ont aussi un effet d'homogénéisation. Les États membres, dont la taille, le stade de développement et le degré de participation des secteurs privé et public au financement, à l'achat et à la fourniture de services de santé varient, pourraient ne plus avoir suffisamment de marge de manoeuvre pour maintenir les « divergences » entre leurs systèmes. Pour le Canada et la combinaison du secteur public et du secteur privé qui le caractérise dans le domaine de la santé, il s'agit là d'un enjeu stratégique clé.



**Tableau 1 : Accords commerciaux et santé**

Accords	Domaines de la santé
<b>Régional</b> ALENA	Services de santé
<b>Multilatéraux (Organisation mondiale du commerce)</b> AGCS ADPIC MSP et OTC	Services de santé Produits pharmaceutiques Sécurité alimentaire, protection de l'environnement, protection des consommatrices et consommateurs et protection de la santé

La Division des services et du commerce du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) surveille tous les traités commerciaux et détermine la position du Canada à leur égard. Elle travaille avec d'autres divisions du MAECI et, parfois, avec d'autres ministères, plus précisément la Direction des affaires internationales de Santé Canada. Elle consulte également des expertes et des experts des Groupes de consultations sectorielles sur le commerce extérieur (GCSCE). Le GCSCE – Produits et services médicaux et de soins de santé travaille en étroite collaboration avec le MAECI. Les critiques ont cependant fait remarquer que la majorité des membres de ce GCSCE provenaient de l'industrie et, au moment de rédiger les présentes lignes, que les syndicats, les spécialistes des politiques sur la santé et les groupes ou organisations de femmes préoccupés par la santé et l'inégalité sociale n'y étaient pas représentés. Par ailleurs, on ne cesse de s'inquiéter du manque de transparence du gouvernement fédéral dans ses négociations commerciales (Sanger, 2001; Sinclair et Grieshaber-Otto, 2002). Par exemple, dans le cadre des négociations de l'AGCS, le gouvernement fédéral se contente de fournir des résumés des demandes de négociation qu'il a reçues d'autres pays.

Industrie Canada et le MAECI répètent à la population canadienne que le système de soins de santé est à l'abri des accords commerciaux et que les services de santé ne sont pas sur la table des négociations commerciales<sup>8</sup>. Qui plus est, on s'est engagé à conserver une marge de manoeuvre stratégique en santé, de même que dans les domaines de l'éducation et des services sociaux dans le contexte des accords commerciaux (CPAECI, 2002). Adlung et Carzaniga (2001), de la Division du commerce des services de l'OMC, soutiennent également qu'en vertu de l'AGCS, tous les membres ont encore une très grande latitude pour poursuivre leurs objectifs stratégiques.

Malgré ces assurances, le gouvernement canadien a mis certains types de services de santé sur la table de négociation de plusieurs accords (p. ex. les services de réadaptation dans le cadre de l'ALE et l'assurance-maladie dans le cadre de l'AGCS). Réfléchissant aux effets que cela a déjà eus sur les services de santé, un chercheur en politiques sur la santé que nous avons interviewé a déclaré ce qui suit :

*À mon avis, certaines composantes du système de soins de santé ont été vraiment compromises, au point qu'il serait difficile de les rapatrier dans le*

*secteur public, et les soins aux malades externes en sont une (en particulier les services de réadaptation) [TRADUCTION] (2003).*

Lors d'une discussion sur les effets que la privatisation a déjà sur les services de réadaptation, un spécialiste des politiques sur la santé nous a dit :

*Bien entendu, certains groupes sont plus durement touchés que d'autres : les personnes âgées, les personnes handicapées, en majorité des personnes âgées, et les malades chroniques qui ont constamment besoin de services de réadaptation. Ceux-là mêmes qui doivent maintenant payer directement pour ces services. Pas d'argent, pas de services [TRADUCTION] (2003).*

Les femmes représentent la majorité des personnes âgées qui sont touchées. Jusqu'à quel point, devons-nous nous demander, les engagements du Canada à l'égard du libre-échange ne créent-ils pas un climat social accentuant les inégalités entre les gens en général et entre les hommes et les femmes en particulier?

### **Le Canada et le commerce des services**

La valeur des services de santé offerts dans les pays membres de l'OCDE a été estimée à quelque 3 billions de dollars américains et devrait atteindre les 4 billions d'ici 2005 (Marconini, 1998). Lorsqu'on définit le « commerce » des services au sens large pour inclure l'investissement et le mouvement des professionnels de la santé, celui-ci devrait, prévoit-on, gagner en importance (Chanda, 2001).

Un certain nombre de tendances émergentes le corroborent. La compression des coûts, le repli des gouvernements et la présence accrue du secteur privé sont des phénomènes que l'on observe dans la plupart des pays membres de l'OCDE. Plus précisément, l'accélération marquée du mouvement des professionnelles et professionnels de la santé, l'augmentation des investissements à l'étranger par les exploitants d'hôpitaux et les compagnies d'assurance-maladie, et l'intérêt grandissant pour le « tourisme de la santé » (c.-à-d. le fait de se rendre dans un autre pays pour y obtenir des soins) montrent que le commerce des services de santé prend de l'ampleur et présente de vastes possibilités d'expansion (OMS et OMC, 2002).

En l'an 2000, le commerce des services représentait 11,9 % du total des exportations et 14,7 % du total des importations (Statistique Canada, 2000b). Des compagnies d'assurance de personnes du Canada sont déjà présentes dans plus de 20 pays (Finances Canada, 2001). Trois cent compagnies canadiennes s'occupent de télésanté (c.-à-d. les nouvelles technologies qui permettent aux malades de consulter des médecins à distance) et il s'agit souvent de multinationales (Chanda, 2001). La participation du Canada au commerce international des médicaments est considérable et croît rapidement. Par exemple, la valeur des exportations du secteur de la fabrication de produits pharmaceutiques et médicaux est passée de 1,562 à 2,568 milliards de dollars canadiens (Statistique Canada, 2003). Il semble également que le Canada ait l'intention d'accroître encore plus la présence de son industrie de la santé sur les marchés étrangers (p. ex. voir CPAECI, 1999).

En 1998, les importations du Canada atteignaient 52,1 milliards de dollars, et les services de santé (inclus dans une catégorie avec l'éducation, les entreprises, etc.) représentaient environ 16 % de ce montant. Il est essentiel de bien comprendre les types de services que le Canada importe si l'on veut analyser d'une quelconque façon les effets des accords commerciaux. Pourtant, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et d'autres ministères ne se sont concentrés jusqu'à maintenant que sur des exportations qui occupent une place infime dans l'économie canadienne. Il appert donc que les changements actuellement apportés à la politique gouvernementale intérieure, axée sur les exportations, ne touchent véritablement qu'un très petit nombre d'acteurs de l'économie canadienne.

### **L'ALENA et l'AGCS**

De tous les accords, on estime que l'ALENA et l'AGCS sont ceux qui touchent le plus le système canadien de soins de santé en raison de leurs répercussions immédiates sur les services de santé (Johnson, 2002; Ouellet, 2002). Nous examinons des dispositions particulières pour en déterminer l'étendue des effets sur le système de soins de santé.

L'ALENA et l'AGCS sont distincts, mais se chevauchent. Chacun de ces accords renferme des clauses qui engagent les gouvernements à participer à des rondes répétées de négociations visant une libéralisation accrue des services. L'ALENA est considéré comme un traité rigide à mode descendant (c.-à-d. qui oblige les pays signataires à en respecter automatiquement toutes les conditions). L'AGCS est généralement décrit comme un accord plus flexible à mode ascendant, parce que les pays signataires choisissent volontairement d'y adhérer (c.-à-d. que seuls les services qu'un pays a inscrits à sa liste sont touchés par certaines règles). Cependant, l'AGCS possède également des caractéristiques descendantes (p. ex. la règle de la nation la plus favorisée, qui s'applique à tous les services, inscrits ou non à la liste) (Sanger, 2001). L'ALENA et l'AGCS obligent tous deux les gouvernements à traiter les sociétés étrangères aussi bien, sinon mieux, qu'ils ne traitent les entités nationales.

Dans le cadre de l'ALENA et de l'AGCS, le Canada n'a pas pris d'engagements explicites au chapitre des services de soins de santé, mais ces traités n'en pourraient pas moins affecter la politique sur les soins de santé. C'est que dans l'ALENA, mis à part les télécommunications et les services financiers (qui font l'objet de chapitres séparés), aucun service n'est explicitement mentionné. Cependant, les sections sur l'investissement, la concurrence, les monopoles et les entreprises d'État s'appliquent à l'ensemble des services. Le gouvernement canadien a pour l'instant inscrit l'assurance-maladie à l'AGCS. Nous examinons les conséquences ci-après. De plus, le libellé de l'ALENA et de l'AGCS relatif à la protection des services publics est contestable.

#### ***L'Accord de libre-échange nord-américain***

L'ALENA est un traité commercial qu'ont signé le Canada, les États-Unis et le Mexique en 1994. Il porte sur les biens et services de l'ensemble des branches de l'activité économique, y compris le secteur de la santé (à moins d'exemptions). Les objectifs de l'ALENA (énoncés à l'article 102) précisent que les partenaires commerciaux doivent chercher à accroître les investissements entre eux en éliminant les obstacles au commerce et en facilitant le mouvement transfrontières des biens et services. Au-delà du commerce transfrontalier, l'ALENA a, par le

truchement de ses clauses d'investissement, d'importantes conséquences sur le traitement des investisseurs et des fournisseurs de services étrangers. L'ALENA a également pour objectif d'assurer une protection efficace et suffisante des droits de propriété intellectuelle et de créer un cadre de coopération trilatérale, régionale et multilatérale. Ces objectifs sont prépondérants et les autres dispositions de l'accord s'interprètent en fonction de ceux-ci. Il est important de noter que les trois gouvernements ont pris l'engagement souverain de libéraliser encore plus le commerce.

L'ALENA a son propre mécanisme de règlement des différends, ce qui est significatif puisqu'il s'agit du premier accord à permettre aux sociétés de contester directement les gouvernements et d'exiger qu'on les dédommage financièrement (chapitre 11). Le Canada a ressenti l'impact de cette mesure dans le cadre d'une série de plaintes déposées par des sociétés américaines. Par exemple, en raison de l'ALENA, le Canada a renoncé à son projet de légiférer sur la banalisation des paquets de cigarettes et de bannir le MMT, produit toxique qu'on ajoute à l'essence (Sanger, 2001).

À la signature de l'ALENA, la croyance voulant que l'accord renferme des échappatoires permettant aux sociétés américaines d'empiéter sur le système universel de soins de santé du Canada a semé l'inquiétude au sein de la population. Cette inquiétude s'est accentuée au moment où les contestations d'entreprises américaines ont été rendues publiques. La population a commencé à comprendre jusqu'à quel point le système de santé majoritairement privé des États-Unis pourrait profiter de l'ouverture des marchés au Canada, surtout à la lumière des compressions fédérales et provinciales de plus en plus vigoureuses dans le système de santé (Boliz et coll., 1999). Par exemple, sous le régime de l'article 11 de l'ALENA, les parties peuvent faire à l'étranger des investissements directs susceptibles de s'étendre au secteur de la santé. Cette disposition permet aux sociétés étrangères d'investir de manière à devenir propriétaires à 100% d'établissements de santé (Chanda, 2001). Lorsqu'un tel service du secteur public n'est pas entièrement protégé, il se prête à une privatisation accrue, ce qui peut entraîner la concurrence entre les secteurs public et privé. Par exemple, le gouvernement serait susceptible d'être traité comme une société, car, en vertu de l'ALENA, il lui serait interdit de conserver le « monopole » des services qu'il fournit, à plus forte raison s'ils sont déjà partiellement privatisés.

La possibilité que l'ALENA refaçonne le système canadien de soins de santé fait l'objet de fréquentes discussions. Lorsqu'on a négocié l'ALENA, certaines politiques et mesures provinciales ont été exemptées à condition d'être déjà en vigueur à l'adoption de l'accord<sup>9</sup>. Pourtant, la décision récente de l'Alberta de permettre l'ouverture de cliniques privées représente un changement de cap et entrouvre la porte du système à l'ALENA. Comme l'expliquait Appleton (2000 : 2), « dès qu'une réserve est perdue parce qu'une province a modifié ses vieilles politiques ou pratiques, il est impossible de la renouveler. C'est la raison pour laquelle la plupart des provinces modifient leurs politiques sur les soins de santé avec beaucoup de précaution, car ces changements peuvent abaisser le seuil de leurs obligations aux termes de l'ALENA » [TRADUCTION].

Il est clair que l'ALENA réduit la capacité du système public de prendre de l'expansion (p. ex. pour inclure les soins à domicile, les soins dentaires et l'assurance invalidité). Toutefois, il permet surtout au secteur privé de faire valoir ses droits dès qu'une privatisation s'enclenche. Ainsi, le secteur public n'est protégé que dans la mesure où les gouvernements ne se mettent pas à privatiser. La privatisation mine nettement le système de santé public et a des conséquences particulières pour les femmes, qui représentent la majorité de la main-d'oeuvre du système de soins de santé, qui ont souvent la responsabilité de s'occuper de la santé de leur famille et qui utilisent le système plus souvent que les hommes.

### ***L'Organisation mondiale du commerce***

En 1995, l'OMC a remplacé l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), qui datait de 1948. Le GATT a été incorporé à l'éventail très élargi des accords commerciaux formant l'Accord sur l'OMC, auquel son libellé a été intégré. Le GATT ne s'appliquait qu'au commerce des biens, tandis que les règles de l'OMC s'étendent également au commerce des services et à la propriété intellectuelle (OMS et OMC, 2002).

L'OMC supervise une foule d'accords multilatéraux, dont l'AGCS. Essentiellement, les gouvernements membres ne peuvent choisir les accords de l'OMC auxquels ils adhéreront et ils doivent se conformer à tous. Par-dessus tout, les accords commerciaux multilatéraux « portent sur un éventail beaucoup plus vaste de mesures que les tarifs et les douanes et sont donc beaucoup plus lourds de conséquences stratégiques qu'on ne le reconnaît souvent » [TRADUCTION] (Koivusalo, 2003 : 161). Les accords multilatéraux relevant de l'OMC ont des conséquences sur de nombreuses questions liées à la santé, dont le contrôle des maladies infectieuses, la sécurité alimentaire, la lutte contre le tabagisme et la réglementation des aliments génétiquement modifiés (OMS et OMC, 2002).

Il incombe également à l'OMC de régler les différends commerciaux par l'entremise de l'Organe de règlement des différends, qui a l'autorité exclusive de créer des groupes spéciaux d'experts et qui a également le pouvoir d'autoriser la prise de mesures de « rétorsion » si un pays n'obtempère pas (OMS et OMC, 2002). Selon les critiques, le processus de règlement des différends commerciaux de l'OMC est « à la fois fermé à l'apport du public et contraignant » [TRADUCTION] (Ostry 2001 : 477). Les critiques font également remarquer qu'en dépit du caractère consensuel des décisions, la Quadrilatérale (Canada, États-Unis, Union européenne et Japon) exerce le plus de pouvoir décisionnel (Ostry, 2001). L'OMC jouit de pouvoirs de réglementation et de sanction sans précédent, et ce sont ces pouvoirs qui, croit-on, empiètent sur la faculté des pays d'élaborer des politiques. De nombreux litiges touchant la santé ont été présentés dans le cadre des accords de l'OMC et dans un seul cas, celui de l'amiante, on a tranché en faveur de la santé publique<sup>10</sup>.

### ***L'Accord général sur le commerce des services***

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC est entré en vigueur en 1995 et s'applique à tous les membres de l'OMC. Il imprime un nouveau cours à la libéralisation du commerce international puisqu'il gouverne le commerce des services. On l'a qualifié d'« accord multilatéral exécutoire le plus complet qui soit sur le commerce et l'investissement dans les services » (White, 2001 : 1) [TRADUCTION]. Les services comprennent des activités aussi disparates que les soins de santé, l'éducation et le tourisme.

En vertu de l'AGCS, la *distribution* d'un bien (p. ex. l'approvisionnement en eau et en énergie) compte aussi pour un service (White, 2001). L'AGCS « s'applique sur une très grande échelle » et à « tous les modes possibles de prestation des services » [TRADUCTION] (Gottlieb et Pearson, 2001 : 8, 9). Ces modes sont la fourniture transfrontières, la consommation à l'étranger, la présence commerciale et le mouvement des personnes physiques.

Les organes de règlement des différends de l'OMC peuvent forcer l'application des règles de l'AGCS en vertu de la loi. L'AGCS s'appuie sur un cadre de règles générales (c.-à-d. le principe de la nation la plus favorisée et les engagements à la transparence) applicables à tous les services et de règles spécifiques (c.-à-d. le principe du traitement national et celui de l'accès aux marchés) applicables aux services énumérés par les pays dans leurs listes et les annexes sectorielles fixant les règles à suivre pour certains secteurs (Sanger, 2001).

L'AGCS « incarne une doctrine commerciale qui voit en de nombreuses mesures de santé des “barrières non tarifaires” au commerce des services de santé » [TRADUCTION] (Sanger, 2001 : 109). Il est vrai que l'AGCS s'applique à toute mesure gouvernementale (règlements, licences, normes, qualifications, lignes directrices, etc.) susceptible d'influer sur le commerce des services. Les mesures de l'AGCS s'appliquent également à tous les paliers d'administration (fédéral, provincial, municipal et régional). La promotion du commerce des services se fait par divers moyens qui ont d'importantes répercussions sur les femmes en particulier et sur la santé des collectivités en général<sup>11</sup>. Tous les pays membres ont l'obligation prépondérante (en vertu du paragraphe 1 de l'article XIX) « d'élever progressivement le niveau de libéralisation » pour qu'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que le niveau des engagements spécifiques contractés par les pays, y compris le commerce des services, s'accroisse au lieu de diminuer. Réfléchissant aux pressions exercées sur les gouvernements dans le cadre des négociations de l'AGCS et à la nature contraignante des engagements, un expert international sur le genre et le commerce a déclaré ce qui suit :

*L'AGCS, c'est comme fermer la porte d'une pièce pour en bloquer toutes les issues* [TRADUCTION] (interview, 2002).

Comme on l'a décrit, la réduction du financement fédéral a mis les soins de santé à rude épreuve. Dans certains cas, elle sert à justifier le recours au secteur privé pour offrir des services ou, en fait, rendre le climat politique plus « ouvert au commerce ». L'AGCS faciliterait ce processus. Comme l'ont souligné Koivusalo et Rowson (2000 : 185), « les possibilités de commerce des services pourraient très bien augmenter dans l'avenir parce que le souci de limiter les coûts de la santé à travers le monde amène les gouvernements à se retirer graduellement du secteur de la santé et ouvre de nouveaux débouchés au secteur privé » [TRADUCTION].

Une nouvelle ronde de négociations de l'AGCS est en cours depuis janvier 2000. Les membres déterminent quels secteurs de leurs services ouvrir aux fournisseurs étrangers et, en contrepartie, à quels secteurs ils souhaitent avoir accès à l'étranger. En juin 2002, les pays ont commencé à préciser dans leurs demandes les secteurs qu'ils espéraient voir ouvrir

dans d'autres pays. Les négociations portent sur tous les modes de commerce des services. En mars 2003, tous les pays devaient avoir présenté les listes des secteurs de services qu'ils acceptaient d'ouvrir.

Les membres ont la liberté d'inscrire ou non des services à leur liste d'engagements spécifiques<sup>12</sup> et de déterminer le degré d'ouverture de leurs marchés à ces services. Jusqu'à présent, 40 % des membres de l'OMC (plus de 50 pays) ont pris des engagements relativement aux services de santé (OMS et OMC, 2002).

**Tableau 2 : Engagements des membres de l'OMC relativement aux services médicaux, hospitaliers et autres services sanitaires, et à l'assurance-maladie (3<sup>e</sup> trimestre de 2000)**

Services médicaux et dentaires	Services de sages-femmes, services infirmiers, etc.	Services hospitaliers	Autres services de santé	Assurance-maladie (sous les services financiers)
52	28	42	15	78

Source : OMS et OMC (2002).

Le Canada a indiqué qu'il n'inscrirait pas de services de santé à ses listes de l'AGCS, bien que, comme nous l'illustrerons, le degré de protection des services de santé contre les règles d'accès aux marchés de l'AGCS soit discutable. Plus récemment, les fonctionnaires canadiens ont également précisé qu'ils ne demanderont pas à d'autres pays d'ouvrir leurs marchés des services de santé aux négociations de l'AGCS (entrevues avec des sources clés du MAECI et de Santé Canada, 2003).

Le système de classification de l'AGCS est important parce que les services composant le système canadien de soins de santé ne sont pas tous classés comme des « services de santé ». Par exemple, dans le cadre de ce système, les services hospitaliers, les établissements de soins de longue durée, les services d'ambulance, les programmes et laboratoires de santé publique, les diagnostics et la surveillance des mesures de protection de la santé entrent tous dans la catégorie des « services de santé et services sociaux ». Les soins à domicile et les services fournis par les médecins, les sages-femmes, les physiothérapeutes et les infirmières et infirmiers font tous partie de la sous-section des « services professionnels »<sup>13</sup>. Bien que le Canada n'ait pas pris d'engagements dans ces catégories, il y a inscrit l'assurance-maladie, classée dans les « services financiers ».

Selon l'engagement du Canada concernant l'assurance-maladie, l'accès au marché des régimes provinciaux d'assurance-maladie n'est aucunement restreint (Johnson, 2002) et, par conséquent, aucun règlement ne protège le système canadien de santé d'un certain nombre de pratiques susceptibles d'aller à l'encontre de ses buts et objectifs. Par exemple, certains analystes craignent que les sociétés étrangères ne s'opposent à une éventuelle volonté du Canada d'élargir son régime public d'assurance-maladie en alléguant que le Canada refuse l'accès de leurs assureurs privés à son marché. Un expert de la politique commerciale consulté dans le cadre de notre étude nous a déclaré ce qui suit :

*L'une des conséquences évidentes de l'inscription de l'assurance-maladie à la liste de l'AGCS sera de permettre aux gouvernements des États-Unis et des pays européens de contester tout élargissement de notre régime public d'assurance-maladie sous prétexte que cela équivaut à interdire l'accès du marché à leurs assureurs privés, et le Canada pourrait être plongé dans un contentieux commercial (interview, 2002).*

Il y a des conséquences importantes à privatiser le financement de l'assurance-maladie. Par exemple, l'un des principes clés de l'assurance est la mise en commun des risques de façon à réduire au minimum la possibilité de paiements élevés. Autrement dit, tout le monde cotise, mais seulement quelques personnes toucheront des prestations. Cette formule encourage les fournisseurs à n'assurer que les riches et les moins « à risque », pratique qualifiée d'« écrémage ». Debra Lipson (2001 : 1139) précise que « selon les données recueillies dans les pays où les assureurs privés se disputent la clientèle, en dépit de puissants régimes réglementaires, la concurrence plus vive que s'y livrent les compagnies d'assurance-maladie segmente et déstabilise le marché et réduit la capacité de bâtir de plus vastes groupements des risques permettant de répartir les coûts entre les riches et les pauvres, les personnes en santé et les malades » [TRADUCTION], de même qu'entre les femmes et les hommes.

Le Canada a également pris dans les domaines de la gestion des données et du traitement de l'information de multiples engagements sur de nombreux aspects du système de soins de santé. Ces engagements pourraient miner la capacité du Canada de réglementer et d'assurer le respect de la vie privée des personnes qui utilisent le système de santé. L'AGCS ne prévoit qu'une très faible exception aux règlements de protection de la vie privée. Le respect de la vie privée est une question fondamentale pour les femmes, qui doivent pouvoir parler aux professionnelles et professionnels de la santé de la violence physique et sexuelle dont elles ont été victimes ainsi que de la contraception et de l'avortement.

On craint également que les engagements déjà pris par le Canada dans le cadre de l'AGCS et que les nouvelles obligations auxquelles il serait susceptible de consentir dans l'actuelle ronde de négociations ne minent sa marge de manoeuvre stratégique nationale. Cela pourrait avoir un effet « paralysant » sur la prise de décisions stratégiques en matière de réforme de la santé par les gouvernements parce qu'ils pourraient craindre de se voir infliger des sanctions commerciales pour d'éventuels manquements. Selon Marceline White (2001 : 2), « l'AGCS pourrait effectivement céder le pouvoir décisionnel local, étatique et fédéral aux groupes spéciaux du commerce de l'OMC » [TRADUCTION].

### **Les réponses féministes**

Depuis l'ALE, les féministes canadiennes soulèvent des questions sur le caractère potentiellement nuisible des accords commerciaux pour les femmes (Cohen, 1987; Porter, 1987). Le Comité canadien d'action sur le statut de la femme a été l'un des premiers groupes d'Amérique du Nord à s'attaquer à la problématique des accords commerciaux et des femmes, mettant l'accent sur le travail, les dossiers environnementaux et les effets possibles



de la privatisation des services sociaux (Cohen et coll., 2002). Ce vaste mouvement reconnaissait l'impact profond qu'avait la restructuration économique sur la vie des femmes et comprenait que la lutte pour les services publics profiterait à toutes les Canadiennes et les aiderait dans leur combat pour l'égalité.

Au départ, la plupart des féministes canadiennes s'inquiétaient principalement de l'impact éventuel de l'ALE sur le travail des femmes (p. ex. Cohen, 1987; Porter, 1987). Après que le Canada, les États-Unis et le Mexique eurent signé l'ALENA en 1994 et que le Canada fut devenu un membre clé de l'OMC en 1995, de nombreuses autres féministes ont commencé à écrire au sujet des accords commerciaux ainsi qu'à formuler et à documenter des théories sur leurs différences d'impact sur les femmes et les hommes, s'attardant en particulier à leurs effets délétères sur les femmes (Bakker, 1996; Cohen, 1987; Cohen et coll., 2002; Pierson et Cohen, 1995). Des analystes ont affirmé, par exemple, que les accords comme l'ALENA sont « foncièrement anti-secteur public » parce qu'ils favorisent la privatisation des services publics et la restructuration des programmes publics en fonction de visées commerciales (Cohen 1995 : 97). Nous avons maintenant établi dans cette recherche que la restructuration économique a des effets différents selon le sexe et des impacts particuliers sur les femmes, que leur statut socioéconomique, leur race, leur appartenance ethnique, leur culture et leur capacité marginalisent encore plus.

Une vaste gamme d'écrits ont fait état des changements sociaux, environnementaux et économiques découlant de l'ALENA, en particulier au Mexique, où le nombre de sociétés étrangères est monté en flèche. L'ALENA, a-t-on constaté, a des effets différents sur les femmes (surtout en ce qui touche les normes du travail) et les travailleuses, en particulier les femmes concentrées dans les emplois faiblement rémunérés<sup>14</sup>. Les auteures et auteurs de ces écrits ont également documenté le traitement discriminatoire des femmes dans les usines par rapport au harcèlement sexuel et aux droits associés à la maternité (Nieves, 2002).

D'autres encore ont montré de quelle façon le fait d'avoir situé des usines dans des régions isolées a compromis la sécurité des femmes. Par exemple, 75 femmes travaillant dans les *maquiladoras* de la ville de Ciudad Juarez, au Mexique, ont été violées et assassinées depuis 1993, et de nombreuses autres sont portées disparues. La plupart des meurtres ont été commis dans les régions isolées où se trouvent les usines, et les gestionnaires d'usines des sociétés milliardaires appartenant à des intérêts américains ont été lents à répondre à la nécessité de mettre en place de meilleures mesures de sécurité pour les travailleuses (Nieves, 2002). La pollution et les déchets toxiques des sociétés appartenant à des intérêts américains ont d'importantes conséquences sur la santé des femmes et des enfants. Par exemple, l'abandon de la fonderie de plomb de Tijuana, qui appartient à la compagnie américaine Metales y Derivados, a fait monter la contamination par le plomb à des niveaux inacceptables, ce qui a causé de multiples problèmes de santé à la population locale et de graves anomalies congénitales chez les nouveau-nés (Sullivan, 2003).

D'autres études ont mis l'accent sur l'accélération de la mobilité transfrontières des travailleuses et ses répercussions sur leur accès aux soins de santé (p. ex. Boliz et coll., 1999). De plus, des études ont porté sur des articles précis de l'ALENA pour déterminer

jusqu'à quel point l'accord ouvre les services de santé du Canada à l'investissement étranger et leur fait courir le risque d'une privatisation accrue (Boliz et coll., 1999; Epps et Flood, 2003; Fuller, 1998).

Les chercheuses et les militantes féministes ont conclu que la mondialisation économique et les politiques économiques et sociales nationales qui en découlent effritent substantiellement les droits fondamentaux des femmes et leur droit à l'égalité. Malgré tout, on constate encore une résistance à tenir compte des facteurs d'égalité de genre dans le débat actuel sur la restructuration économique parce que l'égalité de genre est interprétée très étroitement et n'est associée qu'aux questions liées à l'avortement et à l'équité salariale (Brodie, 1995). De plus, la préoccupation actuelle en politique canadienne pour le déficit et la réduction de la taille du gouvernement a complètement marginalisé les enjeux féminins, qui nécessitent des dépenses ou l'intervention de l'État, deux mesures actuellement impopulaires (Brodie, 1995). La rhétorique au service des objectifs des sociétés et des entreprises individualise les grandes questions sociales et politiques. Dans ce climat, on idéalise la famille tout en pressant les femmes de reprendre leur rôle de pourvoyeuses de soins et de recommencer à vivre aux crochets des hommes (Mosher, 1998).

Malgré ce militantisme et cette critique constante, le secteur de la santé s'est peu intéressé aux questions liées à la mondialisation (Lee, 2003). Le mouvement pour la santé des Canadiennes a soigneusement documenté les effets de la privatisation sur le secteur des soins de santé et sur la santé des femmes, mais il commence à peine à s'intéresser aux conséquences des accords commerciaux pour les Canadiennes et leur santé.

### **L'analyse des accords commerciaux dans l'optique de l'égalité entre les sexes : analyse des incidences sociales et analyse comparative entre les sexes**

Les analystes qui se préoccupent de la façon dont les accords commerciaux pourraient éroder le système public de soins de santé du Canada ont demandé des évaluations de l'impact de ces traités sur les soins de santé. Par exemple, selon Sanger (2001 : 113), le gouvernement canadien devrait faire une évaluation complète et systématique des effets sur la santé de nos engagements dans le cadre de l'AGCS.

Malgré ces demandes, aucune étude de cette nature n'a été faite sur une grande échelle, ce qui tient en partie au fait que la méthodologie requise pour ce genre d'études est sous-théorisée et sous-développée. De plus, dans le cas des accords commerciaux et du secteur des soins de santé, l'analyse, surtout en ce qui touche les accords plus récents (p. ex. l'AGCS), est de nature conjecturale. Nous pensons qu'il faut élaborer un cadre méthodologique et des outils précis pour évaluer l'impact des accords commerciaux sur des groupes de population. La tenue d'études systématiques et de grande envergure nous donnera une meilleure idée des effets de ces accords sur les femmes.

#### ***Analyse des incidences sociales***

On a initialement créé l'analyse des incidences sociales (AIS) pour examiner la pauvreté et les effets sociaux de l'action publique dans le contexte du développement (Gittinger, 1985;

Timmer et coll., 1983). L'AIS peut être définie comme « l'analyse de l'impact distributionnel des réformes politiques sur le niveau de vie des différentes parties prenantes » (Banque mondiale, 2002). Depuis les travaux réalisés à la fin des années 1980 par Cornia et coll. (1987), l'AIS sert de plus en plus à analyser les coûts sociaux des ajustements structurels. À l'origine, l'AIS s'intéressait principalement aux mesures du revenu (Banque mondiale, 2002), mais elle a récemment commencé à tenir compte de mesures importantes d'autres éléments que le revenu (p. ex. le contrôle des ressources) (PNUD, 2003). Le paradigme du développement humain dont font état les travaux de Sen (1999) a joué un rôle crucial dans ce nouveau cadre. Les féministes ont cependant reproché à l'AIS de ne pas avoir suffisamment fait du genre une catégorie d'analyse plus importante dans son examen des coûts sociaux et de ne pas avoir examiné « les relations sociales entre les pays et au sein des nations (classe, sexe, race, etc.), qui forment le contexte des politiques commerciales » [TRADUCTION] (Cagatay, 2001 : 5).

Si l'AIS était modifiée pour inclure le genre, elle pourrait se révéler un moyen utile d'analyser les politiques commerciales, et ce, pour un certain nombre de raisons. Peut-être serait-elle en mesure de trouver un juste milieu entre l'importance de l'efficacité et de la croissance, d'une part, et les facteurs liés au bien-être, à la justice sociale et à la pérennité de l'environnement, d'autre part. Comme l'AIS privilégie également l'utilisation de méthodes mixtes, elle fait jouer les avantages des méthodes qualitatives et quantitatives pour analyser plus à fond la relation entre les accords commerciaux et la santé. Dans le contexte de la santé, elle mène à l'examen de l'influence exercée par la politique commerciale sur les valeurs fondamentales de l'équité, de la justice et de la solidarité, pierres d'assise du système canadien de soins de santé (Romanow, 2002). Elle nous éclaire également sur les effets distributionnels des changements d'orientation sur divers groupes de population, eux-mêmes considérés dans la perspective du genre (p. ex. catégorisés selon le revenu, l'origine ethnique, l'âge et le lieu géographique). Cette analyse tient compte non seulement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé, mais également des effets sur les déterminants politiques, économiques et sociaux de la santé et de la maladie. Peu d'études portent sur l'impact de la réduction des barrières tarifaires sur l'équité, l'efficacité, l'accès et la qualité en matière de santé (Lipson, 2001). Ce genre d'information est essentiel aux gouvernements s'ils veulent mieux savoir comment atténuer les effets nuisibles du commerce.

### *Analyse comparative entre les sexes*

À l'échelle internationale, on exige de plus en plus l'intégration systématique des considérations liées à l'égalité entre les sexes à l'ensemble des accords commerciaux et de soumettre ceux-ci à des analyses comparatives entre les sexes (Cagatay, 2001; Marchand et Runyan, 2000; White, 2002a). Un certain nombre d'organisations et de spécialistes du genre ont commencé à concevoir des outils spécifiques pour évaluer l'impact des accords commerciaux sur les femmes (p. ex. O'Regan-Tardu, 1999; White, 2002a; Allaert et Forman, 1999). Toutes les approches et les stratégies employées jusqu'à maintenant intègrent très différemment aux politiques commerciales les enjeux liés à l'égalité hommes-femmes. Les stratégies consistent entre autres à assurer l'accès et la représentation des femmes (notamment par l'inclusion de représentantes d'organisations non gouvernementales (ONG) dans les délégations commerciales et par l'intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes), à adopter des clauses sociales intégrant le genre aux mécanismes d'examen tels que

les évaluations des politiques commerciales, et à renforcer les capacités à long terme par la mise sur pied d'initiatives d'alphabétisation.

Bien que le Canada fasse partie d'organisations commerciales multilatérales telles que l'Organisation de coopération économique Asie-Pacifique (APEC) et la ZLEA (ni l'une ni l'autre n'étant un traité commercial à proprement parler), qui ont commencé à intégrer le genre (p. ex. le Cadre d'intégration des femmes dans l'APEC), ces initiatives ne visaient pas à critiquer la mondialisation de l'économie, mais plutôt à favoriser les intérêts et les débouchés économiques des femmes par la libéralisation des échanges commerciaux. De fait, les approches à l'égard de l'analyse comparative entre les sexes se distinguent par leurs différences idéologiques (Hassanali, 2000 : 24) et, à ce jour, aucun modèle de pratiques exemplaires n'a émergé. Le débat se situe entre deux pôles puisqu'on se demande si les femmes devraient travailler en collaboration avec les organisations commerciales (c.-à-d. si l'efficacité et la croissance par le commerce sont, comme le veut la croyance, complémentaires à la justice sociale) ou si elles devraient s'en garder, étant donné, croit-on, que les valeurs des accords commerciaux, axées sur les forces du marché, sont incompatibles avec celles du secteur public. Ce qui est clair, toutefois, c'est que ni la politique commerciale ni la stratégie de négociations commerciales du Canada ne rendent systématiquement compte d'une conscience des effets du commerce liés au genre sur les femmes (Blacklock, 2000 : 20). En particulier, l'absence de groupes de femmes et de porte-parole des femmes dans les processus d'élaboration des politiques commerciales est un obstacle majeur à l'intégration d'une perspective tenant compte du genre à la politique commerciale officielle.

Nous croyons toutefois que le recours à l'AIS peut aider à évaluer et à interpréter les effets des accords commerciaux sur les femmes et le secteur public. Les analyses comparatives entre les sexes sont d'autant plus difficiles à réaliser qu'il faut départager les effets du commerce des effets attribuables à des facteurs sociaux et économiques préalables et, dans le cas de l'analyse du commerce des services, que la plupart des accords sont en cours de négociation et qu'on n'en voit pas encore pleinement les effets. Malgré ces limites, des cadres d'AIS peuvent être utiles à ce moment-ci pour déterminer les accords commerciaux les plus pertinents pour les femmes et la santé, et pour recueillir des renseignements préliminaires concernant leurs effets possibles sur les femmes.

Nous inspirant du travail d'autres chercheuses et chercheurs ayant conçu des cadres d'AIS (p. ex. White, 2001), nous avons posé les questions suivantes sur chacun des accords commerciaux analysés dans le contexte des soins à domicile :

- Quels sont les aspects de l'accord commercial ayant trait à la santé? Lesquels touchent spécifiquement le secteur des soins à domicile?
- Quels sont les aspects de la mise en oeuvre ou de l'application de l'accord commercial qui ont trait au genre et qui concernent le secteur des soins à domicile?

- Quels pourraient en être les effets sur la santé et le travail des femmes dans le secteur des soins à domicile et sur l'égalité des femmes?

Dans le prochain chapitre, nous utilisons ces questions pour analyser l'interface entre les soins à domicile et le commerce. Les accords commerciaux internationaux ont un impact sur la prestation des soins à domicile, surtout en raison de leur capacité actuelle et potentielle d'ouvrir le financement ou la prestation des soins à domicile à la privatisation en permettant à des sociétés canadiennes et étrangères motivées par le profit d'assurer ces services. Les accords commerciaux sont aussi pertinents en regard de la prestation de services transfrontières et du degré de mobilité transfrontières des services et des professionnels.

#### 4. L'INTERFACE ENTRE LES SOINS À DOMICILE ET LE COMMERCE

Nous prenons dans le présent chapitre le cas des soins à domicile pour expliquer les conséquences de l'ALENA et de l'AGCS sur la future réforme des politiques au sein de notre système de santé. Nous décrivons brièvement les modèles de soins à domicile de la Colombie-Britannique et de l'Ontario et les détaillons<sup>15</sup> en vue d'appliquer une analyse comparative selon le genre à l'ALENA et à l'AGCS. Ces deux provinces ont été choisies parce que chacune utilise un modèle distinct de soins à domicile. Chacune a également défini à sa façon les soins à domicile. Le modèle de l'Ontario se fonde sur une gestion contractuelle de la concurrence et est coordonné par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC). La Colombie-Britannique, quant à elle, s'est départie de la responsabilité d'offrir des soins à domicile et utilise un modèle régional dans le cadre duquel les autorités sanitaires coordonnent tous les services de soins à domicile. Si l'Ontario a adopté un modèle favorisant explicitement la prestation à but lucratif des soins à domicile, les deux provinces ont fait des choix stratégiques qui ont réduit les services et programmes de soins à domicile financés par les fonds publics. Malgré des différences entre les provinces, il y a des similitudes entre les effets que les soins à domicile subissent déjà et ceux qu'ils pourraient subir si l'on entreprenait une réforme dans ce secteur sans clairement comprendre les dispositions de l'ALENA et de l'AGCS.

##### **Les soins à domicile en Ontario**

Au cours de la dernière décennie, sur fond de compressions dans les programmes et services publics, les soins à domicile ont profondément changé en Ontario. Cette province, comme toutes les autres, est passée de services essentiellement hospitaliers à des services de soins de longue durée et à des services offerts en milieu communautaire et à domicile. Dans cette province, les services de soins à domicile se divisent en deux grandes catégories : les services à domicile et les services dans la collectivité. Les services à domicile désignent normalement les services de soutien personnel et professionnel et les services d'auxiliaires familiales et familiaux, par exemple le transport, la livraison de repas à domicile, les programmes de soins de jour pour adultes et les services d'entretien de la maison.

Les soins à domicile sont principalement réglementés par la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. De plus, la *Loi sur l'assurance-santé* détermine l'admissibilité aux services professionnels. Essentiellement, ce n'est pas tant la *Loi sur les soins de longue durée* qu'un regroupement d'accords de services et de règlements adoptés par le Conseil des ministres qui régit directement les soins à domicile dans la province. Les règlements, par exemple, définissent à la fois l'admissibilité aux services d'auxiliaires familiales et familiaux et le nombre maximal d'heures de services de soins infirmiers, d'aide dispensée par des auxiliaires familiales et familiaux et de soutien personnel (Ontario, 1994). Une personne est admissible à des services d'auxiliaires familiales et familiaux :

- si elle nécessite des services de soutien personnel en plus de services d'auxiliaires familiales et familiaux;

- si elle reçoit des services de soutien personnel et des services d'auxiliaires familiales et familiaux d'une personne soignante qui a besoin d'aide pour continuer à lui procurer les soins dont elle a besoin;
- si elle nécessite une surveillance constante en raison d'une déficience cognitive ou d'une lésion cérébrale et si la personne qui lui donne des soins a besoin d'aide pour lui fournir des services d'auxiliaires familiales et familiaux (Ontario, 1994).

Aucun des services dispensés par les CASC n'est assorti de frais modérateurs. Le libellé original de la Loi prévoyait un niveau maximal de service pour la clientèle, par exemple, quatre visites d'infirmières ou d'infirmiers par jour. On ne pouvait pas non plus aller au-delà de 80 heures de services d'auxiliaires familiales et familiaux et de services de soutien personnel le premier mois, et de 60 heures par la suite. À l'heure actuelle, les services sont offerts après évaluation des besoins. Le gouvernement paye en partie les produits pharmaceutiques. La clientèle des soins à domicile qui ne reçoit *que* des services professionnels bénéficie d'une aide financière, et le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario lui rembourse *certain*s médicaments. Ainsi, la clientèle des services de soins à domicile qui ne reçoit *que* des services d'auxiliaires familiales et familiaux n'est pas couverte par l'assurance-médicaments. Un certain nombre de services de soins communautaires peuvent aussi lui être offerts, mais ils ne sont pas financés par les fonds publics. De plus, les bénévoles donnent 2,5 millions d'heures de service par année aux organismes de soutien à domicile et dans la collectivité (AOSC, 2000b).

En Ontario, la prestation des services de soins à domicile se fait par l'entremise d'un système de gestion de la concurrence implanté au début de 1996. Le système actuel fait appel à des fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif réglementés par des organismes financés par le gouvernement. Le gouvernement finance la prestation de services personnels et professionnels à domicile, tandis que les bénéficiaires doivent déboursier des frais modérateurs pour obtenir certains services de soutien communautaires.

Portes d'entrée des services de soins de longue durée, les CASC sont des intervenants de premier plan dans ce système. Annoncés par le ministère de la Santé en 1996, ils ont vu le jour partout dans la province en 1998. Les CASC ont regroupé 38 programmes de soins à domicile et 36 services de coordination des placements. Avant 1998, le gouvernement achetait les services de soins à domicile, surtout des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, du St. Elizabeth Health Centre, de la Croix-Rouge et de la Visiting Homemakers Association, tous des organismes privés sans but lucratif (Armstrong et Armstrong, 2001). À leur création, les CASC étaient dirigés par des conseils d'administration dont on a fini par élire les membres et qui devaient représenter tous les intervenants et intervenantes clés des soins à domicile, au nombre desquels figurent les bénéficiaires et les prestataires de soins, de même que d'autres pourvoyeuses et pourvoyeurs et champions et championnes des services de soins de santé et des services sociaux.

Aujourd'hui, 43 CASC servent plus de 400 000 personnes par année (ministère de la Santé, 2001). Les centres ont de multiples responsabilités : fournir de l'information générale, évaluer la clientèle et l'aiguiller vers les services de soins de longue durée, gérer les cas, évaluer et surveiller l'ensemble des services. Conformément aux lignes directrices du ministère, les CASC déterminent l'admissibilité aux services, à partir de critères comme la résidence en

Ontario et le fait d'être assuré en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, les besoins qui ne peuvent être comblés à titre de patiente ou de patient externe d'un hôpital ou dans le cadre du programme des services de CASC, le caractère approprié du milieu domiciliaire ainsi que la volonté et la capacité de la famille et d'autres personnes de fournir les soins (ministère de la Santé, 2001).

Avec les fonds publics et conformément aux lignes directrices et politiques relatives aux demandes de propositions, les CASC doivent également acheter et sous-traiter des services et s'approvisionner en fournitures médicales et en équipement médical auprès des fournisseurs disponibles pour tout montant supérieur à 100 000 \$. Il s'agit là d'un exemple majeur de financement par les fonds publics de services privés dans le système ontarien de soins de santé. Les CASC sous-traitent les services suivants : services professionnels (ex. : soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, soins palliatifs, services diététiques, travail social), services de soutien personnel (ex. : donner des bains, habiller les bénéficiaires, préparer des repas, faire manger les bénéficiaires), services d'auxiliaires familiales et familiaux, autres services sociaux (ex. : nettoyage et lavage, transport aller-retour pour des rendez-vous chez le médecin, matériel servant à la prestation de soins de santé). Ils s'assurent ensuite que les personnes ayant besoin de soins à domicile ont accès à ces services.

Des organismes à but lucratif et sans but lucratif participent aux appels d'offres. En fait, les organismes sans but lucratif précédents ont été incapables de conserver tous les contrats. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a déclaré que les décisions se fondent davantage sur la qualité que sur les prix (ratio de 80/20) (OHC, 2001b : 3). En mars 1999, toutefois, l'Ontario Home Health Providers' Association faisait remarquer qu'« à présent, rien dans le document [d'appel d'offres] ne précise la façon dont chaque fournisseur s'y est pris pour établir sa structure prix-qualité pour la prestation des services » [TRADUCTION]. De plus, le processus de demande de propositions est extrêmement chronophage, puisque les coûts de préparation varient entre 10 000 \$ et 20 000 \$ (Browne, 2000 : 103). Il réduit considérablement la faculté des organismes sans but lucratif de disputer les contrats offerts. Il importe de noter qu'en vertu de ce système, même les entreprises étrangères à but lucratif sont admissibles aux concours (ministère de la Santé, 1996 : 3-4). Armstrong et Armstrong (2001 : 181) soutiennent qu'il serait même possible avec un tel modèle de « confier pratiquement tous les services de soins à domicile à une seule entreprise étrangère » [TRADUCTION].

De plus, en raison de la présence croissante de ces entreprises, un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) et d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) sont passés des organismes sans but lucratif aux organisations à but lucratif. Par exemple, le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés est passé de 2 933 735 en 1995 à 2 552 400 en 2000 dans les organismes sans but lucratif. Pendant la même période, il est passé de 360 898 à 1 709 188 dans les entreprises à but lucratif (White, 2002c). On signale en effet qu'un nombre croissant de sociétés à but lucratif américaines offrant des soins de santé répondent aux demandes de propositions pour la prestation de services de soins à domicile en Ontario.



Dans l'ensemble, le système se fonde sur un modèle concurrentiel et il a pour but d'assurer souplesse, choix et rentabilité (Williams et coll., 1999). L'objectif du gouvernement à cet égard est d'offrir les meilleurs services au meilleur prix. Le gouvernement de l'Ontario a publiquement déclaré qu'il avait pour priorité de veiller à ce que la population ontarienne reçoive des services de soins à domicile de qualité. Pendant l'exercice 2000-2001, le gouvernement a consacré 1,14 milliard de dollars aux services de soins à domicile et il a dispensé des soins à quelque 500 000 personnes (White, 2002c). Malgré cette intention déclarée, le gouvernement provincial a annoncé en 2001-2002 un gel du financement qui retranche des millions de dollars aux budgets des CASC, laissant, dit-on, ceux-ci à court de 175 millions de dollars pour répondre à la demande (OHC, 2001c). Il s'ensuit qu'à travers la province, un éventail de services ont été supprimés ou réduits, y compris les services d'auxiliaires familiales et familiaux et les services de soutien personnel. Selon l'Ontario Association of Community Care Access Centres (OACCAC), les données du Ministère révèlent que 11 255 personnes attendaient de recevoir des services dans la province au 31 mars 1999 (OHC, 2001b).

De plus, le gouvernement a adopté le projet de loi 130 (*Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*) pour assurer l'application de normes de service, y compris pour la formation et l'évaluation de la clientèle à travers la province. En application de cette loi, de nombreux changements ont été apportés aux CASC. Il s'agit maintenant de sociétés constituées en vertu d'une loi. La composition communautaire des CASC a été éliminée, et des administratrices et administrateurs nommés par le gouvernement provincial ont remplacé les conseils élus. Il n'y a pas d'exigences particulières pour siéger à ces conseils nouvellement désignés. De plus, le gouvernement a créé des conseils consultatifs communautaires, mais ceux-ci ne font appel, pour la coordination des services, qu'à des partenaires tels que les hôpitaux, les organismes de services communautaires et les établissements de longue durée. Le public n'a accès qu'aux rapports annuels des CASC. D'autres renseignements (p. ex. sur les destinataires des fonds gouvernementaux et la façon dont ceux-ci sont dépensés) ne sont divulgués que si on l'estime « nécessaire dans l'intérêt public ». Les CASC sont exempts des mesures législatives sur l'accès à l'information, une bonne part de l'information étant considérée comme nécessairement secrète pour protéger le processus d'appel d'offres.

### **Les soins à domicile en Colombie-Britannique**

Dès 1991, la Commission Seaton de Colombie-Britannique proposait une restructuration des soins de santé sous le thème « plus près de chez soi ». Les soins aux malades ont été transférés des établissements à la communauté, y compris au domicile. En Colombie-Britannique, les soins de santé désignent les soins de courte ou de longue durée que l'on donne à domicile aux personnes âgées ou handicapées et à leur famille. Les soins de courte durée sont offerts aux personnes malades, blessées ou ayant subi une chirurgie. Les soins de longue durée peuvent inclure ceux qui s'adressent aux personnes prises avec une maladie ou une incapacité chronique et les soins destinés aux personnes qui ont besoin de l'aide d'autrui pour vaquer à leurs activités de la vie quotidienne. La Colombie-Britannique offre également un programme exhaustif de soins palliatifs à domicile.

Deux importantes mesures législatives balisent la réglementation du système des soins à domicile en Colombie-Britannique. Le *Continuing Care Act* régit les soins en établissement et les soins à domicile. Cette loi oblige les autorités sanitaires à conclure une entente permettant au fournisseur de services de recevoir de l'autorité sanitaire du financement pour assurer la prestation de services de soins continus désignés. Cette entente décrit les responsabilités globales respectives de l'autorité sanitaire et du pourvoyeur de services quant aux services de soins continus désignés et précise les modalités de versement des fonds par l'autorité sanitaire (Colombie-Britannique, 2000). On entend par soins continus les soins de longue durée, les soins infirmiers à domicile et les programmes de réadaptation communautaires. Conjugués, ces programmes intègrent les services sociaux et médicaux pouvant être offerts à l'ensemble de la clientèle admissible. L'*Employment Standards Act* fixe les normes salariales et conditions de travail minimales pour la plupart des travailleuses et travailleurs de la Colombie-Britannique.

Le ministère de la Santé accorde un financement pour la santé aux cinq autorités sanitaires. Celles-ci ont le mandat d'évaluer les besoins et les ressources communautaires, de planifier et d'administrer les soins de courte durée, les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes et les services et ressources en santé communautaire, d'établir les priorités et de répartir les ressources sur leur territoire, ainsi que de fixer des normes et d'assurer le respect des normes de santé et des lois provinciales. Les autorités sanitaires se chargent en retour de financer leurs programmes de soins continus, à qui il incombe d'assurer la prestation proprement dite des soins à domicile.

La régionalisation a été amorcée en 1996-1997 avec l'initiative *Better Teamwork Better Care*. En 1997, par exemple, la province comptait 11 conseils régionaux de santé, 34 conseils de santé communautaire et 7 sociétés de services de santé communautaire, appelées « autorités sanitaires ». Il leur incombait de planifier les programmes de santé, d'élaborer les politiques et de dispenser les services. En décembre 2001, de nouveaux changements structurels ont été apportés. À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique compte 5 autorités sanitaires régionales, 15 zones de prestation de services de santé et 1 autorité provinciale de services de santé.

Les services suivants sont offerts par l'entremise des autorités sanitaires et fournis par les programmes de soins continus de la Colombie-Britannique :

- **Évaluation et gestion des cas** : admission et sélection, évaluation initiale, planification de programmes, autorisation de prestation de services, surveillance, suivi de l'évaluation et réévaluation.
- **Soins communautaires à domicile** : soins infirmiers communautaires à domicile (soins complets disponibles sept jours sur sept, jusqu'à 24 heures sur 24) et services de réadaptation communautaires (consultation, ergothérapie et psychothérapie).
- **Services de soutien à domicile** : répit fourni au besoin aux prestataires de soins membres de la famille, services d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et programmes de repas.

Selon le ministère des Services de santé, les services de soutien à domicile visent à :

- aider les clientes et clients à vivre dans leur maison tant que c'est possible et dans leur intérêt et celui de leur famille;
- compléter, sans les remplacer, les soins fournis par les familles, les autres prestataires de soins rémunérés et les communautés;
- promouvoir l'autonomie et le bien-être de la clientèle, des familles et des autres prestataires de soins non rémunérés;
- donner du répit au membre de la famille ou aux autres prestataires de soins non rémunérés qui ont l'habitude de prendre soin de la personne chez elle.

Les services de soutien à domicile sont une composante des services communautaires et varient d'une autorité sanitaire à l'autre. Les autorités sanitaires sont censées travailler de concert avec les intervenantes et intervenants communautaires ainsi qu'avec la clientèle, les prestataires de soins et leurs organisations de défense à planifier, élaborer, fournir et coordonner les services de soutien communautaires. Il peut s'agir de programmes d'achat d'aliments et de travaux d'entretien de la maison, de bénévoles d'hospice et de chauffeuses et chauffeurs, ainsi que de visiteuses et visiteurs bénévoles (Colombie-Britannique, 2000).

Les autorités sanitaires se chargent de l'évaluation et de la gestion des cas. En général, les services de soins à domicile financés par l'État peuvent être dispensés par des organismes publics tels que les autorités sanitaires régionales, des organismes de bienfaisance ou des entreprises à but lucratif (Pollak, 2000). On s'attend à ce que les autorités sanitaires rendent des comptes au ministère des Services de santé, lequel décide des politiques et des lignes directrices auxquelles assujettir les services de ce genre, que leur prestation soit assurée par des organisations à but lucratif ou par des organisations sans but lucratif.

Les gestionnaires de cas à l'emploi des programmes de soins continus évaluent, coordonnent et gèrent les cas. La Colombie-Britannique catégorise cependant la clientèle selon le besoin de soins à domicile ou de soutien à domicile. Les personnes de 19 ans ou plus ont droit à du soutien à domicile, tandis que les personnes de tous âges sont admissibles à des soins infirmiers communautaires à domicile. Ces soins comprennent également les soins de courte durée et les soins palliatifs, en plus de tout soin nécessaire aux malades chroniques. Certains services de soins communautaires et de soins continus, comme les soins infirmiers à domicile et les services infirmiers préventifs (considérés comme des services médicaux), sont gratuits, alors que de nombreux autres services, comme le soutien à domicile, sont assujettis à des frais modérateurs ou à de rigoureux critères d'admissibilité.

Les critères d'admissibilité aux services disponibles varient d'un cas à l'autre. Pour le soutien à domicile, l'admissibilité dépend de l'âge ainsi que de l'état de santé (maladie chronique depuis au moins trois mois), des services requis, du statut à l'égard de la résidence (un an pour les soins personnels/intermédiaires, trois mois pour les soins prolongés) et de la citoyenneté. Par exemple, il faut avoir la citoyenneté canadienne ou le statut d'immigrante ou d'immigrant ayant reçu le droit d'établissement et vivre en Colombie-Britannique depuis au moins 12 mois consécutifs pour faire une demande de soins personnels ou intermédiaires et depuis deux mois

de plus pour faire une demande de soins prolongés. L'évaluation des besoins se fait à différents niveaux – soins personnels (dits *SP*), soins intermédiaires (dits *IC* 1, 2 et 3) et soins prolongés (dits *EC*) – et tient compte des soins et services requis.

Des services d'assistance personnelle et d'entretien ménager sont fournis au besoin. L'assistance personnelle comprend des tâches pouvant être exécutées par une ou un aide à domicile, qui aide une cliente ou un client à s'occuper de ses soins personnels ou à vaquer à ses activités de la vie quotidienne. Elle comprend aussi des tâches infirmières et de réadaptation bien précises, comme la mobilisation, la nutrition, les levers et transferts, les bains et la toilette personnelle. Les services d'entretien ménager couvrent les tâches minimales requises pour assurer la sécurité et l'habitabilité des lieux de la cliente ou du client, ce qui comprend le ménage, la lessive et la préparation des repas ainsi que, rarement, le transport ou les courses. Les travaux d'entretien de la maison ne sont pas compris dans l'entretien ménager.

L'autorisation de prestation des services se fonde sur une évaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel de la clientèle, ainsi que de la disponibilité de la famille et d'autres services de soutien communautaires. En 1999, les autorités sanitaires locales avaient éliminé pour ainsi dire tous les soins à la clientèle dont les besoins avaient été jugés moins sérieux, comme l'aide pour la cuisine, le ménage, la lessive et les courses et pour se rendre à des rendez-vous chez le médecin (Vogel et coll., 2000 : 32). Ainsi, les services de soutien à domicile sont ordinairement dispensés à une clientèle également admissible à des soins infirmiers communautaires à domicile. Certaines clientes et certains clients continuent cependant à recevoir des services de bain à domicile. Comme l'ont fait remarquer Vogel et coll. (2000 : 31) : « Le droit à des soins publics à domicile est maintenant fondé sur une notion étroite de risque médical (habituellement l'hospitalisation) plutôt que sur un critère bien équilibré de prévention de la maladie et de bonne hygiène » [TRADUCTION].

La Colombie-Britannique utilise en outre un système d'aide fondée sur le revenu. Les bénéficiaires de soins admissibles doivent payer un « tarif client » afin d'obtenir des soins à domicile. On calcule ce tarif en multipliant le revenu de la cliente ou du client (défini dans le règlement du *Continuing Care Act*) par 0,00138889. Dans la pratique, le paiement se calcule plus souvent à partir d'une échelle mobile. Les frais modérateurs s'appliquent aux services de soutien à domicile et sont fondés sur une évaluation du revenu. À l'heure actuelle, environ 30 % des bénéficiaires de soins acquittent des frais modérateurs pour obtenir ces services.

Au cours de l'exercice 2002-2003, le ministère des Services de santé a consacré 508 millions de dollars aux soins communautaires et 1,153 milliard de dollars aux soins en établissement. En 2000-2001, des soins étaient dispensés à une clientèle d'environ 118 310 personnes : 35 450 recevaient des soins en établissement et 82 869, des services de soutien communautaire (communication personnelle de Joudin, 2002).

Le 3 juin 2002, le ministère des Services de santé a mis en oeuvre une nouvelle politique élargissant à certains types de membres de la famille les critères d'admissibilité à une aide

financière pour les prestataires de soins. Auparavant, le gouvernement provincial ne versait pas de rémunération aux personnes ayant des liens familiaux avec les malades dont elles prenaient soin.

Selon le gouvernement de la Colombie-Britannique, ce changement d'orientation vise à multiplier les options qui s'offrent aux bénéficiaires de soins appelés à choisir une personne pour les soigner et a pour effet de mieux harmoniser les programmes gouvernementaux. Pour assurer la prestation de soins de qualité acceptable, on oblige le membre de la famille à se conformer à des normes et à des exigences établies et l'on s'efforce de sensibiliser toutes les parties aux risques associés à la rémunération d'un membre de la famille pour la prestation de services de soins. L'autorité sanitaire se charge de ces aspects du programme.

Les membres de la famille n'ont pas tous droit à une rémunération. Si la personne apparentée à la ou au bénéficiaire de soins habite avec cette personne ou si elle en est le parent, l'enfant, le conjoint ou la conjointe (indépendamment du mode de vie), aucune rémunération ne peut lui être versée. On peut déroger quelque peu à ces restrictions, compte tenu de facteurs et de circonstances susceptibles de limiter le choix d'une ou d'un prestataire de soins. Des exceptions peuvent être faites si la personne vit en milieu rural, a des problèmes de comportement et se heurte à des obstacles culturels et linguistiques.

Un rapport du gouvernement de la Colombie-Britannique (2002) intitulé *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia* décrit certains facteurs importants à considérer par rapport à la rémunération des prestataires de soins membres de la famille. On y explique qu'il est avantageux d'élargir le nombre d'éventuels prestataires de soins en Colombie-Britannique et d'avoir des prestataires ayant un lien affectif avec la personne soignée. Le rapport signale également des inconvénients : le détournement possible de fonds destinés à la personne ayant besoin de soins, l'intérêt qu'a une famille de garder à sa charge la personne soignée, la vulnérabilité aux abus et la difficulté de former des prestataires de soins qui font partie de la famille. On fait aussi remarquer que l'ignorance quant à la viabilité du programme pourrait également drainer des fonds.

Malgré la rémunération offerte à un nombre limité de prestataires de soins membres de la famille, tout indique que l'on prévoit réduire encore davantage les services de soins à domicile dans le cadre d'une politique générale de repli en vigueur en Colombie-Britannique. Certains virages fondamentaux observés dans le secteur hospitalier pourraient se produire un jour dans celui des soins à domicile. Par exemple, on privatise rapidement les services de personnel de soutien dans les hôpitaux à mesure que les hôpitaux de la Colombie-Britannique recourent à la sous-traitance, ce qui, est-on en voie de prouver, a des effets négatifs sur les femmes (Cohen, 2001).

Le tableau 3 compare les programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

**Tableau 3 : Comparaison des programmes de soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique**

	<b>Ontario</b>	<b>Colombie-Britannique</b>
Lois	<i>Loi de 1994 sur les soins de longue durée (projet de loi 173)</i> <i>Loi de 1993 modifiant des lois en ce qui concerne les soins de longue durée (projet de loi 101)</i>	<i>Continuing Care Act</i>
Lois pertinentes	<i>Loi sur l'assurance-santé</i> <i>Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires</i> <i>Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses</i> <i>Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario</i> <i>Loi de 1995 sur le consentement aux soins de santé</i>	<i>Employment Standards Act</i>
Modèle de prestation de services	Entrée unique Gestion contractuelle de la concurrence	Entrée unique
Fournisseurs de services	Combinaison de fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif	Services fournis à l'interne dans le cadre de programmes de soins continus. Combinaison de fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif.
Évaluation	Aucune évaluation normalisée	Formulaire d'évaluation des soins de longue durée 1 (LTC1)
Répartition selon le niveau de soins	Aucune répartition selon le niveau de soins	Soins personnels; soins intermédiaires 1, 2 et 3; soins prolongés
Coût du service	Aucun	Fondé sur le revenu
Soins au prestataire de soins	Soins de répit	Soins de répit

Le tableau 4 présente un aperçu de ce qu'on sait de la main-d'œuvre des soins à domicile de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Bien qu'il y ait des ventilations selon le sexe, aucune information sur la race ou l'origine ethnique n'a été trouvée.

**Tableau 4 : Main-d'oeuvre des soins formels à domicile, Ontario et Colombie-Britannique**

Nombre de travailleuses et de travailleurs des soins à domicile	Tâches	Salaires et traitements	Avantages et appartenance à un syndicat	Sexe
<b>Ontario</b>				
<p>Environ 43 000 personnes travaillent dans le secteur des services de soins à domicile.</p> <p>L'Ontario Home Health Care Providers' Association en supervise environ 30 000.</p> <p>L'Association ontarienne de soutien communautaire en supervise environ 13 000.</p>	<p>Les infirmières et infirmiers autorisés (IA) fournissent des services de santé directs.</p> <p>Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) dispensent des soins supplémentaires sous la supervision de médecins et d'IA.</p> <p>Les préposées et préposés aux services de soutien à domicile (PSSD) offrent chez les malades des services complémentaires qui favorisent leur autonomie. Les soins personnels constituent l'essentiel des tâches, qui peuvent cependant s'étendre aux tâches ménagères.</p>	<p>Les IA qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 20,00 \$ l'heure.</p> <p>Les IAA qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 13,50 \$ l'heure.</p> <p>Les PSSD qui dispensent des soins à domicile gagnent environ 10,60 \$ l'heure.</p>	<p>La main-d'oeuvre syndiquée des soins à domicile peut bénéficier d'avantages négociés avec les employeurs du secteur privé et les CASC de l'Ontario.</p> <p>Les avantages peuvent comprendre des régimes de soins dentaires et oculaires, la semaine de travail réduite, de meilleurs horaires et des vacances.</p> <p>Il peut s'agir de travailleuses et de travailleurs autonomes.</p>	<p>99 % des prestataires de soins à domicile sont des femmes.</p>
<b>Colombie-Britannique</b>				
<p>Environ 882 IA fournissent des services sociaux, y compris des soins à domicile.</p> <p>Environ 528 IAA fournissent des services sociaux, y compris des soins à domicile.</p> <p>Environ 11 925 auxiliaires familiales et familiaux, aides domestiques et aides à domicile travaillent pour des services de santé.</p>	<p>Les IA fournissent des services de santé directs.</p> <p>Les IAA dispensent des services de santé complémentaires.</p> <p>Des auxiliaires familiales et familiaux, des aides domestiques, des aides à domicile et des travailleuses et travailleurs membres de la famille offrent au domicile des malades des services complémentaires. Leurs responsabilités peuvent comprendre le ménage, les courses et les soins personnels.</p>	<p>Les IA gagnent en moyenne 34 000 \$ par année ou entre 21 \$ et 30 \$ l'heure, selon leur expérience et leur appartenance à un syndicat.</p> <p>Les IAA gagnent en moyenne 26 100 \$ par année ou entre 18,35 \$ et 19,03 \$ l'heure, selon leur expérience et leur appartenance à un syndicat.</p> <p>Les auxiliaires familiales et familiaux, les aides domestiques et les aides à domicile gagnent en moyenne 16 000 \$ par année.</p>	<p>Les avantages dépendent généralement de l'appartenance à un syndicat.</p> <p>Le pouvoir de négociation des syndicats permet à certains infirmiers et infirmières de recevoir de meilleurs salaires et avantages.</p> <p>Il peut s'agir de travailleuses et de travailleurs autonomes.</p>	<p>95 % des IA sont des femmes.</p> <p>91 % des IAA sont des femmes.</p> <p>91 % des auxiliaires familiales et familiaux, des aides domestiques et des aides à domicile sont des femmes.</p>

Sources :

C.-B. et Canada (2000); OACCAC et coll., (2000); AOSC (2000a); OHHCPA (2000).

## Analyse

Un certain nombre d'observations générales ont été faites sur l'état des services de soins à domicile au Canada au cours de la dernière décennie. Entre 1995 et 2000, le nombre de personnes recevant des soins à domicile a augmenté de 140 % (CASSC, 2002). Et pourtant, le million et plus de Canadiennes et de Canadiens qui reçoivent maintenant des soins à domicile connaissent une pénurie de services, et leurs prestataires de services doivent leur prodiguer à la maison des soins de plus en plus complexes nécessitant souvent l'emploi de fournitures et de matériel coûteux (CASSC, 2002). Il n'est pas étonnant que la Commission Romanow (2002 : 193) soutienne dans ses recommandations que « la première étape consisterait à établir un programme national de services accessible à tous les Canadiens partout au pays et selon les mêmes conditions ». Comme toute réforme de la santé se fait dans le contexte de la mondialisation, il est impératif que l'on comprenne les effets que la mondialisation exerce déjà sur les programmes provinciaux de soins à domicile, et les restrictions que des traités commerciaux tels que l'ALENA et l'AGCS pourraient imposer aux futures réformes.

### ***L'état actuel des soins à domicile sous le régime des accords commerciaux internationaux*** **Réserves et exemptions**

L'ALENA et l'AGCS renferment des réserves et des exemptions bien précises qui visent à protéger le système de soins de santé du Canada. On dit aux réserves de l'annexe II de l'ALENA que le « Canada se réserve le droit d'adopter ou de maintenir toute mesure concernant les services d'application du droit public et les services correctionnels, ainsi que les services suivants dans la mesure où ils constituent des services sociaux établis ou maintenus à des fins d'intérêt public : sécurité ou garantie des revenus, sécurité ou assurance sociale, bien-être social, éducation publique, formation publique, santé et garde d'enfants » (c'est nous qui soulignons).

Du point de vue du Canada, l'ALENA protège la santé parce que celle-ci est considérée comme un service établi ou maintenu dans l'intérêt du public. Des responsables américains du commerce ont cependant soutenu que « là où existent des services commerciaux, ce secteur ne constitue plus un service social offert dans l'intérêt du public » [TRADUCTION] (Evans et coll., 2000). Cette façon de penser pourrait miner la protection de notre système de santé, à l'intérieur duquel certains services privés existent déjà et où l'on voit s'accroître le nombre de partenariats entre les secteurs public et privé dans des provinces comme l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Malgré les menaces qui planent, on n'a pas encore contesté la position canadienne sur les services de santé en regard de l'ALENA, ni invoqué cet accord pour se frayer un chemin dans le secteur canadien des services de santé.

Cette réserve de l'annexe II risque de mettre en péril les services (c.-à-d. les services de soutien dans les hôpitaux, les services de soins infirmiers, les services de laboratoire, etc.) qui commencent à faire l'objet de sous-traitance, mais dont une bonne partie continue à relever du secteur public. La réserve expose également à une privatisation accrue les services qui ne sont pas actuellement couverts par la *Loi canadienne sur la santé* (p. ex.



les soins à domicile). Susan Joeques et Ann Weston (1994) ont dit craindre l'ajout à l'ALENA de divers services de santé parce qu'il pourrait accentuer les pressions exercées sur les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada vers la privatisation du secteur de la santé. Approfondissant cette question, Boliz et coll. (1999) estiment que parmi les éléments clés de l'accès aux soins de santé sous le régime de l'ALENA figurent les échappatoires que l'accord est susceptible de renfermer et qui pourraient permettre de redresser les obstacles financiers à l'accès, ce qui menacerait le système du Canada, financé par l'État.

L'AGCS s'applique à tous les services, à l'exception des services fournis dans l'exercice du *pouvoir gouvernemental* définis à l'alinéa 1.3 b). Aux termes de cette disposition, tous les services sont visés par l'accord, sauf les « services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Selon l'alinéa 1.3 c), on entend par là « tout service qui n'est fourni ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services ». Les expressions « sur une base commerciale » et « en concurrence » ne sont pas définies.

L'OMS et l'OMC (2002 : 132) ont admis qu'il n'existe pas de définition définitive de ces expressions parce que la question n'a provoqué aucun différend et que « si les gouvernements Membres de l'OMC ont la faculté de demander des précisions dans le cadre des négociations en cours sur l'AGCS, ils n'en ont pas encore exprimé le besoin ». Comme le disait un expert commercial que nous avons interviewé :

*Cela me rend très mal à l'aise que le Canada n'ait pas exclu clairement son sacro-saint programme social parce que plus l'argument est compliqué et difficile, plus on risque de perdre devant un groupe d'experts commerciaux (interview, 2002).*

Outre l'alinéa 1.3, l'article XIV permet lui aussi des exceptions à l'AGCS si les gouvernements respectent certains critères définis. L'exception touchant la santé correspond à l'alinéa XIV b), qui précise que les membres peuvent prendre toute mesure *nécessaire* à la « protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux », quelles que soient leurs obligations en vertu de l'accord. Les politiques sur la santé pourraient être protégées en théorie, mais ne pas l'être dans la pratique. Le Secrétariat de l'OMC et l'OMS reconnaissent tous deux que les pays touchés pourraient contester les politiques sur la santé s'ils estiment que ces mesures imposent des restrictions injustifiées sur le commerce des services (OMS et OMC, 2002). En effet, comme le soutient Lipson (2001 : 3) : « dans la pratique, compte tenu de la jurisprudence de l'OMC (et des règles du GATT, prédécesseur de l'OMC), les mesures visées par une exemption de ce genre feraient l'objet d'une interprétation étroite de ce qui est *nécessaire* pour protéger la santé » [TRADUCTION]. On pourrait interpréter *nécessaire* comme désignant ce qui est le moins susceptible de restreindre le commerce, plutôt que ce qui pourrait le mieux protéger ou favoriser la santé.

Dans l'ALENA comme dans l'AGCS, la réserve et l'exemption sont ainsi libellées qu'elles ne tiennent aucun compte du système hybride public-privé de soins de santé du Canada. Comme la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas les soins à domicile et comme on trouve au sein de bien des provinces et territoires de nombreuses sociétés à but lucratif et sans but lucratif qui fonctionnent sur une base concurrentielle ou commerciale, les soins à

domicile ne font pas partie des réserves et des exemptions de l'ALENA et de l'AGCS (Epps, 2001; Sanger, 2001). Il est donc permis de conclure que les soins à domicile sont, dans leur structure actuelle, visés par les deux accords.

### **Clauses du traitement national et du traitement de la nation la plus favorisée**

Dans le cas de l'ALENA, les soins à domicile sont assujettis aux dispositions du traitement national et de l'investissement. La clause du traitement national (paragraphe 1 et 2 de l'article 1102) précise : « Chacune des Parties accordera » [aux investisseurs d'une autre Partie et à leurs investissements] « un traitement non moins favorable que celui qu'elle accorde, dans des circonstances analogues, à ses propres investisseurs, en ce qui concerne l'établissement, l'acquisition, l'expansion, la gestion, la direction, l'exploitation et la vente ou autre aliénation d'investissements ». Dans le secteur des soins à domicile, le traitement national pourrait empêcher de favoriser un fournisseur sans but lucratif plutôt qu'un fournisseur à but lucratif. Il pourrait aussi amoindrir la capacité du gouvernement canadien de réglementer les services de santé, surtout si les règlements sont jugés défavorables aux prestataires de soins étrangers. De plus, les soins à domicile pourraient également être assujettis aux clauses de la nation la plus favorisée (articles 1103 et 1203), qui obligent le Canada (y compris les provinces et les territoires) à accorder aux investisseurs des parties à l'ALENA un traitement non moins favorable que celui qu'il réserve dans des circonstances analogues aux investisseurs d'un autre pays.

Selon une source clé, l'AGCS présente deux niveaux de vulnérabilité :

*Le degré de subordination des services de soins à domicile aux règles générales de l'AGCS et celui des soins à domicile à d'autres règles énoncées dans les listes du Canada.*

Sans aucun doute, il est très difficile d'examiner les soins à domicile dans l'optique de l'AGCS en raison du système de classification ambigu de ce dernier. Les soins à domicile ne figurent pas comme un service distinct dans la classification de l'AGCS servant à prendre des engagements. Les services de santé associés aux soins à domicile y figurent toutefois, et 26 membres de l'OMC, y compris les États-Unis et le Mexique, ont inscrit les services liés aux soins à domicile au nombre de leurs engagements nationaux spécifiques (Sanger, 2001). Les services de soins à domicile liés à la santé ne figurent pas sur la liste du Canada et ne sont donc pas assujettis aux règles de l'AGCS sur le traitement national et l'accès aux marchés (Sanger, 2001).

S'ils ne figurent pas expressément sur la liste d'engagements nationaux du Canada, les services de soins à domicile n'en sont pas moins subordonnés à l'obligation générale de l'AGCS, plus particulièrement à la disposition relative au traitement de la nation la plus favorisée (CCPA, 2002). L'article II de l'AGCS, celui du traitement de la nation la plus favorisée, s'applique à tous les secteurs de service (sauf aux services protégés par le paragraphe 3 de l'article I), qu'ils fassent partie ou non de la liste d'engagements d'un membre. Cet article précise ce qui suit : « En ce qui concerne toutes les mesures couvertes par le présent accord, chaque Membre accordera immédiatement et sans condition aux services et fournisseurs de services de tout

autre Membre un traitement non moins favorable que celui qu'il accorde aux services similaires et fournisseurs de services similaires de tout autre pays ». Il interdit aux pays à faire de la discrimination à l'endroit de fournisseurs étrangers en consentant davantage de privilèges ou de droits à certains plutôt qu'à d'autres. Dans la pratique, le traitement de la nation la plus favorisée « permet à tous les fournisseurs de services de revendiquer le droit au marché le plus avantageux offert à tout fournisseur étranger » [TRADUCTION] (Sanger 2001 : 99). De plus, dès qu'une société étrangère invoque l'ALENA pour obtenir du financement public en matière de santé, la règle du traitement de la nation la plus favorisée de l'AGCS permettrait à toutes les sociétés étrangères de revendiquer l'accès au marché canadien et de réclamer le même niveau de subventions publiques (Sanger, 2001).

Les soins à domicile couvrent un éventail de services, ce qui complique l'analyse. Ils comprennent non seulement les services de santé, mais également des mesures de soutien social et de soutien à la vie. La prestation de ces services relève d'une gamme de ministères et de services, qui vont des services de santé et des services sociaux aux services de santé et aux services communautaires, comme c'est le cas en Ontario et en Colombie-Britannique. Non seulement les exemptions aux accords commerciaux protègent mal le système canadien de soins de santé en raison de sa combinaison de services publics et privés, mais elles ne couvrent pas l'éventail des services requis dans un domaine comme celui des soins à domicile.

Si l'on prend l'exemple de l'AGCS, les services de santé liés aux soins à domicile peuvent être exemptés des engagements sectoriels d'un pays. De fait, le Canada a explicitement exclu les soins infirmiers, la physiothérapie, les services de nutritionniste et l'ergothérapie de ses engagements en vertu de l'AGCS<sup>16</sup>. Toutefois, selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, des demandes ont été présentées pendant les récentes rondes de négociation de l'AGCS pour que soient assouplies les restrictions sur ces services et que les sociétés étrangères (appartenant majoritairement à des intérêts étrangers) soient autorisées à offrir ces services<sup>17</sup>. Il importe ici de souligner que le système de classification de l'AGCS regroupe ces types de services dans la catégorie des services professionnels du secteur des entreprises plutôt que du secteur des soins de santé. Ce regroupement réduit encore plus la protection dont ils bénéficient à titre de services de santé publique parce qu'on les dissocie de la catégorie des hôpitaux, des cliniques communautaires et des autres services de santé (Sanger, 2001). Il pourrait donc être plus difficile pour le gouvernement canadien de faire valoir qu'il s'agit de services de santé publique et qu'ils bénéficient donc de la protection assurée par la clause du pouvoir gouvernemental de l'AGCS. Comme le disait un répondant :

*La façon dont un service est classifié, c'est-à-dire le secteur auquel il est réputé appartenir, déterminera s'il sera libéralisé et de quelle façon, le cas échéant. Il pourrait alors être libéralisé par inadvertance sous une autre rubrique ou être catégorisé séparément de façon à être plus facile à libéraliser* [TRADUCTION].

On a par ailleurs inscrit à la liste le nettoyage des immeubles et la préparation des aliments, que l'on pourrait interpréter comme couvrant les services de soutien social et à la vie dans le secteur

des soins à domicile, et qui sont de ce fait assujettis à la clause du traitement national (article XVIII). Le traitement national ne s'applique qu'aux services inscrits par les pays à leur liste de l'AGCS. Cette clause oblige à un traitement aussi favorable des fournisseurs étrangers de services analogues que le traitement accordé aux fournisseurs intérieurs. Elle réduit considérablement la marge de manoeuvre des gouvernements nationaux pour décider des meilleurs fournisseurs de services dans un domaine ou une région donnés. Ainsi, le traitement national empêcherait les gouvernements de préférer des services communautaires sans but lucratif à des sociétés étrangères fournissant le même service. Il est permis de croire que des organismes locaux sans but lucratif bien implantés dans une localité donnée seraient mieux placés pour offrir des services tels que les soins à domicile (interview avec une source clé, 2003).

Le traitement national a également des incidences sur les services de soutien puisqu'il autorise les hôpitaux et les autorités sanitaires régionales à sous-traiter leurs services (p. ex. la préparation des aliments, la lessive et le nettoyage) uniquement à des organisations ou à des compagnies nationales. Ainsi, les règlements exigeant que la production alimentaire se fasse localement pourraient être contestés. Sous le régime de l'AGCS, les sociétés étrangères doivent bénéficier des mêmes possibilités de disputer le marché à la concurrence.

Le nettoyage des immeubles et la préparation des aliments pourraient également être assujettis à la clause d'accès aux marchés (article XVI). Cette clause interdit l'imposition d'un éventail de restrictions (p. ex. limiter le nombre de fournisseurs et de prestataires de services à leur emploi et restreindre la valeur totale des services et le type d'entité juridique), ce qui a fait dire à un expert commercial :

*Dans les domaines où l'on a pris des engagements spécifiques, [l'AGCS] interdit certains types de politiques... qu'elles soient discriminatoires ou non, et c'est là, je crois, que les accords commerciaux dépassent vraiment les bornes... Certains types de ce qu'on appelle des restrictions quantitatives, qui limitent essentiellement le nombre de fournisseurs de services, sont carrément interdits, qu'ils soient discriminatoires ou non [TRADUCTION] (interview, 2002).*

Ainsi, en vertu des engagements de plein accès aux marchés, les gouvernements ne peuvent ni donner l'exclusivité d'un service à des fournisseurs, ni préciser le type d'entité juridique – à but lucratif ou sans but lucratif – qui peut fournir un service. Ces restrictions sont d'importantes mesures de contrôle des coûts et assurent l'accès à des services financés par l'État (Sanger, 2001). L'accès aux marchés a donc des conséquences sur l'assurance-maladie, plus particulièrement sur la capacité de prévenir l'escalade des coûts et sur la faculté d'élargir le régime public d'assurance-maladie (Sanger, 2001). De plus, les règles de l'AGCS interdisant l'attribution de droits monopolistiques (paragraphe 4 de l'article VIII) pourraient nous empêcher d'élargir le régime public d'assurance-maladie à des services tels que les soins à domicile.

Le nettoyage des immeubles et la préparation des repas, qui font partie intégrante des services de santé, ont été assujettis à l'AGCS. Donc, même si le gouvernement canadien protège les services de soins de santé intérieurs, il n'est pas garanti que le commerce ne s'infiltrera pas dans d'autres secteurs considérés comme des déterminants fondamentaux de la santé. Kickbusch et de Leeuw (1999 : 286) fournissent l'explication suivante : « Alors même qu'ils défendent leur souveraineté interne sur la politique relative aux soins de santé, les pays perdent graduellement leur souveraineté sur les politiques liées aux déterminants de la santé » [TRADUCTION].

### **Contraintes commerciales possibles pour la réforme des soins à domicile**

Compte tenu des paramètres de l'ALENA et de l'AGCS, quelle serait donc la probabilité que le Canada fasse l'objet d'une contestation commerciale s'il tentait de modifier l'orientation des soins à domicile? Deux possibilités ont récemment été proposées à cet égard : la recommandation de la Commission Romanow visant à étendre le régime d'assurance-maladie aux soins à domicile afin d'en faire un programme à frais partagés et ce dont ont convenu les premiers ministres dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, soit l'augmentation du financement fédéral afin de procéder à une expansion ciblée des programmes et services provinciaux de soins à domicile financés par les deniers publics. Bien qu'on n'y ait pas donné suite, la recommandation Romanow demeure une piste stratégique viable.

Ces deux changements d'orientation sont possibles en vertu des règles commerciales actuelles, mais s'ils ne se font pas à l'intérieur des paramètres du système public, l'un ou l'autre pourrait donner lieu à une demande d'indemnisation dans le cadre de l'ALENA ou à une contestation sous le régime de l'AGCS.

À l'heure actuelle, la menace posée par l'ALENA est plus plausible. Deux dispositions clés ne sont pas assujetties à des réserves, à savoir la clause d'expropriation et d'indemnisation (paragraphe 1 de l'article 1110), et la norme minimale de traitement (paragraphe 1 de l'article 1105)<sup>18</sup>. La clause d'expropriation et d'indemnisation précise ce qui suit :

Aucune des Parties ne pourra, directement ou indirectement, nationaliser ou exproprier un investissement effectué sur son territoire par un investisseur d'une autre Partie, ni prendre une mesure équivalant à la nationalisation ou à l'expropriation d'un tel investissement (« expropriation »), sauf : pour une raison d'intérêt public; sur une base non discriminatoire; en conformité avec l'application régulière de la loi et le paragraphe 1105 (1); et moyennant le versement d'une indemnité en conformité avec les paragraphes 2 à 6.

Cet article limite la capacité du Canada de nationaliser un secteur ou d'exproprier l'activité d'assureurs de soins médicaux déjà présents sur le marché canadien (Epps et Flood 2001, 2003). Il « amoindrit grandement la capacité d'élargir le volet public du système canadien de soins de santé » [TRADUCTION] (Johnson, 2002 : 7). Cette disposition est on ne peut plus controversée parce qu'elle permet difficilement aux gouvernements de se désengager des politiques de libéralisation de l'économie ou de privatisation.

Selon cet article, les sociétés peuvent contester directement les gouvernements et leur demander une indemnité financière en s'adressant à l'organe de règlement des différends de l'ALENA. En vertu de cette disposition, les investisseurs peuvent demander d'être indemnisés pour des mesures qui restreignent la prestation à but lucratif de services de soins de santé (y compris l'expansion du régime public d'assurance-maladie). Si, par exemple, le gouvernement canadien voulait élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* aux soins à domicile et si les provinces (qui voudraient obtenir leurs paiements de transfert du gouvernement fédéral) décidaient de ne pas renouveler leurs contrats avec des sociétés privées étrangères (très probablement à but lucratif), peut-être ces sociétés décideraient-elles de contester ces mesures en vertu de l'ALENA.

Une source clé nous a bien expliqué la menace d'une contestation aux termes de l'ALENA :

*L'ALENA est plus menaçant que l'AGCS parce qu'il permet à l'investisseur de soumettre un litige directement et d'obtenir des dommages-intérêts. Les groupes spéciaux de l'ALENA appelés à trancher les différends commerciaux ont beaucoup de latitude quant aux dommages-intérêts qu'ils peuvent demander* [TRADUCTION].

Le degré de risque dépend de l'importance des préjudices que ces changements d'orientation ont fait subir aux intérêts économiques privés. Autrement, comme l'affirme Johnson (2002 : 31), il pourrait s'agir d'une contestation ou d'une réclamation modeste susceptible de se résoudre de façon satisfaisante. Il importe donc d'examiner le financement et la prestation des services de soins à domicile en se posant plus particulièrement les questions suivantes.

- Jusqu'à quel point les fournisseurs/assureurs privés à but lucratif sont-ils présents dans le système canadien de soins de santé et dans les soins à domicile en particulier? Pour faire une analyse de ce genre, il faut tenir compte de la mesure dans laquelle les soins de santé sont considérés comme un marché en expansion pour les investisseurs privés étrangers.
- Comment les changements d'orientation dans les soins à domicile pourraient-ils nuire aux fournisseurs commerciaux étrangers?
- Quels sont les effets réels et possibles selon le genre de la participation accrue des assureurs et fournisseurs privés de soins à domicile à but lucratif sur la qualité des services de soins à domicile, l'ensemble des services connexes et la main-d'oeuvre des soins de santé?

Il est également important de garder à l'esprit que, s'il n'est pas encore énorme, le marché des soins à domicile ne cesse de grandir. Comme le disait une personne que nous avons interrogée :

*Il est important, du point de vue des politiques, d'être à l'affût d'éventuels risques et vulnérabilités* [TRADUCTION].

Bon nombre des personnes que nous avons interviewées pour notre étude sont du même avis.

## Contexte

Avant d'examiner le financement et la prestation des soins à domicile au Canada dans l'optique de l'ALENA et de l'AGCS, il importe de cerner l'importance économique des soins à domicile. Comme le disait une de nos sources clés :

*Combien d'argent y a-t-il à faire dans les soins à domicile? S'agit-il vraiment d'une priorité pour les sociétés étrangères?* [TRADUCTION]

Industrie Canada voit dans les soins à domicile un « secteur de force » capable d'attirer les investisseurs étrangers en particulier parce qu'un nombre grandissant de citoyennes et de citoyens âgés et fortunés sont aux prises avec des problèmes de santé chroniques (Industrie Canada, 2000). De hauts fonctionnaires américains du commerce ont déclaré : « Les États-Unis estiment qu'il y a des possibilités commerciales dans tout le spectre des établissements de soins de santé et de services sociaux, y compris les hôpitaux, les services de consultations externes, les foyers de soins infirmiers, l'aide à la vie autonome et les services fournis à la maison » [TRADUCTION] (Kuttner, 1999 : 666).

Selon Chanda (2001 : 59), « les sociétés américaines oeuvrant dans le secteur des soins de santé et des services complémentaires lorgnent de plus en plus du côté des marchés étrangers à cause de la réforme des systèmes de soins de santé dirigés par l'État et du passage à une gestion privée des soins que l'on observe dans beaucoup de pays » [TRADUCTION]. En effet, comme le disait une des personnes que nous avons interrogées :

*En ce qui a trait au marché des soins de santé, l'expansion pluriterritoriale américaine cible habituellement le marché canadien. C'est ce qui s'est produit dans le cas du secteur manufacturier* [TRADUCTION].

L'industrie des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) des États-Unis, connue pour son intégration verticale des services de soins de santé, s'est montrée intéressée par le Canada. Les soins à domicile, en particulier la gestion des maladies chroniques, pourraient être assez payants pour que cette industrie les ajoute à son éventail de services de santé. C'est ce qu'a fait valoir une source clé :

*Il se pourrait que l'industrie des OSSI ajoute les soins communautaires à sa trousse de services* [TRADUCTION].

### ***Financement des services de soins à domicile : présence des assureurs privés***

Bien que les gouvernements provinciaux financent certains services de soins à domicile, les particuliers et l'industrie de l'assurance sont également d'importants intervenants à cet égard. Le nombre de personnes qui payent directement ces services de leur poche augmente constamment. Les personnes qui souscrivent une assurance privée le font peut-être parce qu'elles ne sont pas admissibles à des services publics de soins à domicile, parce qu'elles ne veulent pas subir d'évaluations de soins à domicile ou parce que les services du régime public sont insuffisants (Santé Canada, 1999b).

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'Ontario finance les services professionnels, les services de soutien personnel, les services d'auxiliaires familiales et familiaux et d'autres services sociaux. Les services accessibles sont cependant assujettis à un plafond. Bien souvent, les services de soutien communautaires sont assortis de frais modérateurs. On estime également qu'environ 50 % des personnes qui ont besoin de soins à domicile doivent obtenir du secteur privé une bonne partie des soins requis ou compter sur le travail non rémunéré de membres de leur famille et d'amis (Browne, 2000). En comparaison, la Colombie-Britannique fournit une gamme exhaustive de soins professionnels à domicile, jusqu'à concurrence de 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Par ailleurs, les services de soutien à domicile dispensés en Colombie-Britannique et, dans une mesure semblable, en Ontario (p. ex. le répit, l'aide aux activités de la vie quotidienne et la préparation des repas) sont assortis de frais modérateurs et de rigoureux critères d'admissibilité. En 1999, les autorités sanitaires ont éliminé l'aide à l'entretien ménager, à la préparation des repas et à la lessive fournie à la clientèle dont les besoins étaient jugés « moins sérieux ». Cette clientèle doit maintenant acheter ces services auprès du secteur privé, ce qui crée un système de soins à domicile à deux vitesses.

Le nombre d'assureurs privés s'est accru au Canada en raison du genre de décroissance observée dans le volet des soins à domicile du secteur de la santé publique. À l'heure actuelle, 39 des 140 assureurs privés présents au Canada ont leur siège social aux États-Unis et 10, en Europe (Epps et Flood, 2003). On estime que les cotisations aux régimes d'assurance-maladie de ces assureurs privés varient de 860 millions à 2,5 milliards de dollars (CCPA, 2002). À l'heure actuelle, plus de 20 millions de Canadiennes et de Canadiens souscrivent un régime d'assurance privé. Il y a 68 % de la population en Colombie-Britannique et 58 % en Ontario qui bénéficie d'un tel régime (ACCAP, 2001).

L'assurance privée offre une gamme d'avantages, notamment la prestation de soins infirmiers et de soins à domicile. L'assurance soins à domicile s'adresse aux personnes de 40 à 80 ans et vise les personnes à revenu moyen ou élevé qui ont l'âge de la préretraite. Une police de base coûte généralement quelque 130 \$ par mois sur 20 ans et donne à son titulaire le droit d'obtenir pour 50 \$ de services de soins à domicile, jusqu'à concurrence de 75 000 \$ pour toute la vie (Fuller, 2001). De nombreux assureurs vendent également des polices d'assurance-maladie collective d'employeur pour la prestation de soins à domicile.

S'il est pour l'instant modeste, le marché global de l'assurance soins à domicile n'en grandit pas moins. Il y a par exemple un nombre important d'assureurs privés des soins de longue durée (y compris des soins à domicile) à but lucratif en Colombie-Britannique et en Ontario. Ont leur siège en Colombie-Britannique les sociétés Zlotnick, Lamb and Company, Dave P. Financial, Cheap Life Insurance Canada Insurance Services, S&V Planning Corporation et le Groupe financier Equinox. Sur son site Web, Zlotnick, Lamb and Company annonce son assurance soins de longue durée de la façon suivante :

Enfin... une solution – ... Offerte depuis des décennies aux États-Unis, cette protection est depuis peu offerte aux Canadiens – et ce n'était pas trop



Comme nous l'avons souligné précédemment, l'Ontario finance les services professionnels, les services de soutien personnel, les services d'auxiliaires familiales et familiaux et d'autres services sociaux. Les services accessibles sont cependant assujettis à un plafond. Bien souvent, les services de soutien communautaires sont assortis de frais modérateurs. On estime également qu'environ 50 % des personnes qui ont besoin de soins à domicile doivent obtenir du secteur privé une bonne partie des soins requis ou compter sur le travail non rémunéré de membres de leur famille et d'amis (Browne, 2000). En comparaison, la Colombie-Britannique fournit une gamme exhaustive de soins professionnels à domicile, jusqu'à concurrence de 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Par ailleurs, les services de soutien à domicile dispensés en Colombie-Britannique et, dans une mesure semblable, en Ontario (p. ex. le répit, l'aide aux activités de la vie quotidienne et la préparation des repas) sont assortis de frais modérateurs et de rigoureux critères d'admissibilité. En 1999, les autorités sanitaires ont éliminé l'aide à l'entretien ménager, à la préparation des repas et à la lessive fournie à la clientèle dont les besoins étaient jugés « moins sérieux ». Cette clientèle doit maintenant acheter ces services auprès du secteur privé, ce qui crée un système de soins à domicile à deux vitesses.

Le nombre d'assureurs privés s'est accru au Canada en raison du genre de décroissance observée dans le volet des soins à domicile du secteur de la santé publique. À l'heure actuelle, 39 des 140 assureurs privés présents au Canada ont leur siège social aux États-Unis et 10, en Europe (Epps et Flood, 2003). On estime que les cotisations aux régimes d'assurance-maladie de ces assureurs privés varient de 860 millions à 2,5 milliards de dollars (CCPA, 2002). À l'heure actuelle, plus de 20 millions de Canadiennes et de Canadiens souscrivent un régime d'assurance privé. Il y a 68 % de la population en Colombie-Britannique et 58 % en Ontario qui bénéficie d'un tel régime (ACCAP, 2001).

L'assurance privée offre une gamme d'avantages, notamment la prestation de soins infirmiers et de soins à domicile. L'assurance soins à domicile s'adresse aux personnes de 40 à 80 ans et vise les personnes à revenu moyen ou élevé qui ont l'âge de la préretraite. Une police de base coûte généralement quelque 130 \$ par mois sur 20 ans et donne à son titulaire le droit d'obtenir pour 50 \$ de services de soins à domicile, jusqu'à concurrence de 75 000 \$ pour toute la vie (Fuller, 2001). De nombreux assureurs vendent également des polices d'assurance-maladie collective d'employeur pour la prestation de soins à domicile.

S'il est pour l'instant modeste, le marché global de l'assurance soins à domicile n'en grandit pas moins. Il y a par exemple un nombre important d'assureurs privés des soins de longue durée (y compris des soins à domicile) à but lucratif en Colombie-Britannique et en Ontario. Ont leur siège en Colombie-Britannique les sociétés Zlotnick, Lamb and Company, Dave P. Financial, Cheap Life Insurance Canada Insurance Services, S&V Planning Corporation et le Groupe financier Equinox. Sur son site Web, Zlotnick, Lamb and Company annonce son assurance soins de longue durée de la façon suivante :

Enfin... une solution – ... Offerte depuis des décennies aux États-Unis, cette protection est depuis peu offerte aux Canadiens – et ce n'était pas trop

tôt. L'assurance soins de longue durée couvre ce qu'il en coûte pour obtenir des soins de longue durée chez soi ou en établissement pendant quelques années ou toute la vie. Si vous avez entre 30 et 80 ans, vous pouvez faire une demande et pourriez toucher des prestations de 10 \$ à 300 \$ par jour, non imposables (McNaughton, 2003) [TRADUCTION].

Parmi les sociétés ayant leur siège social en Ontario, mentionnons Clarica, RBC Assurances, la Financière Manuvie, Canada-Vie, La Citadelle Compagnie d'assurances générales, le Groupe financier Empire, Liberté Santé, la Financière Sun Life, UnumProvident, The Rite Path et PennCorp Canada. Bon nombre de ces assureurs ont également des bureaux en Colombie-Britannique. Parmi les autres compagnies dignes de mention figurent les Assurances Federated (siège social à Winnipeg et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique), La Maritime (siège social à Halifax et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique), la Standard Life (siège social à Montréal et bureaux régionaux en Ontario et en Colombie-Britannique) et le Groupe Hughes Trustco (siège social à Montréal et services dans toutes les provinces).

Coyte (2000) prévoit que les dépenses privées en soins à domicile, qui se chiffraient à 0,7 milliard de dollars en 2000-2001, augmenteront de près de 80 % d'ici 20 ans en raison de l'évolution démographique. Cette augmentation pourrait certainement rendre le marché des soins à domicile de plus en plus attrayant pour les investisseurs étrangers. Il appert également que les Canadiennes et Canadiens s'intéressent de plus en plus à l'assurance soins de longue durée. Un sondage Ipsos-Reid effectué en 2002 pour le compte de RBC Assurances révèle qu'à peine 12 % de la population canadienne souscrit une assurance soins de longue durée. Cependant, 33 % des personnes non assurées se sont montrées désireuses d'en apprendre davantage à ce sujet auprès d'une conseillère ou d'un conseiller financier (Ipsos-Reid, 2002).

L'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* ou le financement de certains aspects des soins à domicile par le trésor public (comme ce serait le cas en Ontario et en Colombie-Britannique en vertu de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé) pourraient enlever à ces compagnies leur part actuelle et potentielle de ce marché. Une compagnie d'assurance touchée pourrait considérer le rétrécissement du marché de l'assurance privée et l'établissement de règles sur les services facturables aux malades comme « une expropriation indirecte de ses activités et des bénéfices qu'elle prévoyait en tirer » [TRADUCTION] (Epps, 2001 : 119, 141). Une société d'assurance privée pourrait répliquer et présenter une contestation aux termes du chapitre 11 de l'ALENA en invoquant la clause sur l'expropriation et l'indemnisation.

De fait, la Commission Romanow (2002 : 238) a justement conclu que si nous voulons élargir la gamme de services du système public (p. ex. les soins à domicile), il vaut mieux le faire maintenant, tandis que les sociétés étrangères sont très peu présentes dans le domaine des soins de santé au Canada et qu'il n'en coûterait pas cher de les indemniser. Il est donc concevable qu'« un ou plusieurs assureurs américains cherchent à se faire indemniser par l'entremise de l'ALENA si une réforme leur interdisait l'accès au marché canadien » [TRADUCTION] (Epps et Flood, 2003 : 37). Quant à une menace de contestation en vertu de

### ***Prestation de soins à domicile***

Sauf au Manitoba, la plupart des soins à domicile sont dispensés par le secteur privé. Les compagnies privées varient cependant selon qu'elles sont ou non à but lucratif. À l'échelle nationale, la prestation de soins à domicile est essentiellement dominée par des organismes sans but lucratif tels que les Infirmières de l'Ordre de Victoria et la Croix-Rouge. Le secteur des organismes sans but lucratif se démarque par sa vocation globale à servir l'intérêt public, son engagement à rendre des comptes au public et à faire preuve de transparence, et sa défense de la clientèle et des malades (Fuller, 2001).

Certaines sociétés privées à but lucratif sont de petites entreprises à vocation régionale. Il y a également des sociétés canadiennes et un nombre élevé de fournisseurs américains de soins à domicile (p. ex. des multinationales cotées en bourse). Il s'agit, par exemple, de Caremark, d'Olsten/Gentiva et d'autres sociétés appartenant partiellement à des investisseurs internationaux, comme Extendicare et Dynacare (Armstrong, 2001). Ces dernières années, la sous-traitance de services financés par l'État à des entités à but lucratif a bondi (Epps, 2001).

Dans le secteur privé, il se fait davantage d'investissements transfrontières dans la prestation des soins à domicile que de commerce transfrontalier de ceux-ci (p. ex. dans les technologies des télécommunications et de l'information, telles que la télésanté dans les soins à domicile) (CCPA, 2002). Cela ne signifie toutefois pas que la télésanté ne gagnera pas en importance. L'Ontario, par exemple, fait l'essai du robot intelligent de soins à domicile, qui remplace les visites à domicile par une surveillance et un suivi. Industrie Canada (2000) et le Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international (1999) estiment que certaines formes de télésanté représentent un secteur en expansion susceptible de rendre le marché canadien intéressant pour les investisseurs étrangers.

Pour l'instant, c'est surtout de l'investissement transfrontières (c.-à-d. les sociétés à propriété étrangère présentes au Canada) qu'il faut se préoccuper en ce qui a trait à la réforme des soins de santé dans le contexte des accords commerciaux internationaux.

Si le gouvernement élargit la couverture des soins à domicile tout en voulant limiter le nombre de fournisseurs de soins à domicile, les clauses d'expropriation de l'ALENA permettraient aux sociétés étrangères à but lucratif de réclamer une indemnisation. Elles soutiendraient que la réforme des soins à domicile risque de leur faire subir toutes sortes de torts à titre de fournisseurs privés, notamment leur éviction du marché des soins à domicile et une baisse de profits occasionnée par la perte de leur part de marché. Une éventuelle contestation aux termes de l'AGCS se fonderait sans doute sur les engagements spécifiques du Canada en regard du nettoyage des immeubles et de l'entretien ménager.

### **Financement public et prestation par des entreprises privées**

Au Canada, 93 % des organismes de soins à domicile privés sont partiellement financés par les fonds publics et 50 % le sont entièrement (MacAdam, 2000). Par exemple, les CASC de l'Ontario sous-traitent un éventail de services à l'entreprise privée. En 1999, par exemple, 18 CASC ont accordé 20 contrats de soins infirmiers; 52 % de ces contrats, tout comme 40 % des contrats de thérapie et 80 % des contrats d'équipement, ont été octroyés à des organismes à but lucratif (Sutherland, 2001). On estime que, chaque année, 42 millions de

dollars de fonds publics sont versés sous forme de profits à des entreprises privées (p. ex. les Services de santé Comcare, les Services de santé Para-Med, les Services de santé Olsten) et aux actionnaires de sociétés à but lucratif (OHC, 2001b).

La Colombie-Britannique est dans la mire d'un certain nombre de fournisseurs privés à but lucratif (Fuller, 2001). Sur le territoire de l'Autorité sanitaire du Fraser, l'une des cinq autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, on trouve, signe de cet intérêt, une combinaison de fournisseurs privés à but lucratif, privés sans but lucratif et publics<sup>19</sup>. Les organismes privés (qui acceptent des clientes et clients privés et peuvent conclure des contrats avec l'autorité sanitaire) sont les suivants :

- Para-Med Health Services;
- We Care Home Health Services;
- Bayshore Home Support;
- Helping Hands Agency Ltd;
- Comcare, Pacific Rehabilitation;
- Drake Medox Health Care Services;
- Gentiva Health Services.

Les organismes publics ou privés sans but lucratif sont notamment les suivants :

- Abbotsford Community Services;
- Fraser Cheam Home Support Service Society;
- Burnaby Community Home Support Services Association;
- Simon Fraser Home Support Association;
- Ridge-Meadows Home Support Service Society;
- Delta Home Support Service Society;
- Langley Home Support Service Society;
- Surrey and White Rock Home Support Association;
- West Coast Health Care Services Limited;
- Richmond Health Services Home Support;
- Greater Vancouver Community Services Society;
- St. James Home Support Services;
- Vancouver Community Home Support Services Association;
- Greater Vancouver Home Support Society;
- Bella Coola Home Support;

- Home Support NSHR;
- Powell River and District Home Support Society;
- Sunshine Coast Home Support Society;
- Howe Sound Home Support Service Society.

La prestation à but lucratif de services de soins à domicile est de plus reliée à des activités associées à l'industrie pharmaceutique et à l'équipement médical commercial. Certaines données indiquent, par exemple, que des sociétés de soins à domicile telles que Comcare et le Groupe santé Bayshore (anciennement Olsten) acceptent des contrats de compagnies pharmaceutiques afin de recruter de la clientèle pour des essais cliniques de médicaments et en assurer le suivi (Fuller, 2001). Les essais de médicaments sont une condition d'approbation essentielle des nouveaux médicaments dans la lucrative industrie pharmaceutique. Ces entreprises pourraient estimer qu'on limite leur accès au marché en les empêchant d'avoir accès au secteur des soins à domicile pour y faire des essais de médicaments. On pense également que l'équipement médical à domicile permet lui aussi de se faufiler dans le secteur des soins à domicile (Fuller, 2001). Fuller signale également (2001 : 20) que le département d'État des États-Unis estime à environ 1,1 milliard de dollars américains la valeur du marché canadien de l'équipement médical, qui comprend l'équipement pour les soins à domicile.

Si, un jour, les gouvernements voulaient restreindre les modes de prestation des services à domicile (p. ex. en exigeant qu'ils soient offerts uniquement par des organismes publics ou des organismes sans but lucratif), on pourrait y voir une violation des clauses de traitement national des deux accords et des dispositions sur l'accès aux marchés de l'AGCS (surtout si le Canada décidait d'élargir la couverture de l'AGCS des soins à domicile en inscrivant directement ces derniers à sa liste ou en les reclassifiant aux termes de l'accord). L'ALENA comme l'AGCS pourraient interdire que l'on favorise les fournisseurs de services sans but lucratif intérieurs dans tous les aspects des pratiques d'approvisionnement gouvernementales (Fuller, 2001)<sup>20</sup>.

Les gouvernements pourraient ne plus pouvoir adjudger de contrats de services de soins à domicile en tenant compte, par exemple, des acquis des soumissionnaires en la matière. Étant donné que les organismes à but lucratif ont de tout temps compté sur des accords de financement spécialisés avec les autorités provinciales, dans le cadre desquels ces considérations jouaient un rôle essentiel, les processus d'appel d'offres, qui sont ouverts aussi bien aux sociétés sans but lucratif qu'aux sociétés à but lucratif, défavorisent les organismes sans but lucratif, s'ils ne menacent pas carrément leur existence.

De plus, durant le processus d'appel d'offres même, il est difficile pour les organismes sans but lucratif de faire concurrence aux organisations à but lucratif. Comme l'expliquait une source clé :

*En Ontario, les Infirmières de l'Ordre de Victoria ont commencé à perdre des contrats (comme d'autres organismes sans but lucratif) parce qu'elles n'avaient pas les ressources internes nécessaires pour participer aux appels d'offres* [TRADUCTION].

S'il leur est impossible de répondre aux appels d'offres, ce n'est pas tant à cause de leur incapacité d'offrir des soins que parce que de nombreuses sociétés transnationales peuvent investir davantage de ressources dans les appels d'offres ou font des offres à bas prix (Browne, 2000). Comme le disait une autre personne que nous avons interrogée :

*Les compagnies peuvent se permettre d'essayer ces pertes dans l'espoir de rentabiliser leurs activités en cours de route. Les soins à domicile sont également un tremplin pour d'autres services, comme les essais cliniques de médicaments, qui rapportent gros [TRADUCTION].*

On risque peu de se tromper en disant que les gouvernements n'ont pas toute la latitude voulue pour réformer la santé parce que les accords peuvent restreindre leur faculté de ne consentir des fonds publics qu'aux fournisseurs de soins à domicile sans but lucratif. Selon Sanger (2001 : 99), « ces restrictions limiteraient la capacité des gouvernements d'offrir le plus économiquement possible des services de soins à domicile financés par les deniers publics » [TRADUCTION].

En Ontario, par exemple, l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* pourrait déloger des fournisseurs de soins à domicile déjà fortement implantés dans le système de soins géré par la province. Cela se produirait, par exemple, si le gouvernement prenait, en tant que fournisseur public, le contrôle de la prestation directe des services actuellement offerts par ces compagnies ou s'il voulait les attribuer à des sociétés sans but lucratif. Certains analystes ont soutenu que « lorsque la prestation directe par le secteur public déplacerait des services commerciaux, le gouvernement prendrait en charge l'obligation de fournir les services en question. Il n'y aurait pas de prise de possession de biens de fournisseurs commerciaux pour le bénéfice de l'État » (CCPA, 2002 : 38). Étant donné l'ambiguïté générale du libellé de ces accords, cette situation pourrait toutefois ne pas se produire dans le cas des soins à domicile. Sanger (2001 : 106) souligne qu'un « autre pays membre de l'OMC pourrait faire valoir que la prestation publique de soins à domicile s'inscrit dans la continuité du monopole de l'État sur un service qui faisait partie du marché commercial des soins à domicile visé par les engagements spécifiques du Canada » [TRADUCTION]. L'accès aux marchés interdit le contingentement des fournisseurs qui pourraient offrir de tels services. Ces empêchements soulèvent aussi de sérieuses préoccupations quant à la capacité des gouvernements de réglementer les services de soins de santé sous le régime de l'ALENA aussi bien que celui de l'AGCS.

### ***Réglementation et soins à domicile***

On fait parfois valoir que les gouvernements ont de puissants pouvoirs de réglementation pour prouver que la nature publique du système canadien de soins de santé n'a rien à craindre de la prestation de soins à but lucratif. Les règlements se présentent sous diverses formes, qui peuvent comprendre des mesures ayant pour effet d'empêcher la création ou l'exploitation d'une entreprise de services en obligeant les investisseurs étrangers à se plier à un processus de sélection ou d'enregistrement, en restreignant le niveau ou la part d'appartenance étrangère et en exigeant une évaluation au cas par cas du mérite des firmes

étrangères (Epps, 2001). La réglementation détermine souvent les prescriptions en matière de titres et de licences ainsi que les normes techniques. Les prescriptions relatives aux titres renvoient, par exemple, à l'accréditation professionnelle et au niveau d'instruction requis. L'expression « prescriptions en matière de licences » couvre la réglementation professionnelle. Enfin, les normes techniques s'étendent aux règles d'exécution d'un service (Epps et Flood, 2001; Sinclair, 2000).

Selon la United States International Trade Commission, le pire obstacle à l'accroissement du commerce en santé est la présence de puissants mécanismes de contrôle réglementaire dans les systèmes de santé étrangers comme celui du Canada (Luther, 1999). Depuis 1999, le Groupe de travail sur la réglementation intérieure de l'AGCS étudie la façon de limiter les mesures réglementaires pour qu'elles « restreignent le moins possible le commerce » ou « ne soient pas plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire pour assurer la qualité du service » (paragraphe 4 de l'article VI). Dans une communication préparée pour l'OCDE, David Luff (2002) décrit un certain nombre de mesures susceptibles d'être interprétées comme étant « plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire ». Il s'agit notamment de l'obligation pour les professionnelles et professionnels de la santé d'être universellement accessibles, des limites imposées à la rémunération à l'acte, de la révocation des permis des médecins et des licences des établissements pour contravention aux prescriptions en matière de licences, et de l'obligation pour les hôpitaux ou les médecins de fonctionner sur une base non lucrative. Un expert commercial interviewé dans le cadre de notre étude a fait le commentaire suivant :

*Ce qui me préoccupe au sujet de la réglementation intérieure, c'est qu'il y a toujours en théorie un moyen moins restrictif d'atteindre un objectif stratégique donné (interview, 2002).*

De fait, comme l'a déclaré Dean O'Hare, président de la Coalition of Service Industries (1999) : « Afin de mener des négociations constructives sur les services, les membres de l'OMC devront songer à faire des ajustements à leurs régimes réglementaires » [TRADUCTION]. La position de O'Hare cadre avec la conception et les priorités du commerce international visant l'élimination de ce que d'aucuns perçoivent comme des règles injustes « derrière la frontière » qui entravent le commerce des services. Il se pourrait par exemple que l'on juge inutilement encombrants les règlements, en vigueur au Canada, qui assurent l'accès universel aux services (Luff, 2002). Cela, bien entendu, comprend le régime d'assurance-maladie et tout élargissement proposé de ce que financent les deniers publics, comme les soins à domicile et leur mode de prestation.

Le CCPA (2002 : XI) fait valoir que « des considérations pratiques indiquent qu'il est peu probable que les dispositions des accords commerciaux entravent considérablement les réformes de la réglementation de la prestation des services de soins à domicile, mais il pourrait être plus difficile de faire volte-face dans le cas de certains changements ». Selon le CCPA, les règlements englobent la prestation directe des services, la mise en concurrence et les partenariats avec des fournisseurs sans but lucratif. Par ailleurs, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario est d'avis que les négociations actuelles de l'AGCS sur les disciplines réglementaires intérieures nuisent à la capacité de soutenir et d'améliorer le régime canadien d'assurance-maladie. Elle fait référence à la récente

proposition américaine demandant l'adoption de disciplines de l'AGCS sur la transparence dans les services de réglementation intérieurs. Elle cite le gouvernement du Royaume-Uni, qui a conclu que cette proposition « donnerait aux gouvernements étrangers, et peut-être aux entreprises, le droit légal en vertu de l'AGCS d'être consultés sur les projets de réglementation nationale » (Royaume-Uni, 2003a : 56).

Des modifications aux dispositions de l'AGCS sur la réglementation pourraient également amoindrir la capacité du gouvernement de la Colombie-Britannique de continuer à offrir des soins à domicile conformément aux modalités décrites dans le *Continuing Care Act* et le *Employment Standards Act* si on en venait à conclure que ces lois restreignent injustement le commerce. On pourrait également considérer que les mesures législatives qui ordonnent au ministre de la Santé de « veiller à ce que l'on continue en Colombie-Britannique d'offrir surtout des services de santé sans but lucratif » [TRADUCTION] (*Health Authorities Act, RSBC 1996, 1.3 Provincial Standards*) privilégient injustement les fournisseurs sans but lucratif.

Il se pourrait également que la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* de l'Ontario, qui assure l'application de normes à l'échelle de la province, soit contestée. Cette contestation pourrait diminuer considérablement le pouvoir de la province de faire respecter d'autres ententes de services et règlements régissant les soins à domicile et, en particulier, de réglementer son actuel processus d'appel d'offres. Quand l'Ontario a décidé de passer à un régime de gestion de la concurrence, elle a spécifiquement protégé les organismes sans but lucratif lors des premiers appels d'offres<sup>21</sup>. Sous le régime de l'ALENA et de l'AGCS, il se pourrait qu'on ne puisse privilégier ainsi les fournisseurs canadiens sans but lucratif au détriment des fournisseurs étrangers à but lucratif. À l'heure actuelle, les demandes de propositions de services de soins à domicile obligent les soumissionnaires à bien connaître un milieu particulier et ses services. Encore une fois, un fournisseur étranger de l'extérieur de la province de l'Ontario pourrait contester cette prescription sous prétexte qu'elle est « plus rigoureuse que nécessaire ».

La réduction des risques associés au commerce en santé et la participation d'intervenantes et d'intervenants privés dépendent de la capacité d'appliquer des cadres réglementaires exécutoires (Marconini, 1998; OMS et OMC, 2002). Et la réglementation répond de plus en plus aux impératifs des engagements pris aux termes d'accords internationaux, ce qui complique la tâche des gouvernements de prioriser les objectifs stratégiques nationaux (Hart, 1998). Koivusalo et Rowson (2000 : 185) soutiennent que « les règlements et les normes visant à garantir la qualité et la sécurité des services de santé s'établiront de plus en plus avec l'assentiment de la communauté internationale. Les gouvernements devront donc formuler leurs politiques en tenant compte du contexte international » [TRADUCTION].

L'ALENA et l'AGCS pourraient également entraver la capacité d'établir des critères d'admissibilité pour l'agrément et l'octroi de licences (p. ex. les conditions d'agrément des fournisseurs de services). Les normes canadiennes d'agrément du personnel professionnel et technique des soins de santé pourraient être touchées. De plus, les prescriptions en matière d'octroi de licences et d'agrément sont souvent considérées comme des obstacles au



commerce des services parce qu'elles peuvent nuire à la concurrence entre les fournisseurs nationaux et étrangers en ne les traitant pas sur un pied d'égalité (Epps, 2001), surtout quand la main-d'oeuvre est traitée comme un produit négociable. Les pressions en faveur de « l'harmonisation vers le bas » des conditions d'octroi de licences pourraient mettre en danger la santé de la population canadienne (AIIAO, 2003). Il y a, est-il permis de penser, un lien synergique entre les moyens et les fins des politiques, et c'est là où les accords commerciaux prennent tout leur sens et dérangent peut-être le plus. Il n'est pas étonnant qu'une source clé nous ait recommandé de nous poser la question suivante :

*Quel genre de cadre réglementaire souhaitons-nous pour les soins à domicile?* [TRADUCTION]

Peut-être faudrait-il également se demander à quel genre de cadre réglementaire il nous est permis d'aspirer en vertu des accords commerciaux.

Voici l'exemple d'une mesure prise aux États-Unis qui illustre la façon dont on pourrait réduire la portée des règlements sur les maisons de soins infirmiers s'ils étaient jugés coûteux. En 2001, le Congrès a éliminé les prescriptions juridiques visant la réduction des blessures au travail, habituellement causées par le soulèvement de lourdes charges, parce que les employeurs s'étaient plaints que les règles « obligeaient à apporter des changements accablants et coûteux et parce que de nombreux employeurs remettaient en question les preuves scientifiques sur lesquelles repose l'ergonomie » [TRADUCTION] (Strope, 2003 : 1). Récemment, on a adopté des lignes directrices en matière de sécurité et de santé au travail pour réduire le nombre croissant de blessures liées à l'ergonomie, qui sont le plus souvent subies par les travailleuses et travailleurs des services de santé et qui représentent le tiers du 1,7 million de blessures subies annuellement (Strope, 2003). Cependant, en raison des pressions exercées par le secteur des entreprises, ces nouvelles exigences sont « de nature consultative et informative. Il ne s'agit pas d'une *nouvelle norme ou réglementation et elles n'imposent aucune nouvelle prescription juridique* » [TRADUCTION] (c'est nous qui soulignons) (Strope, 2003 : 1).

### ***Effets généraux et effets selon le sexe des contraintes à la marge de manoeuvre stratégique***

Que l'on souhaite agrandir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* ou fixer des normes nationales pour certains services de soins à domicile, comme cela avait été convenu dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, l'ALENA et l'AGCS n'en réduisent pas moins notre marge de manoeuvre stratégique. Comme le disait un expert canadien de la santé et du commerce :

*Si l'on tente d'élargir le système, il faut sans cesse se demander : « Y a-t-il des limites? »* [TRADUCTION] (2003).

La réduction de la marge de manoeuvre dont nous disposons pour élargir le système public de soins de santé pourrait également avoir pour effet de consolider et d'accroître l'investissement étranger et la prestation à but lucratif de soins à domicile au pays.

La privatisation accrue du système de soins de santé a des effets indubitables sur la prestation des services de soins à domicile par le secteur public. Certaines données portent à croire que la qualité du système public en souffre (Armstrong et coll., 2002). Pour reprendre les propos d'un de nos experts internationaux sur la mondialisation :

*Changer le mode de prestation des soins à domicile change la qualité des soins. Maximiser les profits revient à embaucher au moindre coût et à faire le strict minimum par malade. Le commerce ne devrait pas faire abstraction du pouvoir de fixer des normes convenables pour la prestation des soins de santé, ni de la capacité de surveiller les soins à l'aide des bons indicateurs*  
[TRADUCTION].

Dans le cas du secteur des soins à domicile, l'échec des changements apportés aux politiques dans le but d'accroître le financement public et de fixer des normes nationales en matière de prestation de services a provoqué de fortes asymétries hommes-femmes. Au niveau le plus général, si la mise en oeuvre de normes nationales de soins à domicile était entravée, on continuerait à offrir un ensemble disparate de services et de programmes de soins à domicile. La composition des soins à domicile dispensés varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. Chaque province décide de la gamme de services de soins à domicile qui seront offerts. Les normes d'admissibilité aux soins à domicile varient, tout comme les coûts pour les prestataires et les bénéficiaires. À bien des endroits, il faut acquitter des frais modérateurs pour recevoir des services de soins à domicile. Compte tenu de l'imposition de limites sur les services, seuls les plus nantis ont les moyens d'acheter les services de soins et de répit nécessaires. Selon d'abondantes données, comparativement aux hommes, les femmes obtiennent moins de soins que ce qu'il leur faudrait et n'ont pas autant les moyens de s'en payer (Greaves et coll., 1999).

En deuxième lieu, la privatisation accrue coûte plus cher au public et aux gouvernements, qui doivent délier encore plus les cordons de leur bourse afin d'administrer les processus de passation des marchés, de surveiller le travail des fournisseurs à but lucratif et d'évaluer leur rendement. Elle réduit l'obligation de rendre des comptes au public et accroît les possibilités de corruption dans la prestation des services de soins à domicile. Par exemple, la société Olsten (qui porte maintenant un nouveau nom), présente en Ontario, a récemment versé 61 millions de dollars au département de la Justice des États-Unis pour avoir commis des infractions criminelles dans la facturation de ses services de soins à domicile en sol américain (Sutherland, 2001). La privatisation pourrait également réduire les possibilités de mobilisation de la population, essentielles à l'élaboration de politiques éclairées sur la santé et à la prise de décisions informées.

L'augmentation des frais de prestation des services pourrait s'accompagner d'une rupture de continuité des soins. Quand, au milieu des années 1990, la province du Manitoba a utilisé les services de la société Olsten, elle s'est rendu compte au bout d'un an que la prestation des services à but lucratif était non seulement plus coûteuse, mais qu'elle compromettait également la qualité des services (Shapiro, 1997; Vogel et coll., 2000). Plus particulièrement, la clientèle d'Olsten se plaignait d'un roulement constant du personnel et du fait que « différentes

personnes se présentaient constamment à la porte » [TRADUCTION] (Fuller, 2001 : 49), ce qui nuisait à la continuité des soins. Qui plus est, on a plus tard déterminé que les travailleuses et les travailleurs en soins à domicile d'Olsten visitaient deux fois moins souvent la clientèle que ne le faisaient leurs homologues des organismes publics de soutien à domicile (Price Waterhouse Coopers, 1998). En dernière analyse, « on a conclu que les soins seraient mieux et plus efficacement donnés par des employées et employés du gouvernement que par du personnel d'organismes retenus en sous-traitance » [TRADUCTION] (Sanger, 2001 : 106).

En Ontario, l'avènement de la concurrence dirigée et l'augmentation des investissements étrangers privés ont occasionné la prestation de services en double, des pratiques du personnel non efficaces, un excès de formalités administratives et de profits, la perte de contrôle des normes par le secteur public, un rétrécissement de l'accès, le déclin de l'efficacité et une moindre qualité de vie pour les personnes soignantes et les malades (Browne, 2000; OHCB, 2001; Sutherland, 2001). Soulignant les coûts du régime de gestion de la concurrence, Sutherland (2001) concluait que le démantèlement du système d'appels d'offres permettrait de dégager 247,4 millions de dollars du budget consacré aux soins à domicile et d'affecter directement cette somme aux soins des malades.

Il y a, il faut le dire, des différences marquées entre les organismes à but lucratif et les organismes sans but lucratif dans la prestation de soins aux malades. D'ordinaire, les sociétés à but lucratif se dotent de rigoureuses lignes directrices pour les soins aux malades, notamment sur le temps consacré à chaque malade. Les bons soins se fondent toutefois sur des évaluations individuelles et sur les besoins de chaque malade. Non seulement les lignes directrices de ce genre compromettent-elles la santé des malades, mais les travailleuses et travailleurs des soins à domicile ont l'obligation de se rendre au chevet d'un plus grand nombre de malades en moins de temps et avec moins de moyens, ce qui nuit directement à la qualité des soins aux malades et, à long terme, à la continuité des soins.

Les changements aux services de soins à domicile qui ont pour effet de restreindre le financement public et la prestation de ces soins nuisent également à l'accessibilité des services, tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires de soins informels. En raison de l'abandon de services et de la présence accrue de fournisseurs privés, il est de plus en plus difficile de trouver des soins à domicile abordables. Au fur et à mesure que des services sont supprimés, les malades et leur famille payent une part grandissante des dépenses de santé. Les frais modérateurs constituent des obstacles pour les femmes, en raison du statut socioéconomique de celles-ci (CEDAW, 2003). En Ontario, par exemple, on signale que les femmes forment le groupe dont les besoins en santé sont les moins satisfaits sous le régime de gestion de la concurrence (Browne, 2000).

Quand le couperet tombe, les malades et la clientèle qui en ont les moyens achètent des soins complémentaires auprès de sociétés privées qui vendent de l'assurance et fournissent des services. Les assureurs privés ciblent souvent les personnes bien nanties et fournissent les services les plus susceptibles d'être lucratifs. Dans un système à deux vitesses, le système privé cherche ordinairement à offrir des services supérieurs aux personnes dont le revenu disponible est élevé, tandis que le système public offre seulement des services

de base aux personnes à faible revenu, y compris les femmes (Blacklock, 2000). Les assureurs privés peuvent aussi refuser d'assurer les personnes jugées à risque élevé (Epps, 2001). De plus, le principe du traitement national interdit l'application de tout règlement discriminatoire à l'endroit des assureurs étrangers, si bien qu'il pourrait être difficile pour le gouvernement de réglementer l'industrie de l'assurance privée afin d'éviter ces iniquités.

Ajoutons que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se voir offrir des prestations de soins complémentaires au travail (Armstrong et coll., 2001). On voit également, à l'écart qui existe entre les hommes et les femmes au chapitre de l'assurance médicale complémentaire, qu'une privatisation accrue réduirait l'accès des femmes aux services de soins à domicile par l'entremise de régimes d'assurance privée. À l'heure actuelle, à peine 47,3 % des femmes, comparativement à 58,9 % des hommes, ont une assurance médicale supplémentaire (Fuller, 2001). Les résidentes et résidents de la Colombie-Britannique doivent déjà payer des primes pour avoir accès au système public de soins de santé.

Les services de soins à domicile sont moins abordables pour les femmes parce qu'elles touchent un revenu généralement inférieur à celui des hommes et sont habituellement plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, surtout les femmes âgées et les femmes autochtones (Lochhead et Scott, 2000). Il ne faut pas trop s'en surprendre, car on estime qu'il en coûte entre 3 000 \$ et 5 000 \$ par mois pour obtenir des soins de longue durée (CEDAW, 2003). Les soins à domicile coûtent environ entre 30 \$ et 38 \$ l'heure pour les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ou d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés, et entre 14 \$ et 19 \$ l'heure pour les services d'auxiliaires médicales et médicaux (Insurance Canada, 2003). Ces coûts sont trop élevés pour la plupart des Canadiennes, qui gagnent en moyenne 23 796 \$ par année (Statistique Canada, 2000a). Les femmes autochtones touchent quant à elles un revenu annuel moyen de 14 640 \$ (Statistique Canada, 2000a), et la majorité des Canadiennes âgées ne reçoivent pas de pension de leur ancien employeur (Statistique Canada, 2000a).

Ainsi, le poids des coûts et conséquences socio-économiques déjà lourd pour les prestataires et les bénéficiaires des soins s'en trouverait accru. La réduction de l'accès aux services publics alourdirait le fardeau des femmes en ce qui touche la prestation de soins. Les réformes de la santé de la dernière décennie ont entraîné une augmentation du nombre d'heures de travail non rémunéré chez les prestataires de soins informels, en majorité des femmes, et une baisse du nombre d'heures de travail rémunéré chez les prestataires de soins formels (Armstrong et coll., 2003). La recherche montre que les prestataires de soins informels paient déjà un lourd tribut sous forme de frais et de conséquences de toutes sortes sur les plans personnel et économique, de même que sur ceux de la santé et de l'emploi. Si de nombreuses femmes veulent prendre soin d'autrui et sortent enrichies de l'expérience, elles ne disposent pas de ressources suffisantes et n'ont généralement pas grand choix lorsque vient le temps d'entreprendre ce travail (Armstrong et coll., 2003; Greaves et coll., 2002). Tout repli supplémentaire par rapport aux services et programmes actuellement disponibles ne fera qu'alourdir le fardeau des femmes au chapitre de la prestation de soins.

Si l'on réduisait les services de soutien et les ressources à la disposition des prestataires de soins informels, les blessures et maladies qui en résulteraient pourraient également faire grimper les coûts des soins de santé. Cette augmentation pourrait hypothéquer davantage le système de soins de santé, et même se propager à d'autres secteurs, tels que les services sociaux et l'aide sociale. L'alourdissement du fardeau des soins pourrait avoir d'autres conséquences sur la vie personnelle et les objectifs de carrière des femmes (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994), notamment la difficulté de concilier leurs multiples rôles, dont les femmes soignantes font déjà état (Higgins et coll., 1994; Lowe, 1989; Neal et coll., 1993; Simon, 1995).

En troisième lieu, la prestation accrue de soins non rémunérés modifierait les tendances de l'emploi. On sait que la prestation de soins nuit au travail, car elle oblige la ou le prestataire à s'absenter, à prendre des congés de maladie, à faire des heures irrégulières et à consacrer du temps de travail à la prestation de soins (Parent et coll., 2001). Fast et coll. (2001) estiment que les soignantes qui quittent leur emploi rémunéré pour faire du travail non rémunéré peuvent renoncer à des revenus annuels allant de 15 000 \$ à 26 000 \$. Ces perturbations de l'emploi et leurs conséquences financières ne peuvent qu'empirer.

La quasi-totalité des prestataires de soins formels sont des femmes, si bien que les changements aux conditions de travail résultant de la privatisation entraînent forcément des changements pour les femmes. Les prestataires de soins formels à l'emploi de sociétés à but lucratif voient diminuer leur salaire, leurs avantages et leur sécurité d'emploi, qui sont tous d'importants déterminants de la santé (Browne, 2000). Selon une source clé :

*Comme les soins à domicile sont de plus en plus offerts par le secteur privé, les salaires des prestataires de soins à domicile et de la main-d'oeuvre de soutien à domicile dégringolent... surtout dans certaines régions, principalement en Ontario, mais si on regarde dans d'autres régions, comme les Maritimes, où le salaire se situe entre six et sept dollars l'heure, la situation est scandaleuse*  
[TRADUCTION].

Les prestataires de soins formels sont contraints à redoubler leurs efforts et à travailler plus vite en ayant moins de contrôle sur leur travail (Fuller, 2001). Cette pression accentue leur stress, avec ce que cela comporte de problèmes de santé, et les amène à s'absenter du travail. Le stress au travail est la cause bien connue d'une myriade de problèmes de santé, tels que les maladies du cœur et le cancer, surtout chez les femmes (Bosma et coll., 1997). En outre, les travailleuses et travailleurs sont généralement moins bien payés, ce qui a pour conséquence de compromettre les compétences, la formation et l'expertise du personnel des soins de santé de l'industrie des soins à domicile. Les travailleuses et travailleurs font aussi état d'un manque d'esprit d'équipe dans la prestation des soins, de stress, de taux de roulement élevés et d'une continuité décroissante des soins aux malades (Sutherland, 2001).

En Ontario, par exemple, le régime de concurrence dirigée a provoqué des difficultés particulières pour le recrutement et le maintien du personnel. Certaines difficultés découlent des disparités salariales croissantes entre le personnel des hôpitaux et la main-d'oeuvre des soins à domicile. Toujours en Ontario, le processus d'appel d'offres de prestation de soins à

domicile a fait baisser les salaires des infirmières et infirmiers à domicile dans une proportion de 3 % à 13 % (Lowry, 2002). Cette baisse pourrait en retour compromettre la sécurité des malades (Fuller, 2003). Le fait de s'attaquer aux bienfaits des services sans but lucratif peut aussi nuire à la cohésion sociale et à l'égalité sociale (Vogel 2000).

Les femmes qui dispensent des services de soutien à domicile voient aussi leurs salaires diminuer et leurs conditions de travail s'appauvrir. Les femmes, les nouvelles immigrantes et nouveaux immigrants ainsi que les membres des cultures minoritaires accomplissent le gros de ce travail. Les principes du traitement national et de l'accès aux marchés obligeront peut-être à privatiser davantage le secteur, ce qui créerait une nouvelle sous-classe de travailleuses et de travailleurs de la santé ayant une moins grande sécurité d'emploi et touchant moins d'avantages sociaux, ainsi que des salaires plus bas. La privatisation pourrait plus particulièrement compromettre les prescriptions en matière de licences, de titres de compétence et d'autres normes.

L'ouverture des services de soutien à domicile (p. ex. le nettoyage et la préparation des repas) aux marchés étrangers ne tient aucun compte des coûts ordinairement plus élevés des services privatisés et de la dégradation possible de la qualité des services (Fuller, 2001; Cohen, 2001). Ces types de services de soutien sont des déterminants essentiels de la santé, tant dans les hôpitaux qu'à domicile. La preuve en a été faite en Colombie-Britannique, province où les services d'entretien ménager ont été éliminés pour les personnes handicapées et les personnes âgées fragiles (Pollack, 2000). De plus, en comparant deux régions du Canada (l'entretien ménager avait été éliminé dans l'une et conservé dans l'autre), Hollander (2002) a constaté que la première payait 4 000 \$ de plus en soins de santé par personne touchée.

Les gains réalisés par les travailleuses des soins de santé pourraient aussi être compromis, puisque la tendance serait au desserrement des normes et à la déqualification des emplois du secteur de la santé. Au Canada, par exemple, les services hospitaliers (préparation des repas, ménage, etc.) sont en voie de privatisation et l'on établit une équation entre ces emplois et ceux du tourisme d'accueil, bien qu'ils soient essentiels à la santé et au bien-être des malades hospitalisés (Armstrong et coll., 2003; Cohen, 2001).

En bout de ligne, le manque de marge de manoeuvre nécessaire pour faire des changements de fond afin d'élargir les soins publics à domicile pourrait mener à d'autres privatisations et accentuer les inégalités entre les sexes pour ce qui est de la prestation des soins. Comme nous l'expliquait un de nos experts sur le genre et le commerce :

*L'impact sur les femmes sera négatif. Si l'on vise à faire des profits, la qualité et la quantité en souffriront et les salaires diminueront. Pas de vacances, faible statut. Et que se passera-t-il quand les gens n'auront pas les moyens de se payer ces services ou quand le gouvernement décidera tout simplement de ne pas le faire? Les gens succomberont-ils simplement plus vite à leur maladie? La responsabilité d'en prendre soin retombera sur le dos de membres de la famille, de voisins et de groupes confessionnels, c'est-à-dire surtout des femmes, bien sûr [TRADUCTION].*

Il est impératif, au moment d'élaborer des politiques et de faire de la planification dans les domaines du commerce et de la santé, de tenir convenablement compte de l'impact potentiellement différent que peut avoir sur les femmes l'alourdissement du fardeau de la prestation de soins. Sous le régime de l'ALENA aussi bien que de l'AGCS, il serait difficile de renverser ces tendances, à plus forte raison les décisions (p. ex. l'avènement de la concurrence dirigée en Ontario) à leur origine (CCPA, 2002). Il se pourrait très bien que les expériences de partenariats entre les secteurs public et privé rendent un jour le Canada captif des mécanismes de l'AGCS (Sexton, 2001), ce qui opposerait les intérêts des gouvernements à ceux de l'entreprise privée.

### ***Leçons d'autres pays***

Il y a généralement une corrélation entre les soins de santé à but lucratif, d'une part, et la détérioration des résultats pour la santé ainsi que l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité (Deber, 2002), d'autre part. Des études effectuées aux États-Unis et en Grande-Bretagne révèlent que les fournisseurs à but lucratif sont moins efficaces ou responsables, affichent des ratios personnel-malades moindres et consacrent moins d'argent aux services aux malades, et que des manquements à la qualité du service leur sont plus fréquemment attribuables (Harrington et coll., 2001; Himmelstein et coll., 1999). On a dit que le système américain est le « système le plus coûteux, le plus inefficace [et] le plus inéquitable au monde » [TRADUCTION] (Relman, 2002).

Dans les années 1990, les OSSI à but lucratif des États-Unis ont consacré environ 90 % des revenus tirés des primes au paiement des soins à leurs membres. Les sociétés à but lucratif en ont versé de 68 % à 76 % (Fuller, 2001). De plus, une étude publiée en 1999 dans le *Journal of the American Medical Association* révèle que les organismes à but lucratif ont obtenu de moins bons résultats que leurs vis-à-vis sans but lucratif en regard de 14 mesures de la qualité (Himmelstein et coll., 1999).

On constate, à les comparer, que les hôpitaux à but lucratif offrent systématiquement des soins de qualité inférieure à ceux des hôpitaux sans but lucratif. Les auteurs d'une étude réalisée auprès de 15 000 malades et publiée dans le *Journal of General Internal Medicine* (Thomas et coll., 2000) constatent que les personnes soignées dans les hôpitaux à but lucratif étaient au moins deux fois plus susceptibles de subir des complications postopératoires ou de tarder à recevoir un diagnostic ou des soins. Après avoir fait une analyse systématique des hôpitaux à but lucratif et des hôpitaux sans but lucratif aux États-Unis, Devereaux et coll. (2002) concluent que le nombre annuel de décès dans les hôpitaux pourrait augmenter de 2 000 si le Canada adoptait un système à but lucratif.

Dans une étude américaine récemment effectuée auprès de 13 693 maisons de soins infirmiers et publiée dans l'*American Journal of Public Health*, on conclut que les maisons de soins infirmiers à but lucratif offrent des soins d'une qualité de près de deux fois inférieure à la qualité des soins offerts par leurs concurrentes sans but lucratif. On a découvert un lien entre la qualité des soins et de moindres effectifs d'infirmières et d'infirmiers autorisés et d'aides-infirmières et infirmiers (Harrington et coll., 2001). En 1993, selon Meyer (1997), les sociétés de soins à domicile à but lucratif faisaient 18 visites par année en moyenne, comparativement à 46 pour les pourvoyeurs publics et sans but lucratif.

Commentant l'industrie américaine des soins de santé à but lucratif, Kuttner (1999 : 665) conclut que « dans une industrie dirigée par des compagnies appartenant à des investisseurs, la promesse initiale de gérer les soins – par une utilisation plus efficace des ressources disponibles et une meilleure intégration des services de prévention et de traitement – a souvent dégénéré en un simple évitement des coûts » [TRADUCTION]. L'évitement des coûts peut se traduire par des services de santé réduits ou compromis qui nuisent à la santé des bénéficiaires. Il n'est pas rentable s'il compromet la santé et occasionne des dépenses de santé. La privatisation et la promotion du commerce des services de santé peuvent donc donner des « systèmes de santé moins efficaces, plus coûteux et inéquitables » [TRADUCTION] (Koivusalo et Rowson, 2000 : 185).

## **Conclusion**

Notre système national de santé est lié d'une manière inextricable à la mondialisation et aux accords commerciaux. Les divers ordres de gouvernement, qu'ils formulent des politiques, fixent des normes ou rédigent des mesures législatives, doivent tenir compte de cette conjoncture internationale (Koivusalo et Rowson, 2000). Elle a pour conséquence directe de restreindre la liberté dont ils disposent pour établir des politiques nationales en matière de santé. Ainsi, bien que la plupart des Canadiennes et des Canadiens veulent bénéficier d'un système de soins de santé financé par l'État, l'ALENA et l'AGCS réduisent la marge de manoeuvre du Canada dans le domaine des politiques de la santé. Les effets éventuels, tels qu'ils sont ici décrits, se feraient sentir de différentes façons au sein de la population canadienne.

Plus précisément, ce sont les femmes qui souffriraient particulièrement des inégalités. Ce sont elles qui représentent la majorité des prestataires de soins rémunérés et non rémunérés et qui auraient le plus à gagner d'une réforme des soins à domicile et d'une augmentation des services de soins à domicile financés par l'État. L'analyse préliminaire montre la nécessité de réaliser une analyse comparative entre les sexes systématique afin d'éclairer la prise de décisions stratégiques dans le domaine des accords commerciaux et du système canadien de soins de santé.



## 5. RECOMMANDATIONS

Nous nous sommes inspirées, pour catégoriser les recommandations du présent rapport, d'un cadre pratique adapté des travaux de Walt et Gibson (1994) et nous y joignons une ACS. Dans leurs travaux sur la santé dans le contexte de la mondialisation, Walt et Gibson recommandent l'analyse de quatre volets des politiques.

- Intervenantes et intervenants stratégiques (Qui formule les politiques?)
- Processus d'élaboration des politiques (Quels types d'interaction et de relations déterminent les politiques?)
- Contexte stratégique (Quels sont les grands facteurs de mondialisation?)
- Contenu stratégique (Autour de quels grands enjeux ou questions de contenu la politique sur la santé s'articule-t-elle?)

### **Intervenantes et intervenants stratégiques**

- Sur le plan international, l'Organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la santé doivent se consulter et collaborer davantage à la recherche pour assurer l'équilibre entre les intérêts commerciaux et les priorités en santé publique. Cette collaboration doit mettre à contribution des spécialistes des domaines du genre et de la santé des femmes.
- Sur la scène internationale, les groupes de femmes et les ONG oeuvrant dans le domaine de la justice sociale qui s'intéressent aux dimensions des politiques commerciales que sont la santé et le genre devraient entretenir une meilleure collaboration.
- Le Canada devrait s'allier à d'autres pays qui ont des préoccupations semblables aux siennes en ce qui concerne la santé des femmes et qui sont soucieux de protéger les systèmes publics de soins de santé et d'autres services sociaux.
- À l'échelle nationale, nous devons ajouter aux grands protagonistes de l'élaboration de la politique commerciale en relation avec la santé (p. ex. le MAECI, Santé Canada et le GCSCE – Produits et services médicaux et de soins de santé) des spécialistes du genre, venant par exemple de Condition féminine Canada et du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada. Ces spécialistes devraient participer constamment et de façon constructive à l'élaboration de la politique commerciale. Un expert du genre et de la mondialisation interrogé a fait valoir ce point :

*Il est très rare que l'on s'intéresse aux liens entre les femmes, le commerce et la santé. Peu de gens étudient ce domaine (2002) [TRADUCTION].*

- Il devrait y avoir une plus grande pluralité d'intervenantes et d'intervenants stratégiques de l'État, du secteur privé et de la société civile. Ces protagonistes devraient provenir d'un échantillon représentatif de groupes et d'organisations spécialisés à vocations diverses, allant des femmes à la politique sociale, en passant par l'inégalité sociale, les questions syndicales, le genre, la diversité et la mondialisation.
- Il faudrait élargir et renforcer les mécanismes de mobilisation des citoyennes et citoyens, surtout pour faciliter la participation des femmes les plus touchées par le système de soins de santé. Les femmes représentent la majorité de la clientèle et de la main-d'oeuvre des soins de santé, ce qui leur donne une expertise particulière susceptible d'éclairer la politique sur la santé.

## **Processus d'élaboration des politiques**

### ***Transparence***

- Améliorer la transparence des négociations commerciales, y compris des appels d'offres et des offres de tous les pays. À l'heure actuelle, « les négociations... n'ont pas la transparence requise pour tenir convenablement compte du point de vue de la société civile, et elles subissent la puissante influence de certaines industries et de certains intérêts commerciaux » [TRADUCTION] (Ranson et coll., 2002 : 36). Un expert de la santé et de la politique commerciale que nous avons interviewé a ajouté ce qui suit :

*On affirme en général que les pratiques commerciales d'hier et, dans une très large mesure, celles d'aujourd'hui sont contrôlées par les initiés, c'est-à-dire par le département du commerce de l'OMC et par les ministres du Commerce des États membres. Ce contrôle a lieu dans une tour d'ivoire (2003) [TRADUCTION].*

- Promouvoir la participation d'une vaste gamme de groupes d'intérêts féminins, y compris les voix dissidentes à la table des négociations commerciales.
- Assurer une plus grande transparence des différends commerciaux. En janvier 2003, le Canada a proposé que les audiences du groupe spécial et de l'organe d'appel de l'OMC soient ouvertes au public.
- Le MAECI et le processus intergouvernemental devraient clairement articuler et dévoiler les mécanismes utilisés pour mettre à contribution les femmes, les organisations féminines et les ministères provinciaux et fédéral responsables de la condition féminine et, plus particulièrement, de la santé des femmes.

### ***Obligation de rendre compte***

- Évaluer soigneusement l'impact sur le système de soins de santé de chacun des engagements commerciaux touchant la santé que prendra le Canada dans le cadre des négociations commerciales, notamment en faisant une analyse des incidences sociales

selon le sexe. Un expert de la santé et de la politique commerciale que nous avons interviewé a déclaré :

*Il faut s'interroger sur le degré de transparence au pays et sur la façon dont les accords commerciaux sont mis à l'essai. Il est crucial de le faire parce qu'ils ne le sont pas [mis à l'essai]. Une fois convenus à l'OMC, ces accords sont présentés au Parlement sans possibilité de débat ou de modification. Ils ne font l'objet d'aucune espèce d'étude parlementaire [TRADUCTION].*

Toute décision doit relever d'une pleine compréhension des avantages et des inconvénients de la libéralisation du commerce.

- Reconnaître et utiliser les preuves dont nous disposons de l'impact démesuré de la libéralisation du commerce des services sur les femmes et continuer d'étudier l'impact des accords commerciaux sur les services publics. Les arguments en faveur d'un accroissement de la libéralisation et de la privatisation du commerce s'appuient souvent sur l'hypothèse erronée voulant que la croissance économique soit synonyme de meilleurs soins de santé et d'un meilleur accès à ceux-ci, et que les échanges innovateurs de technologie et d'expertise en soins de santé ne puissent avoir lieu qu'en régime privatisé. Des preuves montrent déjà que la privatisation mine les soins de santé et les normes du travail, ghettoïse encore plus des travailleuses déjà marginalisées et met en danger la santé des populations, surtout des femmes et des enfants.
- Enrichir la preuve afin de corroborer les données avancées par les chercheuses féministes au terme d'analyses comparatives entre les sexes et d'analyses des incidences sociales selon le sexe.
- Améliorer les communications et l'échange d'information avec les groupes de femmes, les associations de la santé, les syndicats et d'autres groupes pertinents. Récemment, l'AIIAO (2003 : 7) a déclaré « que les organisations comme la nôtre qui seraient en mesure de conseiller le gouvernement... se voient refuser l'information qui leur permettrait de le faire » [TRADUCTION].
- Diffuser, par divers moyens, davantage d'information sur les accords commerciaux à la population canadienne. Un expert de renommée internationale de la mondialisation et du commerce que nous avons interviewé a déclaré :

*Il faut renforcer la liberté d'information, d'autant plus qu'il est impossible d'évincer les intervenantes et intervenants du commerce international, qui, d'une certaine façon, sont très éloignés. Les médias doivent s'intéresser à la question et le public doit savoir très clairement ce qui se passe (2003) [TRADUCTION].*

### ***Autonomie de l'État***

*L'architecture internationale du commerce transforme le pouvoir des nations de décider de leur politique sociale* (expert en mondialisation, interview, 2002) [TRADUCTION].

- Comme l'indique la citation qui précède, les pays doivent avoir une plus grande autonomie afin d'atteindre un juste équilibre entre le commerce et un système de soins de santé financé par l'État. Se demandant à quel point cet équilibre est possible, un expert international du commerce fait la mise en garde suivante :

*Quoi qu'en dise le Canada [sur les engagements commerciaux en santé], ce n'est pas lui qui aura le dernier mot, mais le groupe spécial de règlement des différends de l'OMC* (2002) [TRADUCTION].

### **Contexte stratégique**

- Assurer un équilibre entre les intérêts commerciaux, d'une part, et les droits humains des femmes, la justice sociale et les priorités du développement humain, d'autre part. Des organisations comme les Nations Unies (p. ex. UNIFEM) et l'Organisation internationale du travail doivent participer plus activement aux négociations commerciales.
- Veiller à ce que les accords commerciaux accordent une marge de manoeuvre suffisante pour qu'il puisse y avoir des divergences entre les systèmes de santé des pays membres de l'OMC. Le Canada doit pouvoir formuler des politiques, appliquer des règlements convenables et verser des subventions pour la prestation d'un système de soins de santé financé par l'État. Il doit aussi avoir le pouvoir d'élargir son système public de soins de santé.
- S'assurer d'avoir la marge de manoeuvre nécessaire pour modifier des engagements commerciaux sans la menace de concessions commerciales ou d'une compensation financière.
- Il faut mieux comprendre les iniquités provoquées par la mondialisation de l'économie et l'impact de celle-ci sur les femmes, sur d'autres segments de la population et sur les personnes. Il faut également mieux s'y adapter.
- Voir à ce que le gouvernement canadien respecte les engagements nationaux et internationaux qu'il a pris en matière d'équité entre les hommes et les femmes dans le monde, par exemple aux termes de la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982), du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979). Condition féminine Canada pourrait jouer un rôle de premier plan au chapitre de la formation sur l'intégration de l'égalité entre les sexes dans le contexte des accords commerciaux.

- Tous les ordres de gouvernement du Canada doivent connaître les répercussions de leurs décisions stratégiques. Les tentatives de partenariat entre les secteurs public et privé mettent en danger les services actuellement protégés par la *Loi canadienne sur la santé*. De plus, toute privatisation ultérieure de la prestation des services pourrait empêcher les gouvernements d'élargir le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* ou de payer davantage de services au moyen des fonds publics.

### Contenu stratégique

- Il faut clarifier la terminologie des accords commerciaux, surtout les notions de « service établi ou maintenu à des fins d'intérêt public » et de « pouvoir gouvernemental ». Un expert réputé de la santé et du commerce est d'avis que :

*Les accords de l'AGCS ont été gardés vagues à dessein pour que les pays membres y adhèrent. On s'entend généralement pour dire qu'ils ne seront pas modifiés, mais qu'ils devraient l'être (2002) [TRADUCTION].*

Le libellé des accords est effectivement très général et rend plus ou moins fidèlement compte du caractère public-privé du système canadien de soins de santé.

- Le gouvernement canadien doit protéger tous les services du secteur public. L'un des moyens d'y parvenir dans le cadre de l'AGCS est de réinterpréter ou de modifier le paragraphe 3 de l'article I pour qu'il soit « auto-défini », c'est-à-dire, pour permettre aux gouvernements d'exclure ce qu'ils veulent afin de renforcer le système public (modèle sur la clause de sécurité figurant à l'article 14 de l'AGCS). Un expert du commerce et de la santé renchérit :

*Les mesures prévues à l'accord ne relèvent pas entièrement des gouvernements membres. Elles sont définies au paragraphe 3 de l'article premier, source de grande confusion. Personne n'est capable d'en déchiffrer le sens exact (2002) [TRADUCTION].*

Nous devons par ailleurs interpréter l'annexe II de l'ALENA de façon à y inclure tous les services publics, qu'ils soient dispensés et financés par l'État ou le secteur privé.

- Protéger la *Loi canadienne sur la santé*. Un expert du genre et de la santé a indiqué ce qui suit :

*Je déconseille d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé...en partie parce que... les accords commerciaux [pourraient] la remettre en question (2003) [TRADUCTION].*

- Faire une déclaration sans équivoque et cohérente de ce qui est assujéti aux accords commerciaux internationaux et de ce qui en est protégé. Un expert canadien du commerce a donné l'explication suivante :

*Le Canada doit préciser clairement ses objectifs. Dans le passé, nous ne l'avons pas fait suffisamment – nous n'étions pas assez conscients de la nécessité de le faire. Dès qu'ils mettent en oeuvre de nouveaux programmes de santé [p. ex. les soins à domicile], les gouvernements doivent signifier sans équivoque qu'ils le font dans l'INTÉRÊT DU PUBLIC.*

- Ce qui protège actuellement notre système de soins de santé, ce sont les exceptions et les réserves, plutôt que les règles de l'ALENA et l'AGCS. Il y aurait lieu de changer cela, car l'apparente préséance des règles sur les exceptions (Ouellet, 2002) pourrait obliger le Canada à protéger l'actuel système de soins de santé de façon réactive, plutôt que proactive. Commentant la délimitation du secteur de la santé par le gouvernement, un expert de la mondialisation nous a dit :

*Le découpage du gouvernement est faible sur le plan de la santé. [II] vaudrait mieux accorder à la santé la même protection que celle dont bénéficie actuellement la sécurité nationale (interview, 2002).*

### **Prochaines étapes : un programme de recherche**

Le commerce est de plus en plus complexe et multilatéral. Sans analyse appropriée, c'est-à-dire sans analyse comparative entre les sexes, le système canadien de soins de santé pourrait continuer à subir les contrecoups des accords commerciaux. Les femmes et certains groupes socioéconomiques de la société en ressentiront sans doute les effets plus durement que quiconque.

#### ***Surveillance continue et évaluation***

Récemment, le gouvernement fédéral a accepté la recommandation du Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international (2002), qui demande qu'il [le gouvernement fédéral] « effectue un examen de l'incidence des engagements actuels aux termes de l'AGCS sur la prestation effective par les gouvernements canadiens de services de santé, d'éducation et sociaux et sur la réglementation qui les régit, et qu'il en publie les résultats ». Il est particulièrement important de faire des recherches de ce genre au fil de la participation du Canada aux prochaines rondes de négociation.

L'examen de la relation entre les engagements commerciaux actuels du Canada et la capacité d'établir des politiques intérieures sur la santé ne suffit pas. La surveillance et l'évaluation doivent aussi tenir compte de l'effet du commerce et des traités commerciaux sur l'état de santé et les déterminants de la santé de toute la population, en particulier des personnes qui sont souvent les plus touchées par les changements d'orientation sociale (p. ex. en raison de leur sexe, de leur classe, de leur race ou de leur origine ethnique).

Des recherches portant précisément sur les femmes pourraient être faites à partir des questions proposées par l'OMS (2002) pour tenter d'évaluer l'AGCS et le commerce des services de santé. Il serait opportun de se poser les questions suivantes :

- Où observe-t-on une présence commerciale étrangère?
- Quels sont les effets d'une présence commerciale étrangère sur les services de santé et sur les femmes?
- Quels sont, plus généralement, les effets sociaux, économiques et environnementaux d'un accroissement du commerce des services sur les femmes?
- Comment les accords commerciaux internationaux influent-ils sur la capacité des gouvernements d'atteindre leurs objectifs de santé publique et de s'acquitter de leurs responsabilités envers les femmes dans le secteur de la santé?

Il faudra trouver des indicateurs spécifiques au genre pour mesurer ces effets, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'emploi d'un cadre d'analyse des incidences sociales dans l'optique du genre, mettant précisément l'accent sur l'impact distributionnel des réformes stratégiques sur les femmes, pourrait jouer un rôle essentiel à cet égard.

En ce qui a trait au secteur de la santé, il n'existe pour ainsi dire aucune étude empirique sur les effets, selon le genre, du commerce des services en matière d'équité, d'accès ou de qualité au Canada. Ce qu'il faut, ce sont de solides preuves des effets réels de la libéralisation du commerce sur la société canadienne et de ses effets distributionnels sur les groupes de population marginalisés et vulnérables, y compris les femmes. À cela s'ajoute le besoin de mieux comprendre les forces et faiblesses du cadre d'analyse comparative entre les sexes et du cadre d'analyse des incidences sociales existants ainsi que les rapports entre les deux.

Voici, d'après Women's Edge (2002) et le modèle d'analyse des incidences sociales selon le sexe, des questions de recherche fondamentales à se poser pour appliquer une analyse éclairée des incidences sociales selon le sexe aux accords commerciaux comme l'ALENA et l'AGCS :

- Quelle est la fréquence du commerce de services de santé selon les quatre modes de l'AGCS?
- Quelle incidence les accords commerciaux ont-ils sur le pouvoir réglementaire des gouvernements de créer de meilleures conditions sociales et environnementales, surtout celles qui influent sur le fardeau de la maladie pour les femmes?
- A-t-on modifié la prestation des services de santé publique? Quel effet cette modification a-t-elle eu sur la consommation de ces services par les femmes?
- A-t-on imposé des frais modérateurs? Le cas échéant, ceux-ci nuisent-ils à l'accès des femmes aux services de santé?
- Comment les changements intervenus dans les services publics influent-ils sur les principaux indicateurs du bien-être de la population en général et des femmes en particulier?

- L'emploi des femmes a-t-il perdu ou gagné du terrain dans le secteur public? Les normes du travail se sont-elles effritées?

Pour répondre à ces questions, il faut :

- disposer de données qui illustreraient les changements intervenus dans la prestation des services de santé publique;
- connaître les dépenses par habitant et par population pertinente, surtout la population des femmes;
- disposer de données sur les frais modérateurs au sein du système de soins de santé;
- disposer d'indicateurs de la santé, y compris de statistiques sur la mortalité, la santé génésique, la santé et le bien-être des enfants, l'éducation et la pauvreté, ventilées selon le sexe et le genre;
- connaître les habitudes et les conditions de travail changeantes des femmes, qu'il s'agisse de travail rémunéré ou non rémunéré;
- connaître l'évolution du salaire des femmes;
- disposer de données d'enquêtes-ménages.

### ***Analyse du commerce et des droits de la personne***

La Sous-Commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme des Nations Unies a récemment (août 2001) adopté une résolution qui reconnaît les conséquences qu'aurait sur les droits de la personne la libéralisation du commerce des services au moyen de l'AGCS (Spieldoch, 2001). On doit en effet s'interroger sérieusement sur la relation entre les accords commerciaux et les droits de la personne. L'une des pistes de recherche serait d'étudier les possibles rapports entre certains traités commerciaux, d'une part, et les lois nationales et conventions internationales protégeant les droits et l'égalité des femmes, d'autre part. Par exemple, on pourrait s'intéresser à l'arrimage qui existe entre les accords commerciaux et les lois canadiennes et conventions internationales, par exemple la *Charte canadienne des droits et libertés (1982)*, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979). Comme White (2002 : 6) l'a fait remarquer : « Les règles commerciales devraient être assujetties et astreintes aux accords commerciaux internationaux qui prônent les droits de la personne et des femmes, la pérennité de l'environnement, la dignité humaine et la vie » [TRADUCTION].

### **Conclusion**

La difficulté d'atteindre un équilibre entre les avantages du commerce, d'une part, et la santé ainsi que le bien-être des femmes, d'autre part, demeurera une question pressante de politique publique. Comme nous l'a rappelé Sen (1999), la bonne santé est le produit non seulement d'une économie mieux portante, mais également de la qualité des politiques en matière de santé et des investissements dans la santé. Le gouvernement canadien devra continuer à chercher des moyens de planifier, de coordonner et de gérer sa politique en



matière de santé dans le contexte de la mondialisation, sans toutefois compromettre ce qu'il est permis de considérer comme la plus importante politique sociale du Canada : la santé. Le système de soins de santé financé par l'État dont disposent les Canadiennes et les Canadiens a contribué à créer leur sentiment d'identité et de citoyenneté nationale. Ce système fait également partie intégrante de la promotion de la santé des femmes en général et des droits à l'égalité entre les sexes en particulier. Sarah Sexton (2001 : 60) n'aurait su mieux dire lorsqu'elle a déclaré : « Les droits de la personne [y compris le droit à la santé] et les politiques de santé publique sont indispensables. Les politiques commerciales, en revanche, sont négociables » [TRADUCTION].

## ANNEXE A : ACCORDS COMMERCIAUX ET SANTÉ DES FEMMES – BIBLIOGRAPHIE COMMENTÉE

### **Mondialisation et accords commerciaux**

Cameron, D.R., et J.G. Stein. 2002. *Street Protests and Fantasy Parks: Globalization, Culture and the State*. Vancouver : University of British Columbia Press.

Ce livre s'attarde à deux dimensions de la mondialisation : les réalités culturelles et sociales des liens mondiaux et le rôle changeant de l'État. S'il est vrai que les processus mondiaux fusionnent les sociétés et les économies plus solidement que jamais, les auteurs soutiennent qu'il est prématuré, voire carrément inopportun, de rédiger l'épithète de l'État. Ces textes examinent une série d'études de cas convaincantes – l'industrie du divertissement, la citoyenneté, le militantisme social et les communications électroniques – pour évaluer les choix qui s'offrent aux États et les conséquences de ces choix pour la culture et la société.

Hart, M. 2002. *A Trading Nation: Canadian Trade Policy from Colonialism to Globalization*. Vancouver : University of British Columbia Press.

Partant du principe que la compréhension du passé permet de comprendre le présent et de mieux se préparer pour l'avenir, l'auteur relate plus de trois siècles d'histoire commerciale au Canada. Ce récit explique comment la population canadienne, dont le niveau de vie est parmi les plus élevés au monde, s'est largement faite à l'idée qu'un pays qui tire une bonne partie de sa richesse du commerce international a beaucoup à gagner d'une économie internationale ouverte et ordonnée. L'auteur soutient qu'il est impératif que le Canada fasse des choix judicieux en matière de politique commerciale et économique s'il veut s'adapter aux défis de la nouvelle économie mondialisée.

Khor, M. 2001. *Rethinking Globalization: Critical Issues and Policy Choices*. Londres : Zed Books.

Ce livre explique ce que signifie la mondialisation dans les domaines du commerce, des finances et de l'investissement. On y montre que la mondialisation n'accroît pas la croissance économique dans la plupart des pays, pas plus qu'elle n'y réduit les inégalités et la pauvreté. L'auteur critique la domination non démocratique exercée par les gouvernements occidentaux sur les mécanismes internationaux d'élaboration des politiques. Il réfute les prescriptions stratégiques universelles appliquées par la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'Organisation mondiale du commerce aux pays en développement et soutient qu'il faut laisser ces pays décider du moment et de la façon d'ouvrir leur économie au reste du monde.

McBride, S. 2001. *Paradigm Shift: Globalization and the Canadian State*. Halifax : Fernwood Publishing.

L'auteur affirme que l'idée de la mondialisation provoque des débats houleux au sein de la population. On discute avec vigueur de nombreux enjeux clés de la mondialisation : ce que c'est, son degré de nouveauté, s'il s'agit d'une force inexorable ou d'une construction politique de puissants États et s'il existe des solutions de rechange. L'auteur analyse ce débat d'un point de vue canadien et en fonction du Canada d'abord. Il s'intéresse à

l'histoire de la participation canadienne à l'internationalisme et examine les stratégies de gestion des rapports du Canada avec les forces mondiales.

Sauvé, P. et R.M. Stern (dir.) 2000. *GATS 2000: New Directions in Trade Services Liberalization*. Washington, D.C. : Brookings Institution.

Cet ouvrage examine les services responsables de 70 % de la production et de l'emploi dans les pays industrialisés et les services d'un grand nombre de pays en développement qui talonnent les premiers. La négociation de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) a permis aux politiques qui influent sur l'accès aux marchés de services et sur les conditions de concurrence à l'intérieur de ceux-ci d'être solidement enracinées dans le système de commerce multilatéral. Rédigés à l'intention des responsables et des praticiennes et praticiens des politiques, les textes présentés dans cet ouvrage s'attaquent à bon nombre des principaux enjeux de l'heure dans le domaine du commerce des services, enjeux avec lesquels la première génération de négociatrices et négociateurs de l'AGCS n'avait, dans certains cas, pas eu à composer. Ce livre vise à éclairer les pays membres développés et en développement de l'Organisation mondiale du commerce devant les principaux choix de politiques et de règlements qu'ils seront appelés à faire lorsqu'ils retourneront à la table des négociations de l'AGCS.

Sinclair, S. 2000. *GATS: How the World Trade Organization's "Services" Negotiations Threaten Democracy*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteur affirme que les négociations à huis clos ont pour effet d'élargir la portée de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). L'objectif ultime, explique-t-il, est de commercialiser chacun des secteurs de services de chacun des pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), y compris les services essentiels tels que les soins de santé, l'éducation et l'eau potable. Les règlements qui protègent l'environnement ainsi que les consommatrices et consommateurs ne seront pas non plus à l'abri. Ce livre passe au peigne fin l'accord de l'OMC sur les services. Il explique en termes clairs l'esprit et la lettre de clauses techniques des traités.

Shrybman, S. 2001. *The World Trade Organization: A Citizen's Guide*. Deuxième édition. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteur analyse la portée et l'influence de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Il montre comment l'OMC utilise ses pouvoirs extraordinaires afin de forcer les gouvernements, y compris celui du Canada, à modifier leurs politiques pour satisfaire aux intérêts de l'entreprise privée. Le Canada a déjà ressenti les effets des décisions de l'OMC, soit tout récemment, au moment de la contestation de notre politique sur les magazines à tirage dédoublé. L'auteur explique de quelle façon les principaux accords sur le commerce, l'investissement et la propriété intellectuelle dont l'OMC assure l'application menacent notre culture, nos normes environnementales, nos normes du travail et même notre souveraineté.

## Commerce international et soins de santé

Adams, O. et C. Kinnon. 1998. « A Public Health Perspective ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève, Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale du commerce : 35-50.

Cet article examine le commerce des services sous l'angle d'une activité en plein essor porteuse de nouveaux débouchés dans le secteur de la santé. Bien qu'il soit difficile de chiffrer le volume de ce commerce, faute de données cohérentes et ventilées, on en connaît de plus en plus le potentiel pour les pays industrialisés et en développement. Lorsqu'on examine la question à la lumière de l'augmentation des dépenses de santé et de la tendance de plus en plus marquée à réduire les dépenses publiques dans les secteurs sociaux, on se rend compte des avantages que comportent l'exportation des compétences et des technologies du secteur de la santé ou le fait d'attirer une clientèle de l'étranger plus lucrative dans les établissements de santé. Les auteurs soutiennent que le commerce des services de santé offre aux pays la possibilité d'améliorer leurs systèmes de santé en produisant des ressources financières supplémentaires, d'améliorer leur infrastructure en utilisant les ressources obtenues grâce à la satisfaction de la demande étrangère et d'actualiser leurs connaissances médicales et leur capacité technologique.

Adams, O. et C. Kinnon. 1997. *Health Economics Technical Briefing Note: Measuring Trade Liberalization Against Public Health Objectives: The Case of Health Services*. Genève : Groupe de travail sur l'économie de la santé de l'OMS, décembre.

Cette note d'information vise à compléter une opinion de nature commerciale sur le commerce des services de santé en y ajoutant une dimension qualitative de santé publique. Elle analyse systématiquement les quatre modes de commerce énoncés dans l'Accord général sur le commerce des services, dans l'optique des systèmes de santé des pays en développement. Afin d'évaluer de façon préliminaire l'impact potentiel de ce commerce, les auteurs utilisent trois objectifs stratégiques comme étalons d'analyse : l'égalité d'accès, la qualité des services et l'usage efficace des ressources. Ils affirment que les autorités sanitaires devront tout particulièrement renforcer leur cadre réglementaire pour veiller à ce que leurs systèmes de santé nationaux tirent le maximum d'égalité, de qualité et d'efficacité du commerce des services de santé tout en réduisant au minimum l'éventuel coût social de ce commerce.

Adlung, R. 2001. « Effects of World Trade on Public Health ». *The Lancet*. 357(9268) : 1626.

L'auteur réagit à divers rapports publiés dans *The Lancet* sur les impacts sur la santé attribués à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Il affirme que ces rapports permettent de combler des lacunes sur le plan de l'information et donnent aux lectrices et lecteurs intéressés la possibilité de se familiariser avec l'Accord et les négociations en cours. Il soutient toutefois qu'on n'a pas profité de cette opportunité et que les rapports brillent davantage par le zèle des chercheuses et chercheurs que par leur objectivité et leur exactitude factuelle. À son avis, l'article VI établit des principes d'usage des règlements, mais il n'a rien à voir avec le statut des services publics fournis

« dans l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Ces services sont exempts de l'AGCS et jamais l'Organisation mondiale du commerce n'a remis cette exemption en question.

Adlung, R. 2001. « The General Agreement on Trade in Services: Application to the Health Sector ». (5) : 3-5.

Dans cet article, Adlung joint les rangs de ceux et celles qui se demandent jusqu'à quel point l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) est pertinent pour les services publics. À son avis, l'AGCS exclut tous les services publics (c.-à-d. les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental). Cette exclusion s'applique dès qu'un service n'est fourni ni sur une base commerciale ni en régime de concurrence avec d'autres fournisseurs. Les soins médicaux dispensés gratuitement dans les établissements publics en sont un exemple. L'auteur conclut que ces services sont soustraits à l'application de l'Accord et ne feront jamais l'objet de négociations.

Adlung, R. et A. Carzaniga. 2001. « Trade in Health Services Under GATS – Past and Future ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4) : 1-21.

Les auteurs soutiennent que le potentiel pour le commerce des services de santé s'est accru rapidement ces dernières décennies. Des systèmes de communication plus efficaces ont contribué à réduire les obstacles que présentaient la distance au commerce, l'augmentation des revenus et de meilleurs renseignements ont accru la mobilité des malades et les tensions de coûts internes ont amené divers gouvernements à envisager la possibilité d'élargir la participation du secteur privé. Les auteurs sont néanmoins d'avis que les services de santé n'ont joué qu'un rôle modeste jusqu'à maintenant dans l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Mis à part l'éducation, aucun autre secteur de services n'a suscité moins d'engagements sur l'accès aux marchés et sur le traitement national que la santé. La nouveauté de l'Accord, les problèmes de coordination entre organismes compétents, la méconnaissance généralisée des concepts entourant le commerce des services, la présence traditionnellement forte des gouvernements dans le secteur ainsi que des craintes quant à la qualité de base et aux objectifs sociaux pourraient avoir empêché les membres de l'Organisation mondiale du commerce de prendre des engagements en matière d'accès.

American Institute of Medicine. 1997. *America's Vital Interest in Global Health – Protecting Our People, Enhancing Our Economy and Advancing Our International Interests*. Washington : National Academy Press.

Selon ce rapport, la santé de la population à travers le monde revêt un intérêt vital et direct pour l'Amérique. Pour que les États-Unis interviennent avec succès sur l'échiquier mondial de la santé, les multiples organismes américains dotés de responsabilités légales dans ce domaine devront se concerter et des partenariats devront être conclus avec le secteur industriel et le milieu universitaire des États-Unis, de même qu'avec les organisations non gouvernementales, d'autres pays et les organismes internationaux. Ce rapport fait état des domaines de la santé dans lesquels les États-Unis interviennent dans le monde et qui sont les plus susceptibles de profiter à la santé de la population américaine. On y recommande également l'apport et l'application de changements d'orientation susceptibles d'améliorer la santé de la population américaine et d'autres peuples de la terre, de procurer des avantages économiques et de favoriser le leadership américain dans le monde.

Appleton, B. 1996. « NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade ». Appleton & Associates International Lawyers. <<http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm>>. Extrait le 25 juillet 2002.

Ce rapport, rédigé en réponse à une demande de la Coalition canadienne de la santé, qui voulait une opinion juridique sur l'effet de l'évolution du commerce international sur nos services sociaux, surtout sur le régime d'assurance-maladie, examine les principaux enjeux stratégiques et effets dont il est question dans le débat sur le commerce interne. L'auteur soutient qu'il est dans l'intérêt du public canadien de savoir comment se déroulent ces négociations et de faire pression sur les élus pour qu'ils assurent et protègent nos services sociaux.

Ascher, B. 2002. « The Case of the United States of America ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington, DC : Organisation panaméricaine de la santé, p. 185-191.

Cet article présente le point de vue des États-Unis quant aux négociations à venir sur les services de santé. L'auteur discute du fait que les services sont relativement nouveaux dans les accords commerciaux, alors que les biens sont assujettis aux règles commerciales depuis 50 ans. Pendant ces cinq décennies, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce a permis de réduire d'environ 75 % les tarifs sur les biens. Au cours de cette période, le commerce s'est multiplié par 15 et l'économie mondiale a connu une croissance fulgurante. L'auteur déclare que les États-Unis espèrent que la réduction des entraves au commerce des services permettra d'imprimer un élan semblable à l'économie mondiale.

Banque mondiale. 2002. « Un guide pour l'analyse des impacts sur la pauvreté et le social ». Washington : Groupe de lutte contre la pauvreté de la Banque mondiale et Département du développement social, travail en cours, ébauche pour commentaires.

Ce guide provisoire présente une méthode d'analyse des impacts sur la pauvreté et le social et un menu d'outils et de techniques disponibles afférents. Il ne suggère pas une mini-norme pour le personnel de la Banque mondiale, ni ne reflète la politique opérationnelle de la Banque. Il s'agit d'une oeuvre en devenir qui finira par être actualisée en fonction de l'expérience de pointe des pays et de techniques dernier cri.

Bettcher, W., D. Yach et G. Guidon. 2000. « Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges ». *Critical Reflection*. 78(4) : 521-534.

La mondialisation du commerce, du marketing et de l'investissement a d'importantes conséquences négatives et positives pour la santé publique. Cet article se penche sur les conséquences de la gamme d'accords de l'Organisation mondiale du commerce sur la recherche et les politiques en santé publique et s'attarde à trois thèmes : les marchandises, les droits de propriété intellectuelle et les services de santé. L'analyse vise principalement à repérer les liens entre les enjeux commerciaux et la transnationalisation des risques pour la santé et des avantages possibles, à cerner les principaux domaines de recherche et à proposer des conseils et des interventions utiles sur le plan stratégique dans les dossiers du commerce et de la santé.

Boliz, M. (dir.) 1999. *Access to Health Services under the NAFTA*. Washington : Programme de la politique publique, Division de la santé du développement humain, Organisation panaméricaine de la santé.

Les collaborateurs de cet ouvrage se penchent sur les préoccupations que suscite dans le cadre de l'ALENA la satisfaction des besoins en santé des gens qui se déplacent d'un pays membre à l'autre. Ils analysent les conséquences juridiques de l'accès aux soins de santé d'un pays signataire de l'ALENA par les ressortissantes et ressortissants d'autres pays signataires qui y travaillent ou y résident temporairement. L'ouvrage compare les systèmes de santé du Canada, des États-Unis et du Mexique et se concentre sur leurs principes et objectifs, leur cadre juridique, leur structure institutionnelle, leurs modalités de fonctionnement et leurs résultats. Cette publication, qui expose en détail les ressemblances et les différences des systèmes de ces trois pays, tente de prévoir les avantages ou désavantages potentiels du traité pour l'accès aux services de soins de santé et examine les attentes et les préoccupations que suscite le libre-échange à cet égard.

Bolwell, D. 1999. *L'OMC et l'Accord général sur le commerce des services – Les enjeux pour la santé publique*. Ferney-Voltaire, France : Internationale des services publics.

L'auteur affirme que le commerce des services de santé fait l'objet de discussions depuis 1994 et que tout indique que ce processus s'accélénera au cours de l'année à venir. Selon l'Organisation mondiale du commerce, les pays devraient « réexaminer le champ et l'ampleur de leurs engagements en matière de services de santé et de services sociaux, engagements actuellement inférieurs à ceux pris dans d'autres secteurs importants ». L'industrie de la santé, déjà malmenée par des mesures de contrôle des coûts et de commercialisation, n'a qu'à bien se tenir. L'auteur affirme qu'il est très important, compte tenu de ces raisons, que la main-d'oeuvre de la santé et les syndicats du secteur public comprennent les enjeux soulevés dans cette brochure et appliquent les mesures proposées à cet égard.

Butkeviciene, J. et D. Diaz. 1998. « GATS Commitments in the Health Services Sector and the Scope for Future Negotiations ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale du commerce, p. 135-155.

Cet article étudie certains engagements au sujet des services de santé qui ont été intégrés à l'Accord général sur le commerce des services au terme de négociations à l'Organisation mondiale du commerce. L'analyse des engagements ne brosse pas un portrait complet de l'actuel régime de commerce des services de santé. De plus, d'importants protagonistes du marché des services de santé n'ont pas pris d'engagements spécifiques dans ce secteur. Les engagements pris par la plupart des pays à l'égard des services de santé n'ont pas eu de conséquences stratégiques jusqu'à maintenant, étant donné que les pays ont décidé de laisser leurs régimes commerciaux tels quels, ont fourni de l'information partielle ou omis d'inscrire des éléments délicats à leurs listes d'engagements. Cependant, lors des prochaines rondes de négociations multilatérales, on tentera sans doute un peu plus d'exercer des pressions pour que soient apportés des changements au régime commercial

en essayant d'obtenir un plus grand degré d'ouverture à l'intérieur d'engagements bien précis dans le domaine des services de santé.

Cardelle, A.J.F. 2000. « Democratization, Health Care Reform, and NGO-Government Collaboration: Catalyst or Constraint? ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 203-229.

Ce document examine tour à tour l'expérience de 20 projets prônant la collaboration entre les organisations non gouvernementales (ONG) et les gouvernements du Guatemala, du Chili et de l'Équateur. Il se divise en trois parties. Dans la première partie, on passe en revue les tendances mondiales de la mise en oeuvre des politiques et on se demande jusqu'à quel point certains facteurs tels que les relations entre la société civile et l'État, la démocratisation, la réforme de l'État et les pressions internationales ont eu un effet d'entraînement ou d'essoufflement sur les politiques préconisant la collaboration des ONG avec l'État. La deuxième partie analyse l'influence exercée par les buts, les objectifs, les ressources et les processus de planification liés à la mise en oeuvre des projets concertés sur la viabilité de ceux-ci. La troisième partie dégage les mécanismes de collaboration utilisés par les ONG et les gouvernements (p. ex. le financement, la planification concertée et la formation) et examine l'effet de chacun sur l'issue du projet. L'article se termine sur une série de recommandations stratégiques pour la mise en oeuvre de futurs projets concertés.

Cardelle, A.J.F. 2000. « Globalisation, International Health and a New International Relations Framework ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 121-126.

Selon l'argument fondamental avancé par l'auteur de cet article, il y a dans la pratique un lien complexe et réciproque entre la santé publique internationale et l'exercice des relations internationales. Cependant, contrairement au monde réel, l'étude des relations internationales a omis de répertorier la santé dans la catégorie des enjeux internationaux. Et si la discipline s'en est tirée à bon compte jusqu'à maintenant, le processus de mondialisation actuel menacera et remettra sérieusement en question certaines des notions fondamentales des relations internationales (l'idée, dans le fond, que les relations internationales gravitent essentiellement autour d'un axe national). L'article passe d'abord très brièvement en revue la relation historique entre les deux disciplines avant de traiter de l'insuffisance des théories en vigueur sur les relations internationales et de l'impossibilité d'y intégrer les facteurs liés à la santé. L'article conclut avec l'énumération de quatre domaines où les pratiques et problèmes de santé publique menaceront la primauté de l'État-nation.

Chanda, R. 2001. *Trade in Health Services*. Document de travail WG4 : 5. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé.

L'objectif de cette étude est de décrire brièvement la nature du commerce international des services de santé et les leçons que l'on peut tirer de l'expérience nationale, régionale



et multilatérale en la matière. Cette étude traite des divers modes d'échange des services de santé, des principaux acteurs mondiaux du commerce et des conséquences tant positives que négatives de ce commerce sur l'équité, l'efficacité et la qualité des services de santé ainsi que sur l'accès à ces services. Elle décrit également certains des principaux obstacles au commerce des services de santé. On y souligne les grands points de l'expérience de certains pays ainsi que des blocs commerciaux régionaux face au commerce des services de santé. On y fait également état des progrès réalisés jusqu'à maintenant dans la libéralisation des services de santé en vertu de l'Accord général sur le commerce des services de l'Organisation mondiale du commerce. Au vu de l'expérience nationale, régionale et multilatérale du commerce des services de santé, l'étude tire des conclusions générales sur les principales questions et préoccupations qui caractérisent ce commerce et recommande des mesures d'intervention pour veiller à ce qu'on bénéficie du commerce des services de santé tout en en atténuant les conséquences potentiellement négatives.

Cornia, A., R. Jolly et F. Stewart. 1987. *L'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*. Paris : Economica.

Cette étude s'appuie sur 10 études de cas de pays et sur l'expérience de l'UNICEF pour illustrer la gravité de la crise de l'endettement. Elle offre des pistes d'évitement ou d'atténuation des effets négatifs de l'ajustement économique sur les groupes vulnérables. Elle présente des cas où l'on a réussi à protéger des populations vulnérables pendant la période d'ajustement grâce à la mise en oeuvre de politiques ayant permis de générer de l'emploi, d'élever le revenu des pauvres et de maintenir, voire d'élargir, les services sanitaires et éducatifs de base, tout en favorisant une bonne alimentation chez les enfants. On y fait valoir la possibilité et la nécessité d'intégrer les politiques de protection des personnes vulnérables au processus de planification nationale, même lorsque l'économie a des ratés. La stratégie d'adaptation à visage humain allie la promotion de la croissance économique à la protection des populations vulnérables et à l'ajustement macroéconomique.

De Wel, B. 2000. *WTO and Health: A National Perspective*. Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.

L'auteur soutient que personne ne peut nier que le commerce international contribue au développement. Les riches sont généralement en meilleure santé et vivent souvent dans un meilleur environnement que les pauvres. Ces derniers ont moins accès aux services de santé et vivent assez souvent dans de piètres conditions. Il importe donc de s'interroger sur la répartition des avantages du commerce international et sur la viabilité environnementale de ce commerce. Il est clair que la répartition juste et équitable des retombées commerciales et que la protection de l'environnement ne vont pas de soi. Il n'y a pas de mécanisme efficient de « ruissellement » de la richesse vers les groupes les plus indigents de la société, pas plus que les gains du libre-échange ne sont automatiquement utilisés pour sauvegarder et protéger l'environnement. Le commerce international est devenu une activité complexe bardée de règles. Là où le bât blesse, c'est que ces règles ne visent pas toutes à protéger la santé humaine et l'environnement.

Diaz Benavides, D. 2002. « Trade Policies and Export of Health Services: A Development Perspective ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 53-69.

Dans cet article, l'auteur affirme que le commerce international des services permet à bien des égards d'accroître l'apport du secteur de la santé à l'économie nationale. Les gouvernements des pays développés et des pays en développement explorent différentes pistes, dont la mise en oeuvre de stratégies d'exportation des services de santé et la libéralisation de la propriété des entreprises afin d'optimiser les ressources dont elles disposent et les avantages concurrentiels dont elles jouissent. Pour y parvenir, les gouvernements doivent concilier des objectifs commerciaux comme l'accumulation de devises étrangères et la prestation à leurs populations d'un accès universel et abordable aux soins de santé.

Dollar, D. 2001. « Is Globalization Good for Your Health? ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(9) : 827-33.

Cet article fait valoir quatre points au sujet de la mondialisation et de la santé. Premièrement, l'intégration économique est un puissant outil d'accroissement du revenu des pays pauvres. Ces 20 dernières années, plusieurs grands pays en développement ont ouvert leurs frontières au commerce et à l'investissement, et leur croissance va bon train, plus rapidement d'ailleurs que celle des pays riches. Deuxièmement, l'inégalité des revenus n'a pas tendance à s'accroître dans les pays qui ouvrent leurs portes. La plus forte croissance qui accompagne la mondialisation dans les pays en développement profite en général aux populations pauvres. Étant donné qu'une multitude d'écrits font le lien entre le revenu des pauvres et l'état de santé, nous pouvons affirmer sans trop risquer de nous tromper que la mondialisation a des effets positifs indirects sur l'alimentation, la mortalité infantile et d'autres questions de santé liées au revenu. Troisièmement, l'intégration économique peut manifestement nuire à la santé : la transmission du sida par la migration et les voyages en est un triste exemple de fraîche date. Selon les auteurs, la solution pratique réside dans les politiques sur la santé, et non dans les politiques d'intégration économique. L'intégration planétaire doit s'appuyer sur des institutions et des politiques. Quatrièmement, on peut améliorer l'architecture internationale pour en faire bénéficier davantage les pays pauvres.

Drager, N. 1999. « Editorial: Making Trade Work for Public Health ». *British Medical Journal*. 319 : 1214.

Drager déclare que les pourparlers de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à Seattle offrent la possibilité d'inscrire la santé publique au programme des négociations commerciales. Il affirme que les récents différends commerciaux sur le bœuf hormoné, les aliments génétiquement modifiés et les agents antirétroviraux ont captivé l'intérêt public et mis au jour les tensions entre les politiques nationales de santé publique et la nécessité de se conformer aux accords commerciaux relevant de l'OMC. L'ouverture commerciale peut favoriser une distribution plus équitable des avantages économiques et l'émergence d'une juste société, mais il faut pour cela arrimer le système commercial à de saines politiques sociales, y compris à la reconnaissance de la santé comme un bien

collectif mondial. En tissant des liens plus serrés avec l'OMC, l'Organisation mondiale de la santé tâche de veiller à ce que les intérêts du public en matière de santé soient à l'ordre du jour des négociations commerciales.

Hall, D. 2001. *Globalisation, Privatisation and Healthcare*. Londres : Service de recherche de l'Internationale des services publics, janvier.

Cet article fait une distinction entre la mondialisation, susceptible de nuire au développement dans tout secteur, et la privatisation, qui porte spécifiquement atteinte aux services publics. L'auteur énumère divers mécanismes d'influence de la mondialisation sur la privatisation des soins de santé, y compris les institutions internationales, les politiques gouvernementales et les activités des multinationales elles-mêmes.

Hilary, J. 2001. *The Wrong Model: GATS, Trade Liberalisation and Children's Right to Health*. Londres : Save the Children.

Cette analyse tend à montrer que la libéralisation du commerce des services est le mauvais modèle à suivre pour les pays qui souhaitent bâtir de solides systèmes de soins de santé pour l'ensemble de leur population. De plus, les dispositions spécifiques de l'Accord général sur le commerce des services réduisent la capacité des pays de mettre en oeuvre leurs propres priorités en matière de santé, et l'Accord doit être réformé de manière à protéger expressément les objectifs des politiques nationales. Les gouvernements doivent garantir la préséance absolue des préoccupations en matière de santé publique sur les aspects économiques du commerce des services afin de s'acquitter de leurs responsabilités envers les enfants et la société en général.

Johnson, J.R. 2002. *Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada?* Étude n° 22. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce document répond à la question suivante de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : « Compte tenu de la nature contradictoire des avis juridiques sur la question de l'exemption du système de soins de santé public du Canada des obligations découlant des accords internationaux de libéralisation du commerce, quelles sont les alternatives auxquelles les gouvernements canadiens peuvent recourir pour maintenir en vigueur, s'ils le souhaitent, un système de soins de santé public compatible avec les accords commerciaux internationaux signés par le Canada? ».

Kickbusch, I. et E. de Leeuw. 1999. « Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level ». *Health Promotion International*. 14(4) : 285-288.

Selon les auteures de cet article, la santé, qui semble être à première vue le domaine de prédilection pour lancer une action conjointe sans considération de territoire, demeure l'un des secteurs d'intervention les plus protégés par le lien qui l'unit à l'État-nation. Mais alors même qu'ils défendent leur souveraineté interne sur la politique des soins de santé, les pays voient faiblir leur mainmise sur les politiques touchant les déterminants de la santé : le marketing, la distribution et la vente de biens de consommation liés aux habitudes de vie (p. ex. le tabac et les aliments), la croissance d'une industrie mondiale de la santé (p. ex. les produits pharmaceutiques et l'assurance), la propagation planétaire de la pollution de l'environnement et des maladies infectieuses ainsi que l'impact sur la santé du système

financier mondial. Les auteures se demandent si les gouvernements ont d'autres moyens de réagir que de recourir à de nouvelles formes de protectionnisme ou de se disputer féroce­ment la venue chez eux des grands acteurs de ce monde.

Kierzkowski, H. 2002. « Trade and Public Health in an Open Economy: A Framework for Analysis ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 47-52.

Selon cet article, le système de santé national ou international optimal doit établir un équilibre entre les avantages et les inconvénients de mesures différentes. Les points de vue pourraient diverger quant au degré d'importance et de priorité des objectifs. Toutefois, un système de santé ne peut pas faire dans les extrêmes et n'être centré que sur l'efficacité, ou même l'équité. Il doit atteindre un juste équilibre. La plupart conviendront que la santé est un secteur spécial, mais elle n'en fait pas moins partie de l'économie. Elle doit donc obéir à certaines règles générales de comportement économique, compte tenu de la finitude des ressources productives au sein de l'économie.

Kinnon, C. 1998. « Commerce mondial : ménager une place à la santé ». *Forum mondial de la santé*. 19 : 397-406.

Dans cet article, Kinnon se demande si les nouveaux accords commerciaux multilatéraux ont des conséquences sur la santé et le bien-être. Elle soutient qu'il faut en comprendre le lien pour bien mettre en perspective les objectifs du commerce et de la santé. Cet article liminaire jette un coup d'œil à certains des domaines où se croisent le commerce international et la santé publique.

Kluge, E.-H.W. 1991. « Competition and Function: The Canada-U.S. Free Trade Agreement and the Philosophy of Health Care ». *Business and Professional Ethics Journal*. 10 : 29-52.

L'auteure de cet article examine un secteur de l'Accord de libre-échange où il pourrait être extrêmement difficile de trouver un terrain d'entente : celui des soins de santé. Aux termes de certaines dispositions de l'Accord de libre-échange, les deux pays doivent entretenir des rapports actifs dans le domaine de la prestation des soins de santé. Plus précisément, l'Accord de libre-échange stipule que les industries des soins de santé des deux pays doivent s'accorder mutuellement accès à leurs marchés respectifs. Ces clauses pourraient poser problème, car le Canada et les États-Unis ont un point de vue différent sur les soins de santé, en raison d'une divergence fondamentale quant au rapport de l'individu avec la société.

Koivusalo, M. 1999. « World Trade Organization and Trade Creep in Social Policies ». Helsinki : STAKES.

Selon l'auteure de cet article, les accords de commerce international jouent un rôle important dans l'établissement des règles et des droits de pratique commerciale à l'échelle mondiale et sont susceptibles d'avoir des conséquences directes ou indirectes sur les politiques en matière de santé et les politiques sociales. Ces répercussions se fondent en bonne partie sur le contenu des accords et leurs conséquences pour la pauvreté, la répartition du revenu et la sécurité alimentaire à l'échelle mondiale.

De plus, certaines de ces conséquences pourraient nuire au contenu et à la portée des politiques sur la santé et des politiques sociales d'un pays à l'autre. Ces effets des accords de commerce international ne se sont manifestés que graduellement et, dans bien des cas, par le règlement de différends commerciaux entre les pays ou dans le cadre de débats sur l'interprétation des modalités prescrites.

Koivusalo, M. 2000. *GATS and Services*. Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.

Cette présentation traite de la façon dont l'AGCS définit les services : tous les services, à l'exception des services fournis dans « l'exercice du pouvoir gouvernemental ». Quand on s'arrête au commerce des services, il faut tenir compte d'une vaste gamme de services à transiger. En santé, d'épineuses questions commerciales surgiront vraisemblablement (p. ex., en ce qui a trait à l'assurance, aux services d'emploi, aux services professionnels, aux services cliniques, aux services de laboratoire, à l'infrastructure et aux services de soutien, à la gestion plus générale des services de santé et aux pressions pour en assurer la gestion par région ou par population). Ces intérêts et préoccupations d'ordre commercial vont au-delà des traditionnels services professionnels ou cliniques.

Koivusalo, M. et M. Rowson. 2000. « The World Trade Organization: Implications for Health Policy ». *Medicine, Conflict and Survival*. 16(2) : 175-191.

Selon les auteurs, les accords négociés à l'Organisation mondiale du commerce ont déjà d'importantes répercussions sur la santé et la politique en matière de santé. Ils ont une incidence sur la capacité des gouvernements de réglementer le commerce dans l'intérêt de la santé, sur la gouvernance et les normes de santé publique nationales et internationales et sur l'avenir du principe de précaution. Les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et les accords sur le commerce des services de santé pourraient profiter aux industries multinationales des soins de santé et des produits pharmaceutiques, et nuire aux coûts et à l'équité.

Krajewski, M. 2001. *GATS and Public Services*. Genève, Seattle to Brussels Network : 4-5.

L'auteur se demande principalement si les services publics sont soustraits à l'application du paragraphe 3 de l'article I ou s'ils font partie du champ d'application de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). D'apparence technique, cette question revêt tout de même une grande importance dans le contexte de l'AGCS et de la démocratie. La prestation de services publics est souvent le tremplin nécessaire au lancement d'un processus démocratique et transparent d'élaboration de politiques, d'abord et avant tout, bien évidemment, dans les domaines de l'éducation et des communications. L'accès aux services, comme à l'eau et aux soins de santé, est souvent considéré comme un droit de la personne. Les pouvoirs publics offrent cependant d'autres services pour s'assurer que l'on subviendra à certains besoins fondamentaux de la population tout entière, comme les transports et l'énergie.

Krajewski, M. 2001. « Public Services and the Scope of the General Agreement on Trade in Services ». Centre for International Environmental Law. <<http://www.GATSwatch.org/docs/markus.html>>. Extrait le 5 juillet 2002.

L'auteur répond à des questions quant à l'incidence possible de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) sur la prestation de « services publics ». Cette incidence dépend, répond-il, du degré d'application de l'AGCS aux services publics. (Dans quelle mesure, le cas échéant, les services publics sont-ils couverts?) Elle dépend également du contenu des disciplines actuelles et possibles de l'AGCS. (Qu'exige l'AGCS dans le cas des services couverts?) Il importe donc que les gouvernements qui négocient et que les groupes de la société civile qui les suivent de près dans ces négociations comprennent bien la portée de l'AGCS. L'auteur de ce document de recherche examine la portée de l'AGCS, en s'attardant au paragraphe 3 de l'article 1, disposition qui détermine si l'Accord s'applique ou non aux services publics. Il étudie aussi la question d'un point de vue juridique, en ne suggérant des considérations d'ordre stratégique qu'à la toute fin.

Labonte, R. 1998. « Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks ». *Health Promotion International*. 13(3) : 245-256.

Cet article propose la création d'un puissant lobby public, tant national qu'international, solidaire des autres organisations non gouvernementales d'intérêt public faisant campagne pour l'inclusion de la clause sociale. L'auteur commence par y définir et y critiquer certains des préceptes fondamentaux de l'orthodoxie économique néolibérale qui servent de point d'ancrage au mouvement pour le libre-échange mondial et la conclusion d'accords de commerce international. Il y décrit ensuite l'état actuel de ces accords tout en donnant des exemples des risques qu'ils font courir à la santé publique. Il s'intéresse ensuite à l'initiative de la clause sociale et conclut en proposant la présence d'un lobby de la santé publique dans les enceintes où l'on négocie et surveille les accords sur le commerce et l'investissement.

Labonte, R. 2000. « Healthy Public Policy and the World Trade Organization ». *Health and Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 105-120.

Cet article invite le milieu de la santé publique à se joindre au mouvement des personnes qui militent aux forums nationaux et internationaux pour l'inclusion de « clauses sociales » dans les accords mondiaux sur le commerce et l'investissement. Ces clauses exécutoires s'appuient sur des déclarations multilatérales que les organismes des Nations Unies suivent de près. Cependant, si elles étaient inscrites dans des accords multilatéraux exécutoires sur le commerce et l'investissement, elles contribueraient à faire en sorte que les retombées d'une économie mondiale favorisent la santé en étant justes sur le plan social et respectueuses de l'environnement.

Labonte, R., M. Sanger et D. Thompson. 2000. *Economic Globalization, Trade Liberalization, Governance and Health*. Ottawa : Société canadienne de santé internationale.

Selon cet article, compte tenu de la croissance d'Internet, des nouvelles technologies et de l'expansion du marché mondial, les personnes, les biens et les services franchissent de plus en plus rapidement les frontières. La mondialisation de l'économie, alimentée par la croissance des nouvelles technologies, a ouvert de nouvelles avenues de croissance économique. Certains pays en ont retiré des avantages économiques et sociaux énormes par rapport à d'autres pays, et certains groupes dans ces pays en ont retiré des avantages démesurés. La mondialisation a également affaibli le pouvoir réglementaire des gouvernements nationaux et infranationaux (le secteur public) et accru le pouvoir et l'influence des sociétés transnationales (le secteur privé). La planète rétrécit peut-être aux yeux des entreprises, mais le fossé entre les riches et les pauvres ne cesse de se creuser dans la plupart des pays et entre eux. Ce phénomène est lourd de conséquences pour la santé des populations des pays développés et en développement.

Lee, Kelley (dir.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.

Ce livre réunit un groupe interdisciplinaire de chercheuses et chercheurs dans le but d'analyser certaines études de cas, sources d'indispensables données d'analyse sur l'impact de la mondialisation sur la santé. L'éventail des questions abordées – sida, lutte contre le tabagisme, EBS/MCJ (encéphalopathie bovine spongiforme/maladie de Creutzfeldt-Jakob), nutrition, choléra, résistance aux antimicrobiens, Organisation mondiale du commerce, gouvernance mondiale – se veut illustratif, plutôt que représentatif de la pluralité des impacts sur la santé de l'évolution planétaire.

Lipson, D.J. 2001. « The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor » (éditorial). *British Medical Journal*. 323(7322) : 1139.

Lipson commente l'objectif que s'est donné l'Organisation mondiale du commerce (OMC) d'ouvrir bon nombre d'industries et de services à la concurrence étrangère. Ce changement pourrait nuire à la santé publique, car de nombreuses compagnies d'assurance n'assureraient que les personnes en santé et laisseraient au secteur public le soin de s'occuper des autres. Les accords de l'Organisation façonnent également les politiques et les règlements des pays sur un éventail de questions, qui vont de la sécurité alimentaire aux importations de produits dangereux, en passant par les droits de douane sur le tabac. L'auteure affirme que les négociations menées en l'an 2000 par l'OMC pour libéraliser davantage les services aux termes de l'Accord général sur le commerce des services pourraient accroître l'influence de l'Organisation sur le financement et la prestation des soins de santé.

Lipson, D.J. 2001. « GATS and Trade in Health Insurance Services: Background Note for WHO Commission on Macroeconomics and Health Paper No. WG 4: 7 ». Commission macroéconomie et santé. <[http://www.cmhealth.org/docs/wg4\\_paper7.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper7.pdf)>. Extrait le 23 mai 2002.

Cette note présente de l'information générale sur le traitement des services d'assurance-maladie par l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'Organisation mondiale du commerce et explique la pertinence des négociations actuelles de l'AGCS pour

le commerce de l'assurance-maladie. Elle décrit les grandes lignes de l'AGCS, précise ensuite la façon dont on classe l'assurance-maladie dans les secteurs de services définis de l'AGCS, et présente les options qui s'offrent aux pays désireux de s'engager à avoir accès aux marchés liés à l'assurance. L'auteure explique ensuite pourquoi les engagements pris à ce jour dans le cadre de l'AGCS n'ont pas encore eu d'effet mesurable sur les changements apportés aux marchés de l'assurance. Elle analyse certains dossiers traités dans le cadre des négociations de l'AGCS en cours et leurs conséquences potentielles pour les engagements sur l'accès aux marchés relatifs à l'assurance-maladie. Elle conclut en faisant un tour d'horizon des possibilités, des risques et des défis que présente l'AGCS pour les politiques et règlements nationaux touchant l'assurance-maladie.

Lister, G. 2000. *Global Health and Development: The Impact of Globalisation on the Health of Poor People*. Londres : Department for International Development (DFID).

Ce document a été produit à la demande du ministère du Développement international pour l'aider à préparer un livre blanc sur les mesures stratégiques à prendre afin de réagir aux menaces et possibilités de la mondialisation pour les pauvres. Il s'inspire des travaux réalisés dans le cadre du récent examen, intitulé « Global Health: A Local Issue », financé par la Nuffield Trust et le Royal College of Physicians. L'auteur résume les conclusions de l'examen et des rapports en commençant par définir la mondialisation, la santé mondiale et la santé comme un bien collectif appartenant à l'humanité. Il se penche ensuite sur les mécanismes permettant à la mondialisation d'influer sur la santé des pauvres et il en résume l'impact global. Il présente en conclusion un programme d'action pour venir à bout des problèmes décelés à l'examen.

Luff, D. 2001-2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law*. Rapport au projet « Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services ». Paris : Banque mondiale/Organisation de coopération et de développement économiques.

Cette étude compare la réglementation du secteur des services de santé et l'application des règles actuelles de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Les développements à cet égard sont principalement tirés d'une expérience européenne. L'étude circonscrit ensuite la marge de discrétion accordée par les règles de l'OMC aux organismes de réglementation nationaux. Elle conclut que l'accord pertinent de l'OMC est l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), qui se distingue au demeurant par une souplesse totale. Les obligations imposées aux gouvernements en vertu de l'AGCS sont principalement le fait d'engagements individuels, qu'il faut, affirme-t-on, soigneusement préciser.

Marconini, M. 1998. « Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Publié sous la direction de S. Zarilli et C. Kinnon. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale de la santé, p. 55-61.

Plus que dans tout autre secteur, selon l'auteur, la formulation de politiques sur la santé efficaces suppose l'atteinte d'un équilibre délicat entre des intérêts et préoccupations souvent aux antipodes qui occupent tous une place de choix sur la toile complexe des options stratégiques. Les rapports qui s'établissent entre les éléments sociaux et



commerciaux, sans oublier l'interface entre ces éléments et les facteurs d'ordre scientifique, professionnel ou éthique, ou les impératifs d'efficacité, témoignent du caractère spécial du secteur des services de santé et de sa mosaïque d'activités. Par conséquent, le commerce international des services de santé n'est forcément qu'un des nombreux facteurs à considérer. Il faut donc en tenir compte, en partant du principe généralement reconnu que toute politique, lorsqu'elle touche la santé, doit viser d'abord et avant tout l'amélioration de la santé et des conditions de vie de la population.

Mattoo, A. 2001. « Shaping Future Rules for Trade in Services: Lessons from the GATS ». Banque mondiale. <[http://econ.worldbank.org/files/1716\\_wps2596.pdf](http://econ.worldbank.org/files/1716_wps2596.pdf)>. Extrait le 18 mai 2002.

Dans cet article, Mattoo soutient que l'on attribue avec raison à l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) la création d'un environnement plus sécuritaire pour le commerce des services. Mais s'il a institué un cadre utile de protection explicite, il n'a pas insufflé aux négociations l'élan nécessaire pour réduire cette protection, ni produit les règles nécessaires pour voir à ce qu'elle prenne une forme souhaitable. L'Accord s'est attaqué avec moins de succès encore à l'impact dissuasif des règlements nationaux sur le commerce. L'article donne à penser qu'il serait possible d'améliorer les règles de l'Accord, les engagements spécifiques des pays et les mécanismes de négociation.

McMichael, A.J, et R. Beaglehole. 2000. « The Changing Global Context of Public Health ». *The Lancet*. 356 (9228) : 495-499.

Cet article postule que les perspectives de santé sont de plus en plus tributaires de la mondialisation et de l'impact des changements environnementaux à l'échelle planétaire. Les auteurs sont d'avis que la mondialisation de l'économie – qui passe par la déréglementation du commerce et de l'investissement – est une arme à deux tranchants pour la santé. La croissance économique et la diffusion des technologies ont grandement prolongé l'espérance de vie. Mais certains aspects de la mondialisation compromettent la santé en détériorant les conditions sociales et environnementales, en creusant le fossé entre les riches et les pauvres et en propageant le consumérisme.

Ontario Health Coalition. 2001. « Round by Round: Are International Trade Deals Knocking Out Medicare? ». *OHC Newsletter*. Janvier : 1-2.

Selon ce rapport, la portée et la complexité renversantes de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) lui donnent beaucoup d'importance. L'AGCS s'applique aux mesures de tous les ordres de gouvernement (gouvernements fédéral, provinciaux, régionaux et municipaux, et Premières nations). Il touche l'environnement, la culture, les ressources naturelles, les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. Il couvre pratiquement toutes les mesures gouvernementales, notamment les lois, les règlements, les lignes directrices, et même les pratiques non écrites. Il restreint les gouvernements dans ce qu'ils peuvent faire pour protéger les services par l'imposition de contraintes légalement exécutoires appuyées par des sanctions commerciales. L'AGCS est également assorti d'une clause d'indexation. Les gouvernements nationaux – y compris celui du Canada – se sont déjà engagés à participer à des rondes de négociations successives dans le but d'élargir et d'approfondir l'Accord.

Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce. 2002. *Les accords de l'OMC et la santé publique – Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève : OMS/OMC.

Ce document explique les liens entre les accords de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et certains aspects des politiques en matière de santé. Il cherche à éclairer les intervenantes et intervenants sur des questions fondamentales en relation avec le commerce et la santé lorsqu'ils y travaillent, communiquent entre eux à leur sujet ou en débattent. L'étude aborde des domaines comme les médicaments et la propriété intellectuelle, la sécurité alimentaire, le tabac et de nombreux autres sujets qui ont fait l'objet de débats passionnés. Dans ce travail conjoint sans précédent, l'OMS et l'OMC tentent d'exposer les faits.

Organisation panaméricaine de la santé. « Toward a Positive Multilateral Trade Agenda for Developing Countries: Meeting Conclusions and Recommendations ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 223-226.

Cet article présente les conclusions auxquelles en sont arrivés les participantes et participants à la réunion, selon lesquelles le commerce est essentiel au développement et la formulation de politiques bien définies sur le commerce des services de santé pourrait contribuer au bien-être économique. Historiquement, l'une des grandes préoccupations, c'est que le secteur de la santé souffre de façon disproportionnée en temps de crise économique et que les pauvres sont les plus touchés. On a recommandé, à l'issue de la réunion, que le secteur de la santé participe activement aux négociations sur les services afin d'aider à en déterminer les avantages éventuels tout en protégeant des iniquités les segments les plus vulnérables de la population.

Organisation panaméricaine de la santé, Division de la santé et du développement humain, et Organisation mondiale du commerce. 2002. « Trade in Health Services in the Region of the Americas ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 121-141.

Ce document de travail fait un survol des tendances récentes et de certains sujets de préoccupation touchant la commercialisation des services médicaux et des services de santé dans les Amériques. Les traditionnelles relations commerciales entre le Sud et le Nord se transforment rapidement et un réseau beaucoup plus complexe d'alliances est en voie de les supplanter. L'« industrie » des soins de santé et une myriade de services connexes sont au nombre des secteurs où le changement est le plus rapide. L'achat privé direct à l'étranger de services médicaux spécialisés est une activité plutôt sporadique dont l'impact est négligeable sur le pays des consommatrices et consommateurs fortunés. Aujourd'hui, toutefois, de nouvelles forces transforment l'accès aux biotechnologies, aux technologies de l'information, aux produits pharmaceutiques, aux services de santé directs et à l'assurance, de même qu'aux possibilités d'emploi qui s'y rattachent.

Ostry, A. 2001. « The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada? ». *Revue canadienne de santé publique*. 31(3) : 475-480.

Cet article traite de l'impact direct que l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pourrait avoir, par son influence sur le commerce des services de santé et des services auxiliaires, sur les systèmes de prestation de soins de santé financés par l'État. L'OMC devient un acteur important du commerce des soins de santé et des soins complémentaires. Cette situation devrait préoccuper en particulier des pays comme le Canada, qui possèdent un système de soins de santé financé par l'État. Deux grands secteurs pourraient devenir préoccupants. D'abord, au cours des 15 dernières années, au fur et à mesure que les coûts des médicaments se sont mis à grimper plus que toute autre dépense de santé, les gouvernements provinciaux ont vu leur pouvoir de contrôler ces coûts s'étioler en raison des règles restrictives sur le commerce et les brevets d'abord adoptées sous le régime de l'Accord de libre-échange, puis regroupées sous l'OMC. Ensuite, l'OMC et des représentants de l'industrie américaine des soins de santé considèrent que les systèmes de soins de santé financés par l'État comme celui du Canada sont d'éventuels marchés d'expansion du commerce des services de santé.

Ouellet, R. 2002. *Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales*. Étude n° 32. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

L'auteur de cet exposé de principe soutient que la population canadienne se demande si, compte tenu des accords commerciaux signés au cours de la dernière décennie, nos gouvernements ont encore la latitude requise pour continuer à lui offrir des systèmes de santé répondant à ses attentes. Jusqu'à maintenant, le Canada a constamment soustrait nos systèmes de santé à l'application de ces accords en usant de divers moyens. Sur le plan multilatéral, les règles de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce s'appliquent, à de rares exceptions près, à tous les produits, y compris à ceux de la santé. L'Accord général sur le commerce des services se fonde sur une approche tout à fait différente d'engagements spécifiques. Un membre de l'Organisation mondiale du commerce doit s'être expressément engagé à ouvrir sur son territoire le marché d'un secteur donné de services pour qu'il soit possible d'y accéder. Le Canada n'a pris aucun engagement du genre en regard des services de santé.

Peabody, J.W. 1996. « Economic Reform and Health Sector Policy: Lessons From Structural Adjustment Programs ». *Social Science Medicine*. 43(5) : 823-835.

Selon Peabody, d'un point de vue strictement économique, les programmes d'ajustement structurel (PAS) et les politiques de réforme économique sont considérés comme des mesures d'austérité à court terme qui entraînent la croissance et le développement à long terme. Dans le domaine de la santé, cependant, ces compromis intertemporels ne sont pas toujours acceptables. Les responsables des politiques en matière de santé doivent comprendre les incidences prévues et imprévues de la réforme économique sur les résultats pour la santé individuelle et collective. Il est plus facile d'en comprendre les interactions, complexes et multisectorielles, en étudiant l'expérience que les pays en développement ont eue des PAS pendant près de 15 ans. Il est possible que les budgets des soins de santé soient vulnérables à la réduction des dépenses gouvernementales, que la qualité des soins diminue,

que la nutrition se détériore davantage en milieu urbain et que les programmes économiques de prévention échouent si la main-d'oeuvre et le capital sont mal assortis.

Pollock, A, et D. Price. 2001. « Effects of World Trade on Public Health ». *The Lancet*. 358(9287) : 1097.

Selon les auteurs de cet article, l'Accord général sur le commerce des services (GATS) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) couvre les soins de santé parce qu'il prévoit l'élimination de toute mesure gouvernementale qui nuit à l'accès des fournisseurs commerciaux et des investisseurs à tout marché de services. Le Secrétariat de l'OMC et la Communauté européenne ont soulevé des craintes par rapport à cette ambiguïté et soulignent que les méthodes d'interprétation de la Convention de Vienne sur le droit des traités peuvent conférer à l'article un sens étroit ou général. Cet article montre qu'un comité de l'OMC a milité en faveur d'une interprétation étroite qui pourrait amener tous les services publics dans le giron de l'AGCS.

Programme des Nations Unies pour le développement. 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York et Royaume-Uni : Earthscan Publications.

On laisse entendre dans ce rapport que l'on peut, et que l'on doit, faire du commerce un moteur de croissance et de développement humain. Pour y arriver, il faut déployer un effort sérieux et systématique afin de mettre en pratique les leçons de l'histoire, qui montrent qu'à quelques exceptions près, les pays aujourd'hui riches bénéficiaient jadis de bon nombre des protections qu'ils essaient maintenant de refuser aux pays en développement, ne s'en étant débarrassés qu'après être devenus riches et puissants. Il importe également de voir à harmoniser davantage le régime de commerce multilatéral et les grands objectifs de développement humain, à savoir aider les pauvres de partout à bénéficier des outils, des possibilités et des choix nécessaires pour bâtir une vie meilleure pour eux-mêmes, leur famille et leur communauté. C'est le seul moyen de renverser l'actuelle désaffection devant la mondialisation.

Saltman, R.B. 1997. « Globalization and the Future of Public Funding for Health Care Services ». *Eurohealth*. 3(3) : 34-36.

Ces dernières années, affirme Saltman, la mondialisation économique a été pour les ministres de la Santé une nouvelle raison d'interdire l'accès des systèmes publics de soins de santé à des ressources financières additionnelles et de réduire les fonds publics actuellement consacrés au financement de ces systèmes, quel qu'en soit le mode de calcul. Bien que le niveau de richesse demeure élevé dans les pays développés, il ne semble pas y avoir suffisamment d'argent pour financer des soins additionnels, ni même les soins existants. Cette croyance amène à son tour les responsables des politiques à vouloir non seulement accroître l'efficacité des soins de santé, mais également transférer une partie des dépenses de santé de l'État au secteur privé. C'est que la mondialisation et la régionalisation de l'économie compromettent la viabilité à long terme du financement public des services de soins de santé.

Sanger, M. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

Ce rapport évalue les conséquences de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) pour le système de soins de santé du Canada. Il examine à la fois les engagements du Canada dans le cadre de l'actuel AGCS, entré en vigueur en 1994, et le programme de l'actuel cycle de négociations de l'AGCS, appelé AGCS 2000. Le rapport brosse un portrait des conséquences de l'AGCS sur les soins de santé, avant d'en évaluer les impacts sur l'assurance-maladie, les services hospitaliers et les soins à domicile. L'analyse de ces trois services de santé cruciaux donne un aperçu de la gamme entière des impacts de l'AGCS. Il s'agit notamment de prouver qu'il est impérieux d'étudier la question plus à fond et de débattre pleinement sur la place publique des effets profonds que l'AGCS pourrait avoir sur le système canadien de soins de santé.

Sbarbaro, J.A. 2000. *Trade Liberalization in Health Insurance: Opportunities and Challenges: The Potential Impact of Introducing or Expanding the Availability of Private Health Insurance within Low and Middle Income Countries*. Document n° WG 4 : 6. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé.

L'auteur affirme que les possibilités d'investissement, les nouvelles technologies et l'élargissement des règles du commerce mondial aux services ont multiplié les possibilités de commerce international de l'assurance-maladie. La mondialisation de l'assurance-maladie est très pertinente pour la question de la macroéconomie et de la santé parce que l'assurance-maladie est un modèle – par ailleurs puissant – de financement des services de santé (médecins, infirmières et infirmiers et autres personnels) et des produits pharmaceutiques. Étant donné que les services de santé sont des produits publics beaucoup plus complexes que ne le sont les produits et services intermédiaires, on en conteste de plus en plus l'efficacité et l'équité, ce qui est exacerbé par l'avènement de l'assurance-maladie privée. De plus, aucun contentieux sur les brevets ne retarde la mise en oeuvre transfrontalière de ces services.

Sexton, S. 2001. « GATS and Health Care ». *GATS and Democracy*. Genève : Seattle to Brussels Network, 18.

Dans cet article, Sexton soutient que l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) facilite le développement de marchés qui permettent à quiconque en a les moyens d'acheter des soins de santé et à quiconque cherche à faire fructifier l'argent de ses actionnaires à vendre de tels soins. Selon Sexton, les personnes qui n'en ont pas les moyens ou celles que les assureurs jugent trop à risque, trop vieilles ou trop malades y perdent au change. De plus, ce que l'on vend, ce ne sont pas des soins de santé, mais des produits de santé et des actes médicaux. Dans le marché de la santé, un système à deux vitesses a tôt fait de voir le jour. Le secteur à but lucratif va écrémer la clientèle en santé et fortunée, les subventions publiques et le personnel de l'État, laissant le soin à un secteur public amaigri de répondre aux urgences, de former le personnel et de s'occuper des personnes âgées, des malades chroniques et des pauvres, bref des personnes qui ont le plus besoin de soins de santé.

Sexton, S. 2001. « Trading Health Care Away? ». *The Cornerhouse Briefing 23*.

<<http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>>. Extrait le 18 mai 2002.

Sexton soutient que les États-Unis, l'Union européenne, le Japon et le Canada tentent de réviser l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) afin de pouvoir l'utiliser pour renverser n'importe quelle mesure législative, ou presque, régissant les services de l'échelon local à l'échelon national. Ce changement reviendrait à céder à l'Organisation mondiale du commerce le pouvoir de formuler les politiques intérieures, même sur des questions comme les heures d'ouverture des commerces ou la hauteur et l'emplacement des nouveaux immeubles. Toute mesure législative servirait avant tout à faire rayonner le commerce. L'AGCS met particulièrement en péril des services publics tels que les soins de santé, l'éducation, l'énergie, l'eau et les services sanitaires. La privatisation, les ajustements structurels et la compression des dépenses publiques font déjà passer le contrôle de ces services aux mains du secteur commercial. Un AGCS révisé pourrait élargir l'accès du secteur commercial à ces services et rendre la privatisation pratiquement impossible à renverser.

Sikes, L. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.

L'auteure répond à la demande de commentaires 62 Fed. Reg. 64618 (8 décembre 1997) de l'Office of the United States Trade Representative sur l'examen que le Comité des mesures sanitaires et phytosanitaires (CMSP) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a fait de l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord MSP). Ses commentaires traitent surtout de la crainte que l'Accord MSP garantisse mal le droit d'un pays d'adopter et d'appliquer des règlements pour protéger la santé et la vie des personnes et des animaux et préserver les végétaux, et de décider du degré de protection de la vie et de la santé qu'il juge opportun.

Sinclair, S, et J. Grieshaber-Otto. 2002. « WTO Services Treaty Expanding into Public Services and Domestic Regulation, Areas Thought Off-Limits to International Trade Agreements ». Centre canadien de politiques alternatives.

<<http://www.policyalternatives.ca/publications/comment41.html>>. Extrait le 2 juillet 2002.

Dans ce rapport, les auteurs affirment qu'à l'insu de la plupart des Canadiennes et Canadiens, de hauts fonctionnaires du gouvernement reviennent tout juste de Genève, après y avoir participé à une séance de négociation visant à élargir la portée de l'accord sur les services de l'Organisation mondiale du commerce à des secteurs considérés d'ordinaire comme du ressort exclusif des responsables des politiques intérieures. Il y a sur la table des services publics, tels que l'éducation et la santé, et des textes d'application, comme des lois sur la lutte contre le tabac et la protection de l'environnement. Bien qu'il soit encore très peu notoire, ce traité exécutoire est à juste titre controversé. Son sujet – les services – est d'une ampleur quasi inimaginable. L'AGCS influe sur la façon dont les gouvernements réglementent les services – de l'analyse de l'eau à la chirurgie cardiaque. Il restreint les mesures prises par tous les niveaux d'administration, qu'ils soient centraux, régionaux ou locaux.

Vellinga, J. 2001. *Commerce international, régimes de soins de santé et services de santé : l'optique de la politique en matière de santé*. Ottawa : Santé Canada.

Ce document examine certains liens entre le commerce international et les services de santé à travers le prisme de la politique en matière de santé. Le commerce des services de santé peut avoir des conséquences de grande portée pour le secteur de la santé et la santé et opposer des objectifs commerciaux et économiques aux objectifs sanitaires et sociaux. Il importe donc que les milieux de l'élaboration des politiques en matière de santé, de la recherche en santé et de la politique commerciale déterminent les principaux enjeux soulevés par le commerce des services et s'y attaquent. Un cadre est suggéré pour l'étude des relations entre le commerce international et la santé. Quelle est l'importance, doit-on surtout se demander, du commerce international dans l'atteinte des objectifs en matière de santé? Cette influence sur la santé s'exerce tant dans le cadre du commerce de marchandises (produits pour la santé ou autres) que du commerce des services. Mais la relation va beaucoup plus loin. Le commerce international peut agir sur des déterminants clés de la santé.

Vellinga, J. 2002. « An Approach to Trade and Health at Health Canada ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 193-196.

Dans cet article, l'auteur décrit l'approche que Santé Canada met en place pour s'attaquer à la problématique des visées du commerce international dans le domaine de la santé. Plus précisément, Santé Canada veut s'assurer qu'il soit tenu compte, dans les pourparlers commerciaux, de sa perspective et de ses préoccupations en matière de santé. Dans ce contexte, les activités menées par Santé Canada en 1999 étaient le fruit d'événements commerciaux antérieurs dont on avait tiré d'importantes leçons. Cet article précise non seulement ce que Santé Canada cherche à faire, mais également pourquoi et comment.

Waghorne, M. 2000. « Health Services for Trade ». Conference on the World Trade Organization (WTO): Implications of EU Global Trade Policy on Health, Bruxelles.

Cette communication traite des conséquences de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) pour les services de santé et des moyens de les conserver dans les mains des pouvoirs publics et sous le contrôle des gouvernements nationaux. Bien que certains dossiers soient abordés sous l'angle de l'Europe, beaucoup ont un rayonnement international. La position de la Commission européenne, qui fait pression pour une libéralisation accrue, sous le régime de l'AGCS, des services de santé dans les pays en développement, tout en cherchant à conserver le *statu quo* en Europe, fait ressortir cette dichotomie européenne et mondiale.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole et D.J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Document n° WG 4 : 10. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <[http://www.cmhealth.org/docs/wg4\\_paper10.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf)>. Extrait le 23 mai 2002.

Cet article propose un cadre pour la compréhension et l'analyse de la mondialisation, surtout ses dimensions économiques, et de ses impacts sur la santé. Il présente également une série d'objectifs d'intervention à l'échelle nationale et internationale afin de protéger et de promouvoir la santé, surtout des populations pauvres, à l'heure de la mondialisation.

Premièrement, il est essentiel de convenir d'un cadre d'analyse pour bien évaluer les effets de la mondialisation sur la santé, établir un programme de recherche et élaborer de judicieuses mesures de riposte. Deuxièmement, la mondialisation a sur les économies nationales et celles des ménages des effets indirects importants pour les résultats en matière de santé, ainsi que des effets plus patents et plus directs sur les risques pour la santé et le secteur de la santé. Troisièmement, la mondialisation n'aura d'effets optimaux que lorsque les améliorations à la santé et au bien-être deviendront des objectifs au centre de la formulation des politiques économiques nationales ainsi que de la conception et de la gestion du système économique international.

Woodward, D., N. Drager, R. Beaglehole et D.J. Lipson. 2002. « Globalization, Global Public Goods, and Health ». *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*. Publié sous la direction de C. Vieira et N. Drager. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 3-11.

Ce chapitre met l'accent sur la mondialisation de l'économie, qui est à la fois l'une des charnières et des grandes forces motrices du processus de mondialisation dans son ensemble et un facteur crucial de son impact sur la santé. Il décrit les principaux liens entre la mondialisation et la santé et propose le concept du bien collectif mondial et de ses possibles applications à la santé, le présentant comme un contrepoids pro-santé au processus de mondialisation.

### **Genre, commerce international et mondialisation**

Afshar, H. et C. Dennis (dir.). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World*. Women's Studies at York/Macmillan Series. Londres : Macmillan Academic and Professional Ltd.

Selon les collaborateurs de cet ouvrage, l'évolution de la conjoncture politique et économique des années 1980 a poussé de nombreux pays en développement à changer carrément d'orientation. Si les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques et les pays nouvellement industrialisés se sont remis de la récession du début des années 1980, les pays en développement n'y sont pas arrivés. Cela tient en partie à la crise de l'endettement et à la détérioration des termes de l'échange, de même qu'à la faiblesse de la politique d'État et à la folle course aux emprunts internationaux de la décennie précédente. De nombreux pays en développement ont ainsi été forcés à réduire leurs dépenses et à mettre en place une série de politiques de développement des marchés. Les femmes en général, et plus particulièrement les plus pauvres, ont subi une part démesurée des difficultés subséquentes. Cet ouvrage s'attaque aux lacunes générales des cadres d'analyse actuels, qui ne tiennent pas compte des différences entre les sexes, des organismes gouvernementaux et des organisations financières internationales.

Allaert, B., et N. Forman. 1999. « Gender, Trade and Rights: Moving Forward ». *WIDE Bulletin*. Bruxelles.

On affirme dans cet article que la reconnaissance progressive des droits des femmes par les organismes internationaux, régionaux et nationaux et leur engagement à en assurer le respect sont, malgré toute leur lenteur, annonciateurs d'adieux au XX<sup>e</sup> siècle prometteurs pour les femmes. Tout de même, souligne-t-on, l'imminence du nouveau millénaire nous



donne l'occasion de déterminer jusqu'à quel point les femmes ont avancé dans leur combat pour faire reconnaître leurs droits et, surtout, de voir dans quelle mesure cette reconnaissance est mise en pratique. Le bulletin s'inscrit dans la foulée des travaux effectués par WIDE au fil des ans sur le genre et le commerce. Dans ce recueil d'articles, il appert que les partenaires en quête d'un monde plus équitable et durable devront resserrer leurs partenariats, travailler en réseau, se solidariser davantage et redoubler d'ardeur collective.

Antrobus, A., B. Cranney et A. Isla. 2002. *Canadian Woman Studies: Women, Globalization and International Trade*. 21/22 (4/1).

Les auteures de cet ouvrage affirment qu'il faut s'inspirer de la pluralité de savoir et d'expérience des groupes de femmes du Canada et de l'étranger, surtout des plus directement et des plus négativement touchés par les processus de commerce et de mondialisation à tendance néo-libérale de l'heure, afin de bien comprendre la nature de ces processus, les fluctuations de notre propre position à leur égard et la possibilité de bâtir de solides alliances et mouvements pour y résister et les transformer.

Ashworth, G. 1992. « Politicising Gender and Structural Adjustment ». *Women and Adjustment Policies in the Third World*. Publié sous la direction de H. Afshar et C. Dennis. Londres : Macmillan Academic and Professional Ltd, p. 233-252.

L'auteure soutient que, si le but de la recherche est de révéler, celui de la défense des intérêts est de voir la révélation se traduire par une prise de conscience, puis par des politiques et des mesures de redressement. Ce chapitre ne cherche pas à analyser tant l'impact de l'ajustement structurel sur les femmes que le processus servant à faire connaître cet impact, à postuler des mesures de limitation, voire de prévention, des dégâts, de même qu'à proposer des solutions de rechange aux modes d'ajustement actuels.

Baden, S. et A.M. Goetz. 1998. « Who Needs [Sex] When You Can Have [Gender]? Conflicting Discourses on Gender at Beijing ». *Feminist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*. Publié sous la direction de C. Jackson et R. Pearson. Londres, New York : Routledge, p. 19-38.

Ce chapitre s'inspire de l'opposition des travailleuses et travailleurs communautaires et des militantes féministes du Sud à l'approche genre et développement (GED). Cette opposition s'inscrit dans la foulée du débat actuel sur l'institutionnalisation du genre dans la politique et la pratique du développement, et a trait à la dépolitisation perçue du concept qu'est le genre. Les auteures explorent une critique tout à fait unique du genre venant de groupes conservateurs, lesquels se sont attaqués au genre durant la ronde de Beijing, le qualifiant d'approche trop extrémiste et sous-représentative pour la réflexion au sujet des relations sociales. Elles étudient la façon dont la critique conservatrice fait ressortir les contradictions entre les théories féministes sur le genre. On s'interroge dans les deux sections sur le sort que réservent les militantes et les responsables des politiques aux concepts féministes et sur le rôle des auteures et auteurs dans le processus, en tant que chercheuses et chercheurs en GED.

Bakker, I. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto : Toronto University Press.

Au cours de la dernière décennie, les responsables des politiques au Canada ont dû réexaminer des instruments de gouvernance notoires et des programmes établis en raison de l'augmentation des déficits budgétaires, de l'instabilité de l'économie et de l'évolution rapide de l'économie mondiale. Ce recueil de 18 essais originaux fait un examen critique de la restructuration politique et économique dans la perspective du genre. Selon les auteures, la mouvance en cours au sein de l'ordre mondial témoigne des effets contradictoires d'un double processus d'érosion et d'intensification du genre. Comme la polarisation des marchés de l'emploi fait converger l'expérience de travail des hommes et celle des femmes, il semble moins important de tenir compte du genre pour comprendre l'économie politique mondiale. Par ailleurs, le genre intervient de manière plus déterminante dans la transformation des politiques et des marchés en raison de l'évolution du rôle que jouent les femmes en tant que travailleuses, soignantes et consommatrices.

Barndt, D. (dir.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto : Second Story Press.

On soutient dans ce livre l'existence d'un lien spécial entre les femmes et la nourriture. Dans la plupart des cultures, les femmes jouent un rôle majeur dans la production et la préparation des aliments. Dans le système alimentaire continental, sur lequel porte principalement ce livre, les femmes sont au cœur de la production et de la consommation des aliments : elles cultivent, cueillent et emballent les aliments frais, dans le secteur agro-alimentaire; elles travaillent aux lignes de montage à transformer les aliments pour les mettre en boîte et les embouteiller; elles sont caissières et passent nos achats au scanner, les pèsent, en calculent le prix et les ensachent; dans les restaurants, elles sont serveuses, ou elles sont cuisinières et découpent et cuisent les aliments. L'expérience qu'ont les femmes du système alimentaire sert aussi de fenêtre sur l'actuelle restructuration du travail dans la nouvelle économie planétaire. Les auteures concluent également que ce sont les femmes qui prennent l'initiative d'amener leurs communautés à trouver des solutions de rechange locales au système de plus en plus mondialisé qu'est celui de l'alimentation.

Beneria, L. et A. Lind. 1995. « Engendering International Trade: Concepts, Policy and Action ». Document de travail du programme GSD n° 5.

Dans ce document, on tente de s'attaquer à l'intégration du genre au débat sur le commerce et aux conséquences sur l'égalité hommes-femmes des politiques et des mesures commerciales. Il a été rédigé dans le but de conceptualiser des questions pertinentes pour les futures recherches stratégiques sur le genre et le commerce. Au départ, il faut se demander jusqu'à quel point le genre est une notion qui présente un intérêt pour les discussions sur le commerce. Le document explore les domaines dans lesquels on peut retracer les liens entre les deux. Cela va des effets du commerce sur l'emploi (en particulier l'emploi des femmes) aux questions liées au genre et à la technologie, en passant par la féminisation de la main-d'oeuvre, les zones franches et les aspects de l'ajustement structurel touchant le genre et le commerce. Il est peut-être inutile de promouvoir les micro-entreprises féminines si, par exemple, ces entreprises

ne peuvent résister aux pressions concurrentielles de la libéralisation du commerce. Il importe de garder ces questions à l'esprit lorsqu'on examine les conséquences de la politique commerciale sous l'angle du genre.

Berger, S. 2001. « Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4) : 983-1006.

Dans cet article, l'auteure s'interroge sur le bien-fondé des représentations conventionnelles de la mondialisation et examine leurs conséquences afin d'imaginer la subjectivité féministe à l'intérieur du capital mondial et sa résistance à celui-ci. Elle se concentre sur la construction de subjectivités dans les écrits d'économie politique sur le genre et la mondialisation. La réflexion contemporaine sur la mondialisation ne se limite bien sûr pas aux formes de celle-ci en économie politique. Ce thème s'articule autour d'un discours à la fois universitaire et militant, culturel et littéraire, s'inspirant également d'autres formes et tribunes d'expression disciplinaire. Il n'en demeure pas moins que la connaissance de la politique économique a contribué à façonner ces perspectives. Ainsi, les féministes de tous les domaines doivent chercher à démêler les divers sens que l'on prête à l'économie politique de la mondialisation.

Blacklock, C. 2000. *Les Canadiennes et le commerce : survol des principaux enjeux*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Ce document examine l'évolution du commerce au cours de la dernière décennie et son impact sur la vie des femmes. Il met en relief la pluralité des points de vue des féministes concernant les avantages du commerce et les meilleures réponses. L'auteure explique que les pressions de la libéralisation du commerce sur le gouvernement forcent souvent celui-ci à réduire ses dépenses, ce qui a des effets néfastes sur les utilisatrices des programmes sociaux, dont le régime universel de soins de santé. Les effets selon le sexe de la libéralisation du commerce se font surtout sentir dans les soins de santé, l'éducation, l'entrepreneuriat et l'agriculture, choisis à la fois pour l'importance de leur rôle dans la politique commerciale et la vie de nombreuses Canadiennes. L'auteure mentionne par ailleurs que l'Accord général sur le commerce des services pourrait avoir un impact sur les services de santé, et elle souligne que les femmes pourraient y trouver leur compte. Elle croit toutefois plus probable que les femmes y perdront au change.

Cagatay, N. 2000. *Trade, Gender and Poverty*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.

Ce document met l'accent sur la relation entre le commerce, d'une part, et le genre et la pauvreté, d'autre part, avec comme toile de fond le paradigme du développement humain. On s'intéresse plus précisément à l'impact de la libéralisation du commerce sur les inégalités entre les sexes (surtout du côté de l'emploi, des salaires et de l'économie des soins) et à l'incidence de l'inégalité entre les sexes sur le rendement commercial. Ces interactions sont examinées à la lumière des écrits grand public sur le commerce, la croissance et la réduction de la pauvreté, qui définissent la pauvreté en fonction du revenu ou de la consommation, tout en faisant largement abstraction du genre. Ce document traite également des conséquences stratégiques d'une façon d'aborder l'analyse du commerce international et l'actuel régime de commerce mondial qui tient compte du genre.

Cohen, M.G. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Toronto : Garamond Press.

Cette étude visait à réagir à l'indifférence du gouvernement canadien par rapport à l'impact éventuel du libre-échange avec les États-Unis sur les femmes. Selon l'auteure, le Canada a entrepris de négocier le libre-échange avec les États-Unis sous la pression des grandes entreprises et a foncé tête baissée dans l'accord sans en débattre publiquement et sans savoir où il nous mènerait. Il s'agit d'une étude fragmentaire, car l'auteure n'a pas été en mesure d'examiner l'ensemble des industries et professions où l'arrivée d'un accord de libre-échange menace le travail des femmes. Elle pense cependant que, dans certains secteurs, en particulier celui de la fabrication, l'impact s'en fera sentir sous peu. Ailleurs cependant, comme dans les services publics, les changements interviendront plus graduellement et sur une assez longue période, en réponse à la nécessité d'harmoniser la politique sociale.

Cohen, M.G., L. Ritchie, M. Swenarchuk et L. Vosko. 2002. « Globalization: Some Implications and Strategies for Women ». *Women's Studies/Les cahiers de la femme : Women, Globalization and International Trade*. 21(22) : 6-14.

Cet article s'attarde à deux domaines auxquels les féministes se sont peu intéressées jusqu'à maintenant, mais qui témoignent de la direction que nous fait emprunter la mondialisation. La première section porte sur la menace que font peser sur nos institutions démocratiques, dans leur forme actuelle, les nouveaux processus judiciaires issus de la mondialisation. Les auteures cherchent principalement à faire valoir qu'à l'échelle internationale et nationale, les processus juridiques accessibles, ouverts et publics personnifiant nos idéaux démocratiques sont en voie de céder la place à des tractations secrètes derrière des portes closes. Les nouvelles institutions qui voient le jour ne sont pas démocratiques, ne remplacent pas les mécanismes de contrôle des marchés des pays et font basculer le pouvoir du côté des sociétés internationales.

Dewan, R. 1999. « Gender Implications of the "New" Economic Policy: A Conceptual Overview ». *Women's Studies International Forum*. 22(4) : 425-429.

Cet article examine les effets de la mondialisation sur l'ouverture de l'économie indienne au commerce international. Les réformes économiques entreprises dans le cadre du nouveau programme d'ajustement structurel (1991) prévoient la déréglementation de l'économie pour permettre aux forces du libre marché d'agir sans entraves. En raison de la concurrence de plus en plus vive sur les marchés mondiaux, les conditions d'emploi se sont dégradées et les dépenses publiques au titre des services sociaux et de l'assistance sociale ont diminué. Cet article en montre l'impact sur les femmes et révèle en quoi les responsables des politiques supposent qu'il est possible de transférer « sans frais » le fardeau des services sociaux de l'économie « productive » à l'économie « improductive », c'est-à-dire aux femmes dans les ménages. L'auteure conclut que les multiples rôles des femmes dans la production et la reproduction sont occultés par l'absence d'une analyse comparée selon le genre dans la formulation des politiques économiques.

Durano, M.F.B. 2001. « Gender Issues in International Trade, Centre of Concern ». <[http://www.coc.org/pdfs/coc/gender\\_issues.pdf](http://www.coc.org/pdfs/coc/gender_issues.pdf)>. Extrait le 8 juillet 2002.

Selon l'auteure de ce rapport, depuis quelques décennies, l'élargissement des négociations commerciales internationales force quiconque est en périphérie de l'élaboration des politiques à analyser l'impact des changements dans une optique globale. L'auteure décrit brièvement les maints effets du commerce sur les femmes et les hommes et suggère de pousser plus à fond la recherche afin de mieux comprendre la problématique du genre dans le commerce international.

Evers, B. 1999. « Engendering the Trade Policy Review Mechanism of the WTO ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction d'E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 91-99.

L'auteure affirme qu'on reproche parfois à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) de ne pas rendre de comptes aux économies nationales et de ne pas représenter les femmes, ni défendre leurs intérêts. Il est préoccupant de voir que l'OMC ne rend pas de comptes à l'égard du mandat des Nations Unies relativement à la question de l'équité entre les sexes et qu'il ne s'y fait pas d'analyse selon le genre des enjeux commerciaux. Cet article cherche très précisément à rendre le processus d'examen des politiques commerciales plus sensible aux enjeux hommes-femmes. Il propose des moyens d'intégrer le genre aux principaux documents d'orientation des pays membres et de l'OMC dans le cadre de ce processus.

Evers, B. 2002. « Gender, International Trade and the Trade Policy Review Mechanism: Conceptual Reference Points for UNCTAD ». [Gapresearch.org](http://www.gapresearch.org), Institute of Development Studies. <<http://www.gapresearch.org/governance/BE%20evers%20unctad%20paper1.pdf>>. Extrait le 6 août 2002.

L'auteure s'interroge sur le degré de transparence du processus national de formulation des politiques commerciales et se demande jusqu'à quel point il tient compte des intérêts des pauvres. Elle s'intéresse plus particulièrement aux femmes du secteur horticole, qu'elles soient travailleuses ou exploitantes agricoles à contrat. Elle se demande dans quelle mesure le programme mondial de commerce et de développement peut rendre compte des grandes préoccupations des travailleuses. L'auteure convient entièrement de la nécessité de mieux outiller les pays en développement pour leur permettre de participer utilement à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et de tirer parti des nouvelles règles commerciales et de la mondialisation en général. Elle soutient cependant que cet exercice ne sera pas suffisant pour renforcer l'obligation de rendre compte des gouvernements nationaux envers les personnes indigentes et marginalisées, et surtout les femmes pauvres.

Foerde, J.G. 1999. « Giving Trade a Human Face: Gender and Development Action on International Trade – Strategies, Work and the WTO Focus of the IWGGT ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 115-141.

L'auteure affirme que la matérialisation des droits économiques, sociaux et culturels devrait être le cadre fondamental et la finalité de tout accord et de toute règle concernant le commerce multilatéral et bilatéral, l'investissement et les finances. Elle prône une

façon fondée sur les droits d'appliquer l'intégration de la préoccupation transsectorielle du genre et de la femme dans l'optique du développement aux travaux et règles du commerce international et à l'OMC. Elle décrit également les antécédents et la situation entourant l'intérêt que l'on porte dans le monde à l'OMC et au commerce international, dans l'optique internationale de « l'intervention pour le genre », ainsi que l'exprime le réseau international Informal Working Group on Gender and Trade.

Fontana, M., S.P. Joekes et R. Masika. 1998. « Global Trade Expansion and Liberalization: Gender Issues and Impacts ». *BRIDGE Report Institute of Development Studies*. 42 : 1-81.

Selon ce document, il importe de faire une analyse comparative entre les sexes pour comprendre pourquoi certains pays, secteurs ou régions sont incapables de capitaliser sur les possibilités d'échanges commerciaux qui leur sont offertes, ce qui découle en partie de rigidités et de distorsions, notamment de distorsions par le genre sur les marchés des facteurs. On y constate que l'expansion commerciale procure des avantages différents selon que l'on est une femme, un homme ou un groupe de femmes plutôt qu'un autre, ce qui a des répercussions sur l'objectif de l'égalité entre les sexes comme sur celui de la réduction de la pauvreté. Les conséquences positives et négatives pour les femmes de la libéralisation et de l'expansion du commerce, tant dans l'absolu que par rapport aux hommes, ont été combinées selon une gamme de facteurs et de conditions préalables.

Fontana, M. et A. Wood. 2000. « Modeling the Effects of Trade on Women, at Work and at Home ». *World Development*. 28(7) : 1173-1190.

Le commerce mondial a des répercussions sur le salaire, l'emploi, le travail ménager et les loisirs des femmes. Cet article développe un modèle couvrant non seulement tous les secteurs de l'économie de marché, mais également les activités de reproduction sociale et de loisir, pour les femmes et les hommes séparément. Le modèle, qui, à d'autres égards, est un modèle informatique d'équilibre général type, est appliqué à un ensemble simplifié de données pour le Bangladesh. On en illustre l'emploi en simulant les effets selon le genre de changements intervenus dans les politiques commerciales et les flux de capitaux.

Granada, D. 2000. « A Response by Women to the Rapid Diminution of Health and Other Social Services ». *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 305-308.

L'auteure soutient que le gouvernement du Nicaragua est un acteur consentant du système économique international, qui prêche l'individualisme et la cupidité et renonce à toute responsabilité à l'égard du bien-être de sa population. Obéissant aux règles d'ajustement structurel dictées par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale pour amortir sa dette extérieure, le Nicaragua verse 1 \$US aux services sociaux et à l'éducation pour chaque tranche de 5 \$US consacrée au service de la dette extérieure. L'auteure affirme que les accusations de corruption pleuvent à l'endroit du gouvernement, accusé d'être mêlé au trafic de la drogue et d'avoir des politiques en matière de santé conformes à la position de l'église catholique romaine contre les femmes.

Hale, A. 1999. « The Voice of Experience: What Women Know About the Impact of the New Trade Agenda ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 55-66.

Selon l'auteure de ce document, la politique commerciale est conçue et mise en oeuvre par les hautes instances de lointains forums, mais a des impacts sur le quotidien de toutes les couches de la société. Les hommes et les femmes en ressentent les effets différemment parce qu'ils occupent des postes différents dans la chaîne de production et de distribution.

Hassanali, S. 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques – Initiatives et leçons*. Ottawa, Condition féminine Canada.

Ce document examine les moyens qui permettraient aux structures et processus au sein desquels se formule la politique commerciale de contribuer à susciter l'intérêt des responsables des politiques à la problématique hommes-femmes et à examiner les efforts déployés antérieurement pour intégrer les considérations liées au genre à la formulation de la politique commerciale. La deuxième section examine divers mécanismes de consultation déjà en place et analyse jusqu'à quel point ces mécanismes ont facilité la participation des femmes. La troisième section étudie les efforts déployés par les groupes de femmes au Canada et à l'étranger pour influencer sur le programme de politique commerciale, lequel est centré sur l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, l'Accord de libre-échange nord-américain, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, l'Organisation mondiale du commerce et la Zone de libre-échange des Amériques. La quatrième section examine plus attentivement l'approche légèrement différente prise par l'Organisation de coopération économique Asie-Pacifique : celle de l'intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes.

Henriquez, J.D. 1999. « The Illusion of Inclusion ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 100-114.

L'auteure soutient que la Convention de Lomé a donné aux 71 pays en développement « l'illusion de l'inclusion » en faisant d'eux des partenaires de la Communauté européenne. Les Conventions de Lomé antérieures n'ont pas réussi à régler convenablement le problème de la pauvreté dans ces pays et ont omis d'y faire participer les parties prenantes, surtout les femmes.

Keller-Herzog, A. 1996. *Document de travail – Mondialisation et problématique hommes-femmes : réflexions et interventions en matière de développement*. Ottawa : Agence canadienne de développement international, Division de l'intégration de la femme au développement et de l'égalité des sexes, Direction générale des politiques.

Selon ce document, l'énoncé officiel de politique étrangère du Canada reconnaît que la mondialisation a de retentissantes répercussions économiques. Les responsables de la politique nationale du Canada doivent tenir compte de la mondialisation et de ses effets sur la population canadienne, effets nuisibles ou propices à la politique intérieure et à la politique extérieure. Dans le même ordre d'idées, la mondialisation a des conséquences pour les responsables des politiques des pays en développement. Ce document de travail aborde la mondialisation et ses incidences pour les pays en développement du point de vue du rapport entre les sexes. Cette approche vise à renforcer la capacité de l'ACDI de

s'acquitter de ses fonctions en tant que partenaire et de ses responsabilités dans les pays en développement.

Konig, S. 1999. « Embracing Women as Full Owners of Human Rights ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, pp. 15-39.

L'auteure soutient que les droits de la personne sont une idéologie politico-économique. Les normes relatives aux droits de la personne prescrivent et approfondissent une pratique culturelle, idéologique et politique qui fait briller la promesse d'un avenir à l'enseigne de la dignité et de la paix pour l'humanité. Ce chapitre explique brièvement les tenants et aboutissants de cette pratique et la façon de la mettre en oeuvre. L'essai postule que, si chaque femme, homme et enfant se savait porteuse ou porteur de droits de la personne et luttait pour la justice économique et sociale en invoquant ces droits, un nouveau régime politico-économique verrait le jour.

Lamy, P. 2001. *Libéralisation du commerce et globalisation – Quelles conséquences sur la vie des femmes?* Séminaire du LEF, Barcelone, Lobby européen des femmes.

Dans son discours, Lamy soutient que la neutralité du droit du commerce international sur la question du genre (et la neutralité doit régir les obligations entre États) n'exclut pas pour autant la discussion sur la finalité des négociations, dans le domaine du commerce comme en toute chose. Pour l'Union européenne, la gouvernance mondiale permet un développement durable sur les plans social, économique et environnemental. Ce sont les politiques qui, dans cette perspective, définissent les moyens appropriés de s'attaquer aux différents enjeux liés au genre, qu'il s'agisse de politiques intérieures, appuyées au besoin par une aide internationale opportune, de politiques communes, comme celles qui soutiennent l'édifice de l'Union européenne, ou d'engagements internationaux.

Marchand, M.H. et A.S. Runyan (dir.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances*. Série Routledge/RIPE sur l'économie politique mondiale. Londres et New York : Routledge.

Nous amenant au-delà des limites étroites des approches conventionnelles de la mondialisation, cet ouvrage fait ressortir les complexités et les contradictions inhérentes à la restructuration mondiale. La restructuration n'est pas que matérielle; elle est également identitaire et géographique. Les analyses insensibles au genre ont jusqu'à maintenant fait fi des différences de contexte national et international des États, des marchés et de la société civile en voie de restructuration, ainsi que des ménages, où elles ont de profondes répercussions sur le quotidien des hommes et des femmes.

Marsden, L. 1992. *Timing and Presence: Getting Women's Issues on the Trade Agenda*. Document de travail du programme GSD n° 3. Toronto : Fédération internationale des instituts des hautes études.

Ce document de travail examine une série d'accords commerciaux multilatéraux et bilatéraux qui ont changé la nature et la substance de l'action dans le secteur social d'un certain nombre de pays. Les changements apportés semblent avoir eu un impact sur la vie des femmes, bien qu'il soit difficile de le quantifier en raison de son caractère



souvent indirect. Dans ce document, l'auteure porte une attention particulière à l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, négocié à la fin des années 1980. Cet accord lui sert de modèle d'examen du processus d'inclusion ou d'exclusion du secteur social. Elle fait référence au marché unique de la Communauté économique européenne à titre de comparaison.

Morris, M. 2000. « Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization, Canadian Research Institute for the Advancement of Women ». <[http://www.criaw-icref.ca/Poverty\\_and\\_globalization.htm](http://www.criaw-icref.ca/Poverty_and_globalization.htm)>. Extrait le 14 juin 2002.

Cette présentation traite des raisons structurelles de la surreprésentation persistante des femmes parmi les pauvres au Canada. Elle analyse l'impact social et économique de la pauvreté sur la société, sur les enfants et sur les femmes mêmes, et montre de quelle façon les politiques publiques canadiennes mises en oeuvre ces dernières années ont plongé les femmes encore plus profondément dans la pauvreté. L'auteure traite de l'influence directe et indirecte de la politique publique canadienne, et propose des stratégies et ressources individuelles et collectives pour le changement.

Munro, D. 2002. « NAFTA and the Maquiladoras ». <<http://www.u.arizona.edu/ic/mcbride/ws200/munr-heal.htm>>. Extrait le 17 mai 2002.

L'auteur soutient que le programme d'industrialisation de la frontière a eu de multiples conséquences sur la frontière entre les États-Unis et le Mexique et sur l'industrie des *maquiladoras* : augmentation de la population frontalière des *maquiladoras*, accroissement de la pollution et intensification des préoccupations humaines d'ordre social et sanitaire. Il importe également de reconnaître qu'avant la ratification de l'ALENA, l'administration Clinton avait demandé, sous la pression de groupes environnementaux et ouvriers, qu'on annexe à l'Accord deux conventions accessoires sur le travail et l'environnement. L'auteur est d'avis, bien qu'il soit encore trop tôt pour se prononcer, que l'ALENA semble être en voie d'amender certains des problèmes inhérents à la frontière américano-mexicaine.

Ongile, G. 1999. « International Trade and Gender: A Research Agenda for East Africa ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 40-54.

L'auteure de ce chapitre fait valoir que l'on peut concrétiser les avantages du commerce international en ouvrant l'accès à l'Afrique par la libéralisation du commerce. D'aucuns estiment que cette libéralisation est l'un des moyens d'assurer l'expansion des échanges. L'intégration régionale est l'un des principaux mécanismes de mise en oeuvre d'un programme de libéralisation du commerce coordonné à l'échelle régionale.

O'Regan-Tardu, L. 1999. *Gender Mainstreaming in Trade and Industry: A Reference Manual for Governments and Other Stakeholders*. Londres : Secrétariat pour les pays du Commonwealth.

Ce guide se veut un moyen d'aider les ministères du Commerce, par un cycle concerté et régulièrement surveillé, à formuler des stratégies réalistes visant à favoriser l'égalité hommes-femmes dans le secteur de l'administration publique et à promouvoir la participation et l'ascension des femmes à de hautes sphères de gestion, et ce, dans tous les aspects des objectifs et des opérations de développement commercial du pays. Pour

porter fruit, l'application de ces stratégies doit mettre à contribution les secteurs public et privé et s'étaler sur un certain nombre d'années.

Pearson, R. 2000. « Moving the Goalposts: Gender and Globalisation in the Twenty-First Century ». *Gender and Development*. 8(1) : 10-19.

Les institutions de développement ont vu les artisanes et artisans du genre et du développement remettre leur travail en question au cours du dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle. L'auteure soutient que la pertinence du genre dans le développement reprendra du galon au cours du nouveau siècle et que l'analyse comparée selon le genre s'appliquera dans de nouveaux contextes, et aux hommes autant qu'aux femmes.

Porter, A. 1987. *Conséquence du libre-échange pour les femmes dans le secteur manufacturier*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Ce document porte sur les industries que la signature d'un accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis avantagera et désavantagera. Selon l'auteure, les industries qui sont à la fine pointe de la technologie et emploient peu de femmes sont celles qui profiteront de cet accord. Y perdront au change les industries à forte intensité de main-d'oeuvre et à forte proportion de travailleuses. L'auteure étudie également les conséquences du libre-échange sur les conditions de travail au Canada. Elle pense que les employeurs qui cherchent à mieux affronter la concurrence internationale pourraient réduire les avantages sociaux consentis à leur personnel, refuser d'appliquer l'équité salariale, diminuer les salaires pour faire concurrence aux industries américaines dont les travailleuses et travailleurs sont faiblement rémunérés et réduire leur part des cotisations à l'assurance-chômage et à l'assurance médicale.

Riley, M. 2001. *Women's Economic Agenda in the 21st Century*. Documents hors série sur le genre, le commerce et le développement. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Selon l'auteure de ce document, l'abandon de l'approche femmes et développement (FED) au profit de l'approche genre et développement (GED) a joué un rôle particulièrement important parce qu'il a transformé le programme d'action des femmes. L'approche FED s'articulait autour d'un double objectif : encourager la discussion et la recherche sur le rôle des femmes dans le développement et amener les organismes de développement et les gouvernements à se donner la mission d'intégrer les femmes au développement. L'approche GED fonde les analyses sur la catégorie du genre plutôt que sur celle des femmes pour permettre une meilleure compréhension de l'effet différentiel des appareils économiques, politiques, sociaux et culturels sur les femmes et les hommes. Par genre, on entend les rôles, attentes et responsabilités d'ordre social attribués aux femmes et aux hommes en raison de leurs différences biologiques. Il s'agit d'un concept idéologique et culturel qui façonne la réalité des femmes et celle des hommes.

Runyan, A.S. 1999. « Gender, Free Trade Culture, and Cultures of Resistance ». *Gender Focus on the WTO*. Publié sous la direction de E. Haxton et C. Olsson. Suède : Global Publications Foundation, p. 7-14.

Selon l'auteure de ce document, malgré des décennies de dénonciation féministe des effets néfastes de la mondialisation de l'économie sur les femmes et malgré des décennies de résistance des femmes à ces assauts, *The Economist* ne fait nulle mention de cette résistance, ni même des femmes. *The Economist* assimile plutôt le « problème des femmes » à la catégorie du travail, du travail des enfants et des problèmes environnementaux, en se donnant beaucoup de mal pour expliquer qu'ils ne sont pas le résultat du libre-échange, mais plutôt de problèmes sociaux et économiques qu'il y aurait lieu de régler par la prise de sanctions commerciales ou d'autres sanctions de nature économique.

Sen, G. 1997. « Globalization, Justice and Equity: A Gender Perspective ». *Development*. 40(2).

L'auteure examine l'impact de la mondialisation sur les femmes et s'intéresse en particulier au rôle du gouvernement. Elle affirme qu'il ne faut pas se contenter de comprendre et de contester les effets défavorables de la mondialisation, mais tenter également de transformer l'État pour que les gouvernements commencent à travailler au service des gens et des femmes à partir de la configuration actuelle des pouvoirs. Cette réforme permettra aux femmes de tirer les ficelles du pouvoir dans l'exercice de leurs activités au sein de la société civile locale, régionale et mondiale.

Shiva, V. (N.d.) « The Effects of WTO on Women's Rights, Third World Network ». <<http://www.twinside.org.sg/title/women-ch.htm>>. Extrait le 18 juillet 2002.

Selon l'auteure, l'avènement d'un nouveau régime de mondialisation dans la foulée de la conclusion de l'entente finale de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) et de la mise sur pied de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a ouvert une nouvelle ère de politiques sensibles au genre. Dans cette nouvelle ère, l'analyse selon le genre oblige à passer du paradigme de la scène nationale à celui de l'échiquier mondial. Après les négociations commerciales du Cycle d'Uruguay et la création de l'OMC, le 1<sup>er</sup> janvier 1995, tous les enjeux nationaux se sont retrouvés au menu de l'économie mondiale et toutes les questions touchant la vie (éthique, valeurs, écologie, aliments, culture, savoir et démocratie), à celui du commerce international. Il en est résulté un choc direct entre les perspectives et les positions des femmes des villages les plus reculés des pays en développement, d'une part, et les perspectives et le pouvoir des hommes à la barre des institutions patriarcales de la planète, d'autre part.

Sparr, P. 2001. « Making the Connections Between Debt, Trade and Gender ». *Economic Justice News Online*. 4(3) : 1-5.

Selon l'auteure, l'intérêt grandissant pour les questions liées au commerce international et à l'investissement est l'une des nouveautés importantes et stimulantes du travail d'intervention sur l'endettement. Cet intérêt découle en partie d'un changement stratégique opéré pour permettre de travailler plus ardemment aux causes profondes du lourd endettement extérieur et de la pauvreté mondiale. L'article tente d'éclairer les néophytes de la problématique du commerce et de l'investissement sur les liens entre

l'endettement, le commerce et l'investissement, de même que sur des moyens d'élargir l'analyse selon le genre à cette nouvelle arène.

Spieldoch, A. 2001. « GATS and Healthcare – Why Do Women Care? ». Secrétariat de l'International Gender and Trade Network. <<http://www.genderandtrade.net/GATS/GATS%20and%20Healthcare.pdf>>. Extrait le 6 juin 2002.

Ce document explique que l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) préoccupe les femmes parce qu'il pourrait influencer sur leur vie à bien des égards. L'intérêt premier de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pour le commerce des services, y compris les services de santé, remonte au Cycle d'Uruguay, en 1994. Mais la tendance à privatiser les services de santé évolue depuis 20 ans. Il importe de reconnaître que, si les pays n'ont pas encore tous pris d'engagements à l'égard des services de santé (environ 100 l'ont fait jusqu'à maintenant), les femmes sont conscientes des conséquences éventuelles de ces négociations parce qu'elles ont déjà subi les impacts négatifs de la privatisation des soins de santé à l'échelle mondiale. Premières prestataires au monde de ces services, les femmes sont plus touchées que quiconque lorsqu'on leur en refuse l'accès. Une privatisation et une libéralisation accrues des services de santé porteront préjudice aux femmes si on subordonne la satisfaction de leurs besoins fondamentaux aux caprices du marché.

van Staveren, I. 2001. « Gender Objectives in EU Trade Policy: Extract Taken from Gender and Trade Indicators, WIDE ». <[http://www.eurosur.org/wide/EU/Trade/Gender\\_Objectives.htm](http://www.eurosur.org/wide/EU/Trade/Gender_Objectives.htm)>. Extrait le 8 juillet 2002.

Ce document traite de la politique sur le genre de l'Union européenne (UE), fruit à la fois d'engagements externes et d'engagements internes envers l'égalité des sexes. La politique de l'UE sur le genre est donc en partie née d'engagements pris lors des Conférences des Nations Unies sur les femmes et le développement tenues en 1975, en 1985 et en 1995. Parallèlement, la politique de l'UE sur le genre a évolué au gré d'engagements internes envers l'égalité hommes-femmes, à commencer par une directive sur l'équité salariale publiée en 1975, et au fil des affaires portées devant la Cour européenne de justice. En 1995, la Commission européenne a accepté une résolution sur la problématique hommes-femmes dans la coopération pour le développement, résolution qui s'est transformée en 1998 en un règlement du Conseil. Ce règlement fait mention de micro, de méso et de macro-politiques, notamment de politiques d'ajustement structurel, qui devraient tenir compte du rôle respectif des femmes et des hommes.

Waterman, P. 1997. *Critical Globalization Theory and the Global Women's Movement? Some Propositions of Solidarity, Communication and Citizenship*. La Haye : Institut des études sociales.

Selon l'auteur, le mondial – niveau, processus, époque, idéologie et épistémè – est un lien de convergence de plus en plus privilégié des femmes, ce qui, soutient-il, contredit l'idée que le capitalisme se mondialise de plus en plus, tandis que les mouvements féministes sociaux demeurent inévitablement nationaux, voire locaux. Le mouvement

international des femmes doit être repensé à la lumière de la mondialisation. Cette reconceptualisation peut se faire à partir d'une réflexion de la mondialisation critique sur le plan théorique et engagée sur le plan social. Les processus de mondialisation sont source de menaces, de promesses et de séduction pour les femmes et les mouvements féministes. Pour réussir ce remodelage, il faut adopter une nouvelle vision non seulement du monde, mais également de la citoyenneté mondiale des femmes, de leur solidarité planétaire, des communications mondiales entre les femmes et de la culture mondiale des femmes.

White, M. 2001. « GATS and Women ». *Foreign Policy in Focus*. 6(2) : 1.

White explique que, depuis décembre 2000, les membres de l'Organisation mondiale du commerce ont poursuivi les négociations visant à élargir l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Elle affirme que l'AGCS cherche à multiplier de manière spectaculaire la capacité des sociétés multinationales de fournir des services lucratifs et à créer un nouveau régime de réglementation du commerce des services. L'AGCS pourrait avoir des conséquences retentissantes sur le droit national, les pays en développement et le développement durable, en particulier sur les femmes pauvres des pays en développement.

White, M. 2002. « Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective ». Women's Edge. <<http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.htm>>. Extrait le 12 juillet 2002.

White affirme dans ce document que le commerce peut arracher les femmes et leur famille à la pauvreté, mais que, jusqu'à maintenant, trop de femmes sont laissées pour compte. Les propositions actuellement contenues dans la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) ne font pas des lois sur le commerce des outils d'égalité sociale, de justice sociale et de développement durable. Elles codifient plutôt la domination grandissante des sociétés sur le libre-échange, ce qui privilégie les profits et la croissance économique au détriment des besoins humains fondamentaux. Les négociations entourant la création de la ZLEA ont été précédées de réformes économiques et de politiques d'ajustement structurel commandées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Ces réformes comprennent la privatisation d'entreprises de services de santé, de services d'éducation et de services à l'enfance, ainsi que des compressions des dépenses gouvernementales consacrées à la prestation de services sociaux, la déréglementation des marchés du travail et d'autres politiques.

White, M. 2002. « Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles ». Women's Edge. <<http://www.womensedge.org/trade/tradepriemer.htm>>. Extrait le 8 juillet 2002.

Dans ce guide, Women's Edge étudie la libéralisation du commerce à travers la loupe du genre. Quel impact les politiques macroéconomiques négociées par les fonctionnaires ont-elles vraiment sur le quotidien des femmes? Quels types de politiques et de programmes pourrait-on mettre en place pour que l'accroissement du commerce profite bel et bien aux pauvres, surtout aux femmes pauvres? Pour que la majorité des femmes qui vivent dans la pauvreté profitent de la libéralisation du commerce, les négociatrices et négociateurs doivent réorienter les politiques de manière à ce que le commerce vise à resserrer la sécurité économique et alimentaire et à mieux protéger les droits sociaux,

politiques, culturels et humains, plutôt qu'à simplement faire grimper les profits et favoriser la croissance de l'économie.

Williams, M. 2001. *Gender and Trade in the International Economy: A Brief Overview*. « Financing for Development: New Tendencies, New Exclusions and New Strategies for Women in the Region ». Cartagena de Indias, Colombie, REPEM-DAWN.

Selon l'auteure de cette communication, il importe d'articuler clairement au moins quatre enjeux du point de vue du genre et de la politique commerciale. Qu'est-ce donc que la politique commerciale? Quels en sont les impacts sur les réalités hommes-femmes au sein de l'économie et quels sont les effets de ces réalités sur la politique commerciale? Dans quels sens la politique commerciale évolue-t-elle? Quelles sont les conséquences de ces mouvements pour le développement durable, le genre et l'équité sociale? Cette communication jette un bref éclairage sur ces quatre questions. La partie I tente de répondre aux trois premières questions en mettant en relief les spécificités de genre de l'analyse de la politique commerciale et de la libéralisation du commerce. La partie II essaie de répondre à la quatrième question, en décrivant brièvement certaines similitudes et différences régionales et sectorielles.

### **Soins à domicile et soins de santé**

Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy*. Discours d'honneur, conférence annuelle de l'Institut canadien de recherches sur les femmes. Sudbury. Octobre.

L'auteure explique que les femmes représentent 80 % des prestataires rémunérés ou bénévoles de soins de santé et qu'elles subissent ainsi durement les contrecoups de la « privatisation à la dérobée » du système de soins de santé. Elle détruit le mythe selon lequel un système privé parallèle réduirait la pression sur le système public et raccourcirait les listes d'attente. Un système privé ne change rien au nombre de médecins ou de malades; il ne fait que modifier l'ordre de traitement, puisque les plus fortunés passent avant les personnes qui ont le plus besoin de soins médicaux. L'attitude « vite au suivant » de la « chirurgie à toute vapeur » à l'américaine gagne du terrain au Canada, où, par exemple, l'Alberta songe à privatiser des hôpitaux et où les soins à domicile sont, dans certaines provinces, largement privatisés, mal rémunérés et mal réglementés. L'auteure soutient qu'il est préférable de régler le problème des listes d'attente en réinvestissant dans le système public.

Armstrong, P., C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. 2002. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Ontario : Garamond Press.

Ce recueil d'articles porte sur la réforme du système canadien de soins de santé et sur ses conséquences pour les femmes. Les femmes sont les principales pourvoyeuses de soins, rémunérés ou non, dispensés en établissement ou à domicile. Les femmes sont aussi les principales bénéficiaires des soins, surtout lorsqu'elles sont âgées. Très présentes au quotidien dans le champ des décisions relatives aux soins de santé, les femmes sont beaucoup moins visibles parmi les décideurs et cadres supérieurs. Comme les femmes représentent 80 % des prestataires de soins de santé, rémunérés ou non, et la majorité de

la clientèle, il serait normal que la question de l'impact de la réforme sur les femmes fasse partie des priorités stratégiques. Or, il n'en est rien.

Armstrong, P. et H. Armstrong. 2001. *Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium*. Halifax : Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Les auteurs de ce rapport s'inspirent d'écrits canadiens et d'ailleurs pour chercher à comprendre les forces, les structures et les relations qui confèrent aux femmes le rôle de pourvoyeuses de soins et qui sous-évaluent la prestation de soins. Cette analyse vise à formuler des lignes directrices relatives à la réflexion sur les soins. Elle se veut un complément à *One Hundred Years of Caregiving in Canada*. S'appuyant sur la recherche qui se fait au Canada sur la prestation de soins de santé aux adultes, ce document décrit les types de soins administrés et les catégories de prestataires de soins, ce qui permet de dresser un cadre d'évaluation des politiques. Les auteurs soutiennent qu'il y aurait lieu de conjuguer à ce cadre les lignes directrices décrites dans leur rapport afin de comprendre et d'évaluer les soins dispensés par les femmes.

Armstrong, P. et O. Kits. 2001. *One Hundred Years of Caregiving*. Ottawa : Commission du droit du Canada.

Ce document met l'accent sur ce que l'on appelle souvent les soins informels. Les personnes qui prodiguent ces soins ne sont ordinairement pas rémunérées, n'ont à peu près pas reçu de formation structurée dans ce domaine et dispensent des soins à une personne avec laquelle elles ont un lien. Or, même la distinction entre les soins formels et les soins informels est loin d'être simple. Les prestataires peuvent être des membres de la famille rémunérés ou des inconnus. Beaucoup sont devenus très habiles à soigner et partagent le travail avec les prestataires du système officiel. Pour aider à démêler tout cela, les auteures se penchent d'abord sur la diversité des relations de soin. Elles s'interrogent ensuite sur ce qui a changé ou très peu changé dans ces relations au XX<sup>e</sup> siècle. Cette exploration de l'histoire et de la diversité les amène, dans les dernières sections, à dresser un cadre permettant d'évaluer la législation, la réglementation et les politiques influant sur la prestation de soins aux adultes.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson et M. Morrow. 2003. *Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women*. Ottawa : Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé

Ce rapport analyse certains grands enjeux féminins soulevés par la publication du rapport Romanow. Les auteures analysent en détail les questions abordées dans le rapport Romanow, dont elles commentent les recommandations. Tout au long de son rapport, Romanow s'interroge constamment sur le sens des réformes de la santé pour l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens. Les auteures invitent les responsables des politiques à réfléchir également à ce que les réformes de la santé signifient précisément pour les femmes.

Aronson, J. et S.M. Neysmith. 2001. « Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market ». *Canadian Public Policy*. 27(2) : 151-165.

Les auteures de cet article cherchent à savoir comment la perspective des soins de santé, prédominante dans les soins à domicile, occulte les processus généraux d'exclusion sociale qui interviennent dans ce domaine de la politique publique. Une étude sur les Ontariennes âgées et handicapées recevant des soins à domicile montre de quelle façon les soins communautaires organisés créent et renforcent l'isolement social des usagères de ces services ainsi que leur exclusion spatiale, institutionnelle et politique. L'analyse du vécu des participantes à cette étude fait ressortir la difficulté de s'éloigner d'un discours associé au marché et d'un cadre de santé afin d'élaborer une politique de soins à domicile qui fait appel à l'inclusion et à la participation des personnes âgées et handicapées ayant besoin d'aide à domicile.

Association canadienne de soins et services à domicile. 2002. *Mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile présenté à la Commission Romanow aborde les quatre grands thèmes (valeurs canadiennes, viabilité, gestion du changement et relations de coopération) énumérés par la Commission dans l'optique des soins à domicile, qui font partie intégrante du système de soins de santé. On y fait des recommandations pour la mise sur pied d'un solide régime de soins à domicile capable d'assurer la viabilité à long terme d'un système de santé universel et public de qualité pour l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens.

Baird, K.L. 1998. *Gender Justice and the Health Care System*. New York et Londres : Garland Publishing Inc.

Si les femmes consomment plus de services médicaux que les hommes, la justice fondée sur le genre laisse toujours à désirer dans le système américain de soins de santé. Dans cet essai, Baird étudie les inégalités en matière de politiques et les propositions de réforme à la lumière de l'utilitarisme, des théories féministes, de la recherche médicale et de l'accès à l'assurance-maladie. Elle propose un cadre pour l'édification d'un système de soins de santé respectueux du genre, basé sur la reconnaissance des besoins particuliers des femmes.

Baranek, P.M., R. Deber et A.P. Williams. 1999. « Policy Trade-Offs in Home Care: The Ontario Example ». *Administration publique du Canada*. 42(1) : 69-92.

Les auteurs expliquent qu'au seuil du vingtième et unième siècle, le très populaire régime d'assurance-maladie du Canada subit une transformation radicale. L'évolution technologique et la restructuration du système de soins de santé font passer le fardeau des soins de santé des établissements au foyer. Par conséquent, des soins auparavant financés par les deniers publics en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* deviennent pour ainsi dire désassurés. Dans cet article, on analyse la réforme des services ontariens de soins de longue durée axés sur la communauté, de 1985 à ce jour. Un désaccord fondamental sur le rôle du gouvernement, dont rendaient compte les points de vue sur la responsabilité des citoyennes et citoyens et de leur famille et sur la place qui convient aux organismes à but lucratif dans un système financé par les deniers publics, sous-



tendait le débat en Ontario. La réforme de ce secteur a des répercussions non seulement sur le secteur lui-même, mais aussi sur les soins de santé en général.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa : Conseil des Canadiens.

L'auteure soutient que « le profit n'est pas le remède » pour le régime canadien d'assurance-maladie et que toute Canadienne et tout Canadien jouit, par sa citoyenneté, du droit à des soins de santé publics, accessibles et universels. Elle affirme que les Canadiennes et les Canadiens auront les moyens de conserver, voire de renforcer, le système de soins de santé s'ils éliminent des composantes à but lucratif qui provoquent une augmentation vertigineuse des coûts, comme les médicaments brevetés, la rémunération à l'acte et la rémunération excessive des gestionnaires, et s'ils se tournent vers un modèle communautaire entièrement public, dirigé avec plus d'équité et d'efficacité. De plus, le droit des Canadiennes et des Canadiens est le même que celui de tout être humain de la planète. Le Canada doit collaborer avec d'autres gouvernements et avec les États-Unis pour que la planète tout entière reçoive des soins de santé publics et universels.

Bartlett, H.P. et D.R. Phillips. 1996. « Policy Issues in the Private Health Sector: Examples from Long-Term Care in the U.K ». *Social Science Medicine*. 43(5) : 731-737.

Les auteurs de ce document estiment que l'on peut très clairement illustrer la tendance internationale à privatiser les marchés des soins de santé avec ce qui est arrivé ces dix dernières années au Royaume-Uni, où la prestation des soins de santé est passée d'un système public complet, principalement gratuit, à un modèle axé davantage sur une économie mixte. Cette transformation tient plus à divers facteurs qu'à la seule politique gouvernementale. La relation entre le secteur privé et le système public national de soins de santé n'est pas simple, et la combinaison public-privé a des conséquences positives et négatives. La multiplication des hôpitaux privés et des lits pour soins de courte durée a dominé les débats sur les soins de santé privés, mais la forte croissance de la prestation de soins privés en établissement et dans les maisons de soins infirmiers a soulevé d'autres enjeux stratégiques.

Braen, A. 2002. *La santé et le partage des compétences au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé.

Cette étude traite du partage constitutionnel des compétences dans le domaine des services de santé. On y analyse les dispositions pertinentes de la Constitution du Canada ainsi que l'interprétation qu'en ont faite les tribunaux. En décrivant ainsi l'état du droit dans ce domaine, l'auteur cherche à informer la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada des principes qui, sur le plan juridique, sous-tendent les interventions fédérales et provinciales en santé publique. Il cherche également à présenter au gouvernement fédéral des recommandations sur les politiques et mesures nécessaires pour assurer la viabilité à long terme d'un système de soins de santé public et universel.

Browne, P.L. 2000. *Unsafe Practices : Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteur de ce livre soutient que les soins de santé font aujourd'hui l'objet d'une privatisation ponctuelle en Ontario. En témoignent l'adoption de stratégies et d'idéologies

de gestion du secteur privé dans le système public de soins de santé, la réduction et la stagnation des dépenses publiques dans ce secteur, la restructuration et le rationnement des services fournis par le secteur public, et la migration des coûts entre le trésor public et les ménages. L'auteur montre comment ces pratiques hasardeuses se sont infiltrées dans le système de soins de santé de l'Ontario, des hôpitaux aux soins à domicile, des services de laboratoire aux services d'ambulance, et des soins de longue durée aux soins primaires. Il estime que la privatisation, fer de lance de l'offensive néolibérale contre la citoyenneté sociale, dépouille la population canadienne de son patrimoine collectif de services publics universels.

Casas, J.A., R.D. Casco et C.T. Parodu. 2000. « Governability and Governance: Toward Health and Human Development ». *Health & Human Development in the New Global Economy: The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas*. Publié sous la direction de A. Bambas, J.A. Casas, H.A. Drayton et A. Valdés. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, p. 231-255.

Les auteurs sont d'avis qu'il faut assortir la gouvernance de la santé – au moment de déterminer les politiques et les priorités nécessaires à la répartition des ressources sociales dans leur ensemble à l'intérieur des sphères économique et politique – d'une vision stratégique où l'on partage le leadership, où l'on s'entend sur les rôles prépondérants et où l'on intègre les propositions sectorielles à des processus et plans d'action plus vastes que ceux des modes de gestion publique antérieurs. La complexité résultant de cette multiplication des acteurs en présence est d'autant plus grande que s'y ajoutent deux dimensions de plus en plus importantes donnant lieu à des scénarios d'intervention en matière de santé : au niveau infranational, d'abord, la décentralisation des activités de l'État, y compris la responsabilité d'offrir des services de santé, puis au niveau supranational, l'impact de la mondialisation et l'émergence de nouveaux schèmes d'intégration économique et politique, avec d'importantes répercussions sur la santé.

Comité directeur national de l'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. 2002. *Rapport de la phase I – Poser le décor : profil de la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile?* Février.

La phase I de ce rapport examine l'état actuel et prévu du secteur des soins à domicile au Canada. Elle porte sur les facteurs ayant un effet sur le secteur des soins à domicile : tendances sociales, politiques et cadres réglementaires, pressions économiques et financières, changements technologiques, etc. Au cours de cette phase, les principaux groupes d'intervenantes et d'intervenants ont été invités à faire état des facteurs qui, à leurs yeux, contribuent aujourd'hui à façonner les soins à domicile au Canada et continueront de le faire. Des représentantes et représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont été interviewés. On a également sollicité l'opinion d'un éventail d'associations professionnelles et d'associations de prestataires, d'employeurs et de syndicats, de prestataires bénévoles, de bénéficiaires, de prestataires de soins informels, d'enseignantes et d'enseignants, de chercheuses et chercheurs sur le marché du travail et d'analystes de la politique sociale.

Cranswick, K. 1997. *Les fournisseurs de soins de santé au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.

Les changements récents qui ont touché le système de soins de santé et les services sociaux ont accru les pressions sur la capacité des familles de fournir des soins. Par exemple, les séjours écourtés à l'hôpital et le recours accru aux soins ambulatoires ont fait augmenter la nécessité de fournir de l'aide à domicile. Ces nouvelles pressions s'exercent à une époque où la majorité des femmes, traditionnellement les principales personnes fournissant les soins, sont intégrées à la population active. Ainsi, les Canadiennes et les Canadiens doivent assumer des responsabilités multiples, d'une part à l'égard de leur employeur, de leur conjointe et conjoint et de leurs enfants, d'autre part à l'égard de leurs parents proches ou éloignés et de leurs amis qui ont besoin d'aide.

Day, S. et G. Brodsky. 1998. *Les femmes et le déficit en matière d'égalité : l'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Cette étude vise à déterminer si les changements récemment apportés aux programmes sociaux (p. ex. le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux) respectent la Charte et les engagements internationaux pris par les gouvernements fédéral et provinciaux à l'égard des Canadiennes. Les auteures concluent que le Canada a violé les droits des femmes en vertu de l'article 15 de la Charte et du droit international.

Deber, R.B. 2002. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?* Étude n° 17. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Ce document porte sur la question suivante : « Comment le système canadien doit-il déterminer les programmes et services qui seront offerts par les organisations gouvernementales, sans but lucratif ou à but lucratif? » On y met l'accent sur la prestation plutôt que sur le financement ou la répartition des services de santé, tout en se concentrant sur la meilleure façon de les *fournir*, sans égard à la façon de les payer.

Evans, R., G. Morris, L. Barer, S. Lewis, M. Rachlis et G.L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.

Pour la population canadienne, le régime public d'assurance-maladie signifie deux choses : la gamme complète des services de soins de santé ou seulement les services (surtout médicaux et hospitaliers) prévus et régis par la *Loi canadienne sur la santé*. Ce document se concentre sur l'interprétation étroite au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le fait d'ailleurs une récente proposition de l'Alberta visant à financer des services prévus par la *Loi canadienne sur la santé* et à les fournir avec séjours de nuit dans des établissements appartenant au secteur privé et exploités par ce dernier. Les auteurs examinent les conséquences sur le système de soins de santé des changements observés dans des provinces comme l'Alberta.

Fast, J., J. Eales et M. Keating. 2002. *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ottawa : Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada.

Les auteures expliquent que la portée et les conséquences des soins prodigués aux personnes âgées sont bien documentées, mais qu'on connaît très peu les effets concrets de certaines politiques sur le bien-être économique des prestataires bénévoles de soins de santé ou leur impact collectif sur les secteurs d'intervention stratégique et les territoires d'application. Le premier objectif était d'analyser l'incidence économique des actuels programmes de santé, de sécurité du revenu et de travail selon le type de prestataire bénévole de soins et la région du pays. Le second objectif consistait à élaborer un cadre d'analyse des politiques pour faciliter une évaluation suivie de l'effet de tout outil d'intervention sur les coûts économiques pour les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées fragiles.

Flood, C. 1999. *Unpacking the Shift to Home Care*. Halifax : Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Les soins à domicile sont depuis peu un enjeu stratégique au Canada et dans bien d'autres pays développés. L'auteure se concentre sur les facteurs qui ont fait en sorte, et continuent de faire en sorte, que la prestation des soins passe rapidement, depuis peu, des hôpitaux et des établissements au domicile. L'objectif est d'analyser à qui il reviendra, au sein de la société, d'assumer les coûts de ce changement et d'expliquer pourquoi on a essentiellement fait abstraction de la répartition de ces coûts. Le fait de circonscrire les grandes causes de ce transfert des soins aidera les Canadiens, et surtout les Canadiennes, à mieux comprendre les raisons de ce virage et son impact probable sur leur vie. Cette information devrait également aider les femmes à disséquer les arguments pour et contre les politiques de soins à domicile, ainsi qu'à déterminer celles qui nuiront aux femmes vulnérables et à s'y opposer.

Flood, C. et T. Epps. 2003. « The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform? ». *Revue de droit de McGill*. 47 : 747-790.

Il existe deux perspectives diamétralement opposées sur les conséquences de l'ALENA pour le régime d'assurance-maladie. Les opposantes et opposants soutiennent que l'ALENA, loin d'aider le gouvernement à soutenir et à améliorer l'assurance-maladie, forcera le Canada à l'ouvrir aux fournisseurs de services et aux assureurs étrangers (surtout américains). On craint que cette ouverture du marché des soins de santé sonne le glas du régime d'assurance-maladie et l'émergence graduelle d'un système à l'américaine ayant à sa barre des assureurs et des fournisseurs en quête de profit. En revanche, le gouvernement fédéral a souvent répété que l'ALENA protégeait le secteur des soins de santé et ne menaçait donc aucunement l'intégrité et la viabilité du régime. Les auteures se demandent laquelle, le cas échéant, des deux perspectives est correcte et passent au peigne fin les obligations du Canada en vertu de l'ALENA afin de déterminer les contraintes auxquelles elles pourraient assujettir les propositions de réforme du régime d'assurance-maladie.

Forum national sur la santé. 1997. *La santé : un héritage à faire fructifier*. Ottawa : Forum national sur la santé.

D'après les analyses et ce qui a été entendu, les auteurs estiment qu'il est possible de préserver le système de soins de santé tout en le modifiant et d'améliorer la santé de la population canadienne. Ils décrivent dans ce rapport les moyens d'y arriver, en faisant valoir qu'on ne peut pas tout faire en même temps. Une approche graduelle et des orientations claires et bien comprises du grand public et des intervenantes et intervenants seront essentielles pour obtenir leur appui. Les auteurs soulignent également l'importance que prendront, au fil des mesures prises, la coopération et les partenariats entre les gouvernements, d'une part, et les organisations et personnes qui s'occupent de santé et de soins de santé, d'autre part.

Fuller, C. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.

L'auteure soutient que le gouvernement fédéral a la ferme intention d'aider le secteur privé à développer le secteur canadien des technologies et des télécommunications d'infosanté. Pour ce faire, il lui accorde un généreux soutien financier et réunit les conditions politiques et réglementaires « propices » pour les entreprises du secteur. Les gouvernements fédéral et provinciaux tentent chacun de leur côté d'orienter la politique publique de manière à faire de l'infosanté un bien privé (attirant de ce fait des investisseurs en haute technologie) tout en protégeant les renseignements personnels des malades comme l'exigent les mesures législatives relatives aux droits de la personne. On s'affaire donc à définir surtout l'infosanté comme un bien privé. L'auteure souligne qu'aucun débat public n'a lieu dans les médias, dans les cercles politiques ou parmi les fonctionnaires sur les avantages que comporterait le fait d'interdire la propriété et le contrôle de l'infosanté par l'entreprise privée.

Fuller, C. 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa : Coalition canadienne de la santé.

L'auteure soutient que l'affrontement le plus marqué dans le débat entourant les soins à domicile, comme celui qui a dominé le système canadien de soins de santé depuis les premières discussions sur le régime d'assurance-maladie, est celui qui oppose les personnes voulant d'un programme de soins à domicile aux personnes voulant que ce programme soit un investissement rentable. Cette étude traite de l'influence de cet affrontement sur les politiques fédérales et provinciales qui déterminent la façon dont les soins à domicile seront fournis, le cas échéant, partout au pays. Au cours des premières années du régime d'assurance-maladie, de telles divisions ont façonné le paysage des soins de santé, galvanisant l'opinion publique et paralysant la classe politique jusqu'au déclenchement d'élections. Cependant, ainsi que l'illustre ce rapport, le manque de leadership politique, surtout au niveau fédéral, auquel nous assistons aujourd'hui a pour toile de fond des accords commerciaux, la mondialisation et des investisseurs puissants, d'une part, ainsi que les bénéficiaires de soins à domicile et leur famille, les prestataires de soins et les contribuables, d'autre part.

Greaves, L., O. Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher et B. Vissandjee. 1999. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Ce document examine les questions liées au sexe, au genre et à la santé des femmes dans le domaine de la recherche en santé. Selon les auteures, l'avènement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), prévu pour avril 2000, offre au Canada une occasion en or de réorienter son système de recherche sur la santé afin d'y intégrer plus systématiquement et plus efficacement le sexe, le genre et la santé des femmes. Les IRSC favoriseront également l'intégration, dans un nouvel environnement de recherche, des dimensions de la recherche en santé touchant la recherche biomédicale, la recherche clinique appliquée et les systèmes de santé, en plus des aspects sociaux et culturels de cette recherche. Ces deux pôles contribueront à transformer le fond et la forme de la recherche en santé au Canada. Le fait d'incorporer à ce plan le sexe, le genre et la santé des femmes fera du Canada un leader mondial de la recherche en santé. Il améliorera également la qualité du savoir scientifique dans le domaine de la recherche en santé et réduira les lacunes dans les connaissances en ce qui a trait à l'impact du sexe et du genre sur la santé humaine en général et sur celle des femmes en particulier.

Gustafson, D.L. 2000. *Care and Consequences: The Impact of Health Care Reform*. Halifax : Fernwood.

Ce document montre comment les soins de santé sont passés d'un modèle curatif à un modèle commercial au Canada. Sous le couvert de la vertu communautaire, de la proximité des soins, des choix pour la clientèle, des droits des malades, de la compression des coûts et d'une efficacité accrue, le modèle commercial a donné lieu à une gestion financière axée sur les « résultats » et à la dégradation constante des services de santé. S'inscrivant dans une analyse claire de ce nouveau modèle, les articles présentés dans ce recueil montrent comment des groupes de divers horizons sociaux et institutionnels composent avec la mouvance du système de santé, dont les femmes dépendent plus que quiconque pour leur bien-être en tant que prestataires et bénéficiaires de soins de santé et qui obéit de plus en plus à une logique de gestion scientifique.

Himmelstein, D.U., S. Woolhandler, I. Hellander et S.M. Wolfe. 1999. « Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs ». *Journal of the American Medical Association*. 282(2) : 159-163.

Ce document porte sur l'augmentation marquée de la proportion de membres des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) participant à des régimes privés, alors qu'on en sait peu sur la qualité de ces régimes par rapport à ceux des OSSI sans but lucratif. On tente d'y comparer les mesures de la qualité des soins dispensés par les OSSI privées à but lucratif et sans but lucratif, et on en conclut que les régimes des premières font moins bonne figure que ceux des secondes pour les 14 indicateurs de la qualité des soins.

Hollander, M. et N. Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care: A Report Prepared for the Health Transition Fund*. Ottawa : Santé Canada.

Ce document fait la synthèse des grands constats et des principales conséquences pour les prestataires de soins, les gestionnaires et les décisionnaires. Le programme de recherche visait à déterminer si les soins à domicile étaient une solution de rechange économique aux soins en établissement (c.-à.-d. les soins dispensés dans les établissements de longue durée et les hôpitaux de soins de courte durée). Cependant, ce programme avait également une fonction éducative, soit d'informer les responsables des politiques et le grand public sur les soins à domicile et de donner des conseils sur les questions liées à la mise en oeuvre de nouvelles initiatives rentables pour les soins à domicile.

Hurd, L. 2000. « Women Live in Fear Following Ontario Home Care Cuts ». *Herizons*. 14(2) : 11-12.

Cet article reprend les principaux éléments d'une étude, présentée à la conférence de l'Ontario Association of Community Care Access Centres, sur les services de soins à domicile actuellement offerts en Ontario. L'auteure discute des activités des centres d'accès aux soins communautaires, des conséquences des compressions dans les soins à domicile sur les femmes qui dépendent de ces services et de l'évaluation par les bénéficiaires de la qualité des soins à domicile qui leur sont donnés.

Institut Roeher (L'). 2000. *Agenda for Action : Policy Directions for Children with Disabilities and Families*. Toronto : L'Institut Roeher.

Comme le montre ce rapport, pour subvenir aux besoins des enfants handicapés et de leur famille, il faut intervenir sur plusieurs fronts : depuis les soins aux enfants, la sécurité du revenu et les systèmes du marché du travail jusqu'aux soins de santé, à l'enseignement et aux programmes de technologie d'assistance. Fruit de recherches exhaustives, cette publication décrit les dimensions des politiques qui favoriseraient l'inclusion et le développement à part entière des enfants handicapés et qui permettraient à leur famille de recevoir, au sein de la communauté, les services de soutien dont elle a besoin.

Lowry, J.A. 2002. « Pourquoi la question d'un Programme national de soins à domicile touche-t-elle les femmes? ». *Le Réseau*. Réseau canadien pour la santé des femmes. 5 (2/3) : 1-5.

Selon l'auteure de cet article, les soins à domicile sont pratiquement en état de crise au Canada, ce qui préoccupe de plus en plus les gouvernements, les prestataires de soins de santé et leurs bénéficiaires ainsi que les membres de leur famille. Le fardeau repose toutefois sur les épaules des femmes, qui donnent et reçoivent la grande majorité des soins à domicile.

MacAdam, M. 2000. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Ce rapport explique qu'on dispose de très peu de données canadiennes pour décrire la main-d'oeuvre des soins à domicile, tant et si bien que cette étude se fonde en bonne partie sur des données non scientifiques. L'importance croissante des soins à domicile

dans l'ensemble du système canadien de la santé souligne à coup sûr l'importance d'améliorer l'exactitude et l'éventail de nombreux types de données sur les soins à domicile, dont celles sur la main-d'oeuvre des soins à domicile ne sont pas les moindres.

Morris, M., J. Robinson, J. Simpson, S. Galey, S. Kirby, L. Martin et M. Muzychka. 1999. *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*. Ottawa : Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada.

Les auteures expliquent que les femmes représentent la majorité des bénéficiaires et de la main-d'oeuvre des soins à domicile ainsi que des responsables des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux membres de la famille malades. Compte tenu de l'extrême déséquilibre entre les sexes pour chacun des aspects des soins de santé, les politiques et pratiques des soins à domicile ont un impact significatif et varié sur la vie des femmes. Cette recherche prend appui sur les acquis des études précédentes, qui montrent que la non-rémunération ou la sous-rémunération des soignantes contribuent à l'écart de revenu entre les hommes et les femmes. Les auteures cherchent également à savoir si les actuelles politiques et pratiques de soins à domicile ont un impact sur la vulnérabilité des femmes à la pauvreté.

Morris, M. 2001. « Études sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible aux différences entre les sexes : document de synthèse ». Deuxième ébauche. Ottawa : Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

Ce document brosse un portrait, selon le genre, des soins offerts à domicile et en milieu communautaire en passant en revue la recherche tenant compte de la spécificité des sexes. L'auteure soutient que cette information peut ensuite servir à formuler des politiques équitables pour les hommes et les femmes. L'objet de l'analyse comparative entre les sexes consiste à formuler de solides politiques factuelles traduisant l'ensemble des effets subis par les femmes et les hommes. Il est important, selon l'auteure, que les politiques donnent les résultats prévus pour les femmes et les hommes et réduisent les inégalités plutôt que de les exacerber.

Ontario Health Coalition. 2001. *"Dip and Skip" A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario*. Ontario : Ontario Health Association.

On affirme dans ce supplément que le projet de loi 130, loin de réformer le système des soins à domicile mis sur pied en 1997 par le gouvernement conservateur, sert à réduire au silence les conseils et les directrices générales et directeurs généraux des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui ont récemment joint les rangs des détracteurs les plus bruyants du gouvernement. Mais, selon la Coalition, les Conservateurs provinciaux ne peuvent bâillonner les travailleuses et travailleurs du système. En privé, ces derniers ont commencé, pour des raisons évidentes, à qualifier les CASC de « centres d'accès interdit ». Les soins à domicile sont maintenant donnés « à la trempette et à la sauvette » (*dip and skip*), expression qui décrit le peu de temps dont disposent les préposées et préposés aux services de soutien à domicile pour donner leur bain aux malades. S'il parvient à censurer les CASC, ce projet de loi ne résoudra pas les problèmes inquiétants et de plus en plus graves causés par les réformes gouvernementales à courte vue des soins de santé.



Ontario Health Coalition. 2001. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000*. Ontario : Ontario Health Association.

On affirme dans cette étude que la restructuration gouvernementale des soins de santé découle d'un engagement idéologique à privatiser et d'une tentative de réduction du financement. Pour qu'il soit possible de réaliser des bénéfices en dépit d'un financement insuffisant, le gouvernement a renoncé aux droits des malades, à la stabilité et à tout semblant de planification cohérente axée sur les résultats. Les changements ont été faits en catimini par exclusion délibérée des lois relatives à la liberté de l'information et, cela vaut la peine d'être souligné, au mépris des processus normaux d'un régime démocratique et de l'obligation usuelle de rendre compte. Le secteur des soins communautaires, dont la croissance est la plus rapide au sein de notre système de soins de santé, est en voie d'être massivement privatisé, et il est de plus en plus difficile d'obtenir les soins dont nous avons besoin – pierre angulaire du système financé par l'État qui est le nôtre.

Organisation de coopération et de développement économiques. 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997*. Paris : Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, Groupe de travail sur la politique sociale.

Cet article présente un aperçu des tendances relatives aux dépenses en santé dans 29 pays membres de l'OCDE et des révisions récemment apportées aux comptes de la santé de l'OCDE. On y compare les dépenses en santé des États-Unis à celles des autres pays membres de l'OCDE, et on y examine l'effet conjugué des mesures de compression des coûts, d'une part, et de l'évolution de l'amalgame public-privé du financement et de la composition des dépenses en santé, d'autre part.

Parent, K., M. Anderson, W. Gleberzon et J. Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design*. Toronto : CARP.

Bien que les malades n'aient jamais été si nombreux à recevoir des soins à domicile, auxquels on consacre de plus en plus d'argent, on connaît relativement peu de choses sur ces soins, comparativement aux autres secteurs de la santé. Comme l'indique ce rapport, les responsables des politiques doivent prendre des décisions de plus en plus difficiles sur la répartition des ressources et doivent décider comment, où et quand consacrer des fonds publics aux soins à domicile tandis que s'alourdissent les pressions budgétaires. On exige aussi de plus en plus de transparence dans les soins de santé en général et dans les soins à domicile en particulier. Il est difficile de répondre à ces exigences en l'absence de preuves et de données de qualité suffisante sur lesquelles fonder et élaborer des politiques.

Romanow, R. 2002. *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Dans ce rapport, Romanow montre que la population canadienne appuie avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, à savoir l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à sa conception de la citoyenneté. La population canadienne considère l'accès équitable et en temps opportun à des services de soins de santé nécessaires comme un droit inhérent à la citoyenneté, et non comme un privilège lié au statut social ou au revenu. Guidés par ces valeurs, les Canadiennes et les Canadiens en sont venus à considérer leur système de santé comme un programme national, mis en oeuvre à l'échelle locale, mais s'appuyant sur la collaboration de tous les

gouvernements et la compréhension mutuelle de leurs valeurs communes. Ils tiennent et s'attendent à ce que leurs gouvernements veillent conjointement à ce que les politiques et programmes qui définissent le régime d'assurance-maladie restent fidèles à ces valeurs .

Vogel, D., M. Rachlis et N. Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.

Les trois études contenues dans ce rapport montrent à quel point un secteur fragmenté et partiellement privatisé de soins communautaires et continus déstabilise le régime d'assurance-maladie. Les auteurs estiment que l'insuffisance du financement public des soins offerts à domicile et en milieu communautaire creuse de plus en plus le fossé entre les besoins en santé de la population de la Colombie-Britannique et les services publics qui lui sont accessibles. Au lieu d'être de plus en plus centrée sur la prévention et l'intervention précoce, la vocation des services de soins de santé est de plus en plus axée sur la crise, et ce, dans tous les secteurs. Aujourd'hui, seules les personnes qui en ont sérieusement besoin ont accès aux soins communautaires et aux soins continus offerts par des organismes publics.

## ANNEXE B : ENTREVUES AVEC DES SOURCES CLÉS

### **Canada :**

Stephen Clarkson, Ph.D.  
Professeur  
Département de sciences politiques  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

Ellen Gould  
Associée de recherche  
Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique)  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Scott Sinclair  
Associé de recherche principal  
Centre canadien de politiques alternatives  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Matt Sanger  
Associé de recherche  
Centre canadien de politiques alternatives  
Ottawa (Ontario)

Anil Nadoo (chargée de campagne)  
Steven Staples (coordonnateur de campagnes thématiques)  
Victoria Gibb-Carsley (coordonnatrice de l'organisation)  
Le Conseil des Canadiens  
Ottawa (Ontario)

Colleen Fuller  
Associée de recherche  
Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique)  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Tracey Epps, LL.M.  
Faculté de droit  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

Steven McBride, Ph.D.  
Professeur  
Département de sciences politiques  
Université Simon Fraser  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Ross Duncan  
Analyste principal des politiques commerciales  
Santé Canada  
Direction des affaires internationales  
Ottawa (Ontario)

Vincent Beaulieu  
Conseiller, Direction des consultations et de la liaison – Politique commerciale  
Joanne Hamilton, Direction de la politique commerciale sur l'investissement  
Bernard Li, Direction de la politique commerciale sur les services  
Allison Young, directrice adjointe, Direction de la politique commerciale sur les services  
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI)  
Ottawa (Ontario)

Leah Vosko, Ph.D.  
Professeure adjointe  
Chaire de recherche du Canada  
Université York  
Toronto (Ontario)

**Europe :**

Sarah Sexton  
The Corner House  
Sturminster Newton  
Dorset, Royaume-Uni

Allyson Pollock, Ph.D.  
Health Services and Health Policy Research Unit  
School of Public Policy  
Londres, Royaume-Uni

Debra Lipson  
Analyste de la politique de la santé  
Département de la santé et du développement  
Organisation mondiale de la santé  
Genève, Suisse

David Price, Ph.D.  
Professeur  
Health Policy and Health Services Research Unit  
University College  
Londres, Royaume-Uni

Julia Nielson  
Division des liens commerciaux, Direction des échanges  
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)  
Paris, France

Rudolph Adlung  
Organisation mondiale du commerce  
Genève, Suisse

**États-Unis :**  
Alexandra Spieldoch  
International Gender and Trade Network  
Washington, district de Columbia

Ritu Sharma  
Women's Edge  
Washington, district de Columbia

Meagan Bovell  
UNIFEM  
New York, New York

Joseph Stiglitz, Ph.D.  
School of International and Public Affairs  
Initiative for Policy Dialogue  
Université Columbia  
New York, New York

Shari Spiegel  
Directrice  
Initiative for Policy Dialogue  
Université Columbia  
New York, New York

## ANNEXE C : TABLEAU DES ACCORDS COMMERCIAUX

### ACCORDS INTERNATIONAUX

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
<p>Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) 1947</p>	<p>Cet accord a créé un organe de négociation permanent, chargé de surveiller et de régler le commerce international.</p> <p>Les premières rondes de négociations tenues dans le cadre du GATT portaient principalement sur la réduction des tarifs, mais les négociations subséquentes se sont étendues à d'autres domaines, comme les mesures antidumping et non tarifaires.</p> <p>La dernière ronde – le Cycle d'Uruguay, de 1986 à 1994 – a débouché sur la création de l'OMC, qui a succédé au GATT. L'établissement de l'OMC a rendu le GATT exécutoire sous le régime du droit international.</p>	<p>Selon la disposition XX b), rien dans l'Accord ne devrait empêcher un Membre d'adopter ou d'appliquer des mesures nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux.</p> <p>Cependant, l'application de la disposition susmentionnée doit être justifiable pour l'OMC. En cas de contestation, un organe de règlement des différends est saisi de la question. Les groupes spéciaux ne peuvent toutefois pas fonder leurs décisions sur l'avis d'experts de la santé.</p>	
<p>Organisation mondiale du commerce (OMC) 1995</p>	<p>Créée durant le Cycle d'Uruguay. Successeur du GATT.</p> <p>Seule organisation internationale à se consacrer aux règles mondiales du commerce entre les États. Elle a pour fonction principale de veiller à ce que le commerce se déroule de la façon la plus harmonieuse, prévisible et libre possible.</p> <p>L'OMC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administre les accords commerciaux, y compris le GATT, l'AGCS, l'Accord sur les ADPIC, l'Accord relatif aux MIC, l'accord MSP et l'Accord OTC;</li> <li>• sert de cadre aux négociations commerciales;</li> <li>• règle les différends commerciaux;</li> <li>• examine les politiques commerciales nationales;</li> <li>• aide les pays en développement dans le domaine de la politique commerciale.</li> </ul>		

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Obstacles techniques au commerce (OTC) 1973-1979 1995	Servent à réduire au minimum et à prévenir le protectionnisme, ainsi qu'à améliorer la libéralisation du commerce en partant du principe que les règlements techniques peuvent créer des obstacles au commerce.	<p>La permission d'exercer le pouvoir gouvernemental dans le secteur des soins de santé doit se fonder sur des données scientifiques, sur la technologie et sur l'utilisation finale des produits.</p> <p>Il est possible de contester les interdictions liées à la santé en milieu de travail et à l'emploi de produits particuliers, et de les lever si les groupes spéciaux de règlement des différends le décident.</p> <p>Les normes du travail protégeant les femmes pourraient être compromises si les règlements étaient contestés par d'autres membres et supprimés par les organes de règlement des différends.</p> <p>Les produits utilisés et consommés pourraient ne pas être assujettis à la réglementation exclusive du gouvernement national.</p> <p>Les données scientifiques et techniques servant à déterminer la pertinence d'un règlement pourraient avoir été conçues sans qu'il soit tenu compte des femmes.</p>	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord OTC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.
Accord sur les mesures concernant les investissements liés au commerce (MIC) 1995	Porte sur les pratiques d'investissement des pays membres.	<p>Facilite et protège les investissements; pourrait être élargi aux secteurs des soins de santé.</p> <p>Les initiatives d'investissement ont un impact sur la petite et moyenne entreprise, où se trouvent la majorité des femmes entrepreneures.</p> <p>Les femmes entrepreneures peuvent avoir à affronter la concurrence de sociétés étrangères.</p>	Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord MIC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
<p>Accord général sur le commerce des services (AGCS)</p>	<p>L'AGCS a fixé les premières règles mondiales de libéralisation du commerce des services. Il permet aux pays de décider des secteurs de services de leurs marchés qui resteront ouverts aux entreprises étrangères et de faire des demandes d'accès à des secteurs de services d'autres membres. Cependant, l'AGCS renferme des obligations intrinsèques d'expansion continue des services et d'élargissement du champ d'application de ceux-ci par la tenue de rondes de négociations régulières.</p>	<p>La privatisation à laquelle l'AGCS devrait donner lieu aura de graves conséquences sur les femmes.</p> <p>Les coûts de certains services augmenteront en raison de l'érosion du monopole des gouvernements et de l'interfinancement qui se produit à l'intérieur d'un secteur, comme entre les pratiques coûteuses et les pratiques économiques en matière de soins de santé.</p> <p>Les femmes moins fortunées n'auront pas les moyens de se payer des services privés ou une assurance.</p> <p>Il se pourrait que certains domaines de prestation de soins de santé particulièrement pertinents pour la santé des femmes ne reçoivent pas de financement.</p> <p>Les fournisseurs de services s'installeront en milieu urbain, si bien que les femmes vivant en milieu rural pourraient ne recevoir que des services limités ou de moindre qualité.</p> <p>Lorsqu'on démantèle des services, ce sont les femmes qui doivent pourvoir aux soins de santé, à l'éducation et à l'approvisionnement en aliments salubres et en eau potable pour leur famille.</p> <p>Les femmes sont très fortement concentrées dans les secteurs des services publics, où les emplois sont souvent très spécialisés et fortement rémunérés. La privatisation entraînera probablement des pertes d'emplois ou une baisse des revenus, ainsi que de piètres conditions de travail.</p>	<p>Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'AGCS, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.</p>



Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
<p>Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) 1995</p>	<p>Sert à protéger la propriété intellectuelle (brevets et technologies) et veille à ce qu'elle ne fasse pas obstacle au commerce.</p>	<p>À cause des brevets protégeant les droits de propriété des sociétés, seules les personnes qui en ont les moyens peuvent se procurer des médicaments.</p> <p>Le gouvernement finance généreusement la recherche. Or, les sociétés conservent les brevets et les profits. Les fonds publics ne servent donc pas directement à améliorer la santé publique.</p> <p>La protection pourrait s'étendre à la publicité de marque de produits nuisant à la santé humaine, comme le tabac.</p> <p>Des pressions s'exercent sur les membres pour qu'ils incluent les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales.</p> <p>Les secteurs de la recherche pharmaceutique ayant une incidence sur les femmes pourraient ne pas être assez lucratifs pour attirer les sociétés à but lucratif.</p> <p>Les femmes à faible revenu seront incapables d'acheter des produits pharmaceutiques coûteux.</p>	<p>Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord sur les ADPIC, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.</p>

<p>Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (MSP) 1995</p>	<p>Porte sur l'effet du commerce international sur la santé et la vie des personnes et sur les végétaux. Établit les lignes directrices et les précautions que doivent suivre et prendre les pays membres lorsqu'ils formulent des politiques nationales.</p>	<p>Concilie la protection de la santé des consommatrices et des consommateurs avec les visées d'un régime commercial libéralisé.</p> <p>Il est déconseillé de s'attarder à la santé publique et d'appliquer des règlements qui dépassent les minimums.</p> <p>Les normes étrangères doivent être acceptées s'il est prouvé qu'elles sont équivalentes.</p> <p>Les gouvernements nationaux ne déterminent pas exclusivement ce qu'est un niveau de risque acceptable pour la santé publique.</p> <p>À cause des lignes directrices, il est difficile de mettre en oeuvre tout changement d'orientation important.</p> <p>Rien n'oblige à tenir compte des femmes et d'autres groupes sociaux particuliers au moment d'évaluer les risques en vue de déterminer l'admissibilité d'une norme.</p> <p>Les fondements scientifiques des normes peuvent ne pas tenir compte de la santé de groupes donnés.</p>	<p>Le gouvernement fédéral a fait savoir que les accords de l'OMC, y compris l'Accord MSP, devraient faire l'objet d'une analyse des incidences sociales.</p>
--	---	--	---

### ACCORDS RÉGIONAUX

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
<p>Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) 1994</p>	<p>Accord sur le commerce des produits et services entre le Canada, les États-Unis et le Mexique. L'ALENA vise aussi à accroître les investissements entre les parties, ainsi qu'à assurer le respect des droits de propriété intellectuelle. Il prévoit un mécanisme de règlement des différends ainsi qu'un cadre de coopération trilatérale, régionale et multilatérale.</p>	<p>Les clauses permettant au Canada de se réserver le droit d'adopter ou de maintenir toute mesure relative aux soins de santé et à d'autres services sociaux pourraient en fait ne pas suffire. Au chapitre 12, par exemple, certaines dispositions encouragent l'élaboration de normes mutuellement acceptables pour les fournisseurs de services professionnels.</p> <p>L'investissement étranger direct est permis dans le secteur de la santé.</p> <p>Le projet de loi 11 de l'Alberta pourrait ouvrir le secteur tout entier des soins de santé du Canada à l'ALENA et, du coup, à l'investissement direct.</p> <p>La cohabitation de l'entreprise privée et du secteur public pourrait ouvrir le domaine aux fournisseurs étrangers.</p> <p>Le déménagement d'entreprises dans des régions offrant une main-d'oeuvre à bon marché pourrait faire perdre des emplois aux femmes.</p> <p>Travail dur, dangereux et faiblement rémunéré pour la oeuvre à prédominance féminine des zones d'exportation mexicaines appelées <i>maquiladoras</i>. Les femmes y sont victimes de discrimination fondée sur la grossesse et y font l'objet de mesures humiliantes, comme l'obligation de subir des tests de grossesse.</p> <p>Mobilité transfrontalière accrue des travailleuses.</p>	<p>Le gouvernement fédéral n'a pas fait d'études qui suivraient de près l'application de l'ALENA et qui en détermineraient l'impact différentiel sur les hommes et les femmes.</p>

Titre et date	Description	Aspects de la mise en oeuvre pertinents pour la santé et le genre	Analyse des incidences sociales selon le genre
Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA) 1994 (début des négociations)	<p>34 pays de l'hémisphère occidental</p> <p>Vise à supprimer les obstacles au commerce et à l'investissement.</p> <p>Aura un impact sur les produits et services.</p>	<p>Les préoccupations exprimées pour l'ALENA s'appliquent à la ZLEA.</p> <p>Les conditions de travail des travailleuses et travailleurs des industries exportatrices nuisent souvent à la santé.</p> <p>Les clauses relatives aux droits de propriété intellectuelle pourraient réduire l'accès aux produits pharmaceutiques.</p> <p>Agriculture : Les Latino-Américaines, plus que les autres, sont poussées vers les emplois à faible revenu des industries exportatrices.</p> <p>Services : Les femmes sont habituellement les premières licenciées quand les gouvernements suppriment des services sociaux. Souvent, leur charge de travail non rémunéré s'alourdira, ce qui compensera la diminution des services publics.</p> <p>La distribution de l'eau pourrait avoir un effet sur les femmes et les enfants.</p> <p>Marchés publics : Il pourrait être plus difficile pour les femmes entrepreneures de soutenir la concurrence.</p> <p>Les clauses sur l'investissement multiplieront les emplois pour les femmes indigentes sans nécessairement améliorer leur sort ou attirer des capitaux qui demeureront dans le pays hôte.</p>	<p>Le gouvernement fédéral n'a pas encore fait d'analyse des incidences sociales de la ZLEA.</p>

## **ANNEXE D : CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES DES ACCORDS SUR LES ADPIC, MSP ET OTC (ACCORDS DE L'OMC) ET LA ZLEA**

### **ADPIC**

L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, conclu pendant les négociations du Cycle d'Uruguay, est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995. Il s'applique aux règles qui régissent et protègent la propriété intellectuelle, lesquelles prennent le plus souvent la forme de brevets, de droits d'auteurs, de marques de fabrique ou de commerce et de progrès technologiques. Le préambule de l'Accord en précise l'objectif : « réduire les distorsions et les entraves en ce qui concerne le commerce international, et tenant compte de la nécessité de promouvoir une protection efficace et suffisante des droits de propriété intellectuelle et de faire en sorte que les mesures et les procédures visant à faire respecter les droits de propriété intellectuelle ne deviennent pas elles-mêmes des obstacles au commerce légitime » (préambule de l'Accord sur les ADPIC, 1994). Selon Bettcher et coll. (2000 : 526), « la portée de l'Accord sur les ADPIC est beaucoup plus vaste que celle de tout accord international précédent dans ce domaine » [TRADUCTION]. Selon les critiques, l'Accord sur les ADPIC est né de l'appétit lucratif de multinationales désireuses de mondialiser les droits de propriété intellectuelle (Drahos, 1997).

Au chapitre de la propriété intellectuelle, l'Accord applique deux grands principes communs à de nombreux accords de l'OMC : celui du traitement national et celui de la nation la plus favorisée. La clause de la nation la plus favorisée dispose ce qui suit : « En ce qui concerne la protection de la propriété intellectuelle, tous avantages, faveurs, privilèges ou immunités accordés par un Membre aux ressortissants de tout autre pays seront, immédiatement et sans condition, étendus aux ressortissants de tous les autres Membres » (partie I, article 4). L'Accord donne aux Membres un an pour supprimer les obstacles, mais quatre aux pays en développement et jusqu'à dix aux pays les moins développés. L'Accord sur les ADPIC divise la propriété intellectuelle en plusieurs catégories faisant l'objet des sections 1 à 7 de la partie II, en l'occurrence les droits d'auteur, les marques de fabrique ou de commerce, les indications géographiques, les dessins et modèles industriels, les brevets, les topographies des circuits intégrés et la protection des renseignements non divulgués. Comme nous le verrons ci-après, les brevets sont l'un des aspects les plus litigieux de l'Accord.

On lit au paragraphe 4 de l'Accord sur les ADPIC que « ledit accord peut et devrait être interprété et mis en oeuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ». À l'instar des autres accords, l'Accord sur les ADPIC renferme un article (8) qui permet de protéger la santé et la sécurité des personnes : « Les Membres pourront, lorsqu'ils élaboreront ou modifieront leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour leur développement socio-économique et technologique, à condition que ces mesures soient compatibles avec les dispositions du présent accord ». L'inclusion de ces dispositions n'offre toutefois pas plus

de garantie absolue, ici ou ailleurs, que la santé l'emportera toujours sur les intérêts commerciaux.

L'Accord sur les ADPIC, en vigueur depuis la première ronde de négociations, suscite une vive controverse. Comme le soulignent l'OMS et l'OMC (2002 : 44) : « La protection des produits pharmaceutiques au moyen de brevets est un domaine où le problème consistant à trouver un juste équilibre est particulièrement aigu – à savoir entre l'objectif d'encourager la découverte de nouveaux médicaments et celui d'offrir un accès abordable aux médicaments existants ». Selon les partisans et partisanes de l'Accord sur les ADPIC, en l'absence de protection de la propriété intellectuelle, rien ne sera fait pour poursuivre les innovations, ce qui empêchera l'expansion et la progression du développement de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques (Bettcher et coll., 2000). D'autres, cependant, répliquent que le monopole conféré par l'Accord aux sociétés transnationales favorise la souffrance humaine puisqu'il est possible de limiter l'accès aux bienfaits des technologies aux personnes capables de se les payer. Koivusalo et Rowson (2000 : 182) déclarent que « les effets distributionnels de l'Accord sur les ADPIC pourraient dans la pratique opérer un déplacement des ressources de la clientèle, du secteur public et des pays en développement vers les industries multinationales vouées à la recherche » [TRADUCTION]. On s'est également demandé si les droits de brevet sur les produits pharmaceutiques appartenaient bel et bien aux sociétés, puisque les gouvernements financent publiquement une part considérable de la recherche (Bettcher et coll., 2000). Cela semblerait toutefois aller à l'encontre du point de vue de l'Accord selon lequel « les droits de propriété intellectuelle sont des droits privés » (ADPIC, préambule, 1994). Il semblerait, comme le soulignent Bettcher et coll. (2000 : 527), que « l'équilibre entre l'innovation et l'accessibilité des nouvelles technologies soit un enjeu stratégique primordial » [TRADUCTION].

Il est à noter que le paysage de la recherche se transforme rapidement et que cette transformation aura des conséquences sur la façon de prioriser la recherche. On la privatise de plus en plus en octroyant des contrats aux organisations de recherche. Aux États-Unis, 60 % des subventions à l'industrie sont accordées à des organisations de recherche à contrat, et les besoins en recherche des sociétés clientes des pays en développement (p. ex. sur l'obésité, la calvitie et l'impuissance) l'emportent de plus en plus sur les besoins en santé de la majorité (Koivusalo, 2003; Koivusalo et Rowson, 2000).

La propriété intellectuelle est le premier secteur de croissance des pays développés (Ostry, 2001). L'Accord sur les ADPIC oblige tous les membres de l'OMC à adopter des lois sur les brevets de type américain. Le Canada a notamment et notablement été forcé de faire passer de 17 à 20 ans la période de protection accordée aux brevets sur les médicaments afin d'harmoniser sa loi avec celle des États-Unis (Ostry, 2001). Les gouvernements finissent ainsi par céder aux multinationales le pouvoir de contrôler les prix des médicaments. L'augmentation des prix des médicaments sur ordonnance exerce l'une des pires pressions financières qui soient sur le système canadien de soins de santé (Barlow, 2002). Les gouvernements provinciaux s'efforcent de contrôler les prix croissants des médicaments

par l'achat en vrac de médicaments génériques. L'Accord sur les ADPIC rendra ce processus beaucoup plus difficile et pourrait finir par dissuader les provinces qui n'en possèdent pas de lancer des programmes du genre.

Comme l'expliquent Koivusalo et Rowson (2000 : 183), « les conséquences les plus manifestes de l'Accord sur les ADPIC en matière de santé en sont l'impact sur les politiques pharmaceutiques, la distribution des droits de brevet et le coût des médicaments » [TRADUCTION]. Le différend souvent évoqué entre l'Afrique du Sud et les États-Unis témoigne des possibilités de conflit entre l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Dans ce cas, 39 sociétés pharmaceutiques ont contesté l'adoption par le gouvernement d'Afrique du Sud du *South African Medicines and Related Substances Control Amendment Act, 1997*, jugeant que cette loi restreignait leurs droits de brevet. Certains médicaments essentiels à la santé publique sont exemptés de cet accord, alors que d'autres, plus nouveaux et cruciaux pour le traitement du VIH, tombent sous le coup de l'accord, ce qui les assujettit aux lois sur les brevets. Sur les 5,5 millions de personnes qui ont besoin de médicaments pour le VIH/sida en Afrique du Sud, à peine quelque 300 000 en reçoivent, en raison des prix exorbitants des antirétroviraux (Fosse, 2002).

En novembre 2001 à Doha, les membres ont décidé d'autoriser les pays en développement à déroger aux brevets sur les médicaments (article 31 de l'Accord sur les ADPIC pour l'octroi de licences obligatoires) et de leur permettre de fabriquer ou d'importer des versions génériques des produits pharmaceutiques pour répondre à leurs besoins en santé publique. Cette décision, adoptée à la réunion du 14 novembre 2001 (OMS et OMC, 2002), figure dans l'Accord (*Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*). On n'y dit toutefois pas comment ces pays obtiendraient les licences. Les négociations sur ces dossiers se poursuivent, et il semble qu'au cours de la dernière série de réunions, tenues à Sydney en novembre 2002, les États-Unis, l'Union européenne, le Japon et la Suisse aient reculé. Il y a encore des problèmes de mise en oeuvre à résoudre, y compris en ce qui concerne la définition des produits pharmaceutiques, les problèmes de santé publique et les pays importateurs et exportateurs admissibles. Par exemple, les États-Unis veulent que les exceptions soient limitées au VIH/sida, à la tuberculose et à la malaria dans certains pays. De plus, les pays développés imposent des restrictions et des conditions coûteuses qui pourraient empêcher la modification ou l'assouplissement des mécanismes d'octroi de licences obligatoires (Fosse, 2002).

L'Accord sur les ADPIC permet tout de même aux membres d'exclure des brevets les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales utilisées pour le traitement des personnes et des animaux. Koivusalo et Rowson (2000) indiquent toutefois qu'on pourrait bien un jour faire pression pour les inclure. Ces auteurs disent aussi craindre que la protection de la publicité de marque (comme les logos des compagnies de tabac) n'ait des impacts sur la santé publique et qu'il y ait des risques à limiter l'accès à l'information, en particulier en ce qui a trait à l'octroi de licences pour les médicaments et les nouveaux produits chimiques.

### ***Conséquences de l'Accord sur les ADPIC pour les femmes***

L'International Gender and Trade Network (IGTN, 2001) signale plusieurs conséquences de l'Accord sur les ADPIC pour les femmes. Par exemple, cet accord confère aux sociétés un monopole accru sur le savoir des femmes indigènes. Ainsi, des conflits ont éclaté sur des semences dont les communautés locales font un usage séculaire et que les sociétés veulent maintenant pouvoir breveter. L'Accord sur les ADPIC entrave la faculté des gouvernements d'élaborer des politiques en matière de santé et d'assurer la prestation de services de santé. Dans son évaluation la plus récente (2002 : 7), l'IGTN fait valoir que « l'Accord sur les ADPIC restreint à plusieurs égards la production de médicaments génériques, ce qui rend les produits pharmaceutiques coûteux et leurs prix inabordables pour les hommes et les femmes qui vivent dans la pauvreté » [TRADUCTION].

Mariama Williams et Maria Riley (2001 : 2) estiment qu'il faut évaluer l'Accord sur les ADPIC d'abord en fonction « du genre et de la sécurité alimentaire/nutrition, secteur qui [à leur avis] s'étend au-delà de la question du VIH/sida et englobe des médicaments importants pour d'autres aspects de la santé des femmes » [TRADUCTION]. Elles soulignent également que « les discussions sur l'application des droits de propriété intellectuelle et de l'Accord sur les ADPIC ont pour enjeu la viabilité continue du développement rural, dont dépendent les petits exploitants agricoles, en bonne partie des femmes, pour avoir du travail et continuer à gagner leur vie » [TRADUCTION].

### **Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord MSP) et Accord sur les obstacles techniques au commerce (Accord OTC)**

Les accords MSP et OTC ne portent pas explicitement sur les services de santé, mais leur importance tient à leurs ramifications pour la santé de la clientèle, surtout en ce qui a trait à des éléments comme la sécurité alimentaire ainsi que la vie animale et végétale.

Ces accords visent tous deux à prévenir les obstacles « inutiles » au commerce, mais leurs droits et obligations diffèrent. L'Accord MSP ne permet l'imposition de mesures, fondées sur de l'information scientifique, que si elles sont nécessaires pour protéger la vie ou la santé. L'Accord OTC permet en revanche l'adoption de règlements techniques en vue d'objectifs comme la sécurité nationale, la prévention de pratiques trompeuses et la protection de la santé et de la sécurité des personnes. L'Accord MSP s'applique à un éventail plus étroit de mesures de protection sanitaire, mais il impose de strictes exigences fondées sur des justifications scientifiques. L'Accord OTC couvre une foule de règlements techniques et ne mentionne qu'un seul critère : le recours aux données scientifiques disponibles (OMS et OMC, 2002). La sécurité alimentaire, l'étiquetage et l'utilisation d'aliments génétiquement modifiés et de médicaments traditionnels sont tous des domaines susceptibles de relever de l'accord MSP ou OTC.

Des énoncés sur l'utilisation de preuves scientifiques figurent tant dans l'Accord MSP que dans l'Accord OTC. Les féministes qualifient depuis longtemps les paradigmes scientifiques occidentaux d'androcentriques et estiment qu'ils sont donc peu utiles pour la compréhension de l'expérience des femmes. Le développement de pratiques scientifiques uniquement



féministes s'est traduit par des données que le milieu scientifique a souvent écartées ou rejetées. Or, c'est précisément de données de ce genre dont nous avons besoin pour comprendre les répercussions de ces accords sur la santé des femmes.

### ***L'Accord MSP***

L'Accord MSP a été formulé à Marrakech le 15 avril 1994 dans le cadre des négociations du Cycle d'Uruguay, qui ont donné naissance à l'Organisation mondiale du commerce. En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995, l'Accord a pour objet d'éliminer les obstacles commerciaux dans les domaines de la sécurité alimentaire et de la santé des animaux et des végétaux. On cherche ainsi à concilier la protection de la santé de la clientèle et le maintien d'un système de libre commerce dénué d'entraves protectionnistes. L'Accord MSP vise également, comme le précise l'article 3, à favoriser l'harmonisation des normes internationales, ce qui réduit le pouvoir des autorités nationales et locales de fixer des normes souhaitables (objectif identique à celui qui est énoncé à l'article 9 de l'Accord OTC). Il ne s'agit pas, dans l'Accord MSP, d'établir une série primaire de règlements dans ces domaines, mais de tracer aux pays membres la voie à suivre pour formuler des politiques intérieures. L'Accord MSP précise que les gouvernements doivent justifier, par des preuves scientifiques et une évaluation raisonnable des risques, les règlements qu'ils appliquent pour restreindre l'entrée de produits dans leur pays de façon à ce que les normes ne soient pas un moyen injuste d'imposer un traitement discriminatoire à d'autres membres. L'OMC (1998b : 2) craint que les mesures de protection de la santé menacent le commerce et, plus précisément, que l'on fasse pression sur « les gouvernements pour qu'ils aillent au-delà de ce qu'exige la protection de la santé... Une restriction sanitaire ou phytosanitaire qui n'est pas requise vraiment pour des raisons de protection de la santé peut être un instrument protectionniste très important et constituer, en raison de sa complexité technique, un obstacle particulièrement trompeur et difficile à surmonter ».

Bien que l'Accord MSP protège jusqu'à un certain point les politiques intérieures, il encourage les membres de l'OMC à harmoniser ces politiques en adhérant à des normes internationales. Cette question a été soulevée, par exemple, dans le cadre du règlement du litige sur l'interdiction par l'Europe du bœuf aux hormones et de l'appel canadien contre le resserrement des règlements sur l'amiante en France (Butter et Spurgon, 1997; OMC, 1997). L'Accord prévoit trois types de précautions : possibilité d'utiliser des marges de sécurité pour des niveaux de risque acceptables; possibilité de répondre aux préoccupations nationales liées à la détermination des précautions; et possibilité de prendre des mesures de précaution même en l'absence de preuves scientifiques suffisantes (OMC, 1998b). Pourtant, malgré ces mesures, les gouvernements ne peuvent pas exercer leur pleine autonomie lorsqu'ils fixent des normes sur les produits étrangers. Aucun règlement allant au-delà de ce qu'exige la protection de la santé ne devrait être appliqué et les gouvernements doivent accepter les normes étrangères qui offrent un niveau de protection avéré égal. De plus, un membre dont les règles sont contestées doit fournir en toute transparence des renseignements sur la façon dont le risque et les critères d'un « niveau acceptable de risque » ont été déterminés (OMC, 1998b).

Malgré l'inclusion du principe de précaution, il y a toujours un risque de contestation, ce qui amènerait un organe de règlement des différends de l'OMC à prendre une décision de politique intérieure touchant la santé des femmes. Il est donc impossible d'atténuer complètement toute possibilité que des intérêts commerciaux ne l'emportent sur les

préoccupations liées à la santé. Il n'est pas sûr qu'un pays membre serait toujours libre d'édicter des règles dans son propre intérêt, ce qui pourrait compromettre la santé des femmes. Comme le confirment Koivusalo et Rowson (2000), « on ne définit pas la nature des mesures de santé publique nécessaires, et il se pourrait que les décisions rendues par l'organe de règlement des différends de l'OMC privilégient les intérêts commerciaux et définissent plus étroitement les mesures de santé publique dites nécessaires » [TRADUCTION] (Koivusalo et Rowson, 2000).

### ***Conséquences de l'Accord MSP pour les femmes***

L'Accord MSP « exige fondamentalement des Membres qu'ils aient une base scientifique pour justifier les mesures commerciales destinées à atténuer un risque sanitaire » (OMS et OMC, 2002 : 12). Il peut être difficile d'obtenir des données scientifiques fiables pour justifier la mise en oeuvre d'une norme, compte tenu des lacunes dans les connaissances sur les différences selon le sexe et le genre quant aux effets secondaires de certains médicaments ou à certaines réactions à divers produits susceptibles d'être commercialisés. Certes, l'Accord MSP permet l'adoption de mesures provisoires sur la base d'autres types de renseignements disponibles au sujet des effets sur la santé, mais cette disposition est très limitée. Par exemple, elle pourrait permettre de restreindre le commerce d'un bien présumé associé à une maladie infectieuse avant qu'on dispose de toutes les preuves scientifiques. Il n'est toutefois pas aussi certain que l'Accord MSP permettrait de présenter d'autres types d'information (à prouver) sur la santé des femmes.

Quant à la dépendance de l'Accord MSP par rapport à l'évaluation du risque pour déterminer l'admissibilité d'une norme, l'Internationale des consommateurs (1999 : 4) signale un autre facteur susceptible de se rapporter aux femmes. « Les évaluations doivent se fonder sur le partage du risque. Par conséquent, si les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes à faible revenu courent des risques démesurés, il est crucial de le savoir pour concevoir et prendre des moyens de gérer ces risques » [TRADUCTION]. Il faut étudier l'évaluation du risque pour savoir si des groupes sociaux sont plus à risque que d'autres.

### **L'Accord OTC**

L'Accord sur les obstacles techniques au commerce a vu le jour pendant les négociations du Cycle d'Uruguay et s'appuie sur une version antérieure établie au cours du Cycle de Tokyo, de 1973 à 1979 (OMS et OMC, 2002). À l'instar d'autres accords conclus dans le cadre du Cycle d'Uruguay, l'OTC prévoit des règles visant à réduire ou à prévenir le protectionnisme ainsi qu'à édifier un meilleur système de libre-échange. L'Accord engage les membres de l'OMC à respecter certains droits et obligations quant à la façon d'élaborer et d'appliquer les règlements techniques et d'évaluer les produits pour en déterminer la conformité aux normes. Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI, 2001 : 1) définit les règlements techniques comme des « mesures obligatoires que les gouvernements imposent pour que les produits n'empêchent pas l'atteinte de leurs objectifs d'intérêt public, comme la protection de la santé et de la sécurité des personnes ainsi que de l'environnement ».

L'Accord OTC part du principe que les règlements techniques exigeant qu'un produit possède certaines caractéristiques peuvent faire obstacle au commerce. On craint qu'ils ne servent, au fur et à mesure de leur application dans le système commercial, à l'atteinte d'objectifs incompatibles avec ceux de l'OMC. Par mesure de prévention, l'article 2 de l'Accord interdit aux membres d'utiliser les règlements techniques pour entraver le traitement de la nation la plus favorisée et de formuler ou d'appliquer des règlements qui serviraient d'entraves. Les membres sont tenus d'appliquer les normes internationales, le cas échéant, et de justifier sur demande la prise de tout règlement susceptible d'avoir une incidence sur les activités d'un autre membre. Ils doivent également s'efforcer d'harmoniser leurs règlements avec ceux des autres membres et de reconnaître tout autre règlement donnant le même résultat final.

Les gouvernements peuvent exercer un certain degré d'autonomie afin de protéger la santé et la vie des personnes et des animaux et de préserver les végétaux, sans toutefois en faire un outil protectionniste. De plus, il faut pouvoir justifier tout règlement adopté en vertu de cet article sur la base de preuves scientifiques, de la technologie et des utilisations finales du produit (OTC, article 2.2) (OMC, 1994).

Le MAECI (2001 : 2) reconnaît qu'il y a divergence de vues au Canada quant à l'adoption et à la mise en oeuvre de l'Accord OTC. Il signale que, si le secteur privé est un partisan de l'Accord, les provinces et les territoires disent s'inquiéter « de la manière dont les disciplines les toucheront, étant donné qu'ils jouent un rôle prépondérant dans les activités de réglementation, notamment dans les domaines des mesures sanitaires, sécuritaires et environnementales ». Certaines organisations gouvernementales remettent également l'Accord en question et expriment des réserves quant à la capacité du gouvernement de réglementer dans l'intérêt public (MAECI, 2001 : 3).

### ***Conséquences de l'Accord OTC pour les femmes***

Les études sur le commerce ne font pas précisément mention des conséquences de l'Accord OTC dans l'optique de la problématique hommes-femmes. Il y a toutefois des similitudes entre les accords OTC et MSP, et les critiques à l'endroit de ce dernier s'appliquent également à plusieurs égards au premier, si bien qu'on peut les associer à des conséquences pour les femmes. Il s'agit notamment de la possibilité qu'un organe de règlement des différends de l'OMC tranche sur des questions de politique intérieure et de la dépendance à l'égard de données scientifiques et techniques pour justifier la mise en oeuvre d'un règlement.

La contestation par le Canada de l'interdiction de l'amiante par la France a été le contentieux le plus important sur la santé, qui ne touche toutefois pas expressément les femmes. Ce fut le premier différend à régler dans le cadre de l'Accord OTC. Le Canada, grand producteur d'amiante, voulait que l'interdiction soit déclarée contraire à l'Accord et supprimée, ce qui a soulevé la colère de nombreux pays de la Communauté européenne, qui ont crié au détournement de la santé publique (surtout en milieu de travail) par l'entreprise privée. Selon Vogel, le Canada tentait « d'utiliser les règles du libre-échange contre la santé publique dans le différend sur l'amiante » [TRADUCTION] (Vogel, n.d. : 11). Le Canada a échoué dans ses démarches, mais cette histoire montre que l'Accord OTC risque à tout le moins de menacer la santé publique.

## La Zone de libre-échange des Amériques

Réunissant 34 pays démocratiques de l'hémisphère occidental, les négociations sur la ZLEA ont officiellement commencé au Sommet des Amériques de 1994 à Miami, en Floride. Cette première rencontre a débouché sur la *Déclaration de principes de Miami* et le *Plan d'action de Miami*, qui incarnent la décision de ces pays d'éliminer les obstacles au commerce et à l'investissement. Des réunions ministérielles et des rondes de négociations ont ensuite eu lieu avec l'objectif déclaré que soit conclue en janvier 2005 une entente qui entrerait en vigueur en décembre 2005. Les négociations sur la ZLEA commencent à peine. On n'a produit jusqu'à maintenant qu'un projet de convention qui représente ce que le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI, 2001b) qualifie de « liste regroupant les positions de négociation initiales que les divers pays souhaitent avancer dans ces négociations ».

Le chapitre de l'Accord portant sur les services ressemblera à l'AGCS et à l'ALENA. Il renfermera donc une clause de la nation la plus favorisée, une clause de traitement national et des dispositions relatives à l'accès aux marchés (MAECI, 2001b). Le Canada est favorable à l'élargissement des négociations aux services et a déclaré qu'il « s'assurera également qu'il conserve sa capacité à adopter ou maintenir des règlements, des pratiques administratives ou d'autres mesures dans des secteurs comme la santé, l'enseignement public, les services sociaux et la culture » (MAECI, 2001a).

Un contexte politique très chargé entoure l'Accord. Les protestations exprimées au Sommet de Québec illustrent bien ce climat de mécontentement. Bon nombre des critiques faites à l'endroit de la ZLEA dans le domaine de la santé ressemblent à celles qui ont été formulées à l'égard d'autres accords commerciaux. Plus précisément, l'Accord réduira la liberté d'élaborer des politiques intérieures et « pourrait rendre impossible l'accès à des soins de santé abordables, à l'instruction et à de l'eau propre, ce que beaucoup estiment être un droit humain fondamental » [TRADUCTION] (White, 2002a : 5-6).

### *Conséquences de la ZLEA pour les femmes*

Au Sommet de Québec, les parties ont publié une déclaration proposant d'« intégrer un point de vue qui tienne compte de l'égalité des sexes dans les programmes, les actions et les ordres du jour des rencontres nationales et internationales, pour veiller à ce que l'expérience des femmes et l'égalité des sexes fassent partie intégrante de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des politiques et des programmes gouvernementaux et interaméricains dans tous les secteurs d'activité » (*Plan d'action* du Sommet des Amériques, Système d'information des Sommets des Amériques, 2002 : 49).

White (2002a : 1-2) soutient que cet énoncé est sans effet et estime qu'en « ne faisant pas d'analyse de l'effet différent que pourrait avoir la ZLEA sur les femmes et les hommes, le texte récemment diffusé aura vraisemblablement pour résultat d'alourdir la charge de travail de nombreuses femmes et d'augmenter leur indigence partout dans l'hémisphère » [TRADUCTION]. De plus, White (2002a : 2-3) affirme que, étant donné que les négociatrices et négociateurs commerciaux ont manqué à leur devoir d'étudier les impacts différentiels

des accords commerciaux sur les femmes et les hommes, « sans doute la ZLEA creusera-t-elle encore plus l'écart entre les sexes et accentuera-t-elle la pauvreté et l'exclusion de nombreuses femmes des Amériques » [TRADUCTION]. Elle (White, 2002a : 12) soutient, par exemple, que « le texte de la ZLEA aura pour effet de multiplier les emplois pour les femmes indigentes sans nécessairement améliorer leur sort ou attirer des capitaux qui resteront dans le pays hôte » [TRADUCTION].

## **ANNEXE E : DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ORGANISMES INTERNATIONAUX ET COMMERCIAUX**

### **Le Fonds monétaire international**

Le Fonds monétaire international (FMI) est une organisation internationale, née en 1945, qui regroupe actuellement 183 pays. Le FMI a vu le jour en juillet 1944, à l'occasion d'une conférence des Nations Unies à Bretton Woods, au New Hampshire. Des représentants de 45 gouvernements avaient alors convenu d'un cadre de coopération économique visant à éviter les politiques économiques catastrophiques qui avaient conduit à la Grande Crise des années 1930.

Les principaux secteurs d'activités du FMI sont : la surveillance (c.-à-d. l'évaluation des politiques économiques des pays membres et la prestation de conseils à cet égard), l'assistance financière (c.-à-d. les avances de crédit et les prêts aux pays éprouvant des difficultés à court terme) ainsi que l'assistance technique et la formation dans les domaines de la politique monétaire et budgétaire et de la statistique.

### **La Banque mondiale**

La Banque mondiale a été mise sur pied à Bretton Woods en 1944. Il s'agit d'un organisme de développement, d'où son nom officiel de Banque internationale pour la reconstruction et le développement. Son mandat lui confère une « stratégie fondée sur deux grands piliers : création d'un climat propice à l'investissement, à l'emploi et à une croissance durable; investissement auprès des personnes pauvres et prestation à ces dernières de moyens de participer au développement. La Banque oeuvre pour la réduction de la pauvreté, tant à l'échelle nationale que mondiale » [TRADUCTION] (Banque mondiale, 2002c).

Au cours de l'exercice 2002, la Banque a consenti plus de 19,5 milliards de dollars américains sous forme de prêts à ses pays clients. La Banque vient en aide à plus de 100 pays en développement (Banque mondiale, 2002b).

On met beaucoup l'accent sur les prêts consentis par la Banque mondiale aux pays pauvres et en développement. Mais les activités de la Banque ne se limitent pas à accorder des prêts. La Banque prodigue aussi des conseils stratégiques susceptibles d'exercer de l'influence dans des endroits comme le Canada.

Le FMI et la Banque mondiale exigent des pays emprunteurs la mise en place de politiques d'ajustement structurel qui réorganisent des secteurs de dépenses publiques, par exemple les systèmes de prestation de services sociaux. Ces politiques réduisent habituellement l'intervention de l'État au sein de l'économie et facilitent la transition vers une économie de marché. Les politiques d'ajustement structurel ont des conséquences selon le genre lorsqu'elles s'appliquent à des domaines pertinents pour les femmes. Par exemple, si elles ont pour effet de restreindre les programmes sociaux, la responsabilité d'offrir des soins convenables et d'instruire peut alors échoir aux femmes. Si la déréglementation fait grimper

les coûts des biens de première nécessité, comme la nourriture et l'eau, le fardeau de les procurer à leur famille pourrait retomber sur les femmes.

La Banque mondiale finance et dirige des initiatives qui présentent un intérêt particulier pour les femmes. Elle a, par exemple, travaillé avec le gouvernement du Bangladesh à mettre sur pied le Female Secondary School Assistance Project. Elle soutient d'autres projets liés au genre, par exemple, pour aider les femmes à combattre la pauvreté au Kirghizistan, pour lutter contre le VIH/sida au Tchad, pour fournir de l'aide juridique aux Équatoriennes vivant dans la pauvreté et pour enseigner aux femmes à lire et à écrire au Sénégal. La Banque mondiale a également publié des rapports s'appuyant sur une analyse comparative entre les sexes, notamment *Nouveau programme d'action pour la santé et la nutrition des femmes*, *Genre et développement* et *Comment accroître la contribution des femmes au développement économique*.

### **L'Organisation mondiale de la santé**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) relève des Nations Unies et compte 192 États membres. L'Assemblée mondiale de la santé assure l'élaboration de ses règlements et politiques. Le directeur général et le Secrétariat sont appuyés dans leurs fonctions par des bureaux régionaux comme l'Organisation panaméricaine de la santé. Créée par l'ONU en 1948, l'OMS a pour but « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible... [La santé est] définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2003).

L'actuelle directrice générale de l'OMS, M<sup>me</sup> Gro Harlem-Brundtland, a défini les grandes orientations stratégiques de l'Organisation : « réduire l'excès de mortalité, de morbidité et d'incapacité »; « promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé humaine »; « développer des systèmes de santé... »; et « construire une politique favorable, créer un environnement institutionnel pour le secteur de la santé et donner à la politique en matière sociale, économique, écologique et de développement une dimension sanitaire réelle » (OMS, 2003).

L'OMS fait des recherches portant expressément sur le genre. Elle possède un département responsable du genre et de la santé des femmes. En santé des femmes, l'OMS organise des activités, fait de la recherche et produit des feuillets d'information et des publications connexes, notamment *Gender Disparities and Mental Health*, *Female Genital Mutilation*, *Women and Tobacco*, *Priorité aux femmes : Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes* et *Anthology on Women, Health and the Environment*.

### **Les Nations Unies**

L'Organisation des Nations Unies a été créée le 24 octobre 1945. Le nombre de signataires est passé de 51 à l'origine à 189 aujourd'hui. L'ONU est un regroupement international de pays et d'organisations affiliées. « Sans relâche », comme elle le dit elle-même, « l'ONU et

sa famille d'organisations oeuvrent à la promotion du respect des droits de l'homme, à la protection de l'environnement et à la lutte contre la maladie et la pauvreté » (ONU, 2003).

Les principaux organes de l'ONU sont l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité. Chaque État membre est représenté à l'Assemblée et dispose d'une voix. L'Assemblée se réunit de septembre à décembre, mais elle peut reprendre sa session au besoin. Le Conseil de sécurité est responsable au premier chef de la sécurité internationale et compte 15 membres. Cinq d'entre eux (la Chine, la Grande-Bretagne, les États-Unis, la Fédération de Russie et la France) y siègent en permanence, tandis que les 10 autres sont élus par l'Assemblée générale pour un mandat de deux ans. Les décisions sont prises à la majorité des neuf membres, mais chaque membre permanent a un droit de veto. Les autres organes de l'ONU sont le Conseil économique et social, le Conseil de tutelle, le Secrétariat de l'ONU et la Cour internationale de Justice.

L'ONU vise un quadruple objectif fondamental : maintenir la paix et la sécurité internationales; développer des relations amicales entre les nations; résoudre les problèmes internationaux; et encourager le respect des droits de l'homme. Elle se veut également un lieu d'harmonisation des relations entre les nations (ONU, 2003), ce qui lui confère des responsabilités aux facettes multiples.

La Division de la promotion de la femme (DPF), créée en 1946, relève du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU. Selon son énoncé de mission, elle a pour mandat de « militer pour l'amélioration de la condition des femmes du monde et leur égalité avec les hommes. Elle a pour but d'amener les femmes à participer sur un pied d'égalité avec les hommes à tous les aspects de l'entreprise humaine » [TRADUCTION] (DPF, 2003). La DPF fait de la recherche, formule des politiques, surveille le déroulement des initiatives de l'ONU et y contribue, et a tenu la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995.

Le Fonds de développement des Nations pour la femme (UNIFEM) se consacre expressément au sort des femmes. Créé en 1976 après la Première Conférence mondiale sur les femmes, UNIFEM a pour rôle « d'encourager l'égalité entre les hommes et les femmes et d'arrimer les enjeux et préoccupations des femmes aux programmes nationaux, régionaux et mondiaux en favorisant la collaboration et en fournissant un savoir-faire technique sur les stratégies d'intégration de l'égalité hommes-femmes et d'autonomisation des femmes » [TRADUCTION] (UNIFEM, 2002 : 1). UNIFEM travaille à de nombreux projets : recherches, prestation de conseils experts, définition de perspectives fondées sur le genre, etc. UNIFEM finance des projets et communique avec d'autres organismes onusiens et extérieurs dans le cadre des efforts déployés pour l'atteinte de son objectif, qui est de faire avancer la cause des femmes.

### **Organisation internationale du Travail**

L'Organisation internationale du Travail (OIT), fondée en 1919, est la seule survivante du Traité de Versailles, qui est aussi à l'origine de la Société des Nations. Elle fut mise en place l'année suivante et devint en 1946 le premier organisme spécialisé des Nations Unies.



L'OIT est une structure tripartite formée du Conseil d'administration, de la Conférence internationale du Travail et du Bureau international du Travail. Le Conseil d'administration s'occupe des politiques et du budget et compte 28 représentantes et représentants de gouvernements, 14 représentantes et représentants d'employeurs et 14 représentantes et représentants de travailleuses et travailleurs. La Conférence et le Bureau se chargent respectivement des normes et du secrétariat (OIT, 2000).

La constitution de l'OIT s'appuie sur le principe qu'une « paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale » (OIT, 1946 : préambule). L'OIT définit donc ses politiques et ses activités en fonction de cinq grands objectifs, notamment la promotion et la mise en oeuvre des normes et des principes et droits fondamentaux du travail, la multiplication des possibilités pour les femmes et pour les hommes d'obtenir un emploi et un revenu, l'accroissement de l'étendue et de l'efficacité de la protection sociale, et le renforcement du dialogue social (OIT, 1996-2001).

### **L'Organisation de coopération et de développement économiques**

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a vu le jour en 1961 et rassemble 30 pays membres qui ont en commun l'engagement de promouvoir la démocratie et l'économie de marché. Elle vise à fournir « un cadre de réflexion et de discussion fondé sur des recherches et des analyses. Ce cadre aide les gouvernements à déterminer une stratégie qui pourra déboucher sur un accord formel entre les pays membres ou être mise en oeuvre par des institutions nationales ou dans d'autres enceintes internationales » (OCDE, 2003). Le Conseil, qui est l'autorité suprême, prend des décisions économiques et présente des recommandations d'ordre économique aux pays membres et associés.

Les directions de l'OCDE supervisent les activités de recherche et d'orientation des principaux domaines de travail de l'organisation. Le commerce est le principal cheval de bataille de l'OCDE, qui appuie le commerce international et en reconnaît les avantages. L'OCDE met l'accent sur la consultation des organismes de la société civile, les crédits à l'exportation, les statistiques sur le commerce international, les dossiers économiques, le commerce et l'agriculture, l'environnement, la concurrence, le dialogue et le renforcement des capacités.

### **L'Organisation mondiale du commerce**

C'est en 1995, pendant les négociations du Cycle d'Uruguay, qu'est née l'Organisation mondiale du commerce, succédant au GATT. Ce dernier ne portait que sur le commerce des marchandises, tandis que l'OMC englobe aussi celui des services. L'OMC régit la propriété intellectuelle et les normes relatives aux produits. Elle est la seule organisation internationale à se consacrer aux règles mondiales du commerce entre les États. Sa mission principale est de veiller à ce que le commerce se fasse de la façon la plus harmonieuse, la plus prévisible et la plus libre possible.

L'OMC administre des accords commerciaux, parmi lesquels figurent le GATT, l'AGCS, l'Accord sur les ADPIC, l'Accord relatif aux MIC, l'Accord MSP et l'Accord OTC, tous exécutoires. Elle sert de tribune pour les négociations commerciales et règle les différends commerciaux entre les pays. On lui a également confié la responsabilité d'examiner les politiques commerciales nationales et d'aider les pays en développement dans le domaine de la politique commerciale.

## **ANNEXE F : LES MODES DE L'AGCS ET LEURS CONSÉQUENCES POUR LES FEMMES**

Un certain nombre de questions liées à la santé des femmes sont pertinentes pour chacun des quatre modes de fourniture de l'AGCS (c.-à-d. la fourniture transfrontières, la consommation de services à l'étranger, la présence commerciale et le mouvement des personnes physiques). À notre avis, les effets du mode 3 (présence commerciale) sur les femmes soulèvent les questions les plus pressantes et les plus importantes.

### **Mode 1 : Fourniture transfrontières**

La fourniture transfrontières se produit lorsqu'un service franchit la frontière d'un autre pays. Elle comprend les services fournis au moyen des télécommunications (p. ex. la télésanté), par la poste et par télécopieur. La télésanté comprend la prestation, par une ou un professionnel de la santé, de conseils médicaux à des malades à l'intérieur d'un même pays ou de conseils par vidéoconférence à une ou un homologue à l'intérieur d'un même pays. Par conséquent, la télésanté englobe non seulement les conseils médicaux, mais également la possibilité de poser des diagnostics médicaux. Elle a notamment servi à surmonter des obstacles géographiques pour fournir des services à des régions éloignées ou rurales. Selon l'OMC, la télésanté peut s'étendre à « des fonctions de gestion des hôpitaux, à la collecte de données à des fins statistiques ou éducatives et à des services consultatifs d'appui à l'intention du personnel local à l'étranger » (OMC, 1998a : 6).

Selon Industrie Canada (2000) et le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (Santé Canada, 1999c), la télésanté est à la fois un secteur à potentiel de croissance extraordinaire et un domaine à privilégier pour les activités de promotion des exportations du Canada dans le secteur des services de santé. Les sociétés canadiennes, dont beaucoup d'entreprises multinationales, sont déjà à l'oeuvre en télésanté (Chanda, 2001). Au Canada, la télésanté commence à percer dans toutes sortes de domaines. L'Ontario, par exemple, s'affaire à expérimenter le robot intelligent de soins à domicile, de conception japonaise, qui remplace les visites à domicile par la surveillance et le suivi.

L'une des grandes questions entourant la télésanté est la suivante : quel en sera l'impact sur la qualité des soins, la précision des diagnostics et les rapports entre les professionnelles et professionnels de la santé et leur clientèle? Il ressort des recherches effectuées sur les femmes et la qualité des soins que les femmes privilégient les modèles de soins de santé favorisant la prestation de soins holistiques, permettant la coordination des prestataires de soins ainsi que des rapports confidentiels et des relations d'écoute avec les médecins et d'autres professionnelles et professionnels de la santé (Anderson et coll., 2001). Il est donc crucial de se demander si la technologie de la télémédecine affaiblit la relation entre les prestataires de soins de santé et les femmes. C'est que l'on craint que la ruée vers les nouvelles technologies n'occulte ou ne porte atteinte à la nature contextuelle et culturelle de la santé et des soins.

À certains endroits (aux États-Unis, par exemple), on a recours à des modèles de centres d'appels pour diffuser de l'information sur les soins de santé par téléphone ou par Internet. L'expansion de ces modèles suscite des préoccupations semblables quant à la qualité des soins et aux rapports entre les prestataires et leur clientèle. Elle soulève des questions sur les conditions de travail des personnes qui assurent les soins.

On ne sait pas encore de quelle façon la télémédecine sera réglementée, ni quelles normes s'appliqueront. Il sera fondamental de savoir si les règlements et les normes tiendront compte du corpus de preuves sur les besoins spécifiques des femmes en matière de soins de santé. Des appréhensions ont aussi été soulevées quant aux incidences de la télémédecine sur les droits à la vie privée et à la santé. Le respect de la vie privée revêt une importance particulière pour les femmes, qui doivent pouvoir s'entretenir avec les professionnelles et professionnels de la santé de la violence physique et sexuelle dont elles ont été victimes, aussi bien que de la contraception et de l'avortement. Par exemple, les normes peuvent varier d'un pays à l'autre sur le plan médical et sur la façon de résoudre les conflits entre professionnelles et professionnels de la santé quant aux conseils à donner. Cette question concerne particulièrement le droit des femmes à la procréation en l'absence de normes internationales (Spieldoch, 2001).

### **Mode 2 : Consommation de services à l'étranger**

La consommation à l'étranger désigne la fourniture de services sur le territoire d'un pays membre à une consommatrice ou à un consommateur de services d'un autre pays. En santé, elle pourrait s'appliquer au fait de se rendre dans un autre pays pour y recevoir des soins médicaux. Par exemple, il pourrait s'agir de gens fortunés de pays en développement qui partent en quête de services de « meilleure » qualité dans des pays développés ou de gens de pays développés qui vont recevoir des traitements dispensés uniquement dans des pays en développement ou des traitements meilleur marché (p. ex., chirurgie plastique). La consommation de services à l'étranger pourrait également s'appliquer au fait, très commun au Canada, de se rendre aux États-Unis pour s'y faire soigner (p. ex. pour le cancer) quand les listes d'attente sont trop longues. Elle soulève des questions touchant d'abord et avant tout à l'accès équitable à ces services. Par exemple, les hôpitaux privatisés pourraient choisir de faire soigner une clientèle fortunée de l'étranger par des médecins plus qualifiés ou d'abaisser leurs prix afin d'attirer une clientèle de l'étranger, tout en refusant l'accès à la clientèle locale. Les femmes, surtout les mères seules, sont collectivement plus pauvres que les hommes et n'ont par conséquent pas autant les moyens de se payer des services de santé à l'étranger (Spieldoch, 2001). Elles sont souvent les principales personnes responsables de leurs enfants, de leurs partenaires et de leurs parents vieillissants, si bien qu'il leur est plus difficile de se déplacer pour aller se faire soigner. La prestation de soins aux élites fortunées dans les hôpitaux privatisés pourrait amoindrir la qualité des soins et des normes de travail dans le système public de soins de santé (OMS et OMC, 2002). Ce mode particulier de commerce, surtout le « tourisme de santé », gagne en importance (OMS et OMC, 2002). Enfin, la fourniture de services à l'étranger suscite également des interrogations quant au soutien social et au rôle des femmes au chapitre de la prestation. C'est qu'on se demande si le fait d'évacuer les soins de l'équation sociale et culturelle de la vie des gens changera la

nature des soins et fragilisera certains des mécanismes de soutien qui aident les gens à mieux braver et vaincre la maladie.

### **Mode 3 : Présence commerciale**

Selon le cours en ligne de l'OMC intitulé *L'Organisation mondiale du commerce – Cours de formation*, « la présence commerciale comporte un investissement direct sur le marché extérieur moyennant l'établissement d'une entreprise sur ce marché aux fins de la fourniture d'un service »<sup>22</sup>. S'engager à assurer une présence commerciale pleine et entière dans le domaine des soins de santé, c'est donner aux sociétés étrangères le droit de posséder des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers, des cliniques ou des laboratoires dans d'autres pays et d'être traitées tout aussi favorablement par les gouvernements que les fournisseurs intérieurs de soins de santé. Les engagements pris en vertu du mode 3 encouragent la privatisation des services de santé et limitent la capacité des gouvernements nationaux de maintenir et de fixer les normes régissant la prestation des services, normes dont la formulation leur échoit habituellement (Spieldoch, 2002). À l'heure actuelle, plus de 40 membres de l'OMC ont inscrit à leur liste de l'AGCS des engagements relatifs au mode 3 pour le sous-secteur des services hospitaliers (OMS et OMC, 2002).

Au Canada, des sociétés privées ont déjà commencé à offrir des services de consultations externes (p. ex., pour la réadaptation) qui ont été retirés du secteur des soins actifs (Fuller, 2002). La radiation de services du régime d'assurance-maladie (p. ex., les médicaments sur ordonnance, la physiothérapie) pourrait également se traduire par une participation accrue des assureurs privés. Au Canada, par exemple, la gestion de la concurrence et l'augmentation des investissements privés se sont parfois traduites, dans le secteur des soins à domicile de l'Ontario, par l'érosion des normes du travail et par l'effritement de la qualité de vie des malades (Browne, 2000; OHC, 2001a, b).

Les femmes représentent non seulement la majorité des bénéficiaires des services de soins de santé, mais également la majorité de leurs prestataires. Ainsi, tout changement de mode et de lieu de prestation de ces services aura des répercussions sur les femmes. De l'avis de Marceline White (2001 : 5), « il y a corrélation entre le secteur des soins à domicile, d'une part, et la présence d'emplois plus spécialisés et mieux rémunérés pour les femmes, d'autre part. On l'observe dans des domaines tels que les soins de santé, l'éducation et les services sociaux... » [TRADUCTION]. Les femmes sont aussi très fortement concentrées dans le secteur des services hospitaliers, notamment dans les services alimentaires, les services de nettoyage et les services de blanchisserie des hôpitaux et d'autres établissements de santé. La privatisation pourrait faire chuter les salaires et décliner les normes du travail dans ces secteurs (Cohen, 2001).

La privatisation des services de santé déplace souvent les coûts des soins vers les personnes, ce qui accroît la probabilité que ceux et celles qui n'ont pas les moyens de s'offrir des soins nécessaires se tournent vers des membres de leur famille (surtout des femmes) pour les obtenir (Armstrong et coll., 2001). Selon Farah Fosse (2001 : 3), « ce sont les femmes qui souffrent le plus de la privatisation et du démantèlement des services. Quand l'État et le marché font faux bond aux familles, ce sont les femmes qui doivent subvenir aux besoins

(soins, éducation, aliments salubres et eau potable) de la famille » [TRADUCTION] (Fosse, 2001).

#### **Mode 4 : Mouvement des personnes physiques**

Le mode 4 consiste à se rendre dans un autre pays pour y dispenser un service. Il s'applique au mouvement des professionnelles et professionnels de la santé. Il s'agit en l'occurrence de savoir dans quelle mesure on utilisera le mode 4 pour combler les lacunes de l'offre dans le secteur des soins de santé et pour réduire les tensions associées aux coûts dans le système de santé. L'une des craintes suscitées par la promotion de cette forme de commerce des services est l'ampleur de la pénurie que le mouvement de professionnelles et professionnels des soins de santé pourrait créer dans certains pays. Force est de constater, à la lecture de certaines données, que cette situation se produit déjà. Ainsi, des infirmières et infirmiers de la Jamaïque sont venus travailler en Amérique du Nord, ce qui a provoqué une pénurie de personnel infirmier dans leur pays (Speildoch, 2001). « L'exode des cerveaux » résultant pourrait avoir de graves répercussions sur la santé de la population des pays en développement, surtout sur les femmes et les enfants qui n'ont pas les moyens de se payer de coûteux services à l'extérieur de leur propre pays (OMS et OMS, 2002). Il pourrait également diminuer la qualité des soins offerts dans le pays d'origine.

Pour les femmes, le mouvement du personnel infirmier est une question primordiale, liée à celle de l'agrément professionnel. Au Canada, par exemple, bon nombre d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger pourraient aider à soulager la pénurie de personnel infirmier si l'on reconnaissait leurs titres de compétence. Par exemple, des infirmières et infirmiers des Philippines font activement campagne pour la reconnaissance de leurs titres (Filipino Nurses Support Group, 2003).

Bien qu'il soit souhaitable d'agréeer les infirmières et infirmiers étrangers qui ont reçu une formation répondant aux normes canadiennes, ce processus pourrait finir par répondre uniquement à des impératifs commerciaux. Il s'agit là d'un phénomène lourd de conséquences en ce qui a trait à la déqualification de la main-d'oeuvre des soins de santé en particulier et aux normes de soins de santé en général. On constate déjà dans les demandes adressées à l'AGCS que certains pays en prient d'autres « d'éliminer, dans les prescriptions concernant l'autorisation d'exercer la profession infirmière, les éléments de la formation jugés inutiles » [TRADUCTION] (Royaume-Uni, 2003b).

Étant donné que l'on presse les femmes de migrer pour aller travailler, quel genre de mesures de protection et de droits les pays qui les recrutent leur accorderont-ils? De plus, au vu des responsabilités des femmes pour le soin des enfants, qu'arrivera-t-il aux enfants laissés derrière lorsque leurs mères seront parties travailler à l'étranger? Selon Speildoch (2001), les emplois des femmes dans l'industrie en plein essor qu'est celle des soins de santé sont particulièrement à risque, surtout dans les pays développés qui cherchent à réduire les coûts des soins de santé en embauchant du personnel infirmier et d'autres travailleuses et travailleurs de la santé de pays en développement en échange de plus faibles salaires et d'avantages moindres. De plus, il y a fort à parier que le mode 4 sera appliqué de façon

inégale, ce qui donnera aux professionnelles et professionnels des pays développés une plus grande liberté de choix et de conditions de déplacement (White, 2001).

Le Secrétariat de l'OMC pense que le mode 4 est celui qui pourrait offrir le plus d'avantages dans le secteur des services de santé.

Il semble raisonnable de supposer que pour beaucoup de services médicaux, sanitaires et sociaux, les restrictions concernant le mode 4 sont particulièrement importantes à en juger essentiellement par trois observations: i) le champ d'application pour les autres modes de fourniture, en particulier pour la fourniture transfrontières et la consommation à l'étranger, a tendance à être restreint; ii) les activités concernées sont généralement à forte intensité de main-d'oeuvre et/ou de capital humain; et, dans le même ordre d'idées, iii) si la présence commerciale peut être tout à fait pertinente dans certains secteurs, il est probable que les avantages les plus significatifs induits par les échanges proviendront moins de la construction et de la gestion des hôpitaux, etc., que de leur dotation en personnel plus compétent, plus efficace et/ou moins coûteux que celui qui serait disponible sur le marché national (OMC, 1998a).

De toute évidence, il est crucial que le gouvernement canadien évalue attentivement les effets de sa participation aux accords de l'AGCS sur les femmes en tant que pourvoyeuses et bénéficiaires de soins de santé et que figures de proue de la santé de l'ensemble de la population canadienne, en raison du rôle informel qu'elles jouent en tant que soignantes familiales. Plus précisément, les quatre modes de l'AGCS ont une incidence sur la mobilité des intervenantes et intervenants de la santé et sur les services de santé. Le mode 3, en particulier, a le potentiel d'ébranler le système de soins de santé du Canada, financé par l'État.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACCAP (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes). 2001. « Faits et statistiques – Données sur l'industrie : Canada et étranger ». <<http://www.clhia.ca/fr/f4.htm>>. Extrait le 1<sup>er</sup> décembre 2003.
- ACSSD (Association canadienne de soins et services à domicile). 1998. *Portraits du Canada – Survol des programmes publics de soins à domicile*. Ottawa : Santé Canada.
- . 2002. *Mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile devant la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Adlung, Rudolph et Antonia Carzaniga. 2001. « Trade in Health Services Under GATS - Past and Future ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4) : 1-21.
- AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario). 2003. « Impact of GATS Negotiations on Health and Nursing Services ». Lettre à l'honorable Jean Chrétien.
- Allaert, B. et N. Forman. 1999. « Gender, Trade and Rights: Moving Forward ». *WIDE Bulletin*. Bruxelles, mai.
- Anderson, R., A. Barbara, C. Weisman, S. Hudson, J. Binko, T. Schneider, K. Freund et V. Gwinner. 2001. « A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centres of Excellence in Women's Health ». *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 10(7) : 637-647.
- AOSC (Association ontarienne de soutien communautaire). 2000a. « Ontario Community Support Association Response to Employment Standards Act Consultation ». <[http://www.ocsa.on.ca/feedback/responses/body\\_responses\\_EmployStandardsActAug00.html](http://www.ocsa.on.ca/feedback/responses/body_responses_EmployStandardsActAug00.html)>. Extrait le 17 avril 2002.
- . 2000b. *The Effect of the Managed Competition Model on Home Care in Ontario: Emerging Issues and Recommendations*.
- Appleton, Barry. 1996. « NAFTA, Healthcare and the Agreement on Internal Trade ». Appleton & Associates International Lawyers. <<http://www.appletonlaw.com/6dinternal.htm>>. Extrait le 25 juillet 2002.
- . 2000. « Re: NAFTA Investment Chapter Implications of Alberta Bill-11 ». Ottawa : Coalition canadienne de la santé.
- Armstrong, P. 1999. *Caring for Women in the New Global Economy*. Discours d'honneur, conférence annuelle de l'Institut canadien de recherches sur les femmes. Sudbury, octobre.



Armstrong, P. et H. Armstrong. 2002. « Women, Privatization and Health Care Reform: The Ontario Case ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Armstrong et coll. Ontario : Garamond Press.

Armstrong, P., M. Boscoe, B. Clow, K. Grant, A. Pederson, K. Wilson, O. Hankivsky, B. Jackson et M. Morrow. 2003. *Reading Romanow: The Implications of the Final Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for Women*. Ottawa : Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé.

Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson et Kay Wilson. 2001. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Ontario : Garamond Press.

Aronson, Jane et Sheila M. Neysmith. 2001. « Manufacturing Social Exclusion in the Home Care Market ». *Canadian Public Policy*. 27(2) : 151-165.

Associés de recherche Ekos inc. (Les). 2000. *Toronto Star, La Presse*, Sondage Ekos SRC/CBC. 27 octobre.

Baines, B., P. Evans et S. Neysmith. 1998. *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Toronto : Oxford University Press.

Bakker, Isabella. 1996. *Rethinking Restructuring: Gender and Change in Canada*. Toronto : Toronto University Press.

Banque mondiale. 2002a. « Un guide pour l'analyse des impacts sur la pauvreté et le social ». Washington : Groupe de lutte contre la pauvreté de la Banque mondiale et Département du développement social, travail en cours, ébauche pour commentaires.

———. 2002b. « À propos de la Banque mondiale ». Le Groupe de la Banque mondiale. <<http://wbln0018.worldbank.org/EXT/French.nsf/DocByUnid/361BC795A3B8751C85256D710067A377?Opendocument>>. Extrait le 19 février 2003.

———. 2002c. « World Bank: Why We Do What We Do ». The World Bank Group. <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:20040571~menuPK:41760~pagePK:34542~piPK:36600,00.html>>. Extrait le 19 février 2003.

Barlow, M. 2002. *Profit Is Not the Cure*. Ottawa : Conseil des Canadiens.

Barndt, Deborah (dir.). 1999. *Women Working the NAFTA Food Chain: Women, Food and Globalization*. Women's Issues Publishing Program. Toronto : Second Story Press.

Berger, E. 1999. *Special Report: Health Services in the Home and Informal Caregiving*. Toronto : The Berger Population Health Monitor.

- Bergeron, Suzanne. 2001. « Political Economy Discourses of Globalization and Feminist Politics ». *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 26(4) : 983-1006.
- Bernier, J. et M. Dallaire. 2001. « What Price Have Women Paid for Health Care Reform? The Situation in Quebec ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Armstrong, C. Amaratunga, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. Ontario : Garamond Press, p. 121-162.
- Bettcher, D., D. Yach et E. Guindon. 2000. « Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges ». *Bulletin of the World Health Organization*. 78(4) : 521-534.
- Blacklock, Cathy. 2000. *Les Canadiennes et le commerce : survol des principaux enjeux*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Boliz, Monica (dir.). 1999. *Access to Health Services Under the NAFTA*. Washington : Programme de la politique publique, Division de la santé du développement humain, Organisation panaméricaine de la santé.
- Boliz, M., J. Arboleda-Flórez, H. Stuart et M.A. Gonzales-Block. 1999. *Access to Health: Under the NAFTA Agreement*. Washington : Organisation panaméricaine de la santé.
- Bosma, H., M.G. Marmot, H. Hemingway, A.G. Nicholson, E. Brunner et A. Stansfeld. 1997. « Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) Study ». *British Medical Journal*. 314 : 558-565.
- Brodie, Janine. 1995. *Politics on the Margins: Restructuring and the Canadian Women's Movement*. Halifax : Fernwood.
- Brodsky, G. et S. Day. 1998. *Les femmes et le déficit en matière d'égalité : l'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Browne, Paul Leduc. 2000. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Butter, D. et D. Spurgeon. 1997. « Canada and France Fall Out Over the Risks of Asbestos ». *Nature*. 358-359.
- Canada, CPAECI (Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international). 1999. *Le Canada et l'avenir de l'Organisation mondiale du commerce – Pour un programme du millénaire qui sert l'intérêt public*. Rapport du Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international. Bill Graham, député et président. Juin. <<http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/1/FAIT/Studies/Reports/faitrp09-f.htm>>. Extrait le 1<sup>er</sup> décembre 2003.

———. 2002. *Pour un nouveau cycle de négociations efficace : les grands enjeux du Canada à l'OMC*. Ottawa : ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Mai. <<http://www.parl.gc.ca/infoComDoc/37/1/FAIT/Studies/reports/faitrpts/08-rec-f.htm>>. Extrait le 7 janvier 2003.

Canada, Industrie Canada. 2000. « Un partenaire indispensable – Nos priorités en 2000-2001. Faire du Canada le pays le plus branché du monde ». <<http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/48ec7ea113b0f7fa85256488005273d3/0646d0e38f374ae9852568ee004a5b97!OpenDocument&Highlight=2,trade,telehealth>>. Extrait le 1<sup>er</sup> décembre 2003.

Canada, MAECI (ministère des Affaires étrangères et du Commerce international). 2001a. *FTAA Negotiating Groups: Summary of Canada's Position - Services*. Gouvernement du Canada.

———. 2001b. *Zone de libre-échange des Amériques / ZLEA – Ébauche du texte, positions et propositions du Canada et foire aux questions*. Gouvernement du Canada.

———. 2001c. *Obstacles techniques au commerce – Document d'information*. Gouvernement du Canada.

Canada, ministère des Finances. 2001. *Assurer le progrès dans un monde incertain*. Ottawa : Finances Canada.

Canada, Santé Canada. 1998. « Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, 1975-1976 à 1997-1998 ». Ottawa : Santé Canada.

———. 1999a. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Ottawa : Santé Canada.

———. 1999b. *Les questions relatives aux soins à domicile dans le secteur des soins à domicile au Canada : point de vue stratégique*. Ottawa : Santé Canada. Juillet. <http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/hr1.html>. Extrait le 19 novembre 2003.

———. 1999c. Atelier de consultation sur les télésoins à domicile : suivi des recommandations. Tenu le 7 août 1998 à Toronto (Ontario). Bureau de la santé et l'inforoute. Mars.

———. 2002. « L'analyse comparative entre les sexes ». <[http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits\\_acs.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_acs.htm)>. Extrait le 28 octobre 2003.

Canada, Santé et Bien-être social Canada, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile. 1990. *Rapport sur les soins à domicile – Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.

- Canada, Statistique Canada. 2000a. *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Statistique Canada.
- . 2000b. *Balance des paiements internationaux du Canada*. N° 67-001-XPB au catalogue.
- . 2003. « Données sur le commerce en direct / Commerce canadien par industrie / 3254 – Fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments ». 7 août.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group. 1994. « Canadian Study of Health and Aging: Study Methods and Prevalence of Dementia ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 150(6) : 899-913.
- Castleman, Barry. 1999. « The WTO Asbestos Case and Its Health and Trade Implications ». Présentation. <[www.btinternet.com/~ibas/bc\\_wto\\_seattle.htm](http://www.btinternet.com/~ibas/bc_wto_seattle.htm)>. Extrait le 7 octobre 2003.
- Cagatay, Nilufer. 2000. *Trade, Gender and Poverty*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement.
- CCPA (Centre canadien de politiques alternatives). 2002. *Faire passer la santé en premier – La réforme des soins de santé, les accords commerciaux et la politique étrangère au Canada*. Rapport sommaire pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa : Groupe sur la mondialisation et la santé, Centre canadien de politiques alternatives.
- CCSJ (Centre canadien de la statistique juridique). 1993. *Enquête sur la violence envers les femmes – Faits saillants et document d'information sur le questionnaire*. Ottawa : Statistique Canada.
- CEDAW. 2003. « British Columbia Moves Backwards on Women's Equality ». Présentation du BC CEDAW Group au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies à l'occasion de l'examen par le Comité du 5<sup>e</sup> rapport du Canada. 23 janvier.
- Chanda, Rupa. 2001. *Trade in Health Services*. Document de travail WG4 : 5. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <[http://www.cmhealth.org/docs/wg4\\_paper5pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper5pdf)>. Extrait le 23 mai 2002.
- Clarkson, Stephen. 2002. *Uncle Sam and Us: Globalization, Neoconservatism and the Canadian State*. Toronto : University of Toronto Press.
- Close, L., C.L. Estes, K.W. Linkins et E.A. Binney. 1994. « A Political Economy Perspective on Frontline Workers in Long-Term Care ». *Generations* (automne) : 23-27.

- Coburn, D. 2000. « Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-Liberalism ». *Social Science and Medicine*. 51: 135-146.
- Cohen, Marjorie Griffin. 1987. *Free Trade and the Future of Women's Work: Manufacturing and Service Industries*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- . 1995. « Economic Restructuring Through Trade: Implications for People ». *Liberalization: Indian and Canadian Perspectives*. Publié sous la direction de G.N. Ramu et Vishwas P. Govitrikar. New Delhi : Allied Publishers.
- . 2001. *Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?* Vancouver : Hospital Employees Union.
- Cohen, Marjorie Griffin, Laurell Ritchie, Michele Swenarchuk et Leah Vosko. 2002. « Globalization: Some Implications and Strategies for Women ». *Canadian Woman Studies/Les cahiers de la femme : Women, Globalization and International Trade*. 21(22) : 6-14.
- Colombie-Britannique. 2000. *Home and Community Care Policy Manual*. Numéro 8.A. En vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2000. Vancouver : ministère des Services de santé.
- Colombie-Britannique, Interministry Committee on Compensation for Family Caregivers. 2002. *Public Funds, Family Commitment: A Review of Government Policy Concerning Public Compensation to Family Caregivers in British Columbia*. <<http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/publicfunds.pdf>>. Extrait le 6 octobre 2002.
- Colombie-Britannique et Canada. 2000. « Travail-Avenir – Perspectives dans les professions en Colombie-Britannique ». <[http://www.workfutures.bc.ca/FR/def/Home\\_f1.html](http://www.workfutures.bc.ca/FR/def/Home_f1.html)>. Extrait le 20 avril 2003.
- Comité directeur national de l'Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile. 2002. *Rapport de la phase I – Poser le décor : profil de la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile*. Février.
- Commission Clair (2001). *Les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Commission Fyke. 2001. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Regina.
- Commission Mazankowski. 2001. *A Framework for Reform – Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Edmonton.
- Cornia, A., R. Jolly et F. Stewart. 1987. *L'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance*. Paris : Economica.

- Coyte, P.C. 2000. *Home Care in Canada: Passing the Buck*. Toronto : University of Toronto.
- Cranswick, K. 1997. *Les fournisseurs de soins de santé au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.
- Deber, R.B. 2002. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?* Étude n° 17. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Denton, M. 1997. « The Linkages between Informal and Formal Care of the Elderly ». *La revue canadienne du vieillissement*. 16(1) : 17-37.
- Devereaux, P.J., Peter T.L. Choi, Christina Lacchetti, Bruce Weaver, Holger J. Schünemann, Ted Haines, John N. Lavis, Brydon J.B. Grabt, David R.S. Haslam, Mohit Bhandari, Terrance Sullivan, Deborah J. Cook, Stephen D. Walter, Maureen Meade, Huinaira Khan, Neera Bhatnager et Gordon H. Guyatt. 2002. « A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private for-Profit and Private Not-for-Profit Hospitals ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 166 : 1399-1406.
- Drahos, P. 1997. « Thinking Strategically About Intellectual Property Rights ». *Telecommunications Policy*. 21(3) : 201-211.
- Epps, Tracy. 2001. « Merchants in the Temple? The Implications of the GATS and NAFTA for Canada's Health Care System ». Thèse de maîtrise en droit, faculté de droit, Université de Toronto.
- Epps, Tracey et Colleen Flood. 2001. *The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform?* Présenté à la conférence « Trading Away Health? Globalization and Health Policy, 14th Annual Health Policy Conference of the Centre for Health Services and Policy Research », 9 novembre.
- . 2003. « The Implications of the NAFTA for Canada's Health Care System: Have We Traded Away the Opportunity for Innovative Health Care Reform? ». *Revue de droit de McGill*. 47 : 747-790.
- Evans, Robert, G. Morris, L. Barer, Steven Lewis, Michael Rachlis et Greg L. Stoddart. 2000. *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit.
- Fast, Janet, Jacquie Eales et Norah Keating. 2001. *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ottawa : Condition féminine Canada.

- Fast, J.E. et J.A. Frederick. 1999. « Informal Eldercare: Is It Really Cheaper? ». Communication présentée dans le cadre de l'International Association of Time Use Researchers Conference, Colchester, Angleterre.
- Filipino Nurses Support Group. 2003. « Despite All Odds, Filipino Nurses Support Group Victorious! ». Serveur de liste du Filipino Nurses Support Group. Vancouver (Colombie-Britannique).
- FMI (Fonds monétaire international). 2002. « Qu'est-ce que le Fonds monétaire international? ». <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/exrp/what/fre/whatf.pdf>>.
- Forum national sur la santé. 1997. *La santé : un héritage à faire fructifier – Rapport final*. Ottawa : Forum national sur la santé.
- Fosse, Farah. 2001. *An Introduction to the General Agreement on Trade In Services (GATS) for Gender Advocates*. Secrétariat de l'International Gender and Trade Network.
- . 2002. *TRIPS and Public Health: Controversy Over the TRIPS and Public Health Agreement*. 2(1). International Gender and Trade Network.
- Fuller, Colleen. 1998. *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- . 2001. *Home Care: What We Have, What We Need*. Ottawa : Coalition canadienne de la santé.
- . 2002. « The Information Gap: The Impact of Health Care Reform on British Columbia Women ». *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Publié sous la direction de P. Amaratunga, C. Armstrong, J. Bernier, K. Grant, A. Pederson et K. Wilson. Aurora (Ontario) : Garamond Press.
- Fuller, Sylvia, Colleen Fuller et Marcy Cohen. 2003. « Health Care Restructuring in BC: A Canadian Centre for Policy Alternatives Brief ». Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives.
- Gibelman, M. et H.W. Demone. 2002. « The Commercialization of Health and Human Services ». *Families in Society*. 83 : 387-397.
- Gittinger, J.P. 1985. *Economic Analysis of Agricultural Projects*. Washington : Banque mondiale.
- Gottlieb et Pearson. 2001. « Legal Opinion: GATS Impact on Education in Canada ». Préparé pour l'Association canadienne des professeures et professeurs d'université. Octobre. <<http://www.caut.ca/english/issues/trade/GATS%20opinions%20-%20summary.pdf>>. Extrait le 14 septembre 2002.

- Gould, Ellen. 2002. *The European Commission's GATS Position: A Bad Bargain for Canada*. Conseil des Canadiens.
- Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, C. Amaratunga, P. Ballem, D. Chow, M. De Konick, K. Grant, A. Lippman, H. MacLean, J. Maher, K. Messing et B. Vissandjee. 1999. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Greaves, Lorraine, Olena Hankivsky, Georgia Lividiotakis et Renée Cormier. 2002. *Final Payments: Socioeconomic Costs of Palliative Home Caregiving in the Last Month of Life*. Ottawa : Santé Canada.
- Groupe de réflexion national sur les disparités entre les sexes relativement aux soins gratuits. 2001. Conférence tenue à l'Île-du-Prince-Édouard du 8 au 11 novembre 2001.
- Harrington, C., S. Woolhandler, J. Mullan, H. Carrillo et D.U. Himmelstein. 2001. « Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care? ». *American Journal of Public Health*. 91(9).
- Hart, Michael. 1998. *Fifty Years of Canadian Tradescraft: Canada and the GATT 1947-1997*. Ottawa : Centre des politiques commerciales et des lois.
- Hassanali, Soraya 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques – Initiatives et leçons*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Higgins, C., L. Duxbury et C. Lee. 1994. « Impact of Life-Cycle Stage and Gender on the Ability to Balance Work and Family Responsibilities ». *Family Relations*. 43 : 144-150.
- Himmelstein, D.V., S. Woolhandler, I. Hellander et S.M. Wolfe. 1999. « Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs ». *Journal of the American Medical Association*. 282(2) : 159-163.
- Hollander, Marcus et Neena Chappell. 2000. *Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. A Report prepared for the Health Transition Fund*. Ottawa : Santé Canada.
- Hollander, M. et M. Prince. 2002. *The Third Way: A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria : Hollander Analytical Services.
- ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2002. *Les soins de santé au Canada, 2002*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada.



- IGTN (International Gender and Trade Network). 2001. *International Gender and Trade Network at Doha. WTO Fourth Ministerial, Doha, Qatar. November 9-13, 2001.*
- Institut Roehrer (L'). 2000. *Agenda for Action: Policy Directions for Children with Disabilities and Families.* North York (Ontario) : L'Institut Roehrer.
- Insurance Canada. 2003. « Long Term Insurance and Some Canadian Facts ». Compilé par RBC Assurances. <[www.insurance-canada.ca/consinfohealth/LTCFacts.php](http://www.insurance-canada.ca/consinfohealth/LTCFacts.php)>. Extrait le 11 février 2003.
- Internationale des consommateurs. 1999. *Food Safety and the WTO.* Document d'information sur le commerce n° 3. Internationale des consommateurs.
- Ipsos-Reid. 2002. « Un sondage de RBC Assurances révèle que l'assurance soins de longue durée est laissée pour compte par la plupart des Canadiens ». Toronto, 10 juillet. <<http://www.rbc.com/nouvelles/20020710longtermcarefr.html>>. Extrait le 1<sup>er</sup> décembre 2003.
- Joekes, Susan et Ann Weston. 1994. *Women and the New Trade Agenda.* New York : UNIFEM.
- Johnson, J.R. 2002. *Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada? Étude n° 22.* Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Keating, N.C., J. Fast, J. Frederick, K. Cranswick et C. Derner. 1999. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences.* Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles.
- Kickbusch, I. et E. de Leeuw. 1999. « Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level ». *Health Promotion International.* 14(4) : 285-288.
- Kirby, M. 2001. *The Canadian Health Care System – Options for Reform.* Document présenté à « Dialogue on Health », parrainé par le gouvernement du Canada.
- Koivusalo, Meri. 2003. « Assessing the Health Policy Implications of WTO Trade and Investment Agreements ». *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance.* Publié sous la direction de Kelley Lee. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.
- Koivusalo, Meri et Michael Rowson. 2000. « The World Trade Organization: Implications for Health Policy ». *Medicine, Conflict and Survival.* 16(2) : 175-191.
- Kuttner, R. 1999. « The American Healthcare System: Wall Street and Healthcare ». *New England Journal of Medicine.* 340 : 664-668.

- Lee, Kelley (dir.). 2003. *Health Impacts of Globalization: Towards a Global Governance*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.
- Lipson, Debra J. 2001. « The World Trade Organization's Health Agenda: Opening Up the Health Services for the Poor ». Éditorial. *British Medical Journal*. 323(7322) : 1139.
- Lochhead, C. et K. Scott. 2000. *Dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Lowe, Graham S. 1989. *Le travail des femmes et le stress : nouvelles pistes de recherche*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- Lowry, Jean Ann. 2002. « Pourquoi la question d'un Programme national de soins à domicile touche-t-elle les femmes? ». *Le Réseau*. Réseau canadien pour la santé des femmes. 5 (2/3) : 1-5.
- Luff, D. 2002. *Domestic Regulation of Health Services and International Trade Law. Report to the project, Regulatory Reform and Trade Liberalization in Services*. Paris : Banque mondiale/Organisation de coopération et de développement économiques.
- Luther, D.R. 1999. « Health Care Services: Strong Fundamentals and Innovations Foreshadow Growth in US Exports and Foreign Direct Investment Industry ». *Trade and Technology Review, Health Services*. Juin : 19-25.
- Lyons, Karen S. et Steven H. Zarit. 1999. « Formal and Informal Support: The Great Divide ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(3) : 183-192.
- MacAdam, Margaret. 2000. *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Marchand, Marriane H. et Anne Sisson Runyan (dir.). 2000. *Gender and Global Restructuring: Sightings, Sites and Resistances*. Londres et New York : Routledge.
- Marconini, Mario. 1998. « Domestic Capacity and International Trade in Health Services: The Main Issues ». *International Trade in Health Services: A Development Perspective*. Genève : Comité sur le commerce et le développement des Nations Unies/Organisation mondiale de la santé, p. 55-61.
- McNaughton, Kenneth G. 2003. « Long-Term Care ». <[http://members.shaw.ca/bcseniors/insurance\\_ltc\\_article.html](http://members.shaw.ca/bcseniors/insurance_ltc_article.html)>. Consulté le 9 mars 2003.
- Mendelsohn, Matthew. 2002. *Canada's Social Contract: Evidence from Public Opinion*. Document de discussion n° P/01. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politique publique.

- Meyer, Harris. 1997. « Home Care Goes Corporate ». *Hospital and Health Networks*. 5 mai.
- Morris, Marika. 2000. *Women, Poverty and Canadian Public Policy in an Era of Globalization*. Institut canadien de recherches sur les femmes.
- . 2001. « Études sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible aux différences entre les sexes : document de synthèse ». Deuxième ébauche. Ottawa : Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.
- . 2002. *Les femmes et la pauvreté*. Ottawa : Institut canadien de recherches sur les femmes.
- Mosher, Janet E. 1998. « Caught in Tangled Webs of Care: Women Abused in Intimate Relationships ». *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Publié sous la direction de Carol T. Baines, Patricia M. Evans et Sheila M. Neysmith. Toronto : Oxford University Press.
- Munro, D. 2002. « NAFTA and Maquiladoras ». University of Arizona.
- Nahmiash, D. et M. Reis. 1992. *Étude exploratoire des services privés de soins à domicile*. Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services.
- Neal, M.B., N.J. Chapman, B. Ingersoll-Dayton et A.C. Emlen. 1993. *Balancing Work and Caregiving for Children, Adults and Elders*. Newbury Park, Californie : Sage Publications.
- Nieves, Evelyn. 2002. « To Work and Die in Juarez ». *Mother Jones*. p. 50-55.
- Noel, Alain. 2000. *Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote?* Institut de recherche en politiques publiques. Série de documents de travail, 1, 2.
- OACCAC, AOSC, OHHCPA (Ontario Association of Community Care Access Centres, Association ontarienne de soutien communautaire et Ontario Home Health Care Providers' Association). 2000. *The Role and Value of Home Support/Personal Support Workers in the Health Care System*.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 1999. *Trends in Health Expenditure 1970-1997*. Paris : Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, Groupe de travail sur la politique sociale.
- . 2003. « Survol de l'OCDE / Qu'est-ce que l'OCDE? Son histoire ? Sa structure? Qui fait quoi? – Le travail de l'OCDE ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <[http://www.oecd.org/document/0,2340,fr\\_2649\\_201185\\_2068066\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/0,2340,fr_2649_201185_2068066_1_1_1_1,00.html)>. 19 février 2003.

O'Hare, D. 1999. Présentation de la présidente de la Coalition on Service Industries devant le House Committee on Ways and Means Hearing on the United States Negotiating Objectives for the WTO Seattle Ministerial Meeting. 8 mai.

OHC (Ontario Health Coalition). 2001a. « Round by Round: Are international Trade Deals Knocking Out Medicare? ». *OHC Newsletter*. Janvier : 1-2.

———. 2001b. *Secrets in the House: Home Care Reform in Ontario 1997-2000*. Ontario Health Coalition.

———. 2001c. « Dip and Skip ». *A Supplement to the June 2001 Report on Homecare Reform in Ontario*. Ontario Health Association.

OHHCPA (Ontario Home Health Care Providers' Association). 1999. *Recruitment and Retention of the Home Sector Workforce*. Document de position. Hamilton, Ontario : Ontario Home Health Care Providers' Association.

———. 2000. *Home Care Worker Compensation*. Ontario.

OIT (Organisation internationale du Travail). 1946. Constitution. <<http://www.ilo.org/public/french/about/iloconst.htm>>. Extrait le 25 juin 2002.

———. 1996-2001. *Les objectifs stratégiques de l'OIT*. <<http://webfusion.ilo.org/public/db/bureau/program/objectives/index.cfm?expand=0&bienn=2002-03&lang=fr>>. Genève : Organisation internationale du Travail.

———. 2000. « La Structure de l'OIT ». <<http://www.ilo.org/public/french/depts/fact.htm>>. Extrait le 19 février 2003.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003. « OMS : À propos de l'OMS ». Organisation mondiale de la santé. <<http://www.who.int/about/fr/index.html>>. Extrait le 19 février 2003.

OMS, Département de la santé et du développement. 2002. « International Consultation on Assessment of GATS and Trade in Health Services, January 9-11, 2002 ». Genève, Suisse. <<http://unstats.org/unsatradeserv/docs/who2002/Agenda-And-Meeting-Objectives-8Jan.doc>>. Extrait le 6 mars 2003.

OMS et OMC (Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce). 2002. *Les accords de l'OMC et la santé publique – Étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève : Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale du commerce.

Ontario. 1994. *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. Règlement 386/99, « Provision of Community Services ».

- Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2001. « Long Term Care: In-Home Services ». Toronto : gouvernement de l'Ontario. <<http://www.gov.on.ca/health/english/program/ltc/homecare.html>>. Extrait le 9 août 2002.
- ONU (Organisation des Nations Unies). 2003. « L'ONU en bref ». New York : Nations Unies. <[http://www.un.org/french/aboutun/ONU\\_en\\_bref/index.html](http://www.un.org/french/aboutun/ONU_en_bref/index.html)>. Extrait le 19 février 2003.
- ONU, DPF (Division de la promotion de la femme). 2003. « About DAW ». New York : Nations Unies. <<http://www.un.org/womenwatch/daw/daw/>>. Extrait le 19 février 2003.
- O'Regan-Tardu, L. 1999. *A Quick Guide to Gender Mainstreaming in Trade and Industry*. Londres : Secrétariat pour les pays du Commonwealth.
- Organisation mondiale du commerce. 1994. *Accord sur les obstacles techniques au commerce*. Genève : OMC.
- . 1997. *Mesures communautaires concernant les viandes et les produits carnés (hormones) – Plainte déposée par les États-Unis – Rapport du Groupe spécial*. Genève : Organisation mondiale du commerce.
- . 1998a. *Services de santé et services sociaux – Note d'information du Secrétariat*. Conseil du commerce des services de l'Organisation mondiale du commerce.
- . 1998b. *Comprendre l'Accord de l'OMC sur les mesures sanitaires et phytosanitaires*. Organisation mondiale du commerce.
- Ostry, Aleck. 2001. « The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada? ». *Revue canadienne de santé publique*. 31(3) : 475-480.
- Ouellet, Richard. 2002. *Les effets des accords commerciaux internationaux sur les mesures canadiennes relatives à la santé : options pour le Canada en vue des prochaines négociations commerciales*. Étude n° 32. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Parent, Karen, Malcolm Anderson, William Gleberzon et Judy Cutler. 2001. *CARP's Report Card on Home Care in Canada, 2001: Home Care by Default Not by Design*. Toronto : CARP.
- Pettigrew, Pierre. 2000. « Déclaration au Comité permanent des affaires étrangères et du commerce international ». *Hansard*. 14 juin : 1540.
- Pierson, Ruth Roach et Marjorie Griffin Cohen. 1995. *Canadian Women's Issues: Volume II: Bold Visions, Twenty-five Years of Women's Activism in English Canada*. Toronto : James Lorimer and Company.

- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2003. *Making Global Trade Work for People*. New York et Royaume-Uni : Earthscan Publications.
- Pollak, Nancy. 2000. « Cutting Home Support: From ‘Closer to Home’ to ‘All Alone’ ». *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees’ Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.
- Porter, Ann. 1987. *Conséquences du libre-échange pour les femmes dans le secteur manufacturier*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- Price Waterhouse Coopers. 1998. *Sondage santé Canada*. Toronto.
- Ranson K., R. Beaglehole, C. Correa, Z. Mirza, K. Buse et N. Drager. 2002. « The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements ». *Health Policy in a Globalising World*. Publié sous la direction de K. Lee, K. Buse et S. Fustukian. Cambridge : Cambridge University Press.
- Relman, Arnold. 2002. Témoignage devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. 21 février.
- Richer, P. 1999. *Home Healthcare in Canada*. International Market Insight Series. Préparé pour le U.S and Foreign Commercial Service et le Département d’État des États-Unis. Département d’État. 5 novembre.
- Romanow, Roy. 2002. *Guidé par nos valeurs – L’avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada.
- Royaume-Uni, Department of Trade and Industry. 2002. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the World Trade Organization GATS Negotiations*. Londres : Department of Trade and Industry.
- . 2003a. *Liberalizing Trade in Services - Summary of Requests Made to EC/UK - Sector Requests*. Londres : Department of Trade and Industry.
- . 2003b. *Liberalizing Trade in Services: A New Consultation on the WTO GATS Negotiations*.
- Sanger, Matthew. 2001. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Oxford : Oxford University Press.

- Sexton, Sarah. 2001. « Trading Health Care Away? ». *The Cornerhouse Briefing 23* <<http://cornerhouse.icaap.org/briefings/23.html>>. Extrait le 18 mai 2002.
- Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*. Centre canadien de politiques alternatives.
- Sikes, Lucinda. 1998. *On the Triennial Review by the World Trade Organization on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the "SPS Agreement")*. Public Citizen, Global Trade Watch.
- Simon, Robin W. 1995. « Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health ». *Journal of Health and Social Behavior*. 36(2) : 182-194.
- Sinclair, Scott. 2000. *GATS: How the World Trade Organization Threatens Democracy*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Sinclair, Scott et Jim Grieshaber-Otto. 2002. *Facing the Facts: A Guide to the GATS Debate*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Spieldoch, Alexandra. 2001. *GATS and Healthcare - Why Do Women Care?* Secrétariat de l'International Gender and Trade Network.
- Standing, Hilary. 1999. *Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues*. Document préparé dans le cadre du Global Health Equity Initiative Project, Gender and Health Equity. Boston : Harvard Center for Population and Development Studies.
- Strope, Leigh. 2003. « Nursing Homes First to Get Voluntary OSHA Safety Guidelines ». *The Associated Press*. 13 mars.
- Sullivan, Kevin. 2003. « Abandoned U.S.-Owned Smelter Blamed for Birth Defects and Health Ailments ». *Guardian Weekly*.
- Sutherland, Ross, avec Stan Marshall. 2001. « Le coût de la sous-traitance des soins à domicile : un regard dans les coulisses des soins à domicile en Ontario ». Recherche du SCFP. 20 février. <<http://www.scfp.ca/www/HealthCarePrivatization/4320/>>. Extrait le 1<sup>er</sup> décembre 2003.
- Système d'information des Sommets des Amériques, 2002. *Plan d'action*.
- Thomas, E., J. Orav et T. Brennan. 2000. « Hospital Ownership and Preventable Adverse Events ». *Journal of General Internal Medicine*. Avril.
- Timmer, C.P., W. Falcon et S. Pearson. 1983. *Food Policy Analysis*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

- Townson, Monica. 2000. *A Report Card on Women and Poverty*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- UNIFEM (Fonds de développement des Nations Unies pour la femme). N.d. « UNIFEM: About Us ». New York : Nations Unies. <[http://www.unifem.undp.org/about\\_us/](http://www.unifem.undp.org/about_us/)>. Extrait le 19 février 2003.
- Vogel, Donna, Michael Rachlis et Nancy Pollak. 2000. *Without Foundation: How Medicare Is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives (bureau de la Colombie-Britannique), gouvernement de la Colombie-Britannique, B.C. Government and Service Employees' Union, B.C. Nurses Union et B.C. Hospital Employees Union.
- Vogel, Laurent. 2000. « The WTO Asbestos Dispute: Workplace Health Dictated by Trade Rules? ». Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.
- Walt, G. et L. Gibson. 1994. « Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis ». *Health Policy and Planning*. 9(45) : 353-370.
- White, Georgina. 2002. Conseillère en matière de politiques, OACCAC, communications personnelles.
- White, Marceline. 2001. « GATS and Women ». *Foreign Policy in Focus*. 6(2) : 1.
- . 2002a. « Analysis of USTR Proposals for the FTAA from a Gender Perspective ». Women's Edge. <<http://www.womensedge.org/trade/usproposalsftaa2002.html>>. Extrait le 12 juillet 2002.
- . 2002b. « Making Trade Work for Women: Opportunities and Obstacles ». Women's Edge. <<http://www.womensedge.org/trade/tradeprimer.htm>>. Consulté le 8 juillet 2002.
- Williams, A.P., J. Barnsely, S. Leggat, R. Deber et P. Baranek. 1999. « Long-Term Care Goes to Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services ». *Revue canadienne du vieillissement*. 18(2) : 126-153.
- Williams, M. 2002. « Globalization of the World Economy: Challenges and Responses » (révisé). *Public Hearing on the Issues of Globalization and Gender*. Berlin : Enquete-Commission of the German Parliament.
- Williams, Mariama et Maria Riley. 2001. « TRADE. Women's Consultation Briefing Paper. Financing for Development Issue #3 ». <<http://www.wedo.org/ffd/Trade.doc>>. Extrait le 31 août 2002.



- Wiseman, John. 1996. « National Social Policy in an Age of Global Power: Lessons for Canada and Australia ». *Remaking Canadian Social Policy: Social Security in the Late 1990s*. Publié sous la direction de Jane Pulkingham et Gordon Ternowetsky. Halifax : Fernwood.
- Women's Edge. 2002. « Executive Summary ». *Framework for Gender Assessments of Trade and Investment Agreements*.
- Woodward, David, Nick Drager, Robert Beaglehole et Debra J. Lipson. 2001. *Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action*. Document n° WG 4 : 10. Série d'études de la Commission macroéconomie et santé. <[http://www.cmhealth.org/docs/wg4\\_paper10.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg4_paper10.pdf)>. Extrait le 23 mai 2002.

## NOTES

<sup>1</sup> Au cours des négociations du Cycle d'Uruguay et par suite de l'établissement de l'Organisation mondiale du commerce, en 1995, l'orientation du commerce est passée des biens aux services.

<sup>2</sup> Voir, par exemple, la Commission Clair (2001), au Québec, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (2000), la Commission Fyke (2001), en Saskatchewan, la Commission Mazankowski (2001), en Alberta, le rapport Kirby (2001a) et la Commission Romanow (2002).

<sup>3</sup> On trouvera un résumé de cette analyse au *Tableau des accords commerciaux*, à l'annexe C.

<sup>4</sup> On trouvera un résumé de cette analyse à l'annexe D.

<sup>5</sup> Selon la Loi, les soins à domicile sont un « service complémentaire de santé » et ne sont donc pas un service de santé assuré au sens de la Loi.

<sup>6</sup> On estime qu'environ 20 % des soins sont prodigués par les amies, les amis, les voisins et les voisines (Keating et coll., 1999).

<sup>7</sup> On trouvera à l'annexe E une description des organisations internationales et commerciales.

<sup>8</sup> Selon le ministre du Commerce, Pierre Pettigrew, les services de santé ne sont tout simplement pas sur la table des négociations commerciales. En 2000, par exemple, M. Pettigrew a déclaré à un comité parlementaire que « nos régimes publics de santé et d'éducation ne se trouveront en aucun cas sur la table de quelque négociation commerciale que ce soit. Notre gouvernement entend préserver le droit et la capacité du Canada d'établir et de maintenir ses propres principes dans ces deux domaines » (Pettigrew, 2000). Les gens du MAECI que nous avons interviewés ont réitéré le point de vue de M. Pettigrew en janvier 2003.

<sup>9</sup> Cette protection a été minée par l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), signé par l'ensemble des provinces et des territoires en 1994, et surtout par l'annexe sur le secteur MESS, qui porte sur la non-discrimination dans le domaine des marchés publics. Le secteur MESS est celui des municipalités, des organismes municipaux, des conseils et commissions scolaires, des établissements d'enseignement supérieur, des organismes de santé et de services sociaux financés par l'État. Bien que les conséquences de l'ACI sur le secteur de la santé soient l'objet de débats, Appleton (1996) soutient que l'annexe sur le secteur MESS modifie des mesures qui étaient exemptées de l'ALENA.

<sup>10</sup> Dans ce cas, la France a contesté le refus du Canada d'interdire l'utilisation de tous les types d'amiante. Le Canada a soutenu que l'« utilisation contrôlée » de l'amiante ne mettrait pas en danger la santé des travailleuses et travailleurs. L'OMC a donné raison à la France (Castleman, 1999).

<sup>11</sup> On trouvera à l'annexe F une description de ces modes et une analyse de leurs conséquences pour les femmes.

<sup>12</sup> Les pays conservent le pouvoir d'assujettir ces engagements à des limites sectorielles ou horizontales. Ils peuvent également, après trois ans, modifier ou retirer un engagement, à condition d'offrir des engagements compensatoires équivalents.

<sup>13</sup> Il est intéressant de noter que le MAECI a indiqué que les « services professionnels » sont un domaine d'expansion prioritaire du commerce des services (entrevue avec une source clé, janvier 2003).

<sup>14</sup> Voir, par exemple, les travaux de Barndt sur l'industrie mexicaine de l'alimentation (1999) et de Munro (2002) sur les *maquiladoras*, les zones franches industrielles mexicaines (2002).

<sup>15</sup> L'information contenue dans la présente section provient de l'ACSSD (1998).

<sup>16</sup> Ces services entrent dans la catégorie des services fournis par les sages-femmes, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et le personnel paramédical, et le Canada a pris des engagements à l'endroit de cette catégorie de services de santé.

<sup>17</sup> L'Association a obtenu cette information de l'Union européenne, qui a fourni une liste de services ayant fait l'objet de demandes pendant le dernier cycle de négociations de l'AGCS. Voir Royaume-Uni (2002, 2003a).

<sup>18</sup> Ce paragraphe fait en sorte que toutes les sociétés privées ont des recours juridiques appropriés en cas de litige. Il précise : « Chacune des Parties accordera aux investissements effectués par les investisseurs d'une autre Partie un traitement conforme au droit international, notamment un traitement juste et équitable ainsi qu'une protection et une sécurité intégrales ».

<sup>19</sup> Cette information provient d'une liste, fournie par Jennifer Erickson (BC Ministry of Long Term Health, 2003), d'entreprises de la Colombie-Britannique ayant reçu un numéro de fournisseur leur permettant de facturer la prestation de services de soins à domicile.

<sup>20</sup> L'AGCS exclut les marchés publics de services (article XIII), mais des négociations sont en cours pour les y assujettir. En outre, la signification de « marchés publics » n'est pas claire.

<sup>21</sup> Cette situation a été de courte durée, car le gouvernement a modifié la *Loi sur les établissements de santé autonomes* en 1996, supprimant officiellement toute préférence pour des groupes canadiens sans but lucratif pour les accords de financement et l'octroi de licence (Fuller, 2001).

<sup>22</sup> <(http://www.wto.org/english/thewto\_e/whatis\_e/eol/f/wto06/wto6\_11.htm)>.

**Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada Appel de propositions Les accords commerciaux et les femmes \***

*Sauvegarder les mesures proactives d'équité en emploi au Canada à l'heure des Accords de commerce*

Lucie Lamarche

*Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes*

**Olena Hankivsky et Marina Morrow avec Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds**

*Intégration des différences entre les sexes dans la politique commerciale du Canada : étude de cas sur la mobilité de la main-d'œuvre dans les accords commerciaux*

Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams et Ann Weston

The North-South Institute

*Les accords commerciaux, les services de santé et la santé des femmes*

Teresa Cyrus et Lori Curtis

*Accès au commerce extérieur pour les femmes handicapées*

Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang et Lindsey Troschuk

*La prise en compte des particularités propres à chacun des sexes au sein de l'Organisation mondiale du commerce : un modèle canadien de promotion et d'analyse*

Dana Peebles

*Du commerce des forrures au libre-échange : La foresterie et les femmes des Premières nations au Canada*

Connie Deiter et Darlene Rude

\* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs