

L'ASC OU PAR-DELÀ LE SYNDROME DE LA REINE DU COEUR

PRÉSENTATION AU CONGRÈS SUR L'ASC
CENTRE DES CONGRÈS D'OTTAWA
31 JANVIER 2002

Merci de m'avoir invité(e) à participer à cet important événement. J'entends consacrer le temps qui m'est imparti à l'exploration de deux grandes questions liées au thème du symposium qui est l'analyse comparative entre les sexes prise comme moyen de renseigner les politiques, les programmes, les recherches et les lois de façon à parvenir aux résultats escomptés. *Premièrement*, je vous entretiendrai de la nécessité qu'il y a d'effectuer en permanence des analyses comparatives entre les sexes, *deuxièmement*, je vous expliquerai pourquoi il est impératif que ces analyses s'appuient sur des éléments probants. Je puiserai mes exemples dans mes propres

domaines de recherche qui sont la sociologie de la santé, les systèmes de soins de santé et la santé de la femme.

Celles et ceux d'entre vous qui connaissent *De l'autre côté du miroir* auront deviné, au travers du titre de ma présentation, que je vais appuyer mon propos sur cette oeuvre de Lewis Carroll. Je commencerai donc par remercier l'auteur et par lui présenter mes excuses pour interpréter ses écrits d'une manière qu'il n'avait sûrement pas envisagée.

Comme vous le savez toutes et tous, il y déjà longtemps que les analyses comparatives entre les sexes, ou ASC, sont à l'ordre du jour. L'ACDI a été le premier organisme à énoncer le concept d'ASC au milieu des années 70 (Williams, 1999). Dans les années 80 et 90, le gouvernement du Canada a adhéré aux principes de

l'ASC et, en 1995, il adoptait une politique exigeant que les ministères et organismes fédéraux appliquent l'ACS dans l'élaboration des politiques et des lois. Certains secteurs de la fonction publique s'attachent depuis longtemps à recourir aux instruments et aux techniques de l'ACS – et quelques-uns ont commencé bien avant que la politique officielle ne soit lancée par le gouvernement fédéral – mais il ne faut pas s'étonner que cette approche se soit heurtée à une certaine résistance dans quelques secteurs et même à une hostilité ouverte dans d'autres. Ces dernières années, à cause de l'ampleur croissante du mouvement de ressac contre le féminisme, l'ASC prise en tant qu'outil de l'équité a été quelque peu ternie. Très tôt, les défenseurs de l'ASC ont vu dans ce principe une stratégie qui devait permettre de recenser les causes et les effets des inégalités entre les hommes et les femmes. Depuis, force est de constater

qu'une majorité de ces inégalités demeurent, que l'ASC conserve toute sa pertinence, mais que ce genre d'approche n'est plus au goût du jour. Cependant, celles et ceux qui travaillent dans le domaine de l'équité entre les sexes – qu'ils participent au travail d'analyse et de formulation des politiques à la fonction publique ou qu'ils oeuvrent dans le domaine de l'application des programmes au sein d'organisations non gouvernementales ou d'autres institutions (y compris dans mon propre secteur, soit l'enseignement postsecondaire) – savent que nous devons continuer de réclamer l'application de l'ASC pour déterminer si les programmes, les politiques et les lois vont dans le sens de l'équité et, par conséquent, si ces mêmes programmes, politiques et lois fonctionnent pour la femme.

Pour nombre d'entre nous qui travaillons dans le

domaine de l'équité, les événements des dernières années ne sont pas sans rappeler la rencontre entre Alice et la Reine du coeur dans *De l'autre côté du miroir* dont voici un intéressant extrait :

En y réfléchissant après coup, Alice avait du mal à comprendre comment tout cela avait commencé : tout ce dont elle se rappelait, c'est que toutes les deux courraient main dans la main et que la Reine allait si vite qu'elle n'avait rien pu faire d'autre que courir, elle aussi, pour la suivre. Malgré cela, la Reine n'arrêtait pas de lui crier « Plus vite! Plus vite! », mais Alice avait l'impression qu'elle ne pouvait pas accélérer, au point qu'elle manqua même de souffle pour protester.

Le plus étrange dans tout cela, c'est que les arbres et les autres objets qui les entouraient n'avaient pas changé de place et, peu importe leur allure, c'est comme si elles avaient fait du sur place. « Je me demande si toutes ces choses bougent en même temps que nous? » pensa la pauvre Alice, perplexe. La Reine, paraissant deviner ses pensées, s'écria « Plus vite! N'essaies pas de parler! » ... Elles allèrent si vite qu'elles semblaient fendre l'air et à peine toucher le sol jusqu'à ce que, soudain, elles s'arrêtèrent. Juste au moment où Alice commençait à s'épuiser, elle se retrouva assise par terre, à bout de souffle et étourdie. La Reine l'appuya contre un arbre et lui dit gentiment « Tu peux te reposer un peu, maintenant ». Alice regarda autour d'elle d'un air très surpris. « Tiens, j'ai l'impression que

nous sommes restées sous cet arbre pendant tout ce temps! Rien n'a changé! » « Bien sûr », lui rétorqua la Reine, « Comment aurait-il pu en être autrement? » « Eh bien, dans mon pays », dit Alice, encore haletante, « habituellement, on arrive quelque part quand on court très vite pendant longtemps, comme nous l'avons fait ». « Quel pays lent! » lança la Reine. « Mais ici, vois-tu, tu dois courir tant que tu peux pour demeurer à la même place, et si tu veux aller quelque part, tu dois courir au moins deux fois plus vite! »

La nécessité de courir de plus en plus vite pour rester à la même place – ce qui correspond au syndrome de la Reine du coeur – semble obéir en tout point à la définition du travail dans le domaine de l'équité. Il nous faut, si possible, échapper à cet état. Quels sont donc les

obstacles qui nous en empêchent? Quant à moi, il y en a plusieurs. D'abord, il n'est pas évident que l'ASC ou « l'intégration des préoccupations liées à l'égalité des sexes » soit appliquée de façon systématique. Wendy Williams n'a-t-il pas laissé entendre que, même si l'administration fédérale et certaines provinces ont adopté l'ASC en tant qu'instrument de formulation des politiques, la plupart des politiques ont été élaborées sans qu'on se pose vraiment la question de leur incidence sur les hommes et les femmes (Williams, 1999). Deuxièmement, on suppose trop souvent que l'ASC a simplement pour objet de régler les questions relatives aux femmes. Or, il convient de rappeler que l'ASC vise uniquement à déterminer si des programmes et des politiques risquent d'avoir des effets semblables ou différents sur les hommes et sur les femmes. C'est une question qu'il faut se poser. J'y reviendrai dans un

instant. Troisièmement, comme l'ASC n'est pas appliquée de façon systématique, la formulation des questions d'équité dépend beaucoup trop du désir ou de la capacité de chacun ou plutôt de chacune (parce qu'il s'agit le plus souvent de femmes) aux paliers supérieurs de la hiérarchie. Tout le monde devrait travailler dans le sens de l'équité entre hommes et femmes, ce qui – dans la situation actuelle – tient beaucoup du rêve illusoire. Pour certains cadres supérieurs, ce genre de travail comporte des défis énormes (voire des risques). Les défis tiennent au fait qu'il faut, dans le meilleur des cas, jongler entre le travail habituel « de fond » et le travail d'équité (qui est tout aussi important que le premier). Pour le cadre, les risques sont nombreux, notamment celui de se faire accuser d'entretenir des revendications spéciales. Cela me rappelle une réunion que j'ai eue un jour avec un cadre supérieur de mon université. Le

président venait juste de publier son plan stratégique. En le lisant, je m'aperçus qu'il présentait certains problèmes, notamment sur le plan de l'équité hommes-femmes. Lors de la réunion en question, j'abordais donc plusieurs des problèmes que j'avais relevés. Après plus d'une heure de discussion, mon interlocuteur me lança sur le ton de la surprise : « Je pensais que vous alliez me parler de l'impasse du plan stratégique sur la question de l'équité ». Je lui répondis : « Ne vous inquiétez pas, j'y viens! »)

Si vous le voulez bien, je vais appuyer mon raisonnement sur quelques exemples. Il est évident qu'il faut adopter une optique sexospécifique dans le domaine de la santé et des soins de santé. Des décennies de recherches en sciences sociales ont confirmé que le sexe est la source la plus fondamentale de différenciation entre êtres

humains (Greaves, Hankivsky et al., 1999; Grant, Ballem et al., 2000). Dans le domaine de la santé et des soins de santé, il existe des masses de recherche prouvant l'importance du sexe en tant que facteur contribuant à l'état de santé (Doyal, 2000; Doyal, 2001). Prenons, par exemple, la liste dressée par un organisme américain -- la Society for Women's Health Research -- qui recense les différences entre hommes et femmes pour expliquer la situation particulière de la femme sur le plan de la santé.

Les 10 différences entre hommes et femmes qui expliquent la situation particulière de la femme sur le plan de la santé

1. Après avoir consommé une même quantité d'alcool, les femmes présentent un taux d'alcoolémie supérieur à celui des hommes, même lorsqu'on tient

- compte des différences de corpulence.
2. Les femmes qui fument sont de 20 à 70 pour cent plus susceptibles que les hommes de développer un cancer des poumons, pour la même quantité de cigarettes.
 3. Les femmes ont tendance à se réveiller plus rapidement à la suite d'une anesthésie que les hommes – sept minutes en moyenne pour les femmes contre 11 pour les hommes.
 4. Certains médicaments contre la douleur, connus sous le nom de kappa-opiacées, sont beaucoup plus efficaces chez la femme que chez l'homme.
 5. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'une deuxième crise cardiaque dans l'année qui suit la première.
 6. Un même médicament peut occasionner des réactions différentes et des effets secondaires

différents chez les femmes et chez les hommes – même dans le cas de médicaments courants comme les antihistaminiques et les antibiotiques.

7. Le système immunitaire de la femme, qui est plus fort que celui de l'homme, la protège certes contre la maladie, mais elle est aussi plus susceptible que son compagnon de souffrir de maladies auto-immunes (maladies caractérisées par une agression de l'organisme par son propre système immunitaire), comme l'arthrite rhumatoïde, le lupus, la sclérodermie et la sclérose en plaques.
8. Dans des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de contracter une maladie transmise sexuellement et elles sont 10 fois plus susceptibles de contracter le VIH.
9. La dépression est deux à trois fois plus répandue

chez la femme que chez l'homme, notamment parce que le cerveau de la femme produit moins de sérotonine.

10. Les femmes perdent davantage de masse osseuse après la ménopause que les hommes après l'andropause, ce qui explique pourquoi 80 pour cent des personnes atteintes d'ostéoporose sont des femmes.

La Société prétend, faussement, appliquer une approche qu'elle appelle « biologie fondée sur le sexe », autrement dit une recherche scientifique destinée à dégager les « différences biologiques et physiologiques entre les hommes et les femmes » (Society for Women's Health Research n.d.). Or, les différences apparaissant dans la liste que nous venons de voir ne concernent pas du tout le sexe pris en tant que dimension sociale, mais le sexe

pris en tant que caractère physiologique.

Les différences entre les hommes et les femmes ne se situent pas uniquement sur le plan physiologique, biochimique ou génétique. Comme les chercheurs en sciences sociales l'ont démontré, il existe d'importantes différences fondées sur la dimension sociale, différences qui touchent aux activités, aux responsabilités et aux rôles interdits aux hommes ou aux femmes d'après des conventions et des attentes culturelles. Toutes ces différences se ramènent essentiellement à une question de pouvoir que l'on possède ou non. Les différences entre les hommes et les femmes sont évidentes dans la plupart des activités quotidiennes, d'où la nécessité de déterminer quels sont les effets des programmes, des politiques et des lois sur les hommes et sur les femmes.

Dans le domaine de la santé et des soins de santé, les différences entre hommes et femmes se traduisent par des différences de comportements face à la santé et se constatent dans le travail en santé, de même que dans les relations entre médecin et patient. Ces phénomènes se retrouvent partout dans notre société et dans le monde entier. Les ministres de la Santé du fédéral, des provinces et des territoires ont pris acte de ces différences, qui sont par ailleurs soulignées dans le document de Santé Canada intitulé *Stratégies sur la santé des femmes*. La Stratégie mentionne le statut hommes-femmes comme l'un des 12 principaux facteurs déterminants de la santé (Santé Canada, 1999).

À partir des recherches poussées réalisées au cours des dernières années, nous pourrions bâtir un tableau semblable à celui préparé par la Society for Women's

Health Research en nous livrant cette fois à une analyse sexospécifique plutôt qu'en retenant simplement les différences biologiques entre les hommes et les femmes.

**Les 10 différences sociologiques qui
expliquent la situation particulière de la
femme sur le plan de la santé**

11. Les hommes et les femmes ont des comportements différents face au risque, comportements qui sont fonction des rôles traditionnels qui incombent à leur sexe; ce faisant, les hommes sont plus portés à prendre des risques susceptibles d'avoir des conséquences graves voire mortelles (Harrison, 1978). Les femmes ne fuient pas le risque pour autant, comme le démontrent les taux élevés de tabagisme surtout chez les plus jeunes (Statistique

Canada, 2001).

12. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre les mesures voulues pour protéger leur santé, notamment en se soumettant à examens réguliers (comme l'auto-examen des seins, le test de Papanicolaou et des visites médicales régulières) (Miles, 1991).
13. Sur le front du VIH/sida, les femmes constituent le groupe à risque qui connaît la croissance la plus rapide, même si cette épidémie passe presque inaperçue chez les femmes. Les deux principales causes de transmission chez la femme sont : l'activité hétérosexuelle (dans 64 % des cas) et l'utilisation de drogues intraveineuses (dans 11 % des cas). Certains constats donnent à penser que le fait d'être femme a une incidence sur le risque de maladie. On a, par ailleurs, constaté que l'efficacité

des traitements varie sur plan biologique entre les hommes et les femmes (comme dans le cas des réactions métaboliques aux médicaments) de même que sur le plan social (comme le mode de vie) (Direction générale de la protection de la santé, 1998).

14. Les hommes et les femmes ne reçoivent pas les mêmes soins (ni des soins semblables) pour des états de santé comparables (Lorber, 1997). Selon des études américaines, les femmes sont moins susceptibles de bénéficier de services de haute technologie et elles semblent recevoir des soins moins agressifs dans certaines situations, comme pour des maladies cardiaques ou le cancer (Clancy, 2000).
15. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, les niveaux de stress chez la femme ont

augmenté entre 1985 et 1991. C'est en Nouvelle-Écosse que ces taux ont accusé la variation la plus importante : en 1985, les taux de stress chez la femmes étaient de 12 % inférieur à ceux des hommes et, en 1991, ils étaient de 29 % supérieurs (Amaratunga, 2000).

16. Les taux de suicide sont nettement plus élevés dans la population autochtone que dans le reste de la population canadienne. La Commission Royale sur les peuples autochtones a constaté que le suicide chez les jeunes filles autochtones était huit fois plus élevé que la moyenne nationale (Commission Royal sur les peuples autochtones, 1996).
17. De nombreux chercheurs attribuent la plus grande prévalence de la dépression chez la femme à sa situation au sein de la société (Astbury, Dennerstein et al., 1993).

18. La violence est considérée comme l'un des grands problèmes de santé publique. Les femmes (c'est-à-dire les épouses) risquent plus que les hommes (les époux) d'être victimes d'un meurtre; en outre, elles courent beaucoup plus de risques d'être victimes d'agression sexuelle (Jiwani, 2000).
19. On estime que les femmes constituent 80 pour cent des prestataires de soins, pour des services rémunérés ou non, offerts dans un établissement ou à domicile. Il existe des différences marquées entre les hommes et les femmes dans la nature des soins qu'ils prodiguent, les femmes étant plus susceptibles de dispenser des soins d'hygiène personnelle et de gérer les soins (Armstrong, Amaratunga et al., 2002).
20. La pauvreté, prise en tant que principal facteur déterminant de la santé et de la longévité, est plus

répandue chez les femmes. Elle est associée aux nombreuses causes de maladie, d'incapacité et de décès (Townson, 1999).

Jusqu'ici, la majorité des recherches biomédicales et cliniques a été effectuée sur des hommes, ce qui suppose donc que l'être humain est de sexe masculin. Il aura fallu une loi, aux États-Unis (mais pas au Canada), pour que les femmes soient régulièrement incluses dans les études cliniques. Même à cela, en mai 2000, le GAO américain (le General Accounting Office) ne signalait toujours pas de changement dans la fréquence des résultats d'analyse des recherches concernant les sexes, par dimension biologique et par dimension sociale (U.S. General Accounting Office, 2000). Cette tendance ne se limite pas aux États-Unis. Selon les données publiées par l'équipe du Dr Donna Stewart en 2000 (recueillies à l'occasion d'un examen des études de recherche et des essais cliniques à l'Université de Toronto), il existe des tendances identiques au Canada (Stewart, Cheung et al., 2000). Cette situation est révélatrice d'un taux de

changement infime, malgré l'existence de cadres de responsabilité et de cadres législatifs contraignants qui forcent au changement. Cette situation souligne aussi à quel point il est nécessaire de renforcer les moyens mis en oeuvre et d'informer la population sur les analyses concernant les sexes et la sexospécificité.

Nous sommes bloqués non seulement par l'absence de volonté d'examiner en quoi la différence hommes-femmes peut affecter les expériences de chacun, mais aussi par la façon dont nous devrions mesurer la sexospécificité ainsi que les conséquences des programmes et des politiques. Le plus souvent, quand nous examinons les différences entre les hommes et les femmes, nous traitons la dimension « sexe » comme n'importe quelle autre variable. L'autre problème tient au fait que les programmes et les politiques, de même

que la recherche qui les sous-tend, sont sexuellement neutres ou insensibles aux disparités entre les sexes.

Dans une très grande mesure, on a donc « négligé, ignoré ou subsumé » les femmes (Rosser, 1994) dans les études relatives à la prestation des services de santé et aux effets de la réforme des soins de santé sur les prestataires et les bénéficiaires de soins. Ce faisant, il est difficile d'évaluer avec précision les conséquences qui découlent des changements politiques. La neutralité sexuelle peut revêtir plusieurs visages. Dans la façon dont nous mesurons les choses et dont nous les analysons, nous pouvons ne pas voir que le sexe (pas uniquement pris au sens biologique du terme) revêt peut-être une certaine importance. Je vais revenir sur tout cela, mais en commençant par la fin.

Le problème de l'analyse : Selon Pat Kaufert, le problème de la recherche dans le domaine des soins de santé tient souvent moins à l'exclusion de la femme qu'au fait qu'on la rend invisible (Kaufert, 1999). Ce problème survient à l'étape de l'analyse des données, surtout dans le cas des recherches à caractère essentiellement épidémiologique. Prenons, par exemple, les recherches effectuées par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba (le CEEPSSM). Il est rare que les travaux de ce centre (qui n'est certainement pas le seul dans ce cas) portent sur les différences entre hommes et femmes sur le plan des expériences en santé (Metge, Black et al., 1999). La majorité des études fait état de constats qui sont uniformes aux plans de l'âge et du sexe, à partir d'un système d'information sur la santé qui est représentatif de la population (Brownell et Hamilton,

1999; Brownell, Roos et al., 1999; Brownell, Roos et al., 1999; DeCoster, Chough Carriere et al., 1999; Roos et Shapiro, 1999). Il est vrai que la technique de normalisation ou d'ajustement de données représentatives de la population permet de calculer un taux unique ajusté en fonction de chaque groupe d'âge et de sexe pour une population type et, dès lors, d'améliorer la comparabilité des taux entre populations différentes. En revanche, ce genre de statistiques globales ne nous permet pas de dégager les façons dont les expériences en matière de santé (qu'il s'agisse de mortalité ou d'utilisation de soins) se manifestent différemment dans les divers sous-groupes d'une même population. Il nous faut donc disposer de données désagrégées par sexe (Horne, Donner et al., 1999) afin de comprendre la nature « sexuée » des soins de santé et des expériences sur le plan de la maladie, notamment en

ce qui a trait à l'utilisation des soins.

La mesure du problème : Cela dit, même les études qui comportent des calculs statistiques sexospécifiques ne permettent pas vraiment de déterminer ni la raison ni l'importance des différences entre hommes et femmes dans les études sur la santé et les soins de santé (ni dans d'autres domaines d'étude ou de politiques publiques). Il est simpliste de traiter le sexe comme s'il s'agissait d'une variable biologique pouvant expliquer tout l'éventail des forces sociales, politiques et économiques qui structurent et qui produisent la santé (ou la maladie) chez les hommes et chez les femmes ou pour expliquer les effets des changements de politique sur les prestataires et les bénéficiaires de soins. Il est donc important que les chercheurs ne se contentent pas d'examiner le sexe en tant que caractéristique

démographique susceptible, par exemple, d'avoir une influence sur la maladie, sur la nécessité de pratiquer une intervention chirurgicale ou sur la nécessité de recourir à des soins de santé. Il faut, aussi, étudier l'influence des caractères sexospécifiques, ce qui veut dire que nous devons examiner les relations de pouvoir, de subordination et de prépondérance. La plupart des mesures que nous appliquons actuellement sont totalement inadéquates.

Dans la recherche sur la performance des systèmes de santé, la gamme limitée d'indicateurs utilisés ne nous fournit qu'un tableau incomplet si ce n'est déformé de l'effet des réformes des soins de santé. C'est vrai en général, mais surtout dans le cas d'expériences dont on sait qu'elles présentent des effets ou des différences de nature sexospécifique. N'oublions pas qu'il sera difficile

d'en apprendre beaucoup sur les effets du sexe au sens sociologique du terme si l'on ne pose pas d'abord la question et si l'on n'effectue pas les mesures appropriées.

Dans un contexte où la prise de décision est fondée sur des faits établis, la « meilleure » preuve dont on peut disposer correspond généralement à ce qui est « objectif », quantifiable et reproductible. Ce faisant, nombre d'études sur les soins de santé s'appuient sur des données recueillies par des méthodes quantitatives. Les données préférées semblent être les données de nature administrative représentatives de la population. Le plus souvent, la « recherche qualitative est reléguée à un rôle complémentaire dans la production des analyses d'évaluation des faits recueillis, comme la planification ou l'explication de la recherche quantitative »

(Rychetnik et Frommer, 2000).

Pour illustrer les limitations associées aux données administratives, il suffit de songer au rapport du CEEPSSM (de février 1999) sur les fermetures de lits d'hôpitaux à Winnipeg. Brownell et Hamilton signalent que 727 lits ont été fermés dans les hôpitaux de Winnipeg entre 1992-1993 et 1997-1998, soit 24 pour cent du total (Brownell et Hamilton, 1999). Quels effets ces fermetures de lits ont-elles eu sur la population? Brownell et Hamilton nous indiquent que les hôpitaux sont, malgré tout, parvenus à traiter un même nombre de patients mais en offrant les soins différemment (par exemple, en passant des soins internes aux soins externes). Par ailleurs, ces deux chercheurs indiquent que ni qualité des soins (mesurée de façon plutôt grossière d'après les taux de réadmission en milieu

hospitalier), ni la santé des résidents de Winnipeg (également mesurée de façon grossière par la mortalité prématurée, c'est-à-dire le décès avant 75 ans) n'ont été altérées par les fermetures de lits. Un rapport récent, publié par les chercheurs du Centre for Health Services and Policy Research de la Colombie-Britannique parvient à des conclusions semblables quant aux effets de la réduction du nombre de lits en milieu hospitalier sur les taux de mortalité et d'utilisation des soins chez les personnes âgées (Sheps, Reid et al., 2000). Tous ces chercheurs concluent que les compressions hospitalières dans les services de soins actifs n'ont eu que des effets négatifs minimes, outre que ces compressions sont conformes aux objectifs de la politique publique (et aux préférences des citoyens) qui consistent à rapprocher les soins du domicile et à réserver les longs séjours en hôpital aux personnes malades. Dans un éditorial sur

l'étude de Sheps et al., Roos soutient que tous les titres relevés dans la presse sur les compressions hospitalières et les fermetures de lits ont exagéré les effets de ce volet de la réforme des soins de santé (Roos, 2000).

Je maintiens, personnellement, que nous n'avons pas vraiment étudié les répercussions des réformes des soins de santé, surtout pas pour ce qui est du passage des soins jusque là offerts dans des établissements à de soins communautaires ou à domicile. Ces réformes, qui vont en s'accélégrant au même moment où les gouvernements restreignent leurs engagements financiers dans le système de soins de santé, n'épargnent personne, mais je crois que, d'après certaines indications, les femmes sont encore moins épargnées que les hommes. Ce sont les femmes qui sont en premières lignes, à la maison et dans les établissements de soins. Si le travail de soin est transféré à domicile, ce sont principalement les femmes qui devront assumer ce surcroît de responsabilité, en remplacement ou en sus des responsabilités qu'elles assument déjà vis-à-vis de leurs familles ou dans le cadre de leur travail. Par ailleurs, les réformes de la santé ont

eu plusieurs conséquences sur le personnel infirmier et auxiliaire, qui est constitué en grande partie de femmes. Ces conséquences risquent d'être considérables et se traduire notamment par une intensification de la charge de travail, par des blessures et par des problèmes d'épuisement professionnel. De toute évidence, nous sommes complètement passé à côté des effets sexospécifiques de la réforme des soins de santé. Si nous ne répondons pas d'abord à ces questions ou à des questions semblables, nous ne pourrons même pas commencer à évaluer les effets des réformes de soins de santé, comme les compressions en milieu hospitalier.

Plusieurs conséquences découlent de ces observations. Il nous faut notamment et surtout comprendre les divers aspects et effets de la politique de soins de santé en adoptant un point de vue sexospécifique – autrement dit

en déterminant pourquoi et comment les expériences des hommes et des femmes sont différentes. Jusqu'ici, trop peu d'études ont été réalisées dans ce sens.

Chambliss a dit que « personne ne peut se permettre d'appréhender le monde comme s'il n'était pas conditionné par les différences sexuelles, puisqu'il ne manque pas de preuve établissant que les hommes et les femmes perçoivent le monde de façon différente » (Chambliss, 1996). Voilà le fond du problème! La plupart des recherches stratégiques font fi des différences biologiques et sociales entre hommes et femmes, et elles font l'impasse sur l'importance de ces différences en tant que facteurs déterminants quand elles ne les considèrent pas comme moins importantes que d'autres caractéristiques, comme la situation socioéconomique.

J'estime pour ma part qu' avant de rejeter les critiques formulées par de nombreuses chercheuses féministes à propos de ce qui est mesuré et de la façon dont on s'y prend, nous devons nous convaincre que la différence entre hommes et femmes n'est pas importante au point de ne plus avoir d'importance,. Nous devons, pour le moins, nous poser des questions du genre : Les différences biologiques et sociales entre hommes et femmes sont-elles importantes? Comment mesurer les effets du sexe et de la différence hommes-femmes? Tant que nous ne l'aurons pas fait, nous prendrons des décisions politiques dans lesquelles nous ne tiendrons pas compte de la possibilité que les différences biologiques et sociologiques entre les sexes ont effectivement de l'importance, et pour les femmes et pour les hommes. Nous risquons de proposer des politiques qui désavantageront certains segments de la

population et nous continuerons de courir à toute vitesse
– comme Alice et la Reine du coeur – sans arriver nulle
part.

Bibliographie

- Amaratunga, C. (2000). A Portrait of Women's Health in Atlantic Canada (Women's Health in Atlantic Canada Trilogy, Volume 1). Halifax, Maritime Centre of Excellence for Women's Health.
- Armstrong, P., C. Amaratunga, et al. (2002). Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada. Toronto, Garamond.
- Astbury, J., L. Dennerstein, et al. (1993). Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Brownell, M. and C. Hamilton (1999). Winnipeg Hospital Bed Closures: Problem or Progress? Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba.
- Brownell, M. D., N. P. Roos, et al. (1999). "Monitoring the Impact of Hospital Downsizing on Access to Care and Quality of Care." Medical Care **37**(6 (supplément)): JS135-JS150.
- Brownell, M. D., N. P. Roos, et al. (1999). Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1990/91 through 1996/97. Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba.
- Chambliss, D. F. (1996). Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics. Chicago, University of Chicago Press.
- Clancy, C. M. (2000). Gender Issues in Women's Health Care. Women and Health. M. B. Goldman et M. C. Hatch. San Diego, Academic Press: 50-54.
- DeCoster, C., K. Chough Carriere, et al. (1999). "Waiting Times for Surgical Procedures." Medical Care **37 (Supplément)**(6): JS187-JS205.
- Doyal, L. (2000). "Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas." Social Science and Medicine **51**: 931-939.
- Doyal, L. (2001). "Sex, Gender, and Health: The Need for a New Approach." British Medical Journal **323**: 1061-1063.
- Grant, K. R., P. Ballem, et al. (2000). A Women's Health Research Institute in the Canadian Institutes of Health Research. Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Greaves, L., O. Hankivsky, et al. (1999). CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health, A Position Paper Submitted to the Social Sciences and Humanities Research Council and the Canadian

Health Services Research Foundation. Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Harrison, J. (1978). "Warning: The Male Sex May Be Dangerous to Your Health." Journal of Social Issues **34**: 65-86.

Santé Canada (1999). Stratégie sur la santé des femmes. Ottawa, Santé Canada.

Direction générale de la protection de la santé, S. C. (1998). Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : le VIH et le sida chez les femmes au Canada. Ottawa, Santé Canada.

Horne, T., L. Donner, et al. (1999). Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress. Winnipeg, Prairie Women's Health Centre of Excellence.

Jiwani, Y. (2000). The 1999 General Social Survey on Spousal Violence: An Analysis and Fact Sheet. Vancouver, The FREDA Centre for Research on Violence against Women and Children.

Kaufert, P. A. (1999). The Vanishing Woman: Gender and Population Health. Sex, Gender and Health. T. M. Pollard et S. B. Hyatt. Cambridge, UK, Cambridge University Press: 118-136.

Lorber, J. (1997). Gender and the Social Construction of Illness. Thousand Oaks, CA, Sage.

Metge, C., C. Black, et al. (1999). "The Population's Use of Pharmaceuticals." Medical Care **37**, **supplément(6)**: JS42-JS59.

Miles, A. (1991). Women, Health and Medicine. Buckingham, Open University Press.

Roos, N. P. (2000). "The Disconnect between the Data and the Headlines." Journal de l'Association médicale canadienne **163**(4): 411-412.

Roos, N. P. and E. Shapiro (1999). "Academics at the Policy Interface: Revisiting the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation and its Population-Based Health Information System." Medical Care **37 (supplément)**(6).

Rosser, S. V. (1994). Women's Health -- Missing from U.S. Medicine. Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press.

Commission Royale sur les peuples autochtones (1996). Rapport final de la Commission Royale sur les peuples autochtones (Rassembler nos forces, Vol. 3). Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services.

Rychetnik, L. et M. Frommer (2000). A Proposed Schema for Evaluating Evidence on Public Health Interventions. Melbourne, Australia, National Public health Partnership: 50 pages.

Sheps, S. B., R. J. Reid, et al. (2000). "Hospital Downsizing and Trends in Health Care Use among Elderly People in British Columbia." Journal de l'Association médicale canadienne **163**(4): 397-401.

Society for Women's Health Research (n.d.). 10 Differences Between Men and Women that Make a Difference in Women's Health, Society for Women's Health Research. **2001**.

Statistique Canada (2001). Comment se portent les Canadiens? (Rapports sur la santé, Vol. 12, n° 3, catalogue n° 82-003-XIE). Ottawa, Statistique Canada.

Stewart, D. E., A. M. W. Cheung, et al. (2000). "Are We There yet? The Representation of Women as Subjects in Clinical Research." Annales du Collège Royal des médecins et des chirurgiens du Canada **33**(4): 229-231.

Townson, M. (1999). Health and Wealth: How Social and Economic Factors Affect Our Well-Being. Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives.

U.S. General Accounting Office (2000). Women's Health: NIH Has Increased its Efforts to Include Women in Research. Washington, D.C., U.S. General Accounting Office: 36 pages.

Williams, W. (1999). "Gender-based Analysis: Will It Make Things Better for Women?" Network **2**(4).