

**Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé  
et la santé des femmes**

par

**Teresa L. Cyrus et Lori J. Curtis**

La recherche et la publication de la présente 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.

Août 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 la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, 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**

Cyrus, Teresa L.

Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes [ressource électronique]

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

Publ. aussi en format imprimé.

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

ISBN 0-662-77174-5

No de cat. SW21-113/2004F-PDF

1. Politique sanitaire – Canada.
  2. Femmes – Santé et hygiène – Aspect social – Canada.
  3. Assurance-maladie – Canada.
  4. Canada – Accords commerciaux – Aspect social.
- I. Curtis, Lori J.  
II. Canada. Condition féminine Canada.  
III. Titre.  
IV. Titre : Trade agreements, the health-care sector and women's health.

RA412.5C2C97 2004

362.1'0971

C2004-980217-8

**Gestion du projet :** Madina Nicolas et Jo Anne de Lepper, 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 :** Linguistica

**Lecture comparative :** France Boissonneault

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

**Contrôle de la qualité :** Lila Muipatayi, Condition féminine Canada

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

## RÉSUMÉ

Dans le présent rapport, nous examinons les répercussions que les accords commerciaux conclus par le Canada peuvent avoir sur la santé des Canadiennes. Une analyse du contenu de l'Accord de libre-échange nord-américain et de l'Accord général sur le commerce des services montre que les obligations commerciales du Canada pourraient entraîner une absorption de son système de soins de santé par le secteur privé, ce qui pourrait rendre les réformes du système public de soins de santé plus difficiles. Une analyse de données indique que les femmes qui travaillent dans le secteur des services sont plus susceptibles que les autres travailleuses et travailleurs d'avoir un mauvais état de santé. Cette analyse révèle aussi que les travailleuses et les travailleurs à faible revenu sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime d'assurance-maladie. Il s'agit des personnes qui risquent le plus de souffrir d'une dégradation du système de soins de santé du Canada et qui auraient besoin de la plus grande aide.



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	ii
SIGLES ET ACRONYMES .....	iii
PRÉFACE.....	iv
AU SUJET DES AUTEURES.....	v
SOMMAIRE.....	vi
1. INTRODUCTION .....	1
2. ANALYSE DU CONTENU .....	3
La privatisation du secteur canadien des soins de santé .....	3
Les accords commerciaux et la santé.....	3
Sections de l'ALÉNA et de l'AGCS qui peuvent toucher la santé .....	6
Répercussions sur le système canadien de soins de santé .....	14
Répercussions sur les Canadiennes .....	17
3. EXAMEN DE LA DOCUMENTATION .....	18
La mondialisation .....	18
Le commerce et les femmes .....	19
4. ANALYSE DES DONNÉES .....	22
Données .....	22
État de santé.....	24
Assurance.....	27
Dépenses de santé.....	27
5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	29
ANNEXE : TABLEAUX .....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	51
NOTES .....	55

## LISTE DES TABLEAUX

1.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés, 1986.....	33
2.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés, 1998.....	34
3.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1986.....	36
4.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1998.....	37
5.	Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes mariés, 1998.....	39
6.	Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes non mariés, 1998.....	40
7.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986.....	41
8.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998.....	42
9.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986.....	43
10.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998.....	44
11.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1986.....	45
12.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1998.....	46
13.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1986.....	47
14.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1998.....	48
15.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986.....	49
16.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998.....	49
17.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986.....	50
18.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998.....	50

## SIGLES ET ACRONYMES

AGCS	Accord général sur le commerce des services
ALÉ	Accord de libre-échange
ALÉNA	Accord de libre-échange nord-américain
CCPA	Centre canadien de politiques alternatives
EDF	Enquête sur les dépenses des familles
EDM	Enquête sur les dépenses des ménages
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ESG	Enquête sociale générale
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
OMC	Organisation mondiale du commerce

## 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.



## **AU SUJET DES AUTEURES**

Teresa Cyrus est professeure adjointe au département d'économie de l'université Dalhousie et elle est titulaire d'un doctorat en économie de l'université de la Californie, à Berkeley. Ses intérêts en matière de recherche comprennent les répercussions du commerce sur la pauvreté, l'inégalité et les femmes.

Lori Curtis est économiste à Santé Canada et elle est titulaire d'un doctorat en économie de l'université McMaster. Ses intérêts en matière de recherche comprennent l'économie de la santé, en particulier les questions politiques concernant la santé des femmes et des enfants.

## SOMMAIRE

La participation du Canada à des accords commerciaux multilatéraux, tels que l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), a soulevé des questions concernant les répercussions possibles de ces accords sur la politique sociale du Canada. Plus particulièrement, des chercheuses et des chercheurs, des groupes de défense des droits et le public ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'avenir du système canadien de soins de santé.

Dans le présent rapport, nous examinons minutieusement le libellé des accords commerciaux afin de déterminer de quelles façons ils pourraient toucher les soins de santé au Canada, et nous analysons l'état de santé, l'assurance-maladie et les dépenses de santé des femmes et des hommes de différentes professions, de divers groupes d'âge et de diverses catégories de revenus. Nous constatons que les Canadiennes, en particulier celles dont le revenu est faible et celles qui travaillent dans le secteur des services, risquent d'être lésées par les changements apportés au système canadien de soins de santé.

Nous effectuons une analyse du contenu de l'ALÉNA et de l'AGCS afin de déterminer les parties de ces accords qui pourraient avoir des répercussions sur la prestation des soins de santé au Canada. Nous constatons que les exigences types des accords commerciaux – traitement national (article 1102 de l'ALÉNA; article XVII de l'AGCS), traitement de la nation la plus favorisée (article 1103 de l'ALÉNA; article II de l'AGCS), norme minimale de traitement (article 1105 de l'ALÉNA), interdiction des prescriptions de résultats (article 1106 de l'ALÉNA) – obligent le gouvernement canadien à traiter les entreprises étrangères de la même façon que les entreprises nationales, ce qui l'empêche d'imposer des exigences supplémentaires aux investisseurs et aux fournisseurs de services étrangers. Cependant, ces exigences ne s'appliquent pas aux achats gouvernementaux (article 1108 de l'ALÉNA), de sorte que si les soins de santé sont entièrement fournis par l'État, ils ne sont pas visés par les accords commerciaux. Les règles en matière d'expropriation et d'indemnisation exigent que le gouvernement canadien dédommage les investisseurs étrangers s'il s'empare de leurs marchés (article 1110 de l'ALÉNA). Plusieurs parties des accords exemptent les soins de santé, mais seulement dans la mesure où ils sont fournis par l'État (article 1401 de l'ALÉNA; annexe II-C-9 de l'ALÉNA; alinéa 1 b) de l'annexe sur les services financiers de l'AGCS).

Deux secteurs du système canadien de soins de santé peuvent être touchés par la participation du Canada à des accords commerciaux multinationaux. En premier lieu, la commercialisation et la privatisation des services hospitaliers et cliniques peuvent avoir pour effet d'étendre les accords commerciaux à certains aspects du système canadien de soins de santé. Une fois que les services auront été commercialisés, les mesures de sauvegarde inhérentes à l'ALÉNA deviendront sans effet. Cet accord protège la prestation d'un service lorsque seul l'État l'assure. Toutefois, si le service est offert par le secteur privé ou s'il fait l'objet d'une concurrence, le marché peut être ouvert aux investisseurs étrangers. Le libellé des accords commerciaux est assez vague pour que seul un tribunal commercial puisse trancher cette

question avec certitude. Or, lorsqu'un tel tribunal aura rendu une décision, il pourrait être trop tard pour protéger la nature publique du système canadien de soins de santé.

Deuxièmement, il pourrait devenir plus difficile d'élargir l'assurance-maladie publique de façon à couvrir des services supplémentaires, tels que l'assurance-médicaments ou les soins à domicile, en raison des exigences de l'ALÉNA en matière d'expropriation et d'indemnisation. Si le régime d'assurance-maladie était élargi et que cette mesure entraînait une réduction du marché privé de l'assurance, certaines sociétés d'assurance américaines pourraient réussir à obtenir une indemnisation considérable du gouvernement canadien.

Nous avons examiné plusieurs ensembles de données dans le but d'identifier les Canadiennes et les Canadiens qui ont le pire état de santé, sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments et dépensent le plus pour les soins de santé. Nous avons constaté que les femmes mariées travaillant dans les secteurs de l'industrie, des services et de la santé avaient, en 1998, un état de santé pire que celui des hommes mariés travaillant dans les mêmes secteurs. L'état de santé de la plupart des personnes mariées s'était amélioré en 1998 par rapport à 1986. Les personnes sans emploi et les travailleuses et travailleurs des secteurs des services et du secrétariat avaient le pire état de santé à ces deux dates. Pour ce qui est des personnes non mariées, en général, les hommes ont déclaré un meilleur état de santé en 1998 qu'en 1986. Par contre, de nombreux groupes de femmes ont signalé que leur état de santé avait empiré.

De nombreuses personnes interrogées ont dit posséder des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments. Cependant, tant chez les personnes mariées que chez celles qui ne le sont pas, ce sont les travailleuses des secteurs de l'industrie et des services qui sont les moins protégées, de même que les personnes qui ne déclarent aucune profession. Nous avons ensuite examiné le pourcentage du revenu consacré à la santé. Chez tous les groupes, la proportion du revenu consacrée à la santé a augmenté avec l'âge et diminué avec l'accroissement du revenu.

Les recommandations ci-dessous découlent de ce projet de recherche.

- Nous devons empêcher la privatisation des services hospitaliers et cliniques. Il est beaucoup trop risqué de permettre aux cliniques privées à but lucratif d'offrir des services, étant donné que l'on ne sait pas encore avec certitude si la privatisation ferait en sorte que les accords commerciaux que le Canada a conclus s'étendraient à la totalité du système canadien de soins de santé. On a constaté que les établissements à but lucratif fournissent des soins de santé de moins bonne qualité que ceux fournis par les établissements à but non lucratif. Ils ont donc des répercussions défavorables sur les femmes, qui ont tendance à faire appel au système de soins de santé plus souvent que les hommes.
- Le Canada n'a pas exclu expressément le régime d'assurance-maladie de l'ALÉNA ou de l'AGCS, mais il devrait s'efforcer de le soustraire à ces accords et aux accords futurs. Cette mesure permettrait au gouvernement canadien d'élargir le régime à son gré (par

exemple pour englober l'assurance-médicaments et les soins à domicile) de façon à améliorer l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens sans être forcé de verser des indemnités coûteuses à des sociétés d'assurance américaines. Une telle expansion du régime d'assurance-maladie serait des plus profitables pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance-maladie supplémentaire, lesquelles sont généralement des femmes.

- Il est primordial que le gouvernement protège les Canadiennes et les Canadiens qui risquent le plus d'être lésés par le libre-échange. Les femmes et les hommes qui travaillent dans les secteurs des services ou de l'industrie, qui n'ont pas d'emploi ou dont le revenu est faible risquent grandement de subir des préjudices. Ces personnes doivent être protégées. Il est essentiel que le gouvernement tienne compte de ce segment de la société avant de conclure d'autres accords commerciaux et qu'il impose des politiques de nature à aider ce groupe de Canadiennes et de Canadiens.

## 1. INTRODUCTION

Le dernier demi-siècle a été une période de mondialisation et de resserrement des liens entre les pays. Après la Seconde Guerre mondiale, on a créé des organisations multinationales telles que la Banque mondiale et le Fonds monétaire international pour régir les interactions économiques, et l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) a commencé à façonner le commerce entre les pays. Les principaux pays industriels ont accepté, en principe, de remettre sur pied les économies de l'Europe et d'améliorer la conjoncture dans le reste du monde, tout en accroissant le commerce et en facilitant la croissance de leurs propres économies.

En plus de contracter des obligations multilatérales, le Canada a insisté pour que les pays concluent des accords bilatéraux et régionaux. En 1988, le gouvernement canadien a adopté le projet de loi C-130 concernant l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis (ALÉ), qui a mis fin au système tarifaire entre les deux pays. On a plus tard élargi cet accord de façon à faire participer le Mexique à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA), qui est entré en vigueur en 1994.

Avant les vingt dernières années, presque toutes les activités commerciales entre les pays consistaient à produire et à vendre des marchandises. Les services ont pris de l'importance, tout particulièrement sur les marchés industriels, en partie en raison des progrès technologiques, qui ont facilité leurs mouvements transfrontaliers. Les États-Unis ont commencé à insister pour que les services soient protégés par des accords commerciaux de la même façon que le GATT protégeait les exportateurs et les importateurs de marchandises. Les pressions exercées par ce pays ont abouti au cycle de négociations d'Uruguay sur le commerce, qui a permis de créer l'Organisation mondiale du commerce (OMC), de renforcer le GATT et de conclure l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), qu'ont signé plus de 140 pays.

Maintenant que ces accords semblent avoir été enchâssés dans la législation de notre pays, certains groupes ont commencé à se demander quels effets ils auront sur la société canadienne. On se préoccupe particulièrement des soins de santé, qui sont protégés par la *Loi canadienne sur la santé* de 1982, laquelle promet l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. Le régime d'assurance-maladie du Canada est une source de grande fierté pour de nombreux Canadiennes et Canadiens. Il est primordial qu'il soit conservé et que les accords commerciaux n'empêchent pas de futures réformes. Si la participation aux accords commerciaux a des effets néfastes sur la prestation des soins de santé au Canada, les personnes les plus susceptibles d'être lésées sont celles dont l'emploi est peu rémunérateur et qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance-maladie, lesquelles sont en général des femmes.

Dans le présent rapport, nous commençons par analyser le contenu de l'ALÉNA et de l'AGCS, nous énumérons les sections de ces accords qui peuvent avoir des répercussions sur la prestation des services de santé au Canada, et nous décrivons avec exactitude la façon dont les soins de santé pourraient être touchés. Ensuite, nous décrivons les documents spécialisés et

les articles de journaux qui traitent des liens entre les accords commerciaux, la santé et les répercussions sur les femmes, puis nous utilisons des données tirées de l'Enquête sociale générale (ESG), de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur les dépenses des familles (EDF) et de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) pour décrire les groupes de Canadiennes et de Canadiens dont l'état de santé est le pire et à qui des changements néfastes au système canadien de soins de santé causeraient le plus de tort.

Nous constatons que la participation du Canada à des accords commerciaux risque dans une certaine mesure de porter atteinte au système canadien de soins de santé, étant donné que le financement public de cliniques à but lucratif pourrait permettre à des établissements étrangers à but lucratif d'offrir des services au Canada. En outre, les accords pourraient limiter la capacité du gouvernement canadien d'élargir le régime d'assurance-maladie. Les Canadiennes et les Canadiens les plus touchés par cette situation seraient les travailleuses du secteur des services et les travailleuses et travailleurs à faible revenu.

## 2. ANALYSE DU CONTENU

### **La privatisation du secteur canadien des soins de santé**

Il y a lieu d'établir une distinction entre le *financement* des soins de santé et la *prestation* des soins de santé. Le Canada n'a jamais connu de système de soins de santé complètement public, car le financement public a toujours coexisté avec la prestation de soins par des médecins de pratique privée, par exemple. Cependant, au cours de la dernière décennie, la pression générale en faveur de l'établissement de budgets équilibrés s'est souvent traduite par des compressions radicales ou de légers accroissements des dépenses en santé publique. En conséquence, de nombreuses provinces ont commencé à privatiser les soins de santé afin de réduire leurs responsabilités financières.

Depuis toujours, la législation canadienne exige que les médecins exercent soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé. Bien qu'il ne soit pas illégal d'exercer la profession dans le secteur privé, on vise à empêcher le secteur public de subventionner le secteur privé (Flood et Archibald 2001). Cette situation est toutefois en train de changer. La privatisation consiste notamment à créer des cliniques privées qui fournissent [*traduction*] « des services de diagnostic et de thérapie lucratifs, à volume élevé et à faible risque (tels que l'imagerie par résonance magnétique, la densitométrie des os, la chirurgie des cataractes et la chirurgie arthroscopique) » (Lewis *et al.* 2001 : 927), comme cela s'est produit dans plusieurs provinces, dont l'Alberta, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse.

En 2000, l'Alberta est passée à l'étape suivante de la privatisation, avec l'adoption de la *Health Care Protection Act* (projet de loi 11). Aux termes de celle-ci, le gouvernement peut payer, à même les fonds publics, les établissements de santé privés à but lucratif pour la prestation de certains services.

Ce changement inquiète : il est fort probable qu'il conduise à un système de soins de santé à deux vitesses, dans lequel les personnes qui sont en mesure de payer des services améliorés non couverts seront servies les premières et celles dont la capacité de payer est moindre seront forcées d'attendre et de recevoir un niveau de soins inférieur. On craint aussi que ce changement n'entraîne l'ingérence de tribunaux du commerce international dans la politique canadienne en matière de santé.

### **Les accords commerciaux et la santé**

Depuis l'entrée en vigueur de l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, le secteur canadien des services a participé aux négociations visant à libéraliser les marchés et à promouvoir le commerce international, qui ont donné lieu à des accords bilatéraux entre le Canada, d'une part, et Israël, le Chili, le Costa Rica et d'autres pays, d'autre part; à l'accord trilatéral (ALÉNA) entre le Canada, le Mexique et les États-Unis, ainsi qu'à l'AGCS, accord plus récent et plus important qui a été signé par plus de 140 pays. Ces négociations ont déclenché un tollé à cause des répercussions possibles de tels traités sur la souveraineté nationale et sur la protection des valeurs nationales.

L'inclusion des services dans les accords commerciaux risque notamment de faire en sorte que de nombreux services fournis par le secteur public dans certains pays soient fournis par le secteur privé dans d'autres pays. Au Canada, la prestation de soins de santé par le secteur public est le service le plus litigieux en ce qui concerne les accords multilatéraux. Le Canada bénéficie d'un régime public d'assurance-maladie acquis d'arrache-pied, qui est dirigé par chaque province avec une aide financière provenant du gouvernement fédéral et selon des normes fixées par celui-ci. La *Loi canadienne sur la santé* de 1982 stipule que les citoyennes et les citoyens doivent recevoir gratuitement tous les services de santé dont ils ont besoin. Un tel système devrait normalement faire en sorte que l'AGCS et l'ALÉNA ne s'étendent ni aux soins de santé, ni à l'assurance-maladie.

Les accords internationaux sur le commerce des services imposent à leurs signataires l'obligation d'ouvrir leurs marchés privés à l'investissement étranger ou à une participation étrangère directe (articles 1102 et 1103 de l'ALÉNA et article II de l'AGCS). Les accords commerciaux exigent un traitement national, ce qui signifie que les fournisseurs étrangers doivent bénéficier du même accès et du même traitement que les fournisseurs nationaux. On pense qu'un projet de loi provincial qui établirait un marché privé dans le secteur des soins de santé aurait pour effet d'obliger le gouvernement de l'Alberta à permettre l'investissement étranger. Les accords ne précisent pas si des gouvernements régionaux distincts doivent faire l'objet d'un traitement différent.

Il n'est pas impossible de fermer les secteurs qui sont ouverts à la participation et à l'investissement étrangers, comme on l'a souvent proposé. Cependant, étant donné les dispositions de l'AGCS, il pourrait se révéler difficile, long et coûteux de fermer des marchés ou d'adopter des mesures restrictives. Un pays membre pourrait demander un arbitrage afin de faire abroger des mesures nouvelles ou modifiées qui seraient considérées comme faisant obstacle à ses activités commerciales dans le territoire visé. Un tel arbitrage pourrait se traduire par une indemnité pour pertes financières réelles ou présumées attribuables aux interventions du gouvernement de ce territoire. En vertu de l'AGCS, un membre peut modifier l'un de ses engagements concernant l'ouverture d'un secteur seulement après les trois années suivant l'ouverture de celui-ci et à condition d'avoir versé une indemnité acceptable aux parties étrangères touchées, si elles en ont demandé une et qu'on a fait droit à leur demande. Il semble être impossible d'ouvrir un secteur aux investisseurs nationaux seulement, étant donné l'exigence du traitement national de l'ALÉNA.

Les restrictions s'appliquant aux initiatives des gouvernements sont atténuées par la capacité de ceux-ci de se soustraire à certaines obligations dans des secteurs particuliers. L'efficacité des retraits et la mesure dans laquelle le gouvernement canadien y a recours est de la plus grande importance pour la protection de notre droit de réglementer le système de soins de santé. Les gouvernements ne peuvent invoquer des critères discriminatoires pour empêcher les fournisseurs étrangers d'entrer sur le marché intérieur, mais ils ont le droit d'obliger les fournisseurs, nationaux et étrangers, à respecter des critères de nature à assurer la qualité des services. Cependant, lorsque des services de santé présentent des risques pour la santé des Canadiennes et des Canadiens, le gouvernement a le pouvoir d'empêcher la prestation de



ces services ou de refuser aux fournisseurs le droit d'exercer au Canada dans le cadre du régime public d'assurance-maladie, sans verser d'indemnité aux fournisseurs étrangers.

De toute évidence, l'AGCS et l'ALÉNA n'exigent pas l'ouverture du secteur canadien de la santé à la participation étrangère. Cependant, ils la permettent une fois qu'un secteur a été ouvert à la concurrence. En raison des indemnités, il pourrait se révéler coûteux de fermer un secteur qui fait déjà l'objet d'investissements étrangers. Le Conseil du commerce des services de l'OMC, par l'intermédiaire de l'AGCS, a le pouvoir d'empêcher un membre de nationaliser ou de réglementer un secteur ou un sous-secteur. Il exerce ce pouvoir en imposant des indemnités ou en refusant d'accorder des avantages aux fournisseurs de services du pays concerné sur les marchés étrangers.

L'Accord général sur le commerce des services englobe tous les services (couverture globale appelée « descendante »), « à l'exception des services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental » (alinéa I:3 b). Cette exception est précisée par l'alinéa I:3 c, par lequel l'AGCS s'étend à nouveau aux services publics fournis sur une base commerciale ou en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services. Les services de santé, s'ils sont fournis sur une base commerciale ou en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs, sont assujettis aux obligations imposées par l'AGCS. Adlung et Carzaniga (2001: 356) ont déclaré, sur un ton qui semble hypothétique, que les fournisseurs de services de santé publics et privés ne sont pas en concurrence en raison de l'existence même du secteur privé. Ils ont déclaré que les deux types de fournisseurs [*traduction*] « n'entrent pas en concurrence directement, ce qui signifie qu'ils ne fournissent pas les mêmes services ». Si leur interprétation est juste, les gouvernements devraient pouvoir maintenir un contrôle absolu sur la réglementation des hôpitaux publics, étant donné qu'ils ne seraient alors assujettis à aucune des dispositions de l'AGCS.

La santé est le secteur qui, après l'éducation, fait l'objet du moins grand nombre d'engagements. Le Canada est l'un des 40 pays qui n'a pas pris d'engagements directs à l'égard des services de santé. Les mesures dans ce secteur ne seront donc pas examinées par le Conseil du commerce des services. Cette situation ne changera pas tant que le secteur restera fermé à l'investissement privé. L'AGCS permet l'ouverture d'un secteur au moyen de négociations et d'accords avec d'autres pays, mais il ne précise pas si ce type de processus officiel est le seul moyen de « prendre l'engagement » d'ouvrir un secteur et, ainsi, de faire en sorte que ce secteur relève de l'accord. Le processus d'engagement à l'égard d'un secteur est donc important pour la protection des soins de santé au pays.

Parmi les deux accords, c'est l'ALÉNA qui pourrait le plus menacer les soins de santé, car il ne prévoit pas la protection globale (si grande soit-elle) que l'AGCS accorde aux services publics. Il comprend une section consacrée à des exemptions qui soustraient certaines « mesures » (lois, statuts, règlements, politiques, etc. du gouvernement ou de ses ministères ou organismes) au traitement national, au traitement de la nation la plus favorisée et aux clauses concernant la présence locale. Les provinces pouvaient exempter de l'ALÉNA toutes les mesures qu'elles voulaient avant une date limite, soit deux ans après l'entrée en vigueur de l'accord. Au cours de la dernière semaine précédant la date limite, elles se sont

précipitées pour exempter de l'accord leurs politiques en matière de santé, malgré l'assurance donnée par le gouvernement fédéral que ces politiques étaient déjà protégées par l'annexe II-C-9, qui couvre les dispositions relatives aux services de santé « dans la mesure où il s'agit de services sociaux établis ou maintenus à des fins publiques ». Pendant cette même semaine, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il avait conclu avec les États-Unis et le Mexique un « accord de principe » confirmant que l'ALÉNA ne s'appliquait pas aux soins de santé.

Il existe une exception générale quant à la prestation par le gouvernement de services sociaux, y compris de services de santé, mais elle ne protège que les mesures « qui ne sont pas incompatibles avec les dispositions de l'Accord ». La double négative signifierait que la prestation de soins de santé par le gouvernement devrait être conforme aux principes de l'accord, y compris ceux qui protègent les investissements étrangers au Canada. Un gouvernement qui désirerait fermer un secteur ou le réglementer d'une façon qui en réduirait la rentabilité pourrait recevoir des demandes d'indemnité financière des entreprises concernées. C'est cette règle qui, selon certaines personnes, fait qu'il est « impossible » de fermer un secteur une fois qu'il a été ouvert. Bien que, de toute évidence, cette fermeture ne serait pas impossible sur le plan technique, elle le serait très probablement sur le plan financier, en raison des indemnités qui pourraient en résulter. Les entreprises nationales ne peuvent demander de telles indemnités au gouvernement.

### **Sections de l'ALÉNA et de l'AGCS qui peuvent toucher la santé**

Les sections suivantes de l'ALÉNA et de l'AGCS ont une certaine incidence sur la prestation des services de santé au Canada.

#### ***ALÉNA***

Le chapitre 11 porte sur l'investissement.

#### **Article 1102 : Traitement national**

Cet article exige que les pays traitent les investisseurs étrangers de la même façon que les investisseurs nationaux.

1102.1 : Chacune des Parties accordera aux investisseurs d'une autre Partie 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.

Cependant, selon les réserves énumérées à l'annexe I, la règle du traitement national ne s'applique pas aux mesures concernant les investissements liés à la santé qui existaient lorsque l'ALÉNA est entrée en vigueur.

#### **Article 1103 : Traitement de la nation la plus favorisée**

Cet article exige que le gouvernement canadien accorde un traitement égal à tous les investisseurs étrangers.

1103.1 : Chacune des Parties accordera aux investisseurs d'une autre Partie un traitement non moins favorable que celui qu'elle accorde, dans des circonstances analogues, aux investisseurs de toute autre Partie ou d'un pays tiers, en ce qui concerne l'établissement, l'acquisition, l'expansion, la gestion, la direction, l'exploitation et la vente ou autre aliénation d'investissements.

De nouveau, en raison des réserves de l'annexe I, la règle de la nation la plus favorisée s'applique seulement aux mesures concernant les investissements liés à la santé qui sont entrées en vigueur après le 1<sup>er</sup> janvier 1994.

#### **Article 1105 : Norme minimale de traitement**

1105.1 : 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.

#### **Article 1106 : Prescriptions de résultats**

Cet article interdit aux gouvernements d'imposer des prescriptions de résultats à l'égard des nouveaux investissements. Il empêcherait le gouvernement canadien d'imposer des préférences à l'égard des biens et services canadiens dans le secteur des soins de santé.

1106.1 : Aucune des Parties ne pourra imposer ou appliquer l'une quelconque des prescriptions suivantes, ou faire exécuter un quelconque engagement, en ce qui concerne l'établissement, l'acquisition, l'expansion, la gestion, la direction ou l'exploitation d'un investissement effectué sur son territoire par un investisseur d'une autre Partie ou d'un pays tiers :

- a) exporter une quantité ou un pourcentage donné de produits ou de services;
- b) atteindre un niveau ou un pourcentage donné de contenu national;
- c) acheter, utiliser ou privilégier les produits ou les services produits ou fournis sur son territoire, ou acheter des produits ou services de personnes situées sur son territoire;
- d) lier de quelque façon le volume ou la valeur des importations au volume ou à la valeur des exportations ou aux entrées de devises attribuables à cet investissement;
- e) restreindre sur son territoire la vente des produits ou des services que cet investissement permet de produire ou de fournir, en liant de quelque façon cette vente au volume ou à la valeur des exportations ou aux entrées de devises;
- f) transférer une technologie, un procédé de fabrication ou autre savoir[-]faire exclusif à une personne située sur son territoire, sauf lorsque la prescription est imposée ou l'engagement exécuté par un tribunal judiciaire ou administratif ou par une autorité compétente en matière de concurrence, pour corriger une prétendue violation des lois

- sur la concurrence ou agir d'une manière qui n'est pas incompatible avec les autres dispositions du présent accord; ou
- g) agir comme le fournisseur exclusif d'un marché mondial ou régional pour les produits que l'investissement permet de produire et les services qu'il permet de fournir.

### **Article 1108 : Réserves et exceptions**

Cet article soustrait les subventions, les contributions et les achats du gouvernement fédéral aux règles concernant le traitement national, la nation la plus favorisée, la norme minimale de traitement et les prescriptions de résultats.

1108.1 : Les articles 1102, 1103, 1106 et 1107 ne s'appliquent pas :

- a) à une mesure non conforme existante qui est maintenue par :
  - (i) une Partie au niveau fédéral, ainsi qu'il est indiqué dans sa liste à l'annexe I ou III;

1108.7 : Les articles 1102, 1103 et 1107 ne s'appliquent pas :

- a) aux achats effectués par une Partie ou par une entreprise d'État; ou
- b) aux subventions ou aux contributions fournies par une Partie ou par une entreprise d'État, y compris les emprunts, les garanties et les assurances bénéficiant d'un soutien gouvernemental.

### **Article 1110 : Expropriation et indemnisation**

Cet article stipule que le gouvernement ne peut exproprier les investissements étrangers que s'il le fait pour une raison d'intérêt public et moyennant le versement d'une indemnité. Il pourrait être invoqué s'il se produisait un élargissement du régime d'assurance-maladie qui risquerait, par exemple, de faire en sorte qu'un investisseur des États-Unis perde son marché privé d'assurance-maladie.

1110.1 : 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 :

- a) pour une raison d'intérêt public;
- b) sur une base non discriminatoire;
- c) en conformité avec l'application régulière de la loi et le paragraphe 1105 (1); et
- d) moyennant le versement d'une indemnité en conformité avec les paragraphes 2 à 6.

Le chapitre 14 porte sur les services financiers et précise la façon dont les règles ci-dessus s'appliquent à ces types de services.

### **Article 1401 : Portée et champ d'application**

Cet article définit les règles concernant les services financiers, mais il exempte le régime d'assurance-maladie, étant donné qu'il s'agit d'un « régime de sécurité sociale institué par la loi ».

1401.3 : Aucune disposition du présent chapitre ne sera interprétée comme empêchant une Partie ou ses entités publiques d'exercer ou de fournir, à titre exclusif, sur son territoire :

- a) des activités ou des services faisant partie d'un régime de retraite public ou d'un régime de sécurité sociale institué par la loi; ou
- b) des activités ou des services pour le compte de la Partie ou de ses entités publiques, ou avec leur garantie ou à l'aide de leurs ressources financières.

Le chapitre 15 porte sur les restrictions concernant les monopoles et les fournisseurs exclusifs de services. Si un gouvernement souhaite désigner un nouveau monopole dans un secteur couvert, il peut être obligé de verser une indemnité, ce qui peut présenter un problème pour l'élargissement d'un régime public d'assurance-maladie.

### **Article 2101 : Exceptions générales**

Cet article décrit les exceptions que les gouvernements peuvent invoquer si les mesures qu'ils appliquent déjà sont nécessaires pour protéger la santé.

2101.2 : À condition que ces mesures ne soient pas appliquées de façon à constituer soit un moyen de discrimination arbitraire ou injustifié entre des pays où les mêmes conditions existent, soit une restriction déguisée au commerce entre les Parties, aucune disposition

- a) de la partie II (Commerce des produits), dans la mesure où une disposition de cette partie s'applique aux services,
- b) de la partie III (Obstacles techniques au commerce), dans la mesure où une disposition de cette Partie s'applique aux services,
- c) du chapitre 12 (Commerce transfrontière des services), et
- d) du chapitre 13 (Télécommunications)

ne sera interprétée comme empêchant l'adoption ou l'application par toute Partie des mesures nécessaires pour assurer l'application des lois et règlements qui ne sont pas incompatibles avec les dispositions du présent accord, et notamment des lois et règlements qui ont trait à la santé, à la sécurité et à la protection des consommateurs.

### **Annexe I-C-7**

Cette annexe exempte les mesures gouvernementales non conformes qui existaient déjà lors de l'entrée en vigueur de l'ALÉNA, le 1<sup>er</sup> janvier 1994. Cependant, lorsqu'une de ces mesures est abrogée, la protection assurée par l'annexe I prend fin en permanence.

Type de réserve : Traitement national (article 1102)

Description : Investissement

Lors de la vente ou de la cession du capital[-] action[s] ou des actifs d'une société d'État ou d'une entité publique existante, le Canada et chacune des provinces se réservent le droit d'interdire ou de limiter la propriété de tels intérêts ou actifs par des investisseurs d'une autre Partie ou d'un pays tiers ou leurs investissements, ainsi que la capacité des détenteurs de tels intérêts ou actifs de contrôler toute entreprise résultante. Le Canada et chacune des provinces se réservent en outre le droit d'adopter ou de maintenir des mesures touchant la nationalité des dirigeants ou des membres du conseil d'administration. Aux fins de la présente réserve :

a) toute mesure maintenue ou adoptée après l'entrée en vigueur du présent accord, au moment de la vente ou de la cession, visant à interdire ou limiter la propriété du capital[-]action[s] ou des actifs, ou à imposer des exigences de nationalité ainsi qu'il est décrit dans la présente réserve, sera réputée être une mesure existante; et « entreprise d'État » s'entend d'une entreprise détenue ou contrôlée au moyen d'une participation au capital par le Canada ou par une province, y compris toute entreprise établie après la date d'entrée en vigueur du présent accord aux seules fins de vendre ou de céder la participation au capital ou les actifs d'une société d'État ou d'une entité publique existante.

### **Annexe II-C-9**

Cette annexe permet au gouvernement canadien de soustraire les soins de santé à certaines règles de l'ALÉNA, dans la mesure où ces soins constituent un « service social établi ou maintenu à des fins d'intérêt public ».

Secteur : Services sociaux

Type de réserve : Traitement national (Articles 1102, 1202); Traitement de la nation la plus favorisée (Article 1203); Présence locale (Article 1205); Dirigeants et conseils d'administration (Article 1107)

Description : Services transfrontières et investissement

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.

### **AGCS**

#### **Supplément 1 de l'AGCS (GATS/SC/16/Suppl.1)**

Ce supplément engage le Canada à inclure les « services d'assurance-vie, d'assurance-accident et d'assurance-maladie » dans ses obligations aux termes de l'AGCS.

#### **Article I : Portée et définition**

Le paragraphe I:3 permet l'exclusion des services fournis par le gouvernement qui ne sont fournis ni sur une base commerciale ni sur une base concurrentielle.

Dans la mise en oeuvre de ses obligations et engagements au titre de l'Accord, chaque Membre prendra toutes mesures raisonnables en son pouvoir pour que, sur son territoire, les gouvernements et administrations régionaux et locaux et les organismes non gouvernementaux les respectent;

- les « services » comprennent tous les services de tous les secteurs à l'exception des services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental;
- un « service fourni dans l'exercice du pouvoir gouvernemental » s'entend de tout service qui n'est fourni ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services.

#### **Article II : Traitement de la nation la plus favorisée**

Cet article exige que le gouvernement canadien accorde un traitement égal à tous les fournisseurs étrangers.

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.

#### **Article VI : Réglementation intérieure**

Cet article vise à faire en sorte que la réglementation ne soit pas trop lourde.

Afin de faire en sorte que les mesures en rapport avec les prescriptions et procédures en matière de qualifications, les normes techniques et les prescriptions en matière de licences ne constituent pas des obstacles non nécessaires au commerce des services, le Conseil du commerce des services élaborera, par l'intermédiaire des organismes appropriés qu'il pourra établir, toutes disciplines nécessaires. Ces disciplines viseront à faire en sorte que ces prescriptions, entre autres choses :

- soient fondées sur des critères objectifs et transparents tels que la compétence et l'aptitude à fournir le service;
- ne soient pas plus rigoureuses qu'il n'est nécessaire pour assurer la qualité du service;
- dans le cas des procédures de licences, ne constituent pas en soi une restriction à la fourniture du service.

#### **Article VIII : Monopoles et fournisseurs exclusifs de services**

Cet article établit des restrictions sur les monopoles et les fournisseurs exclusifs de services. Si un gouvernement souhaite désigner un nouveau monopole dans un secteur couvert par l'Accord, il peut être tenu de verser une indemnité.

Si, après la date d'entrée en vigueur de l'Accord sur l'OMC, un Membre accorde des droits monopolistiques en ce qui concerne la fourniture d'un service visé par ses engagements spécifiques, ledit Membre le notifiera au

Conseil du commerce des services trois mois au moins avant la date prévue pour l'octroi effectif de droits monopolistiques, et les dispositions des paragraphes 2, 3 et 4 de l'article XXI seront d'application.

#### **Article XIV : Exceptions générales**

Cet article permet aux gouvernements d'adopter des mesures pour protéger la santé, même si celles-ci sont incompatibles avec d'autres obligations imposées par l'AGCS.

Sous réserve que ces mesures ne soient pas appliquées de façon à constituer soit un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable entre les pays où des conditions similaires existent, soit une restriction déguisée au commerce des services, aucune disposition du présent accord ne sera interprétée comme empêchant l'adoption ou l'application par tout Membre de mesures... nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux.

#### **Article XVI : Accès aux marchés**

Cet article interdit aux gouvernements d'imposer des restrictions à la fourniture de services. Étant donné que le Canada n'a pas inscrit les services de santé dans la liste des services couverts par l'AGCS, l'article XVI ne s'applique qu'à l'assurance-maladie, qui est inscrite dans cette liste.

Dans les secteurs où des engagements en matière d'accès aux marchés seront contractés, les mesures qu'un Membre ne maintiendra pas, ni n'adoptera, que ce soit au niveau d'une subdivision régionale ou au niveau de l'ensemble de son territoire, à moins qu'il ne soit spécifié autrement dans sa Liste, se définissent comme suit :

- a) limitations concernant le nombre de fournisseurs de services, que ce soit sous forme de contingents numériques, de monopoles, de fournisseurs exclusifs de services ou de l'exigence d'un examen des besoins économiques.
- b) limitations concernant la valeur totale des transactions ou avoirs en rapport avec les services, sous forme de contingents numériques ou de l'exigence d'un examen des besoins économiques;
- c) limitations concernant le nombre total d'opérations de services ou la quantité totale de services produits, exprimées en unités numériques déterminées, sous forme de contingents ou de l'exigence d'un examen des besoins économiques;
- d) limitations concernant le nombre total de personnes physiques qui peuvent être employées dans un secteur de service particulier, ou qu'un fournisseur de services peut employer et qui sont nécessaires pour la fourniture d'un service spécifique, et s'en occupent directement, sous forme de contingents numériques ou de l'exigence d'un examen des besoins économiques;



- e) mesures qui restreignent ou prescrivent des types spécifiques d'entité juridique ou de coentreprise par l'intermédiaire desquels un fournisseur de services peut fournir un service; et
- f) limitations concernant la participation de capital étranger, exprimées sous forme d'une limite maximale en pourcentage de la détention d'actions par des étrangers, ou concernant la valeur totale d'investissements étrangers particuliers ou des investissements étrangers globaux.

#### **Article XVII : Traitement national**

Cet article exige que les pays traitent les fournisseurs étrangers de la même façon que les fournisseurs nationaux. Il ne s'applique pas aux services de santé canadiens, car le Canada ne les a pas inscrits dans sa liste, mais il s'applique à l'assurance-maladie.

Dans les secteurs inscrits dans sa Liste, et compte tenu des conditions et restrictions qui y sont indiquées, chaque Membre accordera aux services et fournisseurs de services de tout autre Membre, en ce qui concerne toutes les mesures affectant la fourniture de services, un traitement non moins favorable que celui qu'il accorde à ses propres services similaires et à ses propres fournisseurs de services similaires.

#### **Article XXI : Modification des listes**

Cet article permettrait au Canada de mettre fin à l'engagement qu'il a pris en 1994 aux termes de l'AGCS relativement à l'assurance-maladie, étant donné que les pays peuvent retirer des engagements n'importe quand après les trois années suivant l'entrée en vigueur de ces engagements.

Un Membre (dénommé dans le présent article le «Membre apportant la modification») pourra modifier ou retirer tout engagement figurant sur sa Liste, à tout moment après que trois ans se seront écoulés à compter de la date à laquelle cet engagement est entré en vigueur, conformément aux dispositions du présent article.

#### **Alinéa 1 b) de l'annexe sur les services financiers**

Cette annexe définit les règles concernant les services financiers, mais elle ne s'applique pas au régime d'assurance-maladie, qui est considéré comme « un régime de sécurité sociale institué par la loi ».

Aux fins de l'alinéa 3 b) de l'article premier de l'Accord, les «services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental» s'entendent de ce qui suit :... autres activités menées par une entité publique pour le compte ou avec la garantie de l'État ou en utilisant les ressources financières de l'État.

## Répercussions sur le système canadien de soins de santé

### *Services fournis par les hôpitaux et les cliniques*

Le mouvement actuel vers le financement des services par le secteur privé et l'avènement des établissements à but lucratif en Alberta et dans d'autres provinces peuvent étendre les accords commerciaux conclus par le Canada à certains aspects du système canadien de soins de santé. Il est important de prendre en considération le danger inhérent au mouvement vers la commercialisation et la privatisation de la prestation des services de santé.

Les mesures de sauvegarde de l'ALÉNA ne tiendront plus si les services sont commercialisés. L'annexe I de l'ALÉNA protège les services non conformes qui existaient avant le 1<sup>er</sup> janvier 1994. Or, ces services ne seront plus protégés s'ils sont commercialisés. Par exemple, lorsque des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont fournis par le secteur privé, ils doivent être conformes à toutes les règles de l'ALÉNA.

L'annexe II-C-9 de l'ALÉNA permet au gouvernement canadien de soustraire les soins de santé à certaines des règles de cet accord, dans la mesure où ils constituent des « services sociaux établis ou maintenus à des fins d'intérêt public ». On peut se demander si un service de santé financé par l'État mais fourni par le secteur privé satisfait aux critères des « fins d'intérêt public ». Dans la négative, l'annexe II-C-9 ne protégerait plus ce type de service. L'expression « fins d'intérêt public » n'est pas définie, mais on risque de la définir étroitement. Par exemple, si les services sont fournis à la fois par le secteur public et une entreprise privée, il se peut que la réserve ne s'applique pas.

La prestation uniquement publique d'un service est protégée aux termes du paragraphe I:3 de l'AGCS. Cet article est libellé clairement de façon à protéger tous les services non fournis en concurrence avec d'autres services, avec d'autres fournisseurs ou dans un but lucratif. C'est la mesure dans laquelle cet article peut protéger les zones grises d'un service public qui n'est pas claire. Peut-on soutenir que les services ambulanciers d'urgence sont fournis dans un but lucratif au Canada parce qu'on exige des frais modérateurs? Ce serait étonnant. Peut-on affirmer que les établissements chirurgicaux privés autorisés à offrir des traitements la nuit sont des hôpitaux privés? Peut-être. Si l'on permet aux hôpitaux privés d'offrir des services parallèlement au secteur public, il se peut que les hôpitaux ne soient plus exemptés par les dispositions du paragraphe I:3. Une administration ou une entreprise hospitalière étrangère pourrait donc exploiter un hôpital dans un but lucratif au Canada.

En outre, on soutient que la prestation de services de santé à but non lucratif pourrait ouvrir le marché par l'intermédiaire des accords si elle comportait de la concurrence, voire une possibilité de profits. Selon le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA 2002a: 2), les États-Unis ont affirmé que les services fournis par une entreprise privée dans un but lucratif ou non lucratif sont entièrement assujettis aux règles de l'ALÉNA. Les hôpitaux canadiens sont déjà exploités dans un but non lucratif, mais l'on ne pourrait probablement pas affirmer qu'ils sont exploités par une entreprise privée. Bien que les particuliers et les gouvernements puissent avoir leur propre interprétation du paragraphe I:3, celui-ci n'est vraiment interprété qu'au cas par cas, lorsqu'un litige est soumis à un tribunal de l'OMC. Par le passé, les litiges ont rarement été tranchés en faveur du Canada, ce qui a entraîné des

règlements coûteux pour le gouvernement fédéral et l'abrogation volontaire de certains règlements.

Selon Pollock et Price (2000: 1996), en novembre 1999, le Conseil du commerce des services de l'OMC a discuté de l'application du paragraphe I:3 aux services de santé. Ses membres ont décidé que les exceptions prévues à ce paragraphe devaient être interprétées de façon étroite et ne couvraient pas tout le secteur. Cependant, Pollock et Price (2000: 1996) ont fait remarquer que les assurances officielles n'ont pas beaucoup de poids à long terme, étant donné que la raison d'être de l'AGCS est de rendre les services commercialisables. De toute façon, bien que l'OMC (1998) précise le droit des pays d'invoquer le paragraphe I:3, on y indique aussi qu'aucun pays ne l'a fait pour défendre ses règlements ou pour contester ceux d'un autre pays.

On ne sait pas clairement si l'exploitation de cliniques à but lucratif dans une province pourrait influencer sur les règles applicables à l'ensemble du Canada. Des chercheuses et des chercheurs croient que, étant donné que le traitement national est défini comme étant le meilleur traitement assuré dans une province, il n'est pas nécessaire que les provinces suivent les politiques des autres provinces. D'autres soutiennent que, si le gouvernement fédéral n'empêche pas la privatisation dans une province, un critère de traitement national pourrait être établi pour l'ensemble du pays. Il s'agit d'une question qui devra être tranchée par un tribunal de l'ALÉNA.

Un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens sont fermement opposés au transfert du système de soins de santé au secteur privé. Les Canadiennes et les Canadiens tiennent au système public de soins de santé, car il incarne les principes de l'égalité, de la compassion et de la générosité. On estime qu'un système privé, ou même un système mixte, ne serait pas en mesure de représenter ces idéaux. [*Traduction*] « Les soins de santé sont incompatibles avec une vocation lucrative. Dès que des soins sont fournis dans un but lucratif, ils cessent d'être de véritables soins. Cette contradiction morale est insurmontable. Elle revient à abandonner les valeurs acquises au cours de siècles de professionnalisation des soins de santé et de transformation de ceux-ci en service humanitaire » (Lown 1999, cité dans Evans *et al.* 2000). Les systèmes privés sont motivés par le profit. Or, un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens n'aiment pas l'idée de voir leur santé assujettie à des intérêts financiers.

Des études ont montré que les soins de santé ne sont pas touchés par les incitations commerciales et que, en fait, les hôpitaux privés sont moins efficaces et plus coûteux que les hôpitaux publics (Evans 1993). Evans *et al.* (2000) ont effectué une étude exhaustive des éléments économiques qui opposent les soins de santé privés et l'intérêt public. L'un de ceux-ci, et non le moindre, est le fait que le désir de maximiser les marges bénéficiaires peut entraîner une utilisation accrue de traitements inutiles ou d'une utilité douteuse. Fait encore plus important, la recherche, bien qu'elle ne soit pas absolument concluante, semble montrer que les hôpitaux à but lucratif enregistrent de moins bons résultats cliniques que ceux à but non lucratif. Devereaux *et al.* (2002) ont effectué un examen de 15 études auxquelles ont participé plus de 38 millions de personnes recevant des soins dans des hôpitaux américains.

Ils ont constaté que le risque de mortalité est beaucoup plus élevé dans les hôpitaux à but lucratif du secteur privé.

Du point de vue des ratios des dépenses sur les résultats cliniques, les pays dotés d'un système public de soins de santé obtiennent généralement un meilleur classement. Les États-Unis sont le seul pays industrialisé qui n'est pas doté d'un tel système. Parmi les pays industrialisés, il connaît le ratio le plus élevé des dépenses de santé sur le produit intérieur brut (Helliwell 2001) et certains des pires résultats. En fait, les résultats cliniques des États-Unis sont même pires que ceux de certains pays en développement, comme le Sri Lanka, qui ne dépense qu'une fraction des sommes consacrées à la santé par habitant aux États-Unis (OMC 1998).

Il ne fait donc aucun doute que le mouvement vers un système privé à but lucratif entraînera un accroissement des dépenses et une dégradation des résultats cliniques.

### *Assurance-maladie*

On considère que l'assurance-maladie fait partie du secteur des services financiers, et non pas de celui des services de santé. Par conséquent, elle est visée par le chapitre 14 de l'ALÉNA, qui porte sur les services financiers. Le chapitre 14 traite de la façon dont les règles types de l'ALÉNA (celles de la nation la plus favorisée, du traitement national, etc.) s'appliquent aux services financiers, mais il comprend aussi certaines règles tirées des autres chapitres. En particulier, le chapitre 14 englobe l'article 1110, tiré du chapitre sur les investissements, qui traite des règles concernant l'expropriation et l'indemnisation.

Le gouvernement du Canada n'a pas exclu expressément son régime d'assurance-maladie de l'ALÉNA ou de l'AGCS. Au lieu de cela, il soutient que ce régime est un « régime de sécurité sociale institué par la loi » et qu'il ne fait donc pas partie du secteur des services financiers visé par l'alinéa 1 b) de l'annexe de l'AGCS sur les services financiers et par l'article 1401 de l'ALÉNA. Le problème inhérent à cet argument est le fait qu'il n'a pas été vérifié et qu'il s'agit purement d'une question d'interprétation.

L'élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins à domicile ou aux médicaments d'ordonnance réduirait le marché de l'assurance-maladie privée, ce qui causerait un préjudice aux assureurs étrangers. Si cet élargissement était considéré comme une expropriation, les assureurs étrangers auraient le droit de demander une indemnité aux termes de l'article 1110 de l'ALÉNA. Le terme « expropriation » n'ayant pas été clairement défini, il n'est pas certain que la situation se produirait. De toute façon, les règles n'empêchent pas une telle expropriation. Cependant, la nécessité d'indemniser les assureurs américains ferait de l'élargissement de l'assurance-maladie une proposition coûteuse.

Si un régime d'assurance-médicaments était financé par des sources privées ou par un système mixte public-privé, il y aurait moins de possibilités de demande d'indemnisation. Cependant, un système privé ou mixte élargirait le marché des assureurs américains et, par le fait même, accroîtrait les frais d'indemnisation éventuels. Cette situation pourrait limiter la capacité du gouvernement canadien de modifier la méthode de financement à l'avenir.

Selon l'article XXI de l'AGCS, il est permis à un pays d'annuler ses engagements après trois ans à compter de la date de leur entrée en vigueur. Il se peut que le Canada désire invoquer cet article pour retirer l'assurance-maladie des secteurs couverts par l'AGCS.

### **Répercussions sur les Canadiennes**

Ces changements au système canadien de soins de santé toucheraient les Canadiennes de plusieurs façons. Étant donné que les femmes utilisent le système de santé plus que ne le font les hommes (Tudiver et Hall 1996), elles seraient plus touchées par une réduction du service ou une détérioration des résultats cliniques. Les femmes sont surreprésentées parmi les pauvres, car elles constituent 70 p. 100 des personnes vivant dans la pauvreté (Grant-Cummings et Phillips 1998). Étant donné que les personnes pauvres connaissent les pires résultats cliniques, ce sont les femmes qui souffriraient le plus du passage à un système de soins de santé privé à but lucratif.

Depuis l'adoption du libre-échange, les États-Unis ont obligé le Canada à accepter le prolongement de la durée des brevets et ont exigé qu'il mette fin au régime des licences obligatoires, de sorte que les médicaments d'ordonnance sont devenus beaucoup plus coûteux (Lexchin 2001). En fait, de 1985 à 1998, le coût des médicaments d'ordonnance a augmenté deux fois plus rapidement que l'ensemble des dépenses de santé (ICIS 2001). Ce phénomène touche particulièrement les Canadiennes et les Canadiens qui n'ont pas d'assurance-maladie supplémentaire. Étant donné qu'elles sont moins susceptibles que les hommes de bénéficier d'un régime d'assurance privé (comme le montre l'analyse présentée plus loin), les femmes sont plus durement touchées qu'eux par la hausse du prix des médicaments.

Un programme national d'assurance-médicaments contribuerait à réduire le prix des médicaments, étant donné que le gouvernement pourrait négocier des prix inférieurs et que les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime privé seraient désormais couvertes. Cependant, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, un tel programme serait sans doute difficile, voire impossible, à réaliser, compte tenu des règles de l'ALÉNA et de l'AGCS. Dans ce cas aussi, les femmes seraient plus durement touchées que les hommes, étant donné qu'elles sont moins nombreuses à bénéficier d'un régime d'assurance privé.

Il en est de même des soins à domicile. Lorsque ces soins ne sont pas couverts par un régime d'assurance, ils sont généralement fournis par des femmes (Anderson 1993). En outre, les deux tiers des bénéficiaires de soins à domicile sont des femmes (Armstrong et Armstrong 1999). Encore une fois, il peut se révéler difficile de faire passer ce programme dans le secteur public, en raison des accords commerciaux conclus par le Canada. De plus, les personnes qui ne bénéficient pas ou dont la famille ne bénéficie pas d'un régime d'assurance-maladie supplémentaire se retrouveront dans une situation encore pire.

### 3. EXAMEN DE LA DOCUMENTATION

Dans la présente section, nous examinons la documentation sur la mondialisation et sur les répercussions du commerce sur les femmes.

#### **La mondialisation**

##### *Documents spécialisés*

La mondialisation risque notamment de causer des pertes d'emplois pas suite du transfert de la production à des pays qui sont plus efficaces ou dans lesquels les salaires sont inférieurs. Non seulement les marchandises, mais aussi les services, peuvent être produits à l'étranger. En théorie, un marché mondial accroît la concurrence et oblige les entreprises à améliorer leur efficacité. Cependant, la mondialisation a entraîné des mises à pied, le passage au travail à temps partiel souple ou au travail à forfait, ainsi qu'une diminution de la rémunération (Ostry 2001; Blacklock 2002). La facilité avec laquelle on peut transférer les emplois peu spécialisés à des pays où les salaires sont bas a fortement incité les pays industriels à se spécialiser dans la production à forte intensité de main-d'oeuvre qualifiée (Wood 1995). Les femmes sont largement surreprésentées dans les emplois peu spécialisés, à temps partiel et à bas salaire. Étant donné que ces emplois supportent le poids des « améliorations de l'efficacité », c'est aux femmes que l'accroissement du commerce cause le plus grand préjudice. Richardson (1995: 47) a déclaré que les personnes déplacées par le commerce sont en grande majorité des femmes. Beach et Finnie (1998: 20) ont constaté que les emplois non permanents ou de courte durée influent de plus en plus sur l'échelle des revenus des hommes et sur la plage inférieure de l'échelle des revenus des femmes, mais que, en ce qui concerne l'ensemble des femmes, la proportion des travailleuses permanentes a augmenté légèrement. L'accroissement de la mobilité ascendante des revenus chez les femmes provient surtout de l'amélioration des revenus des groupes à revenus moyens et élevés. La mondialisation s'est accompagnée d'avantages, tels qu'une augmentation des salaires moyens. Toutefois, ce sont les femmes qui ont subi le plus de pertes liées au commerce.

Il est à remarquer que les entreprises qui sont entrées en concurrence à l'échelle mondiale par l'intermédiaire des exportations versent généralement de meilleurs salaires et ont un taux de syndicalisation plus élevé que les entreprises qui ne font pas d'exportation (Richardson 1995; Harcourt 2001). Dans une étude signalée par Harcourt (2001), on mentionne que les entreprises exportatrices non seulement versent des salaires dépassant de 60 p. 100 ceux des entreprises non exportatrices, mais aussi qu'elles investissent davantage dans l'éducation et la formation, que les négociations collectives y sont plus fréquentes et les emplois permanents à plein temps plus nombreux, et qu'elles ont pris un plus grand engagement envers la santé et la sécurité au travail. Des recherches effectuées en Bulgarie, au Chili et à Taïwan (Harcourt 2001) en sont arrivées à des conclusions semblables.

##### *Articles de journaux sur le commerce et la santé*

Dans les années 1980, la plus grande crainte semblait être la possibilité que les soins de santé publics soient considérés comme des services subventionnés et que, par conséquent, ils soient assujettis aux procédures de règlement des litiges et fassent l'objet de représailles

de nature commerciale. Selon un article (Patterson 1985), les États-Unis ont déjà adopté la position selon laquelle l'assurance-emploi est une subvention déloyale. Certains auteurs et auteurs se plaignent du temps qu'on met à définir les subventions acceptables (Hickl-Szabo 1985). Étant donné les accords commerciaux en vigueur, on s'attend à un accroissement des pressions exercées en vue de la réduction des dépenses gouvernementales au bénéfice du marché (Godsoe 1988). Les administrations du Canada et des États-Unis (Howard 1989; Ritchie 1988; *Globe and Mail* 1985) ainsi que de nombreuses autres (Patterson 1985) ont refusé de reconnaître que les programmes sociaux seraient touchés. Certaines personnes soutiennent que les règles du GATT concernant les subventions permettent les programmes qui fournissent une protection universelle et éliminent donc toute menace liée à des subventions dans notre système de soins de santé (Ritchie 1988). Un organisme de défense du libre-échange fait remarquer que le Canada a conclu plus de 200 accords et ententes avec les États-Unis, mais n'a pas connu de convergence descendante de ses programmes sociaux (Canadian Alliance for Free Trade 1988a). En outre, les personnes qui estiment que les dépenses et les programmes sociaux sont menacés par les accords sont accusées de recourir à des tactiques alarmistes (Warnock 1985). L'opposition est aussi accusée de ne pas connaître le texte des accords (Ritchie 1988).

Plus récemment, des auteurs et des auteurs ont soutenu que les soins de santé sont en butte à des attaques non seulement en tant que services subventionnés, mais aussi comme services publics. Ces personnes croient que l'ALÉNA présente une menace, étant donné qu'il permet la privatisation des services de santé et que, ainsi, il ouvre le secteur aux règles et obligations qu'il impose (*Winnipeg Free Press* 1999; Schoffield 2000). Compte tenu des droits des investisseurs énoncés dans l'ALÉNA, certaines personnes affirment que, une fois le secteur ouvert, il nous faudrait traiter les entreprises étrangères et nationales de la même façon pour ce qui est des subventions et des contrats gouvernementaux, et que nous serions incapables de faire marche arrière (Schoffield 2000: A1). Dans un éditorial de journal, on a soutenu que, si une province ouvrait son secteur des soins de santé aux organisations étrangères à but lucratif, les autres provinces seraient contraintes de privatiser les soins de santé (*Winnipeg Free Press* 1999). D'autres personnes ont affirmé que l'ALÉNA ne peut avoir d'incidence sur les soins de santé (*Globe and Mail* 1988; Canadian Alliance for Free Trade 1988b).

## **Le commerce et les femmes**

### ***Documents spécialisés sur les salaires et les emplois des femmes***

Adrian Wood (1995) a défini la main-d'oeuvre qualifiée comme étant composée de travailleuses et de travailleurs qui ont plus qu'une formation de base. Il existe une forte concentration de femmes dans les emplois peu rémunérateurs, vraisemblablement peu spécialisés (Soroka 1999). Toutefois, la proportion des femmes qui font des études plus poussées est à la hausse. De 1976 à 1988, la proportion des Canadiennes âgées de 25 à 44 ans qui sont titulaires de grades universitaires est passée de 13 à 26 p. 100, et celle des hommes du même groupe d'âge, de 17 à 22 p. 100 (Helliwell 2001). Par conséquent, les femmes contribuent plus que les hommes à accroître la main-d'oeuvre qualifiée. Bien que ces chiffres soient encourageants, le rapport des revenus des diplômées et diplômés universitaires sur ceux des diplômés du secondaire a légèrement baissé au Canada durant les années 1980 et 1990,

l'accroissement du nombre de travailleuses et travailleurs instruits ayant réduit la « prime à l'éducation » au pays (Helliwell 2001: 114). Le taux de participation des femmes est supérieur chez celles dont le niveau d'instruction est élevé que chez celles dont le niveau d'instruction est peu élevé.

Heureusement, malgré une réduction de l'avantage que constitue l'éducation, on estime que les femmes au Canada ont connu une croissance des revenus d'au moins 10 p. 100 de 1985 à 1995 (Wolfson et Murphy 1998), ce qui a contribué à combler l'écart entre leurs revenus et ceux des hommes. Cet écart est passé de 2,53 en 1980 à 2,02 en 1990 (Soroka 1999). On rapporte que les revenus des femmes sont répartis plus inégalement que ceux des hommes (Soroka 1999). Wolfson et Murphy (1998) ont trouvé des preuves peu concluantes montrant que l'inégalité des revenus des femmes est à la hausse ou à la baisse, mais il se peut que l'accroissement des revenus de ces dernières soit inférieur à l'accroissement de ceux des hommes. Ces chercheurs ont aussi constaté que, dans l'ensemble, l'inégalité et la polarisation des revenus au Canada ont diminué entre 1985 et 1995. La polarisation des revenus des Canadiennes a augmenté de 1974 à 1985, mais elle a diminué depuis.

Beach et Finnie (1998) ont examiné des données canadiennes sur la mobilité et la répartition des revenus de 1982 à 1994. Bien que le début de cette période soit antérieur à l'ALÉ, ces chercheurs ont divisé l'échantillon en deux sous-périodes de six ans. Les travailleuses et les travailleurs arrivant sur le marché du travail ont connu une baisse de revenus, mais ceux des autres catégories de revenus ont connu une hausse moyenne. Les chercheurs ont constaté que les femmes sont plus susceptibles de connaître une baisse de revenus et moins susceptibles de passer à une catégorie salariale plus élevée que ne le sont les hommes. Leurs constatations ont renforcé la croyance selon laquelle les femmes s'en tirent moins bien que les hommes sur le marché du travail. Leur rapport a aussi montré que, toutes proportions gardées, la mobilité ascendante des femmes s'améliore et leur mobilité descendante diminue, tandis que la mobilité ascendante des hommes diminue et que leur mobilité descendante augmente. Ces gains des femmes sont concentrés chez les travailleuses les plus âgées et les mieux rémunérées. Les jeunes femmes connaissent une plus grande mobilité descendante que les jeunes hommes et elles sont moins susceptibles d'atteindre le niveau de revenu le plus élevé. Nous pouvons donc supposer que les femmes ont une plus grande tendance à être sous-employées, et, ainsi, à toucher une faible rémunération et à connaître une baisse de revenus. Il est peu probable que nous puissions attribuer un préjudice direct à l'accroissement du commerce. Cependant, nous pouvons supposer que les femmes sont susceptibles d'être plus durement touchées que les hommes par les pertes d'emplois ou de revenus attribuables au commerce et que les femmes jeunes et moins bien rémunérées seraient les plus touchées. Notre hypothèse est renforcée par le fait que les emplois les plus menacés de disparition ou dont le salaire risque le plus d'être réduit ont tendance à être ceux des travailleuses et travailleurs les moins rémunérés qui arrivent sur le marché du travail.

Daniel Schwanen (2001) a examiné les effets d'événements officiels et non officiels qui ont suscité un accroissement du commerce. Il s'est principalement penché sur l'ALÉ, l'ALÉNA et le cycle d'Uruguay, au cours duquel on a remanié le GATT et créé l'OMC et l'AGCS. Il affirme que la période allant de 1989 à 1996 a été marquée par une baisse de l'emploi manufacturier, lequel est depuis revenu aux niveaux où il se trouvait avant 1989



(Schwanen 2001: 168). Schwanen a donc conclu que les pertes d'emplois attribuables au commerce ont été compensées. Il a également effectué une analyse afin de déterminer quelles étaient les personnes touchées par la restructuration qui s'est produite dans les industries après l'entrée en vigueur de l'ALÉ, et il a montré que les industries qui ont connu le plus de pertes liées au commerce étaient celles comprenant un grand pourcentage de travailleuses et de travailleurs dont le niveau d'instruction était peu élevé. Seules les industries les moins sensibles au commerce comptaient une plus grande proportion de femmes que d'hommes. Cette situation semble indiquer que les femmes, en particulier celles ayant moins d'instruction, représentent un grand pourcentage de l'ensemble des travailleuses et des travailleurs des secteurs qui ont connu des pertes d'emplois et de revenus depuis l'entrée en vigueur de l'ALÉ, bien que ces secteurs soient aussi ceux qui ont été les moins touchés par le commerce.

Au Canada, on constate un mouvement général du secteur de la fabrication vers celui des services. Il est pertinent de traiter de ce sujet dans le cadre de notre étude, étant donné que les industries des services ont récemment été incluses dans les accords commerciaux et que ce mouvement semble avoir des répercussions différentes sur les femmes et sur les hommes. Chose inattendue, selon Richardson (1995: 49), de récents rapports montrent que les salaires du secteur des services suivent de près ceux du secteur de la fabrication et que l'écart est en train de se refermer. Cette constatation est toutefois fondée sur des données américaines. Il existe une plus faible concentration d'emplois à revenus moyens dans le secteur des services que dans celui de la fabrication, et une faible proportion de femmes dans ces emplois (Soroka 1999). Soroka (1999: 572) a aussi constaté que, en 1990, l'écart s'est accru entre l'échelle des revenus des femmes et celle des hommes à mesure que l'emploi du secteur des services augmentait par rapport à celui du secteur de la fabrication. Les femmes ont senti un peu plus que les hommes les répercussions de ce changement.

### *Articles de journaux sur le commerce et les femmes*

Les analyses des répercussions des accords sur les deux sexes sont rares. Les articles dans lesquels on mentionne ces différences soulignent surtout les répercussions négatives sur les femmes qui sont attribuables à la forte présence de celles-ci dans les industries protégées contre le commerce (Hurtig et Cameron 1988; Warnock 1985; Sheppard 1987; Morris 1989). Dans l'un de ces articles (Morris 1989), on soutient que 44 p. 100 des emplois manufacturiers occupés par des femmes se trouvent dans les industries les plus sensibles au commerce. Le secteur canadien des services représentant 70 p. 100 de notre économie en 1988 (*Globe and Mail* 1988), l'on craignait que les fournisseurs américains de services n'inondent le marché (Sheppard 1987). Un autre article (Philp 1994), qui porte sur les salaires et les prestations d'assurance-emploi, signale des réductions radicales du revenu réel des personnes qui touchaient le salaire minimum. On soutient aussi que les parents seuls sont les plus susceptibles d'être pauvres et constituent le segment de la population dont le recours à l'aide sociale s'accroît le plus rapidement (Philp 1994). Dans un article concernant les accords du GATT de 1994, on s'interroge sur la possibilité d'une répartition équitable des perspectives économiques, des emplois et des ressources (McKenna 1994: B12).

## 4. ANALYSE DES DONNÉES

Dans la présente section, nous examinons des renseignements concernant la santé des Canadiennes et des Canadiens en 1986 et en 1998. Nous commençons par examiner l'état de santé déclaré par les personnes interrogées, selon la profession et le groupe d'âge, et nous constatons que, parmi les personnes mariées des deux sexes, la plupart étaient en meilleure santé en 1998 qu'en 1986, les personnes en chômage, les travailleuses et travailleurs du secteur des services et les travailleuses et travailleurs du secrétariat ayant le pire état de santé. Parmi les personnes non mariées, les femmes ont en général déclaré un état de santé pire que celui des hommes et ont dit se sentir moins bien en 1998 qu'en 1986. Deuxièmement, nous déterminons quelles sont, parmi les Canadiennes et les Canadiens, les personnes qui bénéficient de régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments, et nous divisons de nouveau la population selon la profession et le groupe d'âge. Nous montrons que les travailleuses des secteurs de l'industrie et des services sont les personnes les moins assurées. Enfin, nous identifions, parmi les Canadiennes et les Canadiens, les personnes dont les dépenses de santé sont les plus élevées, et nous constatons que ces dépenses augmentent avec l'âge et que les femmes ayant de faibles revenus ont consacré une plus grande partie de ceux-ci aux soins de santé en 1998 qu'en 1986.

Comme nous l'avons déjà mentionné, notre analyse porte sur 1986, période précédant de deux ans la signature de l'ALÉ, et sur 1998, période survenant quatre ans après l'entrée en vigueur de l'ALÉNA. Bien sûr, il serait très utile de pouvoir déterminer les changements relatifs aux résultats cliniques qui sont *uniquement* attribuables aux accords commerciaux et ceux qui n'ont fait que se produire en même temps. Cependant, cette causalité est extrêmement difficile, voire impossible, à établir. Selon la définition qu'en donnent les économistes (Granger 1969), une variable est réputée causer la deuxième si la première précède la deuxième dans le temps. En ce sens, l'accroissement du commerce attribuable à la participation du Canada aux accords commerciaux cause effectivement les changements décrits ci-dessous.

### Données

L'analyse quantitative effectuée dans la présente étude repose sur des données tirées de l'Enquête sociale générale (ESG) de 1986, de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998, de l'Enquête sur les dépenses des familles (EDF) de 1986 et de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) de 1998.<sup>1</sup> Ce sont toutes des enquêtes nationales effectuées par Statistique Canada. Nous avons utilisé des fichiers à grande diffusion obtenus dans le cadre de l'Initiative de démocratisation des données. Des pondérations des enquêtes sont fournies et utilisées dans toutes les analyses liées à la présente étude. L'ESG et l'ENSP ont permis de recueillir des renseignements sur l'état de santé, les comportements en matière de santé et les caractéristiques démographiques. L'EDF et l'EDM ont permis de recueillir des renseignements sur les habitudes de dépenses de la famille des personnes interrogées au cours de l'année précédant la date de l'enquête. Le cadre d'échantillonnage de toutes les enquêtes est l'Enquête sur la population active de Statistique Canada.

La population cible de l'ESG de 1986 comprenait toutes les personnes âgées de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé dans l'une des provinces. Cette enquête, effectuée en février et mars 1987, porte sur l'année civile 1986. L'enquête de 1986 était conçue pour fournir des renseignements sur les familles et les personnes seules (unités de dépense) vivant dans un ménage privé dans les 10 provinces canadiennes ainsi qu'à Whitehorse et à Yellowknife.

L'EDM est effectuée à la grandeur du Canada, dans les 10 provinces. Elle permet d'obtenir des renseignements détaillés sur les dépenses effectuées par les ménages durant l'année de référence (année civile précédente). Cette enquête fait état des caractéristiques du logement et des appareils et accessoires ménagers possédés au 31 décembre de l'année de référence. Elle comprend la majeure partie du contenu de l'EDF.

L'analyse effectuée dans le cadre de la présente étude porte sur les personnes âgées de 20 à 65 ans, c'est-à-dire sur la population d'âge actif. Nous examinons séparément le cas des personnes mariées et celui des personnes qui ne le sont pas (personnes seules, séparées, divorcées, et veuves et veufs). Les tableaux sont subdivisés selon le sexe et la situation professionnelle ou le quintile de revenu.<sup>2</sup> La situation professionnelle était indiquée dans les enquêtes sur la santé, mais non pas dans les enquêtes sur les dépenses. Les renseignements sur les dépenses de santé et d'assurances sont subdivisés par quintiles de revenu. Le revenu est ajusté selon la taille de la famille, c'est-à-dire divisé par la racine carrée de la taille du ménage.

Se servant de 16 codes professionnels figurant dans l'ENSP, l'EDF et l'EDM et de 25 codes professionnels figurant dans l'ESG, on a ramené la situation professionnelle à seulement six professions et aux deux groupes de personnes qui ont répondu « sans emploi » ou « pas de profession ». Le groupe « administratif et professionnel » comprend les personnes détenant des titres d'administratrices ou d'administrateurs et des titres professionnels. Les travailleuses et travailleurs du secteur public comprennent les enseignantes et enseignants et les fonctionnaires. La catégorie « industrie et construction » comprend tous les codes associés à l'industrie primaire ou secondaire ou au secteur de la construction. Le « secteur des services » comprend les postes dont le code est associé à la vente et aux services, et le secteur du secrétariat comprend les postes d'adjointes ou d'adjoints administratifs et les autres postes du secrétariat.

Les tableaux ont pour objet d'indiquer les groupes de personnes qui seront les plus touchés par l'éventuelle privatisation du secteur des soins de santé. Lorsqu'on disposait de données, celles-ci ont été présentées pour 1986 (avant l'adoption du libre-échange) et pour 1998 (données les plus récentes disponibles aux fins des statistiques sur la santé). Dans certains cas, il faut considérer les statistiques avec prudence, parce que les cellules étaient extrêmement petites. Les cellules comprenant moins de cinq observations n'ont pas été incluses dans le rapport.

## État de santé

Les variables concernant l'état de santé ont été fournies par les personnes interrogées lors des enquêtes sur la santé. En 1986, les personnes interrogées pouvaient déclarer que leur état de santé était excellent, bon, passable ou mauvais. En 1998, elles pouvaient indiquer qu'il était excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.

Le tableau 1 indique l'état de santé des femmes et des hommes mariés, selon l'âge et la situation professionnelle, signalé en 1986 par les personnes interrogées. En premier lieu, nous examinons l'état de santé des femmes par rapport à celui des hommes, selon la situation professionnelle. Dans le groupe administratif et professionnel, les femmes ont été plus nombreuses à déclarer un excellent état de santé, dans tous les groupes d'âge. À l'exception des femmes de 40 à 54 ans, elles ont été moins nombreuses à signaler un état de santé passable ou mauvais. Les travailleuses et les travailleurs du secteur public âgés de 40 à 54 ans ont déclaré un état de santé semblable, mais les femmes les plus jeunes ont signalé un meilleur état de santé, et celles de 30 à 39 ans, un moins bon état de santé que les hommes du même âge. Les travailleuses de la santé de 20 à 29 ans et de 40 à 54 ans ont déclaré un état de santé pire que celui des travailleurs de la santé des mêmes groupes d'âge. L'état de santé est semblable chez les 30 à 39 ans. Il est à noter que le groupe le plus âgé compte trop peu de travailleurs de la santé pour qu'on l'inclue dans le rapport. Dans le secteur de l'industrie et de la construction, les femmes et les hommes des deux groupes les plus jeunes ont déclaré un état de santé semblable. Chez les 40 à 54 ans, les femmes se sont dites en meilleure santé que les hommes, mais l'inverse s'est produit chez les personnes plus âgées. Les travailleuses et les travailleurs du secteur des services ont déclaré un état de santé semblable. Cependant, chez les plus jeunes (de 20 à 29 ans), beaucoup moins de femmes que d'hommes se sont dites en excellente santé, soit 26,85 p. 100 par rapport à 45,31 p. 100. Dans le cas du personnel de secrétariat, la principale différence réside dans le fait que plus d'hommes ont signalé un mauvais état de santé, particulièrement dans les groupes les plus âgés, où 25,84 et 26,12 p. 100 des hommes respectivement ont indiqué que leur état de santé était passable ou mauvais par rapport à 5,49 et 12,99 p. 100 des femmes respectivement. Par conséquent, dans le cas des femmes et des hommes mariés, on ne peut pas conclure qu'il existe des différences constantes ou frappantes dans l'état de santé des deux sexes pour différentes situations professionnelles.

Le tableau 2 montre l'état de santé des femmes et des hommes selon l'âge et la situation professionnelle en 1998. En général, l'état de santé des hommes était au moins aussi bon que celui des femmes; dans certains cas, il était même meilleur. Dans la catégorie des administratrices et des administrateurs, les femmes âgées ont été moins nombreuses que les hommes âgés à se dire en excellente santé, mais un plus grand nombre de celles-ci ont déclaré un très bon ou un bon état de santé. Les administratrices de 30 à 39 ans et de 40 à 54 ans ont été beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer un état de santé passable ou mauvais : 8,32 et 9,55 p. 100 respectivement l'ont fait par rapport à 3,75 et 1,23 p. 100 respectivement chez les hommes. Chez les travailleuses et les travailleurs du secteur public, par rapport aux hommes, les femmes du groupe le plus jeune ont été moins nombreuses à déclarer un excellent ou un bon état de santé, mais plus nombreuses à déclarer un très bon état de santé. L'inverse s'est produit chez les deux groupes d'âge suivants. Les deux groupes d'âge moyen de travailleuses de la santé ont déclaré un moins bon état de

santé que leurs homologues masculins, tout comme l'ont fait tous les groupes d'âge des travailleuses et travailleurs de l'industrie et de la construction, à l'exception du groupe des femmes de 30 à 39 ans, qui ont déclaré un état de santé semblable à celui de leurs homologues masculins. Dans le secteur des services, les femmes du groupe le plus jeune se sont dites en moins bonne santé que les hommes du même groupe; celles des deux groupes intermédiaires ont signalé un état de santé semblable à celui des hommes; celles du groupe le plus âgé ont déclaré un meilleur état de santé que celui des hommes du même groupe. Enfin, dans le cas des personnes qui n'ont pas déclaré de profession, les hommes ont été beaucoup plus nombreux que les femmes à déclarer un état de santé passable ou mauvais, sauf chez le groupe le plus jeune. En 1998, les femmes qui travaillaient dans le secteur de l'industrie, des services ou de la santé semblaient, selon leurs déclarations, être en moins bonne santé que les hommes des mêmes secteurs.

Pouvons-nous dire quelque chose de la différence dans l'état de santé au fil des ans avant et après la signature des accords commerciaux? Étant donné la différence entre les réponses fournies dans le cadre des enquêtes sur la santé de 1986 et de 1998, nous tiendrons principalement compte des personnes qui ont déclaré un état de santé passable ou mauvais, parce qu'il s'agissait d'une réponse courante pour les deux années et parce que les personnes concernées seraient les plus susceptibles d'avoir besoin du système de soins de santé.

Dans le cas des hommes mariés, les résultats sont tout à fait uniformes pour l'ensemble des groupes d'âge et des cellules de professions. Les hommes ont été moins nombreux à déclarer un état de santé passable ou mauvais en 1998 qu'en 1986. C'est seulement chez ceux qui n'ont pas déclaré de profession que, en 1998, les deux groupes d'âge intermédiaires ont signalé un état de santé passable ou mauvais en plus grand nombre qu'en 1986. Dans la plupart des cas, l'écart dans le pourcentage des personnes qui ont déclaré un état de santé passable ou mauvais est considérable. Dans la catégorie de l'administration, le pourcentage des hommes qui ont déclaré un état de santé passable ou mauvais en 1986 va de 7,5 p. 100 pour les personnes âgées de 40 à 54 ans à 16,5 p. 100 pour le groupe le plus âgé. En 1998, le pourcentage des hommes qui ont déclaré un état de santé passable ou mauvais va de 0 p. 100 pour le groupe le plus jeune à 3,75 p. 100 pour le groupe des 30 à 39 ans, celui des hommes de 40 à 54 ans étant de 1,23 p. 100 seulement, et celui du groupe le plus âgé étant de 2,45 p. 100. Chez ce dernier, les travailleurs du secteur du secrétariat et des services semblent compter la proportion la plus élevée de personnes qui ont déclaré un mauvais état de santé pour les deux années (après les personnes n'ayant pas déclaré de profession).

Dans le cas des femmes mariées, la situation est semblable, mais moins uniforme. En 1998, la plupart des membres des groupes d'âge et de professions ont déclaré, en moyenne, avoir un état de santé semblable à celui de 1986 ou meilleur que celui de 1986. Les exceptions ont été les administratrices âgées de 30 à 39 ans et les travailleuses de la construction de 20 à 29 ans et de 40 à 54 ans. En 1986, dans tous les groupes d'âge, les femmes sans emploi sont celles qui étaient en moins bonne santé. Elles sont suivies des travailleuses du secteur des services. Chez les femmes de 55 à 65 ans, les travailleuses de l'administration viennent au troisième rang pour ce qui est du pire état de santé, mais, chez le groupe le plus jeune, les

travailleuses du secrétariat se sont dites en moins bonne santé que les travailleuses de l'administration.

En résumé, chez les personnes mariées, l'état de santé des travailleuses et travailleurs de la plupart des groupes d'âge et de professions était en général meilleur en 1998 qu'en 1986. Cependant, les personnes qui étaient sans emploi ou qui n'ont pas déclaré de profession, les travailleuses et travailleurs du secteur des services et les travailleuses et travailleurs du secrétariat semblent être les personnes qui s'en sont le plus mal tirées en 1986 et en 1998.

Le tableau 3 présente les résultats des personnes non mariées en 1986. Les femmes de nombreux groupes d'âge et de professions ont déclaré un moins bon état de santé que les hommes. Quant aux personnes qui ont déclaré être des administratrices ou des administrateurs, les femmes ont déclaré un meilleur état de santé que celui des hommes dans le groupe des 20 à 29 ans et des 40 à 54 ans, un état de santé semblable à celui des hommes dans le groupe des 30 à 39 ans et un moins bon état de santé que celui des hommes dans le groupe le plus âgé. Dans la catégorie des professions du secteur public, les femmes ont déclaré un meilleur état de santé dans le groupe le plus jeune et dans le groupe le plus âgé. Les deux groupes intermédiaires ont affiché des résultats mixtes : un moins grand nombre de femmes que d'hommes ont déclaré un excellent état de santé, mais un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont déclaré un état de santé passable. Les travailleuses des secteurs de l'industrie, de la construction et du secrétariat ont déclaré un moins bon état de santé que les travailleurs de ces secteurs, peu importe le groupe d'âges. Il en est de même des travailleuses du secteur des services, à l'exception de celles qui avaient de 40 à 54 ans. Dans ce secteur, moins d'hommes que de femmes ont déclaré un excellent état de santé, mais un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont déclaré un état de santé passable ou mauvais (situation inverse à celle du secteur public). Les personnes qui étaient sans emploi ont déclaré un état de santé assez semblable.

Lorsque nous examinons les différences entre les sexes dans l'état de santé en 1986, les femmes s'en sont tirées plus mal en général, en particulier dans les secteurs de l'industrie et de la construction, du secrétariat et des services.

Le tableau 4 présente les résultats des personnes non mariées en 1998. La situation est semblable à celle de 1986. Les administratrices ont déclaré en moins grand nombre que les hommes un excellent état de santé, à l'exception de celles du groupe le plus âgé. Dans le secteur public, les femmes du groupe le plus jeune ont déclaré un moins bon état de santé que les hommes du même groupe, mais le contraire est arrivé dans le groupe des 30 à 39 ans. Les travailleuses du secteur de la santé se sont dites en moins bonne santé que les travailleurs du même secteur. La situation est la même dans le secteur des services (sauf en ce qui concerne le groupe le plus âgé), bien que les femmes aient été plus nombreuses que les hommes à déclarer un état de santé passable ou mauvais. Les travailleuses de l'industrie s'en sont tirées plus mal que les hommes dans les deux groupes les plus jeunes et mieux que les hommes dans le groupe des 40 à 54 ans. Dans le groupe de l'industrie le plus âgé, le pourcentage des travailleurs qui ont déclaré un excellent état de santé était inférieur à celui des femmes, et le pourcentage des travailleuses qui ont déclaré un état de santé passable était supérieur à celui des hommes. Les travailleuses du secrétariat des trois groupes les plus jeunes ont déclaré un moins bon état de santé que les travailleurs de ces groupes, tandis que

les femmes et les hommes du groupe le plus âgé ont déclaré un état de santé semblable. Enfin, les personnes qui ont déclaré ne pas avoir de profession ont fourni des réponses semblables, les femmes ayant en général déclaré un moins bon état de santé que celui des hommes. Par conséquent, en 1998, pour ce qui est de l'état de santé, les femmes non mariées ont semblé en général s'en tirer plus mal que les hommes du même âge et de la même catégorie professionnelle.

Nous allons maintenant comparer 1986 (tableau 3) à 1998 (tableau 4) dans le cas des personnes non mariées. Les résultats ne sont pas aussi uniformes que dans le cas des personnes mariées. En général, les hommes s'en sont mieux tirés en 1998 qu'en 1986. (Ici encore, nous avons examiné les cas où l'état de santé était passable ou mauvais, pour les raisons indiquées précédemment.) Les seuls groupes d'hommes qui s'en sont plus mal tirés en 1998 qu'en 1986 sont les administrateurs les plus âgés. La situation n'est pas aussi reluisante dans le cas des femmes : les administratrices âgées de 40 à 54 ans, les travailleuses les plus jeunes et les plus âgées du secteur public, toutes les travailleuses du secteur de la santé à l'exception des plus jeunes, et les femmes des deux groupes les plus âgés qui n'ont pas déclaré de profession ont, en moyenne, signalé un état de santé passable ou mauvais dans une plus forte proportion en 1998 qu'en 1986. Par conséquent, d'une façon générale, les femmes non mariées ont déclaré un niveau de santé inférieur à celui des hommes des mêmes groupes d'âge et de professions, et elles s'en sont tirées un peu plus mal en 1998 qu'en 1986.

### **Assurance**

Nous allons maintenant examiner, selon le sexe et la profession, la proportion des personnes qui bénéficiaient de régimes d'assurance-médicaments et d'assurance-maladie. Cette information est tirée des déclarations des personnes interrogées au cours de l'ENSP de 1998 et est présentée au tableau 5, dans le cas des personnes mariées, et au tableau 6, dans le cas des personnes non mariées. Tout d'abord, étant donné la réduction des dépenses de santé publique dans les années 1990, il n'est pas étonnant que, dans la plupart des groupes d'âge et de professions, un grand nombre de personnes aient déclaré posséder de l'assurance-maladie et de l'assurance-médicaments. Il est à noter que, aussi bien chez les personnes mariées que chez les personnes non mariées, les travailleuses des secteurs de l'industrie et des services sont les personnes qui bénéficiaient le moins de régimes d'assurance. Les personnes, mariées ou non, qui ont déclaré ne pas avoir de profession s'en sont également mal tirées pour ce qui est de l'assurance-maladie. En général, ces groupes sont ceux qui ont déclaré le pire état de santé.

### **Dépenses de santé**

Pour terminer, nous allons examiner, selon les quintiles de revenu, les dépenses en soins de santé et en assurance-maladie en proportion du revenu. Le revenu est ajusté par rapport à la taille de la famille. En premier lieu, examinons les tableaux 7 (personnes mariées, 1986) et 8 (personnes mariées, 1998). Dans le cas des hommes mariés, les résultats sont très uniformes : la proportion du revenu consacrée à la santé a augmenté avec l'âge et a diminué avec

l'accroissement du revenu (le premier quintile est celui des revenus les plus faibles, et le cinquième, celui des revenus les plus élevés). Chez le groupe le plus âgé, la proportion du revenu consacrée aux soins de santé est passée de 4,7 à 2 p. 100. Dans le quintile de revenu le plus bas, elle va de 2,2 p. 100 (groupe le plus jeune) à 4,7 p. 100 (groupe le plus âgé). La situation était semblable en 1998, mais le pourcentage du revenu consacré à la santé était plus élevé chez tous les groupes, à l'exception des groupes les plus jeunes du quintile le plus élevé, pour lesquels le pourcentage était à peu près le même.

Dans le cas des femmes, la situation était semblable, mais pas aussi uniforme. En 1986, les femmes âgées de 40 à 54 ans ont consacré un moins grand pourcentage de leur revenu aux soins de santé que celles de 30 à 39 ans (qui, peut-être, ont eu des enfants). Par contre, en 1998, dans les quintiles inférieurs, les femmes de 30 à 39 ans ont dépensé plus que le groupe le plus âgé. En général, le pourcentage du revenu consacré aux soins de santé a été plus élevé en 1998 qu'en 1986. Cependant, l'écart n'est pas aussi grand que dans le cas des hommes des groupes semblables.

Pour terminer, examinons les dépenses de santé des personnes non mariées. Comme dans les autres cas, à mesure que ces personnes vieillissent, le pourcentage de leur revenu consacré à la santé augmente et, à mesure que leur revenu s'accroît, la proportion de celui-ci consacrée à la santé diminue. Il est à noter que les femmes ayant un faible revenu ont dépensé un pourcentage beaucoup plus élevé de leur revenu en 1998 qu'en 1986. Les femmes âgées ont consacré 2,8 et 4,0 p. 100 de leur revenu aux soins de santé en 1986, mais 4,0 et 14,2 p. 100 en 1998 (quintile le plus bas).

En conclusion, les travailleuses et les travailleurs du secteur des services et les personnes dont le revenu est faible s'en tirent le plus mal. Ces groupes sont ceux qui comprennent la plus grande proportion de femmes.



## 5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans le présent rapport, nous avons montré que les Canadiennes, en particulier celles dont le revenu est faible et celles qui travaillent dans le secteur des services, risquent d'être lésées par des changements néfastes au système canadien de soins de santé.

Nous avons analysé l'ALÉNA et l'AGCS afin de déterminer les parties de ces accords qui pourraient avoir des répercussions sur la prestation des soins de santé au Canada. Nous avons constaté que les exigences types des accords commerciaux, soit le traitement national (article 1102 de l'ALÉNA; article XVII de l'AGCS), le traitement de la nation la plus favorisée (article 1103 de l'ALÉNA; article II de l'AGCS), la norme minimale de traitement (article 1105 de l'ALÉNA) et l'interdiction des prescriptions de résultats (article 1106 de l'ALÉNA), obligent le gouvernement canadien à traiter les entreprises étrangères de la même façon que les entreprises nationales, ce qui l'empêche d'imposer des exigences supplémentaires aux investisseurs et aux fournisseurs de services étrangers. Cependant, ces exigences ne s'appliquent pas aux achats gouvernementaux (article 1108 de l'ALÉNA). Par conséquent, si les soins de santé sont entièrement fournis par l'État, ils ne sont pas visés par les accords commerciaux. Les règles en matière d'expropriation et d'indemnisation exigent que le gouvernement canadien dédommage les investisseurs étrangers si le gouvernement prend possession de leurs marchés (article 1110 de l'ALÉNA). Plusieurs parties des accords exemptent les soins de santé, mais seulement dans la mesure où ils sont fournis par l'État (article 1401 de l'ALÉNA; annexe II-C-9 de l'ALÉNA; alinéa 1 b) de l'annexe sur les services financiers de l'AGCS).

Il y a deux secteurs du système canadien de soins de santé qui peuvent être touchés par la participation du Canada à des accords commerciaux multinationaux. En premier lieu, la commercialisation et la privatisation des services hospitaliers et cliniques peuvent avoir pour effet d'étendre les accords commerciaux à certains aspects du système canadien de soins de santé. Une fois que les services auront été commercialisés, les mesures de sauvegarde inhérentes à l'ALÉNA deviendront sans effet. Cet accord protège la prestation d'un service lorsque seul l'État l'assure. Toutefois, si le service est offert par le secteur privé ou s'il fait l'objet d'une concurrence, le marché peut être ouvert aux investisseurs étrangers. Le libellé des accords commerciaux est assez vague pour que seul un tribunal commercial puisse trancher cette question avec certitude. Or, lorsqu'un tel tribunal aura rendu une décision, il pourrait être trop tard pour protéger la nature publique du système canadien de soins de santé.

Deuxièmement, il pourrait devenir plus difficile d'élargir l'assurance-maladie publique de façon à couvrir des services supplémentaires, tels que l'assurance-médicaments ou les soins à domicile, en raison des exigences de l'ALÉNA en matière d'expropriation et d'indemnisation. Si le régime d'assurance-maladie était élargi et que cette mesure entraînait une réduction du marché privé de l'assurance, des sociétés d'assurance américaines pourraient réussir à obtenir une indemnisation considérable du gouvernement canadien.

Dans la deuxième partie du projet, nous avons examiné plusieurs ensembles de données dans le but d'identifier les Canadiennes et les Canadiens qui ont le pire état de santé, sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments et dépensent le plus pour les soins de santé. Nous avons constaté que les femmes mariées travaillant dans les secteurs de l'industrie, des services et de la santé avaient, en 1998, un état de santé pire que celui des hommes mariés travaillant dans les mêmes secteurs. L'état de santé de la plupart des personnes mariées s'était amélioré en 1998 par rapport à 1986. Les personnes sans emploi et les travailleuses et travailleurs des secteurs des services et du secrétariat avaient le pire état de santé à ces deux dates. Pour ce qui est des personnes non mariées, en général, les hommes ont déclaré un meilleur état de santé en 1998 qu'en 1986. Par contre, de nombreux groupes de femmes ont signalé que leur état de santé avait empiré.

Un grand nombre des personnes interrogées ont dit posséder des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments. Cependant, tant chez les personnes mariées que chez celles qui ne le sont pas, ce sont les travailleuses des secteurs de l'industrie et des services qui sont les moins protégées, de même que les personnes qui ne déclarent aucune profession. Nous avons ensuite examiné le pourcentage du revenu consacré à la santé. Chez tous les groupes, la proportion du revenu consacrée à la santé a augmenté avec l'âge et diminué avec l'accroissement du revenu.

Les recommandations ci-dessous découlent de ce projet de recherche.

- Nous devons empêcher la privatisation des services hospitaliers et cliniques. Il est beaucoup trop risqué de permettre aux cliniques privées à but lucratif d'offrir des services, étant donné que l'on ne sait pas encore avec certitude si la privatisation ferait en sorte que les accords commerciaux que le Canada a conclus s'étendraient à la totalité du système canadien de soins de santé. On a constaté que les établissements à but lucratif fournissent des soins de santé de moins bonne qualité que ceux fournis par les établissements à but non lucratif. Ils ont donc des répercussions défavorables sur les femmes, qui ont tendance à faire appel au système de soins de santé plus souvent que les hommes.
- Le Canada n'a pas exclu expressément le régime d'assurance-maladie de l'ALÉNA ou de l'AGCS, mais il devrait s'efforcer de le soustraire à ces accords et aux accords futurs. Cette mesure permettrait au gouvernement canadien d'élargir le régime à son gré (par exemple pour englober l'assurance-médicaments et les soins à domicile) de façon à améliorer l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens sans être forcé de verser des indemnités coûteuses à des sociétés d'assurance américaines. Une telle expansion du régime d'assurance-maladie serait des plus profitables pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance-maladie supplémentaire, lesquelles sont généralement des femmes.
- Il est primordial que le gouvernement protège les Canadiennes et les Canadiens qui risquent le plus d'être lésés par le libre-échange. Les femmes et les hommes qui travaillent dans les secteurs des services ou de l'industrie, qui n'ont pas d'emploi ou

dont le revenu est faible risquent grandement de subir des préjudices. Ces personnes doivent être protégées. Il est essentiel que le gouvernement tienne compte de ce segment de la société avant de conclure d'autres accords commerciaux et qu'il impose des politiques de nature à aider ce groupe de Canadiennes et de Canadiens.

## ANNEXE : TABLEAUX

1.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés, 1986.....	33
2.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés, 1998.....	34
3.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1986....	36
4.	État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1998....	37
5.	Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes mariés, 1998 .....	39
6.	Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes non mariés, 1998 .....	40
7.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986 .....	41
8.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998 .....	42
9.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986 .....	43
10.	Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998 .....	44
11.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1986.....	45
12.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1998.....	46
13.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1986.....	47
14.	Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1998.....	48
15.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986 .....	49
16.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998 .....	49
17.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986 .....	50
18.	Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998 .....	50

<b>Tableau 1 : État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés, 1986</b>								
	<b>Hommes (%)</b>				<b>Femmes (%)</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
<b>Groupe administratif et professionnel</b>								
Excellent	30,37	37,41	41,86	31,56	54,07	45,85		36,08
Bon	53,86	52,34	50,51	52,01	41,72	48,95	53,04	39,93
Passable	15,77	9,24	6,96	16,43	4,21	5,20	34,89	23,99
Mauvais	0,00	1,00	0,67	0,00			12,07	
<b>Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)</b>								
Excellent	20,72	54,20	53,05	---	64,62	23,11	50,45	---
Bon	79,28	43,14	41,03	---	35,38	74,80	37,93	---
Passable	0,00	2,65	5,92	---	0,00	2,08	11,62	---
Mauvais	0,00	0,00	0,00	---	0,00	0,00	0,00	---
<b>Travailleuses et travailleurs de la santé</b>								
Excellent	50,57	41,85	50,90	73,21	41,76	43,66	40,92	58,74
Bon	37,52	43,01	49,10	26,79	48,29	47,66	48,24	40,00
Passable	11,90	15,14	0,00	0,00	9,95	8,68	10,84	1,26
Mauvais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Industrie et construction</b>								
Excellent	33,14	32,76	31,25	27,56	30,51	29,80	44,76	6,28
Bon	55,40	56,52	47,63	49,36	67,17	61,55	51,74	77,06
Passable	10,94	8,95	17,99	20,92	2,32	8,65	3,50	16,66
Mauvais	0,52	1,77	3,13	2,16	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Secteur des services</b>								
Excellent	45,31	32,64	33,83	30,60	26,85	37,92	36,28	23,14
Bon	47,36	54,93	46,50	42,13	65,38	53,02	46,68	56,43
Passable	6,72	11,51	16,63	26,25	7,07	8,51	15,95	20,43
Mauvais	0,61	0,93	3,04	1,01	0,71	0,55	1,08	0,00
<b>Secrétariat</b>								
Excellent	26,90	55,90	36,28	55,01	29,31	47,30	42,29	43,96
Bon	56,30	33,85	37,88	18,87	59,18	45,44	52,23	43,05
Passable	16,80	10,25	25,84	19,05	8,93	5,63	5,49	12,26
Mauvais	0,00	0,00	0,00	7,07	2,59	1,62	0,00	0,73
<b>Sans emploi</b>								
Excellent	36,51	31,48	30,00	18,42	33,94	33,33	28,08	23,19
Bon	55,56	48,15	26,67	37,72	54,74	53,10	51,71	45,78
Passable	6,35	16,67	26,67	28,07	9,12	11,50	16,10	23,80
Mauvais	1,59	3,70	16,67	15,79	2,19	2,06	4,11	7,23

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada, fichiers concernant la santé, 1986.

<b>Tableau 2 : État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes mariés 1998</b>								
	<b>Hommes (%)</b>				<b>Femmes (%)</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
<b>Groupe administratif et professionnel</b>								
Excellent	23,46	28,37	32,50	38,05	47,81	29,43	29,46	13,01
Très bon	59,45	41,89	42,34	34,73	42,95	38,57	43,63	47,30
Bon	17,09	25,99	23,94	24,78	5,76	23,68	17,36	35,73
Passable	0,00	3,75	1,23	0,52	3,49	7,26	9,55	3,96
Mauvais	0,00	0,00	0,00	1,93	0,00	1,06	0,00	0,00
<b>Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)</b>								
Excellent	45,60	32,06	25,43	42,12	35,57	38,94	36,02	38,20
Très bon	33,06	57,15	55,56	24,90	59,52	49,36	40,80	35,54
Bon	21,34	8,74	18,78	23,40	4,91	11,16	20,41	19,89
Passable	0,00	2,06	0,00	9,58	0,00	0,54	2,77	6,37
Mauvais	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Travailleuses et travailleurs de la santé</b>								
Excellent	25,79	47,87	41,43	33,50	45,50	34,82	17,21	53,55
Très bon	0,00	49,23	29,92	21,83	41,83	40,85	50,18	19,16
Bon	74,21	2,90	28,65	28,43	12,67	20,70	31,40	27,29
Passable	0,00	0,00	0,00	5,78	0,00	3,63	1,21	0,00
Mauvais	0,00	0,00	0,00	10,45	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Industrie et construction</b>								
Excellent	32,63	26,14	24,93	21,45	18,91	23,46	17,28	10,63
Très bon	38,30	42,05	41,01	38,64	56,19	37,97	34,83	36,40
Bon	24,40	27,92	27,33	33,78	21,18	33,23	36,77	46,96
Passable	3,17	3,58	5,92	6,13	3,72	5,35	11,12	6,01
Mauvais	1,51	0,29	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Secteur des services</b>								
Excellent	34,88	28,87	32,65	22,15	22,81	24,23	23,75	11,90
Très bon	45,32	45,44	40,65	31,85	44,12	47,79	42,39	37,22
Bon	16,47	24,86	21,16	30,94	30,38	23,73	28,20	46,97
Passable	3,33	0,83	5,13	14,71	2,69	3,19	4,21	3,92
Mauvais	0,00	0,00	0,40	0,35	0,00	1,06	1,44	0,00
<b>Secrétariat</b>								
Excellent	48,14	28,71	21,40	3,65	28,72	31,66	26,81	18,67
Très bon	47,92	38,45	51,34	50,99	56,70	44,30	46,65	47,11
Bon	3,94	27,70	25,22	25,02	13,07	20,16	22,26	31,87
Passable	0,00	1,21	2,03	20,33	1,52	3,89	3,62	2,34
Mauvais	0,00	3,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00

Tableau 2 (suite)

Aucune profession déclarée								
Excellent	38,59	17,53	14,62	15,60	28,40	28,91	15,68	12,10
Très bon	21,84	20,43	17,25	25,46	40,87	42,63	32,24	39,55
Bon	33,99	30,35	20,35	29,54	25,22	19,17	37,61	30,89
Passable	5,57	28,89	33,75	19,19	4,77	6,50	9,13	13,77
Mauvais	0,00	2,81	14,02	10,21	0,74	2,80	5,34	3,68

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, 1998.

**Tableau 3 : État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1986**

	Hommes (%)				Femmes (%)			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel								
Excellent	37,67	46,62	45,07	81,49	44,21	42,09	61,76	69,50
Bon	54,05	41,03	41,05	18,51	55,00	47,33	38,24	27,11
Passable	8,28	10,13	8,57	0,00	0,80	8,88	0,00	3,38
Mauvais	0,00	2,23	5,31	0,00	0,00	1,70	0,00	0,00
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)								
Excellent	52,27	59,00	71,32	---	61,38	35,56	49,96	73,62
Bon	47,73	16,45	12,75	---	38,62	51,10	40,13	26,38
Passable	0,00	24,55	15,93	---	0,00	13,34	9,91	0,00
Mauvais	0,00	0,00	0,00	---	0,00	0,00	0,00	0,00
Travailleuses et travailleurs de la santé								
Excellent	19,67	10,05	---	---	27,79	36,64	47,77	34,90
Bon	75,38	84,04	---	---	65,92	55,43	52,23	65,10
Passable	4,95	5,91	---	---	6,30	2,11	0,00	0,00
Mauvais	0,00	0,00	---	---	0,00	5,82	0,00	0,00
Industrie et construction								
Excellent	36,98	27,64	34,47	44,24	27,79	22,17	25,04	42,73
Bon	54,67	57,48	46,70	43,90	65,92	64,93	56,65	34,17
Passable	8,35	13,86	17,78	6,19	6,30	5,71	18,30	23,10
Mauvais	0,00	1,02	1,06	5,66	0,00	7,19	0,00	0,00
Secteur des services								
Excellent	36,93	46,27	17,63	20,80	25,81	35,99	30,87	14,30
Bon	51,45	49,88	65,60	64,57	63,25	51,94	37,12	72,48
Passable	8,96	3,85	15,78	14,63	9,90	5,39	20,72	4,02
Mauvais	2,66	0,00	0,98	0,00	1,04	6,68	11,30	9,20
Secrétariat								
Excellent	31,09	41,66	36,02	---	32,30	34,52	34,54	14,21
Bon	66,04	30,06	24,92	---	55,98	56,92	45,96	55,75
Passable	2,88	16,83	39,06	---	11,72	2,39	16,12	20,45
Mauvais	0,00	11,45	0,00	---	0,00	6,17	3,38	9,59
Sans emploi								
Excellent	34,48	32,26	9,09	11,63	26,88	32,18	19,23	17,57
Bon	55,17	41,94	39,39	32,56	54,38	39,08	39,74	39,19
Passable	10,34	19,35	27,27	34,88	15,63	19,54	32,05	29,73
Mauvais	0,0	6,45	24,24	20,93	3,13	9,20	8,97	13,51

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada, fichiers concernant la santé, 1986.



<b>Tableau 4 : État de santé, selon la profession, des femmes et des hommes non mariés, 1998</b>								
<b>Hommes (%)</b>					<b>Femmes (%)</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
<b>Groupe administratif et professionnel</b>								
Excellent	38,41	48,98	50,92	13,44	24,38	26,47	24,01	31,04
Très bon	34,52	32,44	29,62	57,02	59,41	54,94	49,43	43,46
Bon	25,60	17,36	18,25	26,49	16,05	14,05	18,86	25,50
Passable	1,46	1,23	1,21	3,05	0,16	4,54	7,69	0,00
Mauvais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)</b>								
Excellent	43,58	26,77	35,91	---	23,63	39,69	32,12	9,75
Très bon	47,96	49,70	30,95	---	50,61	41,35	41,70	33,36
Bon	7,27	9,00	22,27	---	21,85	12,32	21,42	47,28
Passable	1,19	2,03	10,88	---	3,90	5,67	4,77	9,61
Mauvais	0,00	12,50	0,00	---	0,00	0,97	0,00	0,00
<b>Travailleuses et travailleurs de la santé</b>								
Excellent	28,42	52,20	36,00	---	25,96	26,17	21,33	23,25
Très bon	52,39	31,62	29,75	---	46,06	36,75	50,29	51,29
Bon	19,19	16,19	34,25	---	27,98	16,15	18,35	11,90
Passable	0,00	0,00	0,00	---	0,00	20,93	10,03	13,56
Mauvais	0,00	0,00	0,00	---	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Industrie et construction</b>								
Excellent	35,35	31,32	24,12	28,90	14,10	20,37	54,23	45,53
Très bon	41,27	44,75	43,17	35,88	47,20	45,40	17,48	20,27
Bon	20,34	19,84	26,90	29,85	32,24	28,75	19,24	10,15
Passable	3,04	4,09	4,57	5,37	6,46	5,48	9,05	24,04
Mauvais	0,00	0,00	1,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Secteur des services</b>								
Excellent	36,29	32,51	20,18	4,46	22,22	25,23	12,64	11,45
Très bon	41,42	40,62	33,84	37,31	47,40	41,19	38,77	36,08
Bon	17,37	22,35	39,23	56,28	26,48	26,51	34,89	41,54
Passable	4,92	4,51	3,90	1,94	3,53	5,13	13,24	10,94
Mauvais	0,00	0,00	2,85	0,00	0,37	1,95	0,45	0,00

Tableau 4 (suite)

Secrétariat								
Excellent	51,29	31,79	24,51	9,10	34,54	25,11	16,35	14,68
Très bon	33,29	45,63	45,99	43,10	37,38	53,49	43,95	48,72
Bon	13,50	22,57	28,03	47,80	20,79	21,06	29,61	33,38
Passable	1,92	0,00	1,47	0,00	7,29	0,35	9,48	3,22
Mauvais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,61	0,00
Aucune profession déclarée								
Excellent	36,99	19,10	8,27	26,29	16,58	12,87	12,04	11,47
Très bon	26,03	11,68	20,98	11,36	29,82	22,45	14,12	26,57
Bon	28,20	50,03	32,48	38,31	36,98	36,65	17,46	27,89
Passable	8,78	12,81	25,37	14,03	10,02	24,38	38,69	25,53
Mauvais	0,00	6,38	12,90	10,01	6,60	3,65	17,68	8,55

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, 1998.

<b>Tableau 5 : Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes mariés, 1998</b>								
<b>Hommes (%)</b>					<b>Femmes (%)</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel								
Assurance-hospitalisation	67,62	77,05	84,72	73,58	67,11	81,06	65,71	91,37
Assurance-médicaments	73,81	81,36	87,65	81,81	88,74	86,59	76,12	88,51
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)								
Assurance-hospitalisation	49,30	65,05	75,11	94,01	87,96	84,80	80,17	86,68
Assurance-médicaments	61,20	65,87	81,39	89,56	90,90	90,06	84,86	91,50
Travailleuses et travailleurs de la santé								
Assurance-hospitalisation	89,60	71,48	79,25	67,49	94,04	80,04	87,20	85,44
Assurance-médicaments	89,60	68,69	72,58	77,94	96,45	90,92	91,93	75,56
Industrie et construction								
Assurance-hospitalisation	46,73	65,69	69,23	64,32	45,30	58,05	80,52	43,05
Assurance-médicaments	63,27	79,06	76,84	72,26	66,40	70,17	85,99	50,02
Secteur des services								
Assurance-hospitalisation	49,65	69,09	68,82	70,32	54,63	65,77	66,28	58,01
Assurance-médicaments	64,01	77,98	80,81	77,56	63,25	73,75	74,93	70,51
Secrétariat								
Assurance-hospitalisation	94,37	71,23	83,54	91,78	67,30	77,09	81,78	69,13
Assurance-médicaments	97,48	88,44	84,98	83,90	77,11	81,44	84,41	79,48
Aucune profession déclarée								
Assurance-hospitalisation	17,03	24,15	38,54	59,06	55,22	52,07	60,97	60,09
Assurance-médicaments	52,41	65,34	73,64	69,89	70,72	69,40	71,02	72,70

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, 1998.

<b>Tableau 6 : Assurance-maladie et assurance-médicaments des femmes et des hommes non mariés, 1998</b>								
<b>Hommes (%)</b>					<b>Femmes (%)</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel								
Assurance-hospitalisation	54,86	59,54	69,48	56,22	52,67	70,96	73,60	81,29
Assurance-médicaments	63,73	72,96	76,05	69,61	77,55	77,76	82,58	68,63
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)								
Assurance-hospitalisation	39,49	61,27	84,52	100,00	63,34	77,19	70,54	65,79
Assurance-médicaments	42,84	65,67	81,76	100,00	77,83	86,88	86,15	81,14
Travailleuses et travailleurs de la santé								
Assurance-hospitalisation	40,01	93,41	84,66	0,0	70,30	77,95	85,64	58,62
Assurance-médicaments	49,45	93,41	74,59	0,0	81,84	85,14	89,56	48,73
Industrie et construction								
Assurance-hospitalisation	44,20	50,25	61,79	50,07	44,39	32,19	28,59	24,04
Assurance-médicaments	55,55	65,07	74,65	64,33	68,36	65,07	71,39	67,80
Secteur des services								
Assurance-hospitalisation	48,20	38,66	48,12	48,26	37,59	44,94	42,32	42,92
Assurance-médicaments	63,28	63,59	74,42	51,81	59,87	64,82	60,68	63,87
Secrétariat								
Assurance-hospitalisation	59,38	81,03	78,28	80,00	58,63	73,38	74,60	92,52
Assurance-médicaments	74,15	75,80	82,14	80,00	79,59	78,51	86,26	92,62
Aucune profession déclarée								
Assurance-hospitalisation	31,15	31,15	35,31	35,85	27,34	14,22	17,92	37,24
Assurance-médicaments	40,83	71,73	62,87	71,68	64,12	65,98	62,44	61,16

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, 1998.

<b>Tableau 7 : Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986</b>								
Hommes					Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile								
Frais médicaux (\$)	292,00	471,58	434,91	494,68	257,70	368,24	609,33	776,5
Assurance médicale (\$)	66,65	156,36	110,35	155,66	63,68	52,29	182,89	295,1
Frais médicaux/revenu	0,022	0,030	0,046	0,047	0,021	0,033	0,117	0,060
Deuxième quintile								
Frais médicaux (\$)	467,48	578,61	754,74	694,69	443,14	619,14	582,89	902,76
Assurance médicale (\$)	162,90	227,30	273,52	168,69	189,95	209,24	162,75	396,47
Frais médicaux/revenu	0,022	0,024	0,031	0,034	0,023	0,029	0,028	0,049
Troisième quintile								
Frais médicaux (\$)	573,74	648,14	859,53	808,03	596,31	772,87	682,29	723,21
Assurance médicale (\$)	236,21	241,78	274,31	251,74	257,55	409,90	263,08	333,47
Frais médicaux/revenu	0,021	0,021	0,027	0,032	0,023	0,027	0,022	0,032
Quatrième quintile								
Frais médicaux (\$)	557,09	752,94	932,75	864,09	572,43	901,71	991,02	1 072,10
Assurance médicale (\$)	232,03	294,33	318,58	288,80	237,11	287,63	377,64	477,50
Frais médicaux/revenu	0,017	0,019	0,023	0,025	0,018	0,023	0,025	0,033
Cinquième quintile								
Frais médicaux (\$)	661,81	862,35	1 079,80	1 057,70	883,80	1 055,30	844,96	681,28
Assurance médicale (\$)	288,65	353,96	388,71	372,89	370,86	434,53	275,99	338,39
Frais médicaux/revenu	0,015	0,016	0,018	0,020	0,021	0,019	0,015	0,014

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada, 1986.

<b>Tableau 8 : Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998</b>								
Hommes					Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile								
Frais médicaux (\$)	535,71	784,28	682,43	927,32	483,79	708,96	849,13	719,08
Assurance médicale (\$)	221,98	179,02	161,24	234,87	168,48	230,10	146,94	186,58
Frais médicaux/revenu	0,030	0,044	0,052	0,094	0,033	0,038	0,084	0,046
Deuxième quintile								
Frais médicaux (\$)	731,73	1 035,20	1 161,70	1 141,60	1 014,20	1 025,60	1 441,70	1 100,10
Assurance médicale (\$)	215,87	338,68	383,87	397,46	362,20	304,16	470,15	287,82
Frais médicaux/revenu	0,025	0,030	0,035	0,045	0,032	0,030	0,046	0,042
Troisième quintile								
Frais médicaux (\$)	855,63	1 279,10	1 512,70	1 324,60	1 100,10	1 297,20	1 649,20	1 574,20
Assurance médicale (\$)	301,14	427,39	548,53	411,04	472,72	351,54	576,89	472,98
Frais médicaux/revenu	0,023	0,028	0,034	0,036	0,027	0,027	0,036	0,047
Quatrième quintile								
Frais médicaux (\$)	779,75	1 614,80	1 654,10	1 512,20	1 056,10	1 278,50	1 691,70	1 346,40
Assurance médicale (\$)	311,30	440,56	520,46	472,73	344,59	478,61	460,00	428,44
Frais médicaux/revenu	0,017	0,028	0,029	0,031	0,019	0,022	0,029	0,028
Cinquième quintile								
Frais médicaux (\$)	916,93	1 296,50	1 865,30	1 789,00	1 392,40	1 529,60	1 951,10	2 026,50
Assurance médicale (\$)	386,73	540,40	699,22	504,79	477,54	531,48	625,66	758,29
Frais médicaux/revenu	0,014	0,012	0,022	0,022	0,021	0,019	0,022	0,027

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, 1998.

<b>Tableau 9 : Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986</b>								
<b>Hommes</b>					<b>Femmes</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile								
Frais médicaux (\$)	159,10	99,03	118,78	156,19	189,56	197,39	202,56	272,03
Assurance médicale (\$)	28,81	44,51	38,883	27,466	31,31	15,304	19,77	50,53
Frais médicaux/revenu	0,048	0,012	0,016	0,052	0,023	0,031	0,028	0,040
Deuxième quintile								
Frais médicaux (\$)	270,03	290,66	446,88	460,31	343,68	447,24	444,33	494,52
Assurance médicale (\$)	143,68	100,31	144,26	80,46	68,61	153,69	122,23	106,27
Frais médicaux/revenu	0,018	0,021	0,028	0,030	0,025	0,026	0,026	0,036
Troisième quintile								
Frais médicaux (\$)	366,99	456,60	495,22	366,00	456,87	512,68	614,71	463,21
Assurance médicale (\$)	152,77	231,72	170,26	104,76	146,3	168,72	208,13	125,97
Frais médicaux/revenu	0,020	0,024	0,026	0,018	0,025	0,025	0,028	0,024
Quatrième quintile								
Frais médicaux (\$)	373,08	507,60	582,11	511,96	623,92	622,43	884,95	650,41
Assurance médicale (\$)	156,09	208,76	258,30	262,50	166,06	156,68	239,55	202,48
Frais médicaux/revenu	0,015	0,022	0,021	0,021	0,025	0,024	0,030	0,026
Cinquième quintile								
Frais médicaux (\$)	540,05	523,52	914,04	961,17	659,20	598,91	908,76	624,00
Assurance médicale (\$)	262,21	237,28	328,47	305,50	269,25	222,89	272,34	266,48
Frais médicaux/revenu	0,015	0,015	0,025	0,026	0,017	0,019	0,021	0,018

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada, 1986.

<b>Tableau 10 : Dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998</b>								
<b>Hommes</b>					<b>Femmes</b>			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile								
Frais médicaux (\$)	177,41	156,66	224,96	488,51	440,00	399,30	385,86	692,37
Assurance médicale (\$)	57,70	24,45	37,94	143,17	90,34	76,21	79,24	96,18
Frais médicaux/revenu	0,021	0,025	0,099	0,051	0,042	0,048	0,040	0,142
Deuxième quintile								
Frais médicaux (\$)	509,42	636,60	679,10	706,47	539,28	824,96	878,25	932,87
Assurance médicale (\$)	93,96	238,72	222,26	189,63	160,52	217,42	215,74	192,99
Frais médicaux/revenu	0,026	0,030	0,033	0,040	0,026	0,031	0,036	0,050
Troisième quintile								
Frais médicaux (\$)	478,29	602,62	740,33	984,39	847,96	1 001,50	1 313,90	1 015,90
Assurance médicale (\$)	180,45	202,94	226,15	233,56	337,94	289,89	325,56	281,09
Frais médicaux/revenu	0,017	0,020	0,026	0,034	0,032	0,032	0,042	0,036
Quatrième quintile								
Frais médicaux (\$)	839,31	758,64	886,48	1 013,80	948,52	1 063,90	1 374,50	1 152,70
Assurance médicale (\$)	306,15	299,09	295,77	295,33	271,19	228,67	444,32	327,14
Frais médicaux/revenu	0,020	0,019	0,022	0,033	0,024	0,030	0,034	0,032
Cinquième quintile								
Frais médicaux (\$)	769,84	947,67	136,00	167,80	163,50	100,80	118,20	147,70
Assurance médicale (\$)	271,29	307,20	353,82	614,25	490,72	246,46	491,62	483,36
Frais médicaux/revenu	0,012	0,018	0,024	0,026	0,021	0,022	0,027	0,022

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, 1998.



<b>Tableau 11 : Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1986</b>								
	<b>Hommes</b>				<b>Femmes</b>			
<b>Âge</b>	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel	75	190	138	47	64	87	53	12
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)	9	24	26	3	19	39	23	4
Travailleuses et travailleurs de la santé	5	25	13	5	41	70	39	14
Industrie et construction	225	306	237	84	37	41	42	15
Secteur des services	71	109	99	44	112	119	104	47
Secrétariat	259	47	20	11	157	157	119	42
Sans emploi	63	54	60	114	274	339	292	77

**Tableau 12 : Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes mariés, 1998**

Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel	56	196	291	84	30	102	106	23
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)	22	59	110	32	47	120	161	29
Travailleuses et travailleurs de la santé	6	17	26	12	45	100	101	18
Industrie et construction	159	425	563	211	44	94	99	30
Secteur des services	73	128	176	70	165	262	289	75
Secrétariat	23	74	105	24	87	245	316	64
Sans emploi	15	29	90	217	83	225	264	340

<b>Tableau 13 : Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1986</b>								
Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel	91	52	40	10	51	46	23	9
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)	6	9	6	3	27	25	13	5
Travailleuses et travailleurs de la santé	9	7	4	2	35	21	22	8
Industrie et construction	182	85	56	27	22	16	18	5
Secteur des services	97	49	25	9	87	42	33	29
Secrétariat	33	18	10	4	135	66	47	24
Sans emploi	116	31	33	43	160	87	78	148

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada, fichiers concernant la santé, 1986.

**Tableau 14: Nombre d'observations, selon la profession, concernant les femmes et les hommes non mariés, 1998**

Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Groupe administratif et professionnel	99	89	76	13	44	54	75	14
Secteur public (enseignantes et enseignants et fonctionnaires)	35	30	28	4	77	57	82	19
Travailleuses et travailleurs de la santé	12	13	10	0	36	33	46	14
Industrie et construction	262	163	195	44	44	43	37	6
Secteur des services	181	73	57	24	297	127	135	41
Secrétariat	59	40	40	5	107	118	129	29
Sans emploi	52	38	89	82	83	95	133	196

**Tableau 15 : Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1986**

Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile	123	141	127	105	37	17	18	10
Deuxième quintile	202	334	223	113	43	29	19	17
Troisième quintile	197	432	339	174	42	31	38	19
Quatrième quintile	178	391	468	212	44	52	42	16
Cinquième quintile	145	314	529	266	49	66	75	18

**Tableau 16 : Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes mariés, 1998**

Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile	65	172	227	121	60	135	124	83
Deuxième quintile	62	293	344	211	89	273	208	115
Troisième quintile	70	339	439	200	78	268	293	100
Quatrième quintile	64	288	464	192	70	249	329	91
Cinquième quintile	60	254	520	227	52	190	405	106

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, 1998.

<b>Tableau 17 : Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1986</b>								
Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile	73	39	60	43	170	151	123	131
Deuxième quintile	63	35	34	26	82	84	87	77
Troisième quintile	77	43	27	21	90	85	78	65
Quatrième quintile	86	55	53	28	66	69	55	44
Cinquième quintile	62	105	75	30	20	55	62	33

<b>Tableau 18 : Nombre d'observations concernant les dépenses de santé et d'assurance-maladie des femmes et des hommes non mariés, 1998</b>								
Âge	Hommes				Femmes			
	20-29	30-39	40-54	55-65	20-29	30-39	40-54	55-65
Premier quintile	63	115	185	113	129	296	289	191
Deuxième quintile	52	81	121	36	53	135	191	107
Troisième quintile	32	76	88	28	40	91	160	69
Quatrième quintile	60	114	116	39	29	76	135	54
Cinquième quintile	44	113	148	38	16	48	107	43

Note :

Toutes les réponses sont pondérées.

Source :

Données provenant de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada, 1998.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adlung, Rudolf et Antonia Carzaniga. 2001. « Health Services Under the General Agreement on Trade in Services ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79(4): 352-364.
- Anderson, Mary. 1993. « Focusing on Women: UNIFEM's Experience in Mainstreaming ». New York : UNIFEM.
- Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 1999. « Women, Privatization and Health Care Reform: The Ontario Case ». National Network on Environments and Women's Health, York University.
- Beach, Charles R. et Ross Finnie. 1998. « Earnings Mobility 1982-1994: Women Gaining Ground and Low-Paid Males Slipping ». *Canadian Business Economics*. 6(4) : 3-25.
- Blacklock, Cathy. 2002. *Les Canadiennes et le commerce : survol des principaux enjeux*. Condition féminine Canada. <[http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662661966/200008\\_0662661966\\_f.pdf](http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662661966/200008_0662661966_f.pdf)>. Consulté le 6 août 2002.
- Canadian Alliance for Free Trade and Job Opportunities. 1988a. « Straight Talk on Free Trade ». *The Globe and Mail*. Le 11 novembre, p. A9-11.
- . 1988b. « Let Canada Grow: You Can Make it Happen ». *The Globe and Mail*. Le 19 novembre, p. A7.
- CCPA (Centre canadien de politiques alternatives). 2002a. « Fast Facts: NAFTA Adds to Danger of Health Care Privatization 'Experiments' ». <http://www.policyalternatives.ca/manitoba/FastFactsApril29-00.pdf>. Consulté le 6 août 2002.
- . 2002b. « Faire passer la santé en premier : La réforme des soins de santé, les accords commerciaux et la politique étrangère au Canada ».
- Cornia, Giovanni Andrea. 2001. « Globalization and Health: Results and Options ». *Bulletin of the World Health Organization*. 79: 834-841. <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2001/issue9/bu1312.pdf>>. Consulté le 6 août 2002.
- Conseil du commerce des services. 2001. « Communication du Canada : Première proposition du Canada pour les négociations ». <[www.cdc-ccd.org/word/omc\\_prop\\_can.doc](http://www.cdc-ccd.org/word/omc_prop_can.doc)>. Consulté le 6 août 2002.
- Devereaux, P.J. *et al.* 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(11) : 1399-1406.

Evans, Robert G. 1993. « Health Care Reform: « The Issue From Hell ». *Policy Options*. (Juillet et août) : 35-41.

Evans, Robert G., Morris L. Barer, Steven Lewis, Michael Rachlis et Greg L. Stoddart. 2000. « Private Highway, One-Way Street: The DeKlein and Fall of Canadian Medicare? » <[http://home.cwru.edu/~cpm4/Canada\\_privatization.pdf](http://home.cwru.edu/~cpm4/Canada_privatization.pdf)>. Consulté le 6 août 2002.

Flood, Colleen M. et Tom Archibald. 2001. « The Illegality of Private Health Care in Canada ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 164(4) : 825.

*Globe and Mail, The*. 1985. « Social Programs Not At Risk, U.S. Envoy Says ». Le 30 septembre, p. 4.

———. 1988. « Thumbs Up for Trade ». Le 20 septembre, p. A6.

Godsoe, J.G. 1988. « Bound for Prosperity or Bound to Fail? » *The Globe and Mail*. Le 18 novembre, p. A7.

Granger, Clive. 1969. « Testing for Causality and Feedback ». *Econometrica*. 37 : 424-438.

Grant-Cummings, Joan et M. Ann Phillips. 1998. « Backgrounder, Women and Health : On From Beijing ». NAC Health Committee, février.

Harcourt, Tim. 2001. « Mondialisation : Et si les travailleurs y trouvaient leur compte? » *L'Observateur de l'OCDE*. Le 13 novembre 2001. <[http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/295/mondialisation...et\\_si\\_les\\_travailleurs\\_y\\_trouvaient\\_leur\\_compte\\_.html](http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/295/mondialisation...et_si_les_travailleurs_y_trouvaient_leur_compte_.html)>. Consulté le 6 août 2002.

Helliwell, John F. 2001. « Canada: Life Beyond the Looking Glass ». *Journal of Economic Perspectives*. 15(1): 107-124.

Hickl-Szabo, Regina. 1985. « UAW Chief Warns Against Free Trade ». *The Globe and Mail*. Le 18 septembre, p. 8.

Howard, Ross. 1989. « PM Faces Calls for Deficit Cuts, Social Spending ». *The Globe and Mail*. Le 2 janvier, p. A1.

Hurtig, Mel et Duncan Cameron. 1988. « Pros and Cons of Taking the Leap ». *The Globe and Mail*. Le 14 novembre.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2001. « Les soins de santé au Canada ». Ottawa.

Lewis, Steven, Cam Donaldson, Craig Mitton et Gillian Currie. 2001. « The Future of Health Care in Canada ». *British Medical Journal*. 323 : 926-929.



- Lexchin, Joel. 2001. « Globalization, Trade Deals and Drugs: Heads the Industry Wins, Tails Canada Loses ». Canadian Centre for Policy Alternatives Briefing Paper Series. Vol. 2, n° 8.
- McKenna, Barrie. 1994. « GATT to Boost Incomes: Study ». *The Globe and Mail*. Le 27 août, p. B12.
- Morris, Nomi. 1989. « Free Trade Hits Women Hardest, Forum Told ». *Toronto Star*. Le 27 février, p. A3.
- OMC (Organisation mondiale du commerce), Secrétariat du Conseil du commerce des services. 1998. « Services de santé et services sociaux : Note d'information du Secrétariat ». Document numéro S/C/W/50. <[www.wto.org/french/tratop\\_f/serv\\_f/w50.doc](http://www.wto.org/french/tratop_f/serv_f/w50.doc)>. Consulté le 6 août 2002.
- Ostry, Aleck. 2001. « The New International Trade Regime: Problems for Publicly Funded Healthcare in Canada? » *Revue canadienne de santé publique*. (Janvier-février) : 5-6.
- Patterson, Stewart. 1985. « Canada Officially Asks U.S. to Begin Talks on Free Trade ». *The Globe and Mail*. Le 27 septembre, p. A1.
- Philp, Margaret. 1994. « A Social Strategy: Poverty and Its Cost ». *The Globe and Mail*. Le 21 janvier, p. A1.
- Pollock, Allyson et David Price. 2000. « Rewriting the Regulations: How the World Trade Organization Could Accelerate Privatization in Health-Care Systems ». *The Lancet*. 356 : 1995-2000.
- Richardson, J. David. 1995. « Income Inequality and Trade: How to Think, What to Conclude ». *Journal of Economic Perspectives*. 9(3) : 33-55.
- Ritchie, Gordon. 1988. « Pros and Cons of Taking the Leap ». *The Globe and Mail*. Le 14 novembre.
- Schoffield, Heather. 2000. « Legal Opinions Rip Klein's Health Bill ». *The Globe and Mail*. Le 14 mars, p. A1.
- Schwanen, Daniel. 2001. « Trade Liberalization and Inequality in Canada in the Late 1990s ». Institut de recherche en politiques publiques. <<http://www.irpp.org/miscpubs/archive/repsp0501/schwanen.pdf>>. Consulté le 6 août 2002.
- Sheppard, Robert. 1987. « Trade Deal Outlook Bleakest for Women ». *The Globe and Mail*. Le 10 novembre, p. A1.

Soroka, Lewis A. 1999. « Male-Female Urban Income Distributions in Canada: The Service Sector in a Dependency Model ». *Urban Studies*. 36(3) : 563-574.

Tudiver, Sari et Madelyn Hall. 1996. « Les femmes et la prestation des services de santé au Canada ». Document commandé pour le Forum canado-américain sur la santé des femmes. Ottawa : Santé Canada.

Warnock, John. 1985. « Free Trade: No Consensus in Canada on the Perils ». *The Globe and Mail*. Le 17 septembre, p. 7.

*Winnipeg Free Press*. 1999. « Free Trade Impacts Health ». Le 19 novembre.

Wolfson, Michael C. et Brian B. Murphy. 1998. « New Views on Inequality Trends in Canada and the United States ». *Monthly Labour Review*. 121(4) : 3-23.

Wood, Adrian. 1995. « How Trade Hurt Unskilled Workers ». *Journal of Economic Perspectives*. 9(3) : 57-80.

### **Accords et législation**

Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis. 1987. <<http://www.dfait-maeci.gc.ca/tna-nac/documents/cusfta-f.pdf>>. Consulté le 5 avril 2004.

Accord de libre-échange nord-américain. 1994. <<http://www.dfait-maeci.gc.ca/nafta-alena/agree-fr.asp>>. Consulté le 5 avril 2004.

Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce. 1947. <[http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/gatt47\\_01\\_f.htm](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/gatt47_01_f.htm)>. Consulté le 6 août 2002.

Accord général sur le commerce des services. 1994. <[http://www.wto.org/french/docs\\_f/legal\\_f/26\\_gats\\_01\\_f.htm](http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/26_gats_01_f.htm)>. Consulté le 5 avril 2004.

*Accord sur le commerce intérieur*. 1994. <<http://www.intrasec.mb.ca/fre/it.htm>>. Consulté le 6 août 2002.

Chapitre C-6 (*Loi canadienne sur la santé*). <<http://lois.justice.gc.ca/fr/C-6/texte.html>>. Consulté le 6 août 2002.

*Health Care Protection Act*.

<[http://www.qp.gov.ab.ca/documents/acts/H01.cfm?frm\\_isbn=0779716183](http://www.qp.gov.ab.ca/documents/acts/H01.cfm?frm_isbn=0779716183)>. Consulté le 6 août 2002.

## NOTES

<sup>1</sup> Pour obtenir des renseignements détaillés sur les enquêtes, consulter le site Web de Statistique Canada, à l'adresse <[www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)>.

<sup>2</sup> Initialement, nous avons l'intention d'examiner également la situation professionnelle selon le travail à temps partiel et le travail à plein temps, mais le manque de données et la petite taille des cellules nous ont empêchées d'effectuer cette analyse. Le nombre d'observations par cellule est indiqué aux tableaux 11 à 18.

**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 considérations liées à l'égalité entre les sexes dans la politique commerciale du Canada : Une étude de cas de la mobilité de la main d'œuvre dans les accords commerciaux*

Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams et Ann Weston

L'Institut Nord-Sud

***Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes***

**Teresa Cyrus et Lori Curtis**

*Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce*

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 fourrures 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