

La santé des femmes en milieux rural,  
éloigné et nordique : Orientations en matière  
de politiques et de recherche

# Recommandations en matière de politique

**par Marilou McPhedran  
et Rebecca Sutherns, PhD**

## Table des matières

Avant-propos .....	L3
Introduction .....	L4
L'effet sur la politique publique .....	L5
Pourquoi s'en préoccuper? .....	L9
Priorités .....	L11
Miser sur l'ACSR – L'analyse comparative entre les sexes et les régions .....	L11
Reconnaître la pauvreté comme facteur déterminant important de la santé des femmes .....	L11
1. Inclure les sexes, les régions et les cultures comme facteurs dans toute politique en matière de santé .....	L12
2. Dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé .....	L13
3. Améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir .....	L14
Mise en œuvre des priorités en matière de politique .....	L20

## Avant-propos

### L'intégration de la santé des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques

La présente étude intitulée *La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche*, se veut un reflet des efforts investis dans un processus grandement consultatif auprès des femmes dans le but d'établir des objectifs clairs et réalisables en puisant les connaissances des femmes qui ont passé leur vie dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. Le fait de placer un tel accent sur le « processus » peut être perçu de deux façons distinctes : comme un problème encombrant ou comme une méthodologie essentielle qui fait partie d'une solution. La présente étude fournit des données qualitatives essentielles qui ne peuvent être obtenues que par un processus d'enquête par lequel les sujets sont interrogés. Munies de faits probants qui continueront à être produits par l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes et par d'autres projets de recherche, nous devons créer des politiques et des stratégies en vue d'améliorer la santé des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada si nous voulons effectuer des changements au sein de ces régions. Nous avons maintenant une réponse à la question souvent entendue, « Qu'est-ce que les femmes désirent? » **Elles désirent créer un réseau de collaboration sur le changement en matière de politique axé sur l'analyse comparative entre les sexes et les régions (ACSR) à l'aide de partenariats, qui auraient un intérêt réciproque, entre les femmes canadiennes des milieux ruraux, éloignés et nordiques et les décideurs à chaque palier gouvernemental<sup>1</sup>. La priorité transversale** des participantes de la consultation nationale tenue dans le cadre de la présente étude, est d'avoir un vrai rôle à jouer qui les ferait ainsi intervenir dans le changement des politiques axé sur l'analyse comparative entre les sexes et les régions tout en utilisant les données sur les facteurs déterminants sociaux de la santé des femmes de ces régions. **Les trois priorités principales en matière de changement, accompagnées de onze stratégies connexes, viennent éclairer nos recommandations sur les mesures concrètes :**

- 1. Inclure les sexes, les régions et les cultures comme facteurs dans toute politique en matière de santé**
- 2. Dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé**
- 3. Améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir**

---

## Introduction

Les politiques et les pratiques actuelles relatives à la santé ne tiennent pas entièrement compte des connaissances et de l'expertise des femmes qui habitent les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. La présente étude intitulée *La santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche* a été conçue dans le but de fournir des renseignements utiles sur les changements en matière de politique nécessaires à l'heure actuelle, de jeter les bases à l'étape suivante (actuellement en cours<sup>2</sup>), et de compléter les autres projets de recherche. Dans la présente étude qui comprend les femmes habitant les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada (et d'autres projets de recherche), l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes étudie comment influent sur la santé les facteurs tels que la culture, le groupe ethnique, le revenu et l'éducation lorsque ceux-ci sont conjugués aux facteurs hommes-femmes. Le résultat est clair : des objectifs réalisables en matière de changement obtenus des connaissances des femmes qui ont fait leur vie dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada<sup>3</sup>.

La présente section du rapport définitif sur l'étude s'adresse aux décideurs de chaque palier gouvernemental; cette section sert également de ressource aux femmes leaders des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada et les assistera à réaliser **les changements essentiels qui ont été indiqués comme étant les principales priorités** qui seraient le résultat de l'intervention directe des femmes aux changements en matière de politique et au processus de la mise en œuvre.

### L'intégration de la sagesse féminine

En employant une combinaison de méthodes de recherche, nous avons réussi à obtenir des

données d'un grand éventail de femmes et de collectivités. L'étude a commencé par une étude de la littérature et une analyse des lacunes qui ont été présentées lors de la tenue de la table ronde nationale sur invitation en octobre 2001 et ont été suivies des bibliographies par thèmes en français et en anglais. De novembre 2001 à janvier 2003, 28 groupes de réflexion communautaires ont eu lieu au sein des collectivités rurales, éloignées ou nordiques. Un rapport provisoire a été élaboré en vue de la consultation nationale tenue à Saskatoon (Saskatchewan) réunissant les femmes des groupes de réflexion aussi bien que les décideurs et les chercheurs spécialistes dans ce domaine. À mi-chemin dans ce processus, le comité directeur national de la recherche a tenu une séance sur l'exécution de la politique auprès des experts en matière de politique dans le but de déterminer les domaines qui offriraient des occasions de communiquer les résultats de cette étude à un groupe qui se spécialise en politique<sup>4</sup>.

La consultation nationale tenue à Saskatoon a servi de véhicule par lequel les participantes ont contribué de la matière et ensuite fourni des observations des groupes de réflexion, passé en revue les résultats préliminaires, tout en les évaluant d'une perspective nationale, régionale et communautaire. Le processus de type champ libre qui favorise l'égalité des intervenantes, a servi d'effet catalyseur produisant ainsi six rapports sur la convergence d'où sont issues les priorités et les stratégies en matière de politique de la présente étude pour améliorer la santé des femmes. (Une description plus détaillée de ce processus et les recommandations figurent à la Section I du présent rapport.)

## ***L'effet sur la politique publique***

### **L'intervention des femmes des collectivités**

Lorsque les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont convoqué la réunion de la consultation nationale, une des participantes a pu mettre le doigt sur le pouls des sentiments de plusieurs en posant la question fondamentale suivante :

***Qu'est-ce que l'on comprend exactement par « politique publique » et comment est-ce que des femmes comme nous pouvons l'influer?*** (traduction libre) Il n'existe aucun système législatif chargé de l'élaboration de la politique; par contre, pendant des décennies, la dynamique du pouvoir qui sous-tend l'élaboration de la politique au sein du contexte gouvernemental au Canada, a fonctionné de sorte à maintenir le caractère général du processus de la politique publique qu'un expert a comparé à « tant un marché de travail chaotique qu'un système planifié<sup>5</sup>. » (traduction libre)

### **Efforts, résultats...réalité**

Bien qu'elles n'avaient pas tendance à utiliser un vocabulaire de politique, certaines participantes de l'étude ont noté que leurs « efforts en matière de politique » antérieurs ont peu souvent réussi à produire des « résultats en matière de politique. » Elles décrivaient également comment les politiques nécessaires avaient été accommodées – ou minées – par le momentum créé par des décisions gouvernementales déjà prises. Pour que les changements désirés soient réussis, il faut l'appui des politiciens et des établissements pour « le momentum d'une direction en matière de politique et les tendances au chapitre des dépenses<sup>6</sup>. » Les femmes de la consultation ont indiqué divers efforts en matière de politique tels que les sondages sur l'opinion publique, les rapports personnels, les politiques partisanes, la création de réseaux et les services de courtage en bloc auprès des instances au pouvoir par les particuliers et les collectivités. Le consensus qui s'en est dégagé

a été que les femmes des régions rurales, éloignées ou nordiques du Canada ont peu souvent accès à la plupart de ces efforts. Ceci a mené à des recommandations liant les autorités à l'élaboration en matière de politique. Certains de ces groupes ont étudié le fait qu'il existe trois grandes catégories des résultats de politiques dont voici :

1. l'orientation et le leadership fournis par les ministres fédéraux et provinciaux, les chefs de fil municipaux et leurs organismes;
2. les programmes nouveaux ou modifiés et les projets spéciaux;
3. les lois et les règlements.

Les discussions sont ensuite revenues sur le sujet des changements nécessaires pour assurer une augmentation du rôle politique sur les priorités cernées en matière de politique. Cette discussion a fait surgir une autre question : comment les femmes peuvent-elles accéder à davantage de pouvoir de sorte à influencer leurs choix en matière de santé?

### **Une « communauté de politique » composée de femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada**

L'accent intuitivement placé sur le pouvoir pour ce qui est des questions citées dans le présent chapitre met en lumière un défi central qu'ont à relever les femmes du Canada en général, et particulièrement les femmes en milieu rural, éloigné et nordique canadiens puisqu'il s'agit d'un message communiqué depuis quelque temps par les membres du milieu de la science politique : la politique est étroitement liée à la « communauté. » Dans les faits, les femmes ne sont, malheureusement, presque jamais vues comme étant un groupe qui répond à la description reçue d'une « communauté de politique » qui par définition se veut « une voix dominante du processus décisionnel gouvernemental [...] en raison de

ses responsabilités pragmatiques, ses intérêts directs et ses connaissances spécialisées<sup>7</sup>. » Les particuliers et les groupes à l'intérieur des communautés de politique qui sont près des personnes qui contrôlent les ressources nécessaires à la mise en œuvre des politiques, constituent un « sous-gouvernement », tandis que ceux qui sont activement préoccupés ou affectés par certaines politiques mais qui ne sont pas « près » des initiés, ont été qualifiés de « public attentif<sup>8</sup>. »

Bien qu'en général, les participantes de la consultation nationale aient décrit leur participation de sorte à ce qu'elles soient plus près d'un « public attentif, » elles n'étaient certainement pas satisfaites de leur position marginalisée. Bon nombre de femmes de la consultation et des 28 groupes de réflexion tenus à l'échelle du Canada avant la consultation, ont manifesté un vif intérêt dans la création ou le renforcement de cette communauté de politique en y investissant efforts et énergie dans le but d'augmenter davantage leur effet sur l'élaboration des politiques comparé à leur rôle actuel. Le besoin de réformes axées sur les femmes et la participation accrue des femmes leaders au sein des activités gouvernementales est découlé du fait que l'on reconnaisse que les situations dans lesquelles les femmes vivent sont différentes que celles des hommes, et du fait que les femmes n'ont pas toutes les mêmes besoins ou le même accès aux ressources.

Si les politiques sont pour avoir l'effet voulu, elles doivent prendre en ligne de compte les différences entre les hommes et les femmes, et les différences à l'intérieur de chaque groupe. Par exemple, les profils des collectivités de Statistique Canada peuvent fournir des renseignements utiles sur les facteurs déterminants sociaux sur la santé tels que la violence domestique. Lors d'une analyse sélective bisannuelle effectuée le 15 avril 2002 dans le cadre de l'Initiative de lutte contre la violence familiale du gouvernement fédéral, les représentants des maisons d'hébergement

des Territoires du Nord-Ouest ont affirmé que 80 % des femmes hébergées dans les maisons cette journée étaient victimes de violence et les autres avaient été admises pour des raisons qui n'étaient pas liées à la violence telles que des problèmes d'hébergement. Parmi les femmes admises pour des raisons de violence, le nombre de femmes qui quittaient des situations d'abus physique était deux fois plus élevé que le nombre de femmes qui quittaient des situations d'abus psychologique et 67 % de ces deux groupes étaient accompagnés d'enfants; 71 % de ceux-ci étaient âgés de moins de dix ans<sup>9</sup>.

La prise de décision en matière de politiques telles que « la réduction de la violence domestique » axée sur les conclusions de la recherche doit commencer avec la recherche et les faits comme nous l'avons fait dans le cadre de la présente étude. Nos participantes ont accordé une importance à l'élément de la recherche et se sont vite penchées sur les moyens qui permettraient d'intégrer la recherche à la politique; cette prise de position a suscité des questions sur le type de renseignements qui devrait être transmis aux décideurs pour faire en sorte qu'une plus grande importance soit accordée à cette question.

### **Femmes invisibles : la planification qui tient compte des femmes, des hommes, et de la santé**

Bien que les femmes occupent une place spéciale au sein de notre système de santé – elles constituent 80 % des effectifs de la main d'œuvre des soins de santé, y compris les enfants, et elles se prévalent beaucoup des soins de santé – leur présence se fait moins sentir dans le travail préparatoire des politiques publiques qui touchent la santé des Canadiens et des Canadiennes, ce qui fait que bon nombre de femmes ainsi que l'analyse axée sur les femmes ne font pas partie des rangs du « sous-gouvernement » qui exercent un rôle plus influentiel sur les politiques. Il existe une certaine divergence entre les profils

***...les femmes constituent une partie importante  
sinon la majeure partie de la population des  
régions rurales, éloignées et nordiques du Canada.  
De plus, elles sont tellement nombreuses que si on  
veut que les politiques et que la mise en œuvre des  
stratégies soient efficaces, les femmes et la diversité  
de celles-ci doivent être prises en ligne de compte.***

statistiques des femmes « rurales ». Par exemple, si on utilise les codes postaux des régions rurales (qui n'est qu'une des six définitions du mot « rural » employées par Statistique Canada), 28,7 % de la population canadienne sont ruraux et 50,8 % de ce pourcentage sont composés de femmes<sup>10</sup>. Cependant, ce jeu statistique ne devrait pas être utilisé pour justifier le peu ou l'absence d'analyse comparative entre les sexes dans l'élaboration de politiques, puisque sous n'importe quelle optique que l'on voudrait donner aux statistiques qui portent sur la population, les femmes constituent une partie importante sinon la majeure partie de la population des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. De plus, elles sont tellement nombreuses que si on veut que les politiques et que la mise en œuvre des stratégies soient efficaces, les femmes et la diversité de celles-ci doivent être prises en ligne de compte. Malheureusement, une analyse récente des efforts en matière de politiques provinciales et fédérales nous brosse un tableau différent.

En novembre 1999, le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies publiait un rapport de recherche intitulé *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress*<sup>11</sup>. Ce document renfermait une étude des documents de politique et des manuscrits d'interviews menées sur l'élaboration des politiques aux niveaux régional et du district, et nous laisse

entendre que très peu d'efforts ont été faits pour assurer l'utilisation d'une analyse comparative entre les sexes qui aurait éclairé la planification en matière de santé à ces niveaux<sup>12</sup>. Les renseignements sur les besoins en matière de santé ont rarement été ventilés en fonction du sexe et les consultations auprès des groupes de femmes à titre d'intervenantes clés faisaient l'exception plus que la règle. Lorsqu'on faisait mention des besoins des femmes en matière de santé, ils étaient souvent étroitement liés au système de reproduction de la femme ou aux responsabilités présumées de la femme par rapport à la santé et aux soins de leur famille. Ce n'est pas dire que les représentants et les ministères des organismes du Manitoba et de la Saskatchewan s'opposaient vivement aux questions de la santé des femmes. En fait, le rapport se veut plutôt un exemple de la difficulté qu'ont les concepteurs de politique qui manifestent un intérêt personnel acharné à surmonter les omissions inhérentes et systémiques dans l'élaboration de la politique<sup>13</sup>.

#### **Le moment de la décision : qu'est-ce qu'on laisse tomber?**

Pour mettre des politiques en œuvre de façon efficace, nous savons qu'il y a des choix à faire parmi les options qui se veulent un reflet fidèle de la réalité et qui seraient réalisables; trois priorités en matière de politique se dégagent clairement de cette étude et respectent cette

norme. Cependant, le processus décisionnel qui dépend de deux niveaux déterminera le progrès réalisé puisque si les décideurs ne peuvent faire avancer les priorités des femmes au-delà du premier niveau de décision, ces priorités seront, effectivement, supprimées de la liste des options en matière de politique relatives aux projets de santé des régions rurales, éloignées et nordiques.

La première décision à faire serait donc de déterminer si une politique conçue en fonction des conclusions de la recherche doit exclure l'analyse comparative entre les sexes et les données qualitatives sur les femmes et obtenues d'elles<sup>14</sup>. Il ne sera possible de considérer les priorités en matière de politique de la présente étude que si les décideurs choisissent d'aller au-delà du premier niveau tout en élaborant des politiques qui leur permettent de le faire, et que s'ils choisissent ensuite d'insister sur des options précises en matière de politique et des stratégies connexes qui englobent l'analyse comparative entre les sexes accompagnée de données sur les hommes et les femmes. Si on veut passer à l'action sur la priorité première énoncée dans la présente étude, c'est-à-dire, un réseau de changement de politique d'ACSR, il faut que les concepteurs de politiques fassent avancer le processus décisionnel au second, ou au niveau supérieur. En se faisant, les recommandations qui découlent de cette étude sont alors situées dans un contexte d'élaboration de politique avant même qu'ait lieu une plus grande discussion des recommandations individuelles de chacune des trois priorités en matière de politique.

### **Omission fédérale**

Au palier fédéral, les deux rapports les plus récents subventionnés par les contribuables canadiens – un présidé par le sénateur Michael Kirby et l'autre par monsieur Roy Romanow – et publiés vers la fin de l'année 2002, ont fait presque aucune mention des besoins de santé des femmes et aucun rapport a préconisé l'inclusion d'une analyse compara-

tive entre les sexes dans l'élaboration de leurs recommandations en matière de politique<sup>15</sup>. De fait, pas un seul document d'information soumissionné par le rapport Romanow, a compris un effort sérieux d'intégrer une analyse comparative entre les sexes. Bien que M. Romanow ait énoncé une vue partagée par les participantes de notre étude lorsqu'il recommandait des moyens novateurs de prestation de services en soins de santé aux petites collectivités et l'amélioration de la santé de ses membres, il en a très peu ajouté sur ce qu'il comprenait par l'innovation.

Par contre, les femmes participant à notre étude, qui étaient des leaders et des spécialistes des collectivités rurales, éloignées et nordiques, ont pu étoffer et élargir les propositions Romanow. Les femmes de notre étude valorisent les médecins et les infirmières de leur collectivité et elles ont défini davantage les approches novatrices et réalisables qui, selon elles, donneraient de meilleurs résultats au sein des collectivités rurales, éloignées ou nordiques, par exemple, des programmes itinérants de présélection et de traitement, des infirmières praticiennes et des sages-femmes.

À l'intérieur des groupes de réflexion, des tables rondes et de la consultation nationale, les femmes décrivaient le stress et la fatigue chez les personnes entre deux générations qui dépendent d'elles pour leurs soins sans, toutefois, être rémunérées ou recevant une rémunération très faible. Malgré la recommandation de M. Romanow de « donner de la formation et du soutien aux aidants naturels dans le rôle qu'ils jouent en milieu rural<sup>16</sup> », il a passé sous silence le fait que ces « aidants naturels » étaient habituellement des femmes. Dans son analyse du rapport Romanow, le groupe national coordonnateur sur la réforme de la santé a soulevé une préoccupation qui revenait souvent au cours de cette étude dont la suivante :

« La Commission Romanow nous propose-t-elle de faire de ces femmes des aidants naturels rémunérés ou ce qui est peut-être

plus probable, de former ces femmes dans le but de fournir une plus large gamme de services spécialisés tout en continuant à retenir une compensation pécuniaire<sup>17</sup>. » (traduction libre)

Pour répondre aux préoccupations portant sur des lacunes semblables de leur rapport publié en octobre 2002, les membres du comité du sénateur Kirby se sont engagés à préparer d'autres rapports à la suite des audiences du comité sénatorial permanent prévues pour 2003 et 2004 sur la santé des Autochtones, la santé mentale et la santé des femmes. Il s'agira là d'un forum où on pourra tenir compte des résultats pertinents de cette étude.

### **L'atteinte des normes nationales et internationales**

Ironiquement, ces lacunes dans l'élaboration de politique financée par le secteur public vont à l'encontre des engagements internationaux, fédéral et provinciaux pour ce qui est de l'utilisation de l'analyse comparative entre les sexes dans les programmes, les politiques et les lois publics. Le président de la Banque mondiale a fait l'objet d'une critique généralisée en raison d'une omission semblable lorsqu'il écrivait ce qui suit :

« Le fait de passer à l'action par des moyens qui donnent les résultats voulus, oblige que les réalités locales soient prises

en considération par les concepteurs de politiques lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques et des programmes. Il ne peut y avoir des formules qui conviennent au plus grand nombre dans la promotion de l'égalité des sexes. Pour pouvoir déterminer ce qui fonctionne, il faut que les intervenants soient consultés – les hommes et les femmes – sur les questions et les façons clés de procéder. [...] pour améliorer l'efficacité de l'élaboration des politiques, les questions qui portent sur les sexes doivent faire partie intégrante de l'analyse, de la conception et de la mise en œuvre des politiques<sup>18</sup>. » (traduction libre)

Une autre perspective internationale nous vient de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), un traité important de l'ONU sur les droits de la personne qui porte sur les femmes, publié à la demande de l'Assemblée générale des Nations Unies il y a plus de 20 ans<sup>19</sup>. L'Article 14 de CEDAW porte sur les femmes en milieu rural et il se fait l'écho de la vision et des valeurs communiquées par les participantes de notre étude en mettant l'accent sur les facteurs déterminants sociaux de la santé, y compris un accès équitable aux services et au pouvoir<sup>20</sup>.

---

### ***Pourquoi s'en préoccuper?***

Une question essentielle a été soulevée au cours de la consultation nationale : « Qui se préoccupe de cette question et pourquoi? »

L'élaboration de la politique se veut un exercice dans l'allocation du peu de ressources à un nombre de priorités méritoires. Les motifs et les valeurs des concepteurs de politique varient et, étant donné la situation générale du peu de ressources, les concepteurs de politique pourraient remettre en question le bien-fondé

de la priorité accordée aux questions de la santé des femmes. Considérez les faits suivants :

- Comme le nombre de femmes se chiffre à plus de la moitié de la population du Canada et des régions rurales, éloignées et nordiques canadiennes, les femmes sont beaucoup plus qu'un « groupe d'intérêt spécial. » Elles constituent la majorité de l'électorat, des fournisseurs de soins de

santé, des aidants naturels (rémunérés et non rémunérés). Puisque les femmes sont sous-représentées parmi les politiciens élus et les autres décideurs, leur « avantage politique » n'est pas valorisé<sup>21</sup>.

- Les questions de la santé des femmes ne sont pas les mêmes que celles des hommes en partie pour des raisons biologiques et pour des raisons sociales. Bien que les raisons biologiques semblent évidentes, les concepteurs de politique doivent également considérer la sous-représentation chronique des femmes dans plusieurs études antérieures. Quoiqu'il y ait eu une amélioration indéniable<sup>22</sup>, beaucoup des renseignements nécessaires à de bons soins de santé pour les femmes n'existent toujours pas.
- Presqu'un tiers des Canadiens – plus de neuf millions de personnes sur 31 millions – habitent les régions rurales et éloignées. Ces Canadiens contribuent de façon importante à la richesse et à la prospérité du pays par leur participation aux secteurs primaires des ressources du Canada (y compris les industries de la pêche, forestières, minières et agricoles), l'industrie touristique et les petites entreprises<sup>23</sup>.
- En dépit du fait que la *Loi canadienne sur la santé* assure un accès universel pour ce qui est de la prestation des soins de santé aux régions rurales, éloignées et nordiques, il n'en reste pour autant que le Canada connaît des lacunes chroniques en matière de services de soins de santé primaires aigus (maladies) et de soins de santé primaires (bien-être) qui comprennent la prévention des maladies, la promotion de la santé et les soins de santé communautaires. L'écart entre les régions rurales et urbaines est aggravé de plusieurs façons. Par exemple, les divergences en matière de revenu sur le plan géographique semblent faire montre d'un changement lent, mais progressif, c'est-à-dire, les divergences provinciales d'autrefois se sont transformées en divergences entre les régions rurales et urbaines accompagnées de regroupements persistents catégorisés en divisions de faible revenu dans des régions marginalisées et nordiques. Cette divergence a été plus prononcée en 1999 qu'en 1992<sup>24</sup>.
- Le travail produit et reproduit par les femmes, aussi bien que leurs préoccupations en matière de santé, est souvent subsumé dans une catégorie englobante par les concepteurs de politique, et ce, souvent même par les femmes. Les questions qui portent sur la santé des femmes sont traitées au même titre que les questions qui portent sur la famille. Bien qu'on ne présume plus que les « agriculteurs » soient uniquement des hommes, la contribution des femmes aux foyers ruraux est littéralement sous-valorisée au chapitre de la statistique ou au sens figuré, au chapitre de leur valeur sociale.
- Les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada sont souvent défavorisées de trois façons : le sexe, le lieu géographique et les interactions entre ceux-là. Les occasions sont rares qui permettraient que leur voix soient entendues. Pour les femmes autochtones et les femmes faisant obstacle aux questions racistes, économiques ou d'éducation, les effets négatifs sur leur santé peuvent être multipliés davantage.

***Les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada sont souvent défavorisées de trois façons : le sexe, le lieu géographique et les interactions entre ceux-là.***

---

## Priorités

### Miser sur l'ACSR – L'analyse comparative entre les sexes et les régions – Un réseau de changement en matière de politique

*Les résultats qui découlent des décisions gouvernementales et des décisions gouvernementales de ne rien changer constituent tout autant des politiques que les décisions qui mènent à l'action<sup>25</sup>.*  
(traduction libre)

Un réseau en matière de politique a été décrit comme étant un groupe de personnes qui communiquent régulièrement et qui participent directement au processus d'une politique. Les membres de ces réseaux se distinguent des membres de la collectivité par leur objectif commun relatif à la documentation ou aux intérêts mesurables tels que les budgets<sup>26</sup>. Une facilitatrice d'un des groupes de réflexion a réussi à capter un message transversal destiné aux concepteurs de lois et de politiques que voici :

*Que l'ACS (analyse comparative entre les sexes) soit effectuée ou non avant l'élaboration des politiques et des lois, pour celles d'entre nous qui n'habitent pas les centres urbains, c'est plutôt l'ACR (analyse comparative entre les régions) qu'il nous faut!*  
(traduction libre)

La notion d'un « réseau de changement en matière de politique » issue de la présente étude figure également dans bon nombre des « rapports sur la convergence » élaborés pendant les réunions de type champ libre à la consultation nationale à Saskatoon<sup>27</sup>. Par exemple, le deuxième rapport soumis par un groupe bilingue portant sur les moyens d'assurer aux femmes de nos collectivités le meilleur état de santé, énonçait les étapes de

la création et le maintien d'un réseau qui figurent ci-dessous. L'approche nécessaire qui permettrait de se pencher sur les besoins précis et divers en matière de santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique du Canada, a été bien reçue pendant la séance plénière finale :

- faire des recommandations claires et en ordre de priorité;
- assurer que chaque recommandation soit accompagnée d'un suivi concret;
- élaborer une trousse et un guide destinés à l'utilisateur qui soient conviviaux et qui comprendraient des communiqués, des documents préparatoires, des feuilles de renseignements généraux, des notes de présentation, une liste de personnes-ressources et d'organismes clés avec lesquels on peut entrer en communication et qui peuvent être inclus;
- créer un bureau central doté d'un ou de deux membres de personnel qui veilleraient à la mise en œuvre du plan d'action, à la stratégie de la diffusion des renseignements et à la continuité du travail<sup>28</sup>.

Les Centres d'excellence et le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) ont créé la majeure partie des conclusions de la recherche nécessaires au lancement d'un « Réseau de l'ACSR » (analyse comparative entre les sexes et les régions).

---

### Reconnaître la pauvreté comme facteur déterminant important de la santé des femmes

*Nous avons accordé à tous les territoires et les provinces l'autorité de faire des choix sur bon nombre de questions, mais la récupération de la prestation nationale pour enfants n'a pas été mise en place de*

*façon uniforme à l'échelle du Canada. Même si on a vu que la mise en place est discriminatoire (par exemple, les travailleurs à faible revenu et les familles à faible revenu en bénéficient, tandis que les mères au*

*foyer ou les étudiants n'en bénéficient pas là où il existe des récupérations) voire nuisible à la santé et au bien-être des femmes et des enfants. Il existe certains territoires et provinces qui refusent d'éliminer les récupérations. S'agit-il d'une question de santé? Mais bien sûr! (traduction libre) A. Clark, facilitatrice d'un groupe de réflexion*

Les participantes de la consultation nationale ont insisté pour que la pauvreté soit considérée comme étant un facteur déterminant important de la santé des femmes. Les femmes mentionnaient les « effets progressifs » de dix ans de coupures budgétaires de l'aide fédérale à l'éducation et aux services sociaux. Les décideurs ont intégré l'examen des choix relatifs à la santé en matière de politique à tous les paliers gouvernementaux (régional, provincial et fédéral), et ces choix sont agencés à de faibles cadres financiers qui mettent l'accent sur les programmes de recouvrement des coûts ou de neutralité fiscale. La présente étude révèle que les femmes qui habitent les milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada sont, par conséquent, gravement touchées. Malgré le fait que les efforts de revitalisation des économies des régions rurales, éloignées et du Nord, et de parité entre les sexes soient des priorités actuelles en matière de politique (la parité entre les sexes étant enchassée dans la Constitution), il n'en demeure qu'en réalité, les conditions économiques entravent l'emploi à temps plein pour les femmes des régions rurales qui travaillent à temps partiel et désirent un emploi à temps plein<sup>29</sup>. Les recommandations favorisant le changement qui émanent de la présente étude serviront de base à l'obtention d'autres renseignements sur les effets de la restructuration sur les femmes des collectivités rurales, éloignées et nordiques<sup>30</sup>.

### **Affecter et amorcer le changement en matière de politique : Trois priorités proposées**

Comme nous le savons, les politiques en matière de santé proviennent de divers paliers gouvernementaux au Canada, mais dans le cadre de la présente étude, les femmes ont

clairement indiqué que bon nombre des politiques qui émanent d'autres domaines que ceux des soins de santé, y compris les domaines des finances, du travail, des services sociaux et du transport, peuvent avoir un effet tout aussi important sur la santé et l'état de santé. D'autres grands domaines en matière de politique ont également été mentionnés que voici : les conseils de recherche, les organismes professionnels, les établissements d'enseignement et les installations de soins de santé. La première priorité en matière de politique est celle « d'intégrer les sexes, les régions et les cultures à toute politique en matière de santé » en plus de l'action proposée faisant valoir l'importance d'inclure, de façon explicite et systématique, la ruralité et les sexes dans les politiques et la planification en matière de santé. La deuxième priorité en matière de politique est celle de « dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé » en plus de l'action proposée qui met l'accent sur le fait qu'un investissement économique et social est en soit un investissement dans la santé des Canadiens et des Canadiennes. La troisième priorité en matière de politique, soit améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir, comprend des suivis concrets qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé des quatre volets connexes suivants : les renseignements, les services, des soins appropriés et le processus décisionnel.

### **Première priorité en matière de politique : Inclure les sexes, les régions et les cultures comme facteurs dans toute politique en matière de santé**

*Lorsque les politiques sont qualifiées « d'impartiales par rapport aux milieux et aux sexes », les décisions qui ont tendance à favoriser les intervenants urbains hommes sont celles qui sont adoptées. (traduction libre)*

Pendant plus de trente ans, la documentation sur la santé a souligné l'importance des facteurs qui ne relèvent pas du secteur des soins de santé en déterminant l'état de santé des personnes et des collectivités<sup>31</sup>. En dépit de cette prise de conscience, de nombreuses

politiques en matière de santé sont axées sur les soins des malades<sup>32</sup>. Cette étude a permis d'éclairer le rôle des sexes, des régions et des cultures relativement aux facteurs déterminants de la santé des femmes, mais ceux-ci doivent dorénavant être pris en considération dans la conception des politiques. Au dire d'une des participantes : « *Une seule solution ne convient pas à tous.* » (traduction libre)

### ***Ce qu'on voit est fonction de la lentille utilisée...***

Un des moyens d'assurer que les sexes, les régions et les cultures soient considérés, est l'utilisation de « lentilles », « de filtres » ou « d'outils » particuliers qui aident à prendre systématiquement en ligne de compte les sexes, les régions (rurales, éloignées et nordiques) et les cultures en déterminant des politiques de rechange<sup>33</sup>. L'analyse comparative entre les sexes permet de cerner les domaines qui bénéficieraient d'interventions qui seraient sensibles aux sexes et qui mèneraient à l'amélioration de la santé. Elle permet aussi d'accorder une priorité à ces domaines<sup>34</sup>. Le Secrétariat rural du gouvernement fédéral définit la lentille rurale comme étant un moyen de comprendre les questions de la même façon que les comprennent les Canadiens et Canadiennes qui habitent les régions rurales et éloignées.

Prenons comme exemple, le fait d'avoir à décider de l'emplacement d'une clinique sur la planification familiale. Une clinique qui serait située à une « proximité raisonnable » des habitants de la région n'assure pas forcément que la clientèle cible se prévaudra de ses services. À l'aide d'une lentille rurale, les facteurs tels que les emplois saisonniers et l'accès aux voieries sont pris en considération aussi bien que les moyens d'assurer la confidentialité au sein des petites collectivités. Une lentille qui tient compte des sexes pourrait évaluer les coûts de déplacement et des services de garde offerts aux femmes à différents intervalles au cours d'une journée, d'une semaine et d'une année; une telle lentille

pourrait également tenir compte des questions de confidentialité et de la pertinence des soins offerts. En ne prenant pas en ligne de compte les facteurs qui touchent les hommes et les femmes, la proximité et la société, l'utilisation des services qui sembleraient être accessibles pourrait être très limitée.

### ***Actions 1 et 2 : Employer des lentilles qui tiennent compte des sexes, des régions et des cultures; Inclure les femmes***

1. Utiliser des lentilles qui tiennent compte des sexes, des régions et des cultures dans l'élaboration des politiques, la planification et les programmes en matière de santé aux paliers fédéral, provinciaux et municipaux de sorte à ce que les effets sur les résultats entraînés par les politiques soient considérés systématiquement et évalués avec plus de précision pour augmenter leur efficacité.
2. Inclure les femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada dans les analyses comparatives entre les sexes, les régions et les cultures pour mieux évaluer l'impact et l'efficacité des politiques et des pratiques conçues en vue d'augmenter l'avantage social et économique.

### **Deuxième priorité en matière de politique : Dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé**

*Sans la sécurité financière, les femmes et leur famille ne peuvent pas demeurer en bonne santé.* (traduction libre)

Les participantes de cette étude ont souligné le fait que leur vie ne pouvait pas être facilement subdivisée de façon à ce que les divers ministères gouvernementaux puissent répondre individuellement à leurs besoins et que si on voulait que l'élaboration des politiques soit axée sur la citoyenneté, il faut une élaboration de politique intersectorielle et collaborative fondée sur l'analyse comparative entre les sexes et les régions (qui, bien sûr, inclut l'analyse comparative entre les hommes

et les femmes). En dépit de l'existence de résultats probants qui préconisent une autre approche, *les services de soins de santé* jouent un rôle dominant dans notre analyse, dans les médias, la prise de décision et les budgets relativement à la santé. Les expériences d'un mode de vie sain vécues par les femmes comprennent beaucoup plus que les visites aux fournisseurs de soins de santé tout comme les obstacles à une santé salubre ont souvent un faible rapport entre ceux-ci et l'offre des services de soins de santé. Par exemple, le nombre de femmes qui vivent dans la pauvreté et qui sont victimes de violence familiale au Canada est démesuré, et certains groupes tels que les femmes autochtones et les femmes plus âgées sont particulièrement défavorisées. Le rapport important qui existe entre la pauvreté, l'inégalité du revenu, et la santé a été bien documenté<sup>35</sup>, et a d'ailleurs été confirmé par les conclusions de la présente étude.

*Il est temps que la politique en matière de santé tienne compte de la recherche sur la santé : les investissements économiques et sociaux sont des investissements dans la santé.* (traduction libre)

De façon semblable, un manque d'infrastructure communautaire, à la fois sur le plan social et physique, mine une bonne santé. De nombreuses femmes ont attesté les avantages en matière de santé qui sont issus de l'avantage social de leur collectivité, y compris les clubs qui offrent des services, l'esprit communautaire, la proximité aux membres de la famille et des rapports interpersonnels qui servent d'appui moral<sup>36</sup>. Toutefois, plusieurs autres femmes nous ont communiqué qu'elles se sentaient seules ou déprimées. Elles associaient souvent une santé mentale fragile à l'isolement social et géographique. Sur le plan social, les femmes discutaient des contraintes imposées par les rôles traditionnels qui lui sont attribués et qui sont accompagnés de tabous prononcés pour les femmes des petites collectivités. Ces femmes décrivaient les limites de leur milieu physique, y compris le manque de transport fiable, abordable et offert pendant toute

l'année, aussi bien qu'un faible accès aux soutiens communautaires tels que les loisirs, l'éducation et les services de garde d'enfants.

### ***Actions 3 et 4 : Investir dans les collectivités et les femmes***

3. Investir dans la santé des femmes et des collectivités à l'aide du fonds d'accès de la santé rurale et d'autres sources dans le but de fournir un financement d'exploitation stable à plus long terme (au moins sur trois ans) aux organismes axés sur la collectivité pour inciter la participation des femmes et encourager leur apport à la coordination des services économiques, politiques et sociaux au sein des collectivités rurales, éloignées et nordiques.
4. Mettre en œuvre des politiques fédérales, provinciales et territoriales qui viendraient stabiliser les revenus des familles et réduire le stress des femmes des collectivités rurales, éloignées et nordiques qui ont plusieurs rôles à jouer. Concevoir ces politiques à l'aide de lentilles qui tiennent compte des sexes, des régions et des cultures pour assurer de faire valoir la diversité des femmes qui ont à supporter le plus lourd fardeau de la pauvreté au Canada, fait qui est souvent aggravé par l'âge, le groupe ethnique ou les incapacités<sup>37</sup>.

### **Troisième priorité en matière de politique : Améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir**

Les questions d'accessibilité dominent le programme d'action de la santé rurale dans la littérature, les médias et dans l'esprit populaire. Les chercheurs ont fait noter que l'accessibilité signifie plus que la période d'attente et la proximité à un fournisseur de soins de santé, mais comprend également le suivi, la pertinence, la qualité, les perceptions de la qualité des services et l'accès aux renseignements. Selon les participantes de cette étude, l'accessibilité véritable doit aussi comprendre la prise

de décision. Les femmes de la présente étude considéraient que l'accessibilité était composée de quatre volets primaires : les renseignements, les services de soins de santé, les soins appropriés et la prise de décision.

### **1. Un accès amélioré aux renseignements**

Les renseignements sont essentiels et permettent de faire des choix éclairés dans le maintien d'une bonne santé. À

chaque étape de la collecte de données pour ce projet, les femmes ont mentionné l'importance d'avoir des points d'accès visibles aux renseignements sur la santé. Par le passé, les médecins étaient l'une des sources principales clés des

renseignements sur la santé au sein de la localité. Au fur et à mesure que les médecins se font de plus en plus rares, les femmes commencent à se chercher des renseignements sur la santé qui sont d'une plus grande envergure que celle des renseignements fournis par les médecins. De plus, en même temps que la prestation des services de soins de santé ruraux subit un changement rapide, des points d'accès centralisés et bien connus augmentent en importance. Comme le disait une participante de l'Alberta : *« On dirait que le message de notre entière société c'est que 'vous êtes responsable de votre propre santé' et il s'agit-là d'un changement. Il y a vingt ans, c'était le médecin qui était chargé de ma santé, mais maintenant, c'est moi. Par conséquent, les renseignements dont j'ai besoin doivent m'être offerts. »* (traduction libre)

Les points d'accès aux renseignements peuvent exister sous plusieurs formes. Il existe, par exemple, un site Web ([www.rural-canada.ca](http://www.rural-canada.ca)) qui fait fonction de portail destiné aux Canadiens et aux Canadiennes des régions rurales. Cependant, bon nombre de femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques n'ont pas accès à un ordinateur ou à Internet. On a

également fait remarquer que les collectivités d'une région détiennent souvent l'expertise nécessaire à l'élaboration de documents de sensibilisation les plus appropriés pour les femmes et les personnes qu'elles desservent, mais ces collectivités font preuve d'un besoin financier grave les empêchant ainsi de réaliser de tels projets. Ces accès sont nécessaires

non seulement pour permettre la communication des renseignements sur la santé aux femmes des régions rurales, mais aussi pour la collecte de renseignements auprès de ces femmes.

Un autre élément important c'est le partage efficace de renseigne-

ments entre les fournisseurs de services et les agences. Les femmes nous ont communiqué qu'elles avaient des difficultés à se prévaloir de soins agencés, surtout lorsqu'elles devaient se déplacer sur de longues distances et à d'autres provinces ou territoires pour obtenir ces soins. Elles se trouvaient dans une situation où elles étaient responsables de la tenue de leur dossier de santé et elles devaient répéter leur situation à plusieurs reprises aux travailleurs de soins de santé.

Un dernier élément d'un accès amélioré aux renseignements est lié à la recherche. La recherche urbaine et les stratégies de communication urbaines ne fonctionnent pas habituellement pour ces populations. Les lentilles qui tiennent compte des sexes, des régions et des cultures doivent être utilisées pour assurer que la recherche en matière de la santé des femmes soit conçue, menée, diffusée et appliquée pour améliorer la santé des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques, et qu'on permette de façon équitable à celles-ci une participation à toutes les étapes de la recherche.



**Actions 5 et 6 : Élaborer une politique en matière de santé à l'intention des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques**

5. Créer et appuyer un centre d'excellence pour la santé des femmes qui effectuerait de la recherche sur les politiques en matière de santé destinées aux femmes dans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; augmenter les ressources des centres d'excellence actuels pour la santé des femmes pour que les femmes des organismes communautaires des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada interviennent dans la recherche, l'élaboration et la diffusion de renseignements pertinents, et de documents de sensibilisation et de défense à l'échelle locale (dans un langage clair et dans les langues de la localité).
6. Réduire le nombre d'obstacles professionnels et gouvernementaux qui empêchent les femmes d'avoir accès aux soins de santé et aux renseignements en veillant à la coordination des points d'accès aux renseignements en matière de santé pour les utilisateurs ruraux, éloignés et nordiques à l'échelle du Canada, p. ex., les bibliothèques locales, les lignes de renseignements téléphoniques, les sites Web interactifs et les centres de santé communautaires<sup>38</sup>.

**2. Accès amélioré aux services**

À chaque étape de la présente étude, les participantes ont mentionné le manque grave de services de soins de santé, fait qui est bien documenté dans la littérature et par les médias.

*Nous avons droit à des services là où nous sommes [...] Nous payons les mêmes impôts que les habitants de la ville. Pourquoi n'avons-nous pas les mêmes droits aux services? (traduction libre)*

– Participante de la consultation

Ce besoin d'un plus grand nombre de services a été mentionné de façon générale et spécifique. En général, on reconnaissait la pénurie de l'ensemble des services de soins de santé des régions rurales, éloignées et nordiques.

On nous a communiqué qu'il existait un manque prononcé de certains genres de services, y compris les services aux enfants et aux adolescents, les services de santé mentale, un appui aux aidants ou aux femmes malades qui restent à la maison, les services de prévention, les soins des spécialistes – tous ont besoin de plus de choix au niveau de la langue. Dans les régions rurales et nordiques, les moyens de transport sont souvent limités par les conditions météorologiques, la pauvreté et le manque de transport en commun. Par conséquent, même les services qui sont offerts à une distance raisonnable peuvent être « éloignés ».

*Par exemple, même pour se rendre chez le médecin, malgré le fait que je ne suis qu'à moins de cinq minutes du bureau du médecin, puisque je ne conduis pas, je dois compter sur quelqu'un de l'extérieur de la famille pour me conduire quitte à ce que mon mari s'absente du travail. (traduction libre)*

**Besoin de divers services en matière de santé**

La pénurie de médecins dans plusieurs régions du Canada a été largement reconnue et cette question exige notre attention. Certaines femmes ont demandé qu'on réduise les obstacles au permis de médecine des professionnels médicaux étrangers. Souvent, cependant, les participantes semblaient proposer que l'accès à un médecin était nécessaire, mais ne constituait pas, toutefois, une condition suffisante pour obtenir des soins puisque d'autres éléments non médicaux du domaine de la santé sont également importants et les soins de santé des femmes englobent plus que les médecins. Les femmes comprenaient que la pénurie de médecins est moins facilement réglée à court et à moyen terme, ce qui explique peut-être pourquoi on a mis l'accent sur d'autres stratégies qui pourraient employer les lentilles tenant compte des sexes, des régions et des cultures pour alléger le fardeau des femmes et du système de soins de santé plus rapidement. Par exemple, on pourrait :

- accroître le nombre de praticiennes qui relèvent du domaine de la santé non

médicale telles que les sages-femmes, les infirmières praticiennes et les inhalothérapeutes;

- couvrir le coût de thérapies alternatives telles que la chiropractie et la naturopathie;
- assurer la formation des paraprofessionnels des services de soutien et de partage des renseignements en matière de santé;
- mettre sur pied des programmes de transport rural plus accessibles et abordables;
- augmenter le nombre de services de santé itinérants ou de cliniques locales itinérantes qui offrirait des services d'orthophonie, de mammographie, de physiothérapie, de suivis de santé générale auprès des femmes et des bébés, des tests de densité osseuse, des conseils sur la planification familiale, des tests de maladies transmissibles sexuellement, de surveillance de la glycémie, d'examen de la vue et de l'ouïe, l'échographie ou les autres services de santé à l'intention des femmes et de leur famille.

*C'est beaucoup plus facile de faire venir une ou deux personnes pour traiter cent personnes que ça ne l'est d'envoyer cent individus à deux personnes.* (traduction libre)

**Actions 7, 8 et 9 : Élargir la couverture, augmenter le nombre de praticiennes et sensibiliser les localités**

7. Élargir la couverture des services de santé actuellement exclus de la plupart des régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires, y compris les médicaments sur ordonnance, les services des sages-femmes, la chiropractie, la naturopathie et d'autres formes de soins complémentaires, entre autres, la couverture de tous les coûts de transport (aller-retour) liés aux soins nécessaires.
8. Coordonner l'offre de médecins et d'autres praticiens pour assurer une distribution de services raisonnablement équilibrée, pour contrecarrer les batailles des offres, qui ont des retombées nuisibles, entre les

collectivités ayant des besoins sérieux et pour recruter des fournisseurs de soins de santé qui répondraient bien aux besoins des diverses populations, par exemple, les praticiennes et les personnes qui peuvent communiquer dans les langues des localités et par des moyens de communication qui sont sensibles à la culture.

9. Établir des programmes d'éducation et de formation qui inciteraient les étudiants de toutes les professions du domaine de la santé à se spécialiser dans les services de soins de santé tout en faisant preuve d'une sensibilité à la culture (y compris les soins complémentaires); ces services seraient offerts aux populations rurales, éloignées et nordiques qui ont moins de services à leur disposition, notamment les groupes autochtones et les autres groupes qui ont été défavorisés par le passé.

**3. Accès amélioré aux soins appropriés**

*Ceux qui ont besoin de services passent par les trous du filet. Ils doivent mettre en attente leurs urgences. C'est vrai.* (traduction libre)

L'accès aux soins de santé signifie plus que l'augmentation des services offerts. Il comprend également la prestation des services qui répondent vraiment aux besoins des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada. Bon nombre des participantes à notre étude ont dit qu'elles acceptaient souvent n'importe quel service qui leur était offert sans se plaindre et que les questions de qualité des services leur semblent plutôt utopiques lorsqu'on ne peut même pas répondre à leurs besoins principaux en matière de santé. Du point de vue des politiques, cependant, le fait d'accorder une attention aux soins appropriés peut assurer que le peu de ressources de soins de santé soit investi de façon plus efficace et de sorte à ce que leur utilisation et la satisfaction des clients soient renforcées davantage.

Tout comme pour la question de l'accès aux services, les soins appropriés englobent les deux types de services offerts et les moyens par lesquels ils sont offerts. Pour ce qui est du type

*Bon nombre des participantes à notre étude ont dit qu'elles acceptaient souvent n'importe quel service qui leur était offert sans se plaindre et que les questions de qualité des services leur semblent plutôt utopiques lorsqu'on ne peut même pas répondre à leurs besoins principaux en matière de santé.*

de services offert, les femmes des régions rurales mentionnaient qu'elles désiraient que les services soient un reflet de leur vie tout en tenant compte de leur grande diversité, y compris les services ayant pour objet la prévention des maladies aussi bien que la promotion de la santé. À titre d'exemple, malgré le fait que les femmes des régions rurales appuient l'utilisation des services de dépistage précoce du cancer, elles sont moins aptes à s'en prévaloir si ces services ne sont pas offerts à l'échelle locale ou s'ils ne sont pas sensibles à leur culture; le coût d'accéder à ces services est supérieur à la perception des bénéfices. Qui plus est, les femmes ont souligné le besoin de l'offre des services qui tiennent compte de l'âge des clients. Si l'âge, par exemple, des adolescents ou des personnes âgées, n'est pas considéré explicitement dans la conception des services de santé, on ne peut présumer qu'ils seraient aussi prêts à se prévaloir de ces services que si leurs besoins auraient été spécifiquement ciblés par les services.

Les services ciblés s'appliquent encore plus aux moyens de prestation des services. Les femmes en ont dit beaucoup sur comment la prestation des services devrait se faire pour qu'ils répondent à leurs besoins. Bon nombre de leurs commentaires tels que le besoin de modèles de soins intégrés et holistiques, correspondent aux intérêts des femmes n'importe les régions qu'elles habitent. D'autres commentaires qui faisaient partie de cette catégorie comprennent la demande qui existe pour des femmes fournisseurs de soins

de santé, pour des soins offerts de sorte à ce que les femmes soient accordées le temps qu'il leur faut pour poser des questions et pour établir un rapport entre elles et le fournisseur de soins, et pour des soins offerts sans aucune forme de discrimination. Des commentaires élogieux ont été offerts à l'échelle du pays relatifs aux centres communautaires de la santé ou des centres de la santé des femmes en précisant qu'ils s'agissaient de modèles réussis dans la prestation de soins multidisciplinaires et axés sur la femme.

D'autres commentaires correspondaient aux besoins particuliers des populations rurales et éloignées tels que les soins offerts à certaines heures de la journée ou pendant certaines saisons, ou encore, offerts dans certaines langues (notamment les langues autochtones, en français et dans les autres langues maternelles de certaines populations d'immigrants); on précisait que ces soins devraient faire preuve d'une sensibilité culturelle et répondre aux besoins spéciaux des populations rurales et éloignées. Par conséquent, les soins appropriés demandent qu'on porte attention, souvent au niveau local, à la correspondance entre le rôle accordé aux sexes et aux régions, et aux autres facteurs déterminants en matière de santé, tels que l'âge, la culture, et les soins désirés par les femmes. Seul l'offre des services de soins de santé ne suffit pas. Ces services doivent répondre aux besoins de la clientèle desservie. Les questions clés du facteur saisonnier, de l'accès financier, de la confidentialité et de la culture doivent être

prises en considération lors de la conception des modèles de prestation des services de soins de santé. Les populations rurales, éloignées et nordiques sont diverses, et l'expertise qui nous oriente à savoir en quoi consiste les soins appropriés, nous provient largement de ces localités.

#### ***Action 10 : Intégrer les modèles interdisciplinaires et holistiques***

10. Mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de rétention dans le but d'augmenter le nombre de médecins en soins primaires, de spécialistes et de praticiens en santé non médicale des régions rurales, éloignées et nordiques, (y compris les sages-femmes, les infirmières de soins de santé publics, les thérapeutes et les infirmières praticiennes), telles que a) l'accréditation accélérée des praticiens formés à l'étranger et b) la facilitation de la participation des professionnels du milieu de la santé aux nouveaux centres de santé communautaires qui utiliseraient une lentille qui tient compte des sexes, des régions et des cultures pour offrir divers services des domaines de la santé physique, dentaire et sociale d'un seul endroit; ces centres seraient munis de cliniques itinérantes qui offriraient des services au moyen de modèles de soins de santé interdisciplinaires, intégrés et holistiques destinés aux familles.

#### ***4. De l'accès amélioré au processus décisionnel***

Bien que certains concepteurs de politiques de différents niveaux et de tous les coins du pays aient été consultés au cours de ce projet, le taux de participation de ceux qui sont employés par les gouvernements et qui sont chargés de la plupart des responsabilités au chapitre du processus décisionnel en matière de santé – les provinces et les territoires, par exemple – a été moins important. L'établissement d'un plus grand nombre de liens entre les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada, et les concepteurs de politiques de tout niveau, mais notamment des niveaux provincial et

territorial, demeure un objectif important de cette étude pour la diffusion et la mise en pratique des priorités en matière de politique. Il en est de même pour les projets ultérieurs menés par les Centres d'excellence pour la santé des femmes, chacun de ces centres ayant pour mandat d'effectuer des recherches et de publier des renseignements qui seraient utilisés dans l'élaboration des politiques sur la santé des femmes.

Ce quatrième élément sur l'accessibilité nous ramène à la priorité transversale qui est découlée de cette étude, après que de nombreuses participantes nous aient communiqué leur frustration relativement à la contradiction suivante : il incombe toujours aux femmes de voir au bien-être de leur famille, tandis que le pouvoir politique qui autorise l'allocation des ressources demeure presque toujours du ressort des hommes. La priorité transversale des participantes de la présente étude est une participation réelle au changement en matière de politique axée sur « l'analyse comparative entre les sexes et les régions » tout en utilisant des données sur les facteurs déterminants sociaux de la santé des femmes.

#### ***Action 11 : Le réseau de changement en matière de politique de l'ACSR***

11. Assurer l'équité et la parité des sexes dans la conception de politiques en créant un réseau de changement en matière de politique en utilisant « l'ACSR – l'analyse comparative entre les sexes et les régions » de concert avec des partenariats collaborateurs ayant des intérêts réciproques entre les femmes canadiennes des régions rurales, éloignées et nordiques, et les concepteurs de politiques à chaque palier gouvernemental. Atteindre cet objectif en augmentant l'aide financière pour miser sur l'avantage social des femmes leaders au sein des collectivités en milieux rural, éloigné et nordique du Canada, y compris le financement de la formation en leadership, des déplacements, des réseaux, de l'élaboration des propositions,

des honoraires et des services de garderie; ce financement permettrait également une liaison continue avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et d'autres partenaires qui seraient en mesure de fournir une aide et une collaboration

relatives à la recherche, l'éducation, la communication et les stratégies de revendication nécessaires à un réseau efficace sur le changement en matière de politique de la santé composé de femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada.

---

## ***Mise en œuvre des priorités en matière de politique***

*[...] Il faut d'abord se fixer pour objectif que les Canadiens vivant dans des régions et des collectivités rurales et éloignées jouissent d'une aussi bonne santé que ceux qui vivent dans des régions métropolitaines et d'autres centres urbains<sup>39</sup>. (traduction libre)*

La revitalisation des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada constitue une priorité première pour les concepteurs de politique, et l'amélioration de la situation économique des femmes est vue comme étant un élément important dans la promotion d'une société juste et équitable tel qu'il est énoncé dans notre Constitution. Les participantes de cette étude ont cerné la pauvreté comme facteur déterminant important de la santé des femmes.

De nombreuses femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques sont défavorisées sur plusieurs plans en raison de leur lieu d'habitation (« région ») et de leur sexe, en plus de leurs préoccupations de ne pas être visibles aux yeux des décideurs. La présente étude se veut une tentative qui viendrait contrer cette tendance dans la mesure qu'elle a donné aux femmes leaders au sein des collectivités de plus de 30 endroits ruraux, éloignés et nordiques l'occasion de se prononcer sur leurs priorités en matière de la politique sur la santé.

Les trois politiques et les onze actions connexes proposées à l'intérieur de ce rapport ne représentent pas beaucoup de nouvelles tâches, mais elles proposent des nouvelles façons d'effectuer ces mêmes tâches. Elles soulignent le besoin de tenir en ligne de compte, et ce, de façon systématique, les sexes, les régions et les cultures en élaborant des politiques, et cette notion dépasse les

frontières des services de soins de santé traditionnels. Elles font montre du caractère multidimensionnel de l'accès aux soins de santé dans ces collectivités très diverses; elles demandent un engagement renouvelé pour ce qui est de l'allocation des ressources dont les femmes en milieu rural, éloigné et nordique au Canada ont besoin pour leur permettre un accès aux renseignements sur la santé, les services en matière de santé, des soins appropriés et une prise de décision sur les questions liées à la santé.

### **Conclusion**

La présente étude a révélé que des femmes qui représentent une diversité de langues, de cultures, d'âges, de compétences, d'orientations sexuelles, de groupes ethniques, de situations économiques et de régions, communiquent un message fondamentalement simple et puissant : pour être en santé et pour contribuer à la santé des familles, des collectivités et du pays, les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada se sont fixé les priorités suivantes :

1. Inclure les sexes, les régions et les cultures comme facteurs dans toute politique en matière de santé;
2. Dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé;
3. Améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir.

Ces recommandations constituent un processus de transformation qui renforcera la santé de l'ensemble de notre pays.

## Notes en fin de chapitre

---

1. Y compris des représentants élus, des sénateurs et d'autres représentants nommés et chargés des politiques et de la modification des lois.
2. En novembre 2002, le comité directeur national de la recherche de l'étude a obtenu une subvention de recherche de Condition féminine Canada en vue d'élargir la portée de l'étude et d'obtenir de nouvelles données à l'aide des divers moyens suivants : un questionnaire affiché sur Internet, un sondage téléphonique mené à l'aide d'une ligne sans frais, et 20 à 25 nouveaux groupes de réflexion animés au moyen d'un ensemble de questions améliorées. L'étape suivante fera intervenir la participation d'une plus grande diversité et d'un plus grand nombre de citoyennes à cette étude; elle se penchera également sur les effets des efforts de restructuration sur la santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique du Canada. Elle élaborera également des outils de transfert de connaissances pour communiquer les résultats de la recherche aux concepteurs des politiques, aux organismes communautaires et aux femmes des organismes ruraux. Source : Ivy Bourgeault, PhD, de l'université McMaster.
3. Nous proposons que les résultats qualitatifs de cette étude soient ajoutés à ceux des projets de recherche quantitatifs en cours sur la santé en milieu rural, éloigné et nordique menés par des organismes tels que Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Bureau de la santé rurale de Santé Canada, le Centre for Rural and Northern Health Research de l'université Lakehead et le conseil de la santé des femmes de l'Ontario, entre autres.
4. Voir la section C du présent rapport sommaire pour une description complète des méthodes. Les listes des femmes ayant participé à chaque élément de l'étude figurent à l'annexe A.
5. G. MILNE, *Le processus de formulation et d'adoption des politiques fédérales : un guide pratique*, Ottawa (Ontario), 2001.
6. Ibidem, p. 2.
7. A. P. PROSS, *Group Politics and Public Policy*, 2<sup>e</sup> édition, Toronto, Oxford University Press, 1992.
8. W. D. COLEMAN, et G. SKOGSTAD, (éd.), *Policy Communities and Public Policy in Canada: A Structural Approach*, Mississauga (Ontario), Copp Clark Pitman Ltd., p. 314 à 320, 1990.
9. Centre canadien de la statistique juridique, *L'enquête sur les maisons d'hébergement — Un instantané pris le 15 avril 2002*. Renseignements généraux : 1 800 387-2231, ccjsscsj@statcan.ca.
10. Statistique Canada. *Bulletin d'analyse, régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 3, n° 3, tableau A1, Distribution de la population rurale, n° de catalogue 21-006-XIE, 1996.
11. T. HORNE, L. DONNER et W. E. Thurston, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies, Winnipeg (Manitoba), 1999.
12. « L'analyse comparative entre les sexes sert d'outil qui favorise la compréhension des divergences et des similitudes entre les expériences des hommes et des femmes. Dans le domaine de la santé, l'ACS met en lumière les divergences de l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les besoins des hommes et des femmes en matière de santé. » (traduction libre) L. DONNER, *Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities*, CESFP, 2003.

13. Depuis la parution de *Invisible Women*, bon nombre de nouveaux projets sur la planification en matière de santé axée sur les sexes ont été élaborés au Manitoba et en Saskatchewan. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
14. C'est ce qui s'est produit dans les deux documents récents du gouvernement fédéral sur l'état des soins de santé au Canada : R. J. ROMANOW, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, gouvernement du Canada, Ottawa, 2002. Le sénateur Michael Kirby, président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final*, octobre 2002.
15. Ibidem
16. R. J. ROMANOW, p. 183, 2002.
17. Le rapport Romanow et la santé des femmes : une lecture du rapport Romanow sous l'angle de la santé des femmes. Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2003.
18. J. D. WOLFENSOHN, « Introduction » de *Gender Development Through Gender Equality, Rights, Resources and Voice*, Washington (DC), la Banque mondiale, 2001.
19. 1249 U.N.T.S. 13. Vous pouvez consulter le texte intégral de CEDAW et son Protocole facultatif en ligne à [www.un.org/womenwatch/daw/cedaw](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw) ainsi qu'une bibliographie et la première étude d'impact de CEDAW effectuée par le International Women's Rights Project à l'adresse [www.iwrp.org](http://www.iwrp.org). Un traité ou une convention est semblable à un contrat conclu entre un groupe d'états et a force de loi aux termes des lois internationales. Les « États parties » sont membres de l'ONU, comme l'est le Canada, qui ont ratifié la CEDAW. En ratifiant cette convention, le Canada a promis de se conformer à ses termes et s'est dit prêt d'être tenu responsable au chapitre de la conformité, et ce, à l'échelle internationale. Pour consulter la liste des états qui ont ratifié la CEDAW avec le Canada et son Protocole facultatif, visitez le site [www.womenwatch/daw/cedaw/](http://www.womenwatch/daw/cedaw/).
20. Par exemple, l'Article 14 (2) se lit ainsi : Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, leur participation au développement rural et à ses avantages et, en particulier, ils leur assurent le droit : a) De participer pleinement à l'élaboration et à l'exécution des plans de développement à tous les échelons; b) D'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille; c) De bénéficier directement des programmes de sécurité sociale; d) De recevoir tout type de formation et d'éducation, scolaires ou non, y compris en matière d'alphabétisation fonctionnelle, et de pouvoir bénéficier de tous les services communautaires et de vulgarisation, notamment pour accroître leurs compétences techniques; e) D'organiser des groupes d'entraide et des coopératives afin de permettre l'égalité de chances sur le plan économique, qu'il s'agisse de travail salarié ou de travail indépendant; f) De participer à toutes les activités de la communauté; g) D'avoir accès au crédit et aux prêts agricoles, ainsi qu'aux services de commercialisation et aux technologies appropriées, et de recevoir un traitement égal dans les réformes foncières et agraires et dans les projets d'aménagement rural; h) De bénéficier de conditions de vie convenables, notamment en ce qui concerne le logement, l'assainissement, l'approvisionnement en électricité et en eau, les transports et les communications.

21. Dans le milieu politique, nous n'avons pas, au cours des deux décennies depuis la parution de la Charte, réussi à faire avancer la représentation féminine parmi les membres élus au-delà du rapport de un à cinq au sein de la Chambre des communes. En fait, le nombre de femmes se présentant aux élections a diminué de quatre pour cent au cours de la dernière élection fédérale. Source : M. McPhedran en collaboration avec R. Speirs. L'exposé de principe qui portait sur la représentation proportionnelle soumis à la Commission du droit du Canada par À voix égales peut être consulté en ligne à l'adresse [www.avoixegales.ca](http://www.avoixegales.ca).
22. L'Institut canadien d'information sur la santé, *The Women's Health Surveillance Report*, septembre 2003.
23. Santé Canada, Secrétariat rural : [www.rural.gc.ca/checklist\\_f.phtml](http://www.rural.gc.ca/checklist_f.phtml), Statistique Canada, Recensement — chiffre provisoire (juillet 2003) de la population est de 31 629 677. Pour de plus amples renseignements sur les études portant sur la couverture du Recensement de 2001, veuillez communiquer avec la Division des méthodes d'enquêtes, Dave Dolson, [dave.dolson@statcan.ca](mailto:dave.dolson@statcan.ca).
24. Statistique Canada, Ray D. BOLLMAN, (éd.), *Bulletin d'analyse, régions rurales et petites villes du Canada, vol. 4, n° 4*, « Le fossé ville-campagne ne se comble pas : la disparité des revenus perdure », (21-006-XIF, gratuit), [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca).
25. M. HOWLETT et M. RAMESH, *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Toronto (Ontario), Oxford University Press, 1995.
26. Ibidem
27. La description de « réunion de type champ libre » figure à la section I du présent rapport.
28. F. GROSE, J. HILLER, G. LECLERC et R. SUTHERNS, consultation nationale à Saskatoon (Saskatchewan), le 19 mars 2003.
29. Statistique Canada, *Bulletin d'analyse, régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 4, n° 3, le vendredi 14 février 2003, intitulé « L'équilibre de l'emploi entre les hommes et les femmes des régions rurales et petites villes du Canada — de 1987 à 1999 » (21-006-XIF, gratuit), [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca).
30. Voir la note 2.
31. M. LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.
32. N. HAMILTON, et T. BHATTI, Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé, Développement de la promotion de la santé de Santé Canada, Ottawa, 1996.
33. Le Secrétariat rural a élaboré une liste de contrôle des considérations en matière d'optiques rurales, créée en fonction des idées exprimées par les citoyens au cours des consultations nationales, [www.rural.gc.ca/checklist\\_f.phtml](http://www.rural.gc.ca/checklist_f.phtml). Une liste de contrôle servant à l'analyse comparative entre les sexes (notamment dans les domaines de la planification et des programmes en matière de santé) est offerte au Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
34. L. DONNER, 2003.
35. Pour des exemples ruraux de liens entre la pauvreté et la santé au Canada, voir, entre autres, L. DONNER, *Women, Income and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action*, Winnipeg (Manitoba), Women's Health Clinic, 2000, ou C. PURDON, *Rural Women Speak About the Face of Poverty*, Rural Women and Poverty Action Committee, Grey Bruce and Huron Counties, Ontario, Condition féminine Canada, 2002.

36. La notion de l'avantage social a été définie par l'OCDE comme le bien commun découlant des réseaux de normes, de valeurs et d'optiques communes qui facilitent la collaboration à l'intérieur des groupes ou entre ceux-ci. Dans la recherche effectuée par Condition féminine Canada sur Le capital social du Canada — Dimensions propres à chacun des genres, on a qualifié de contribution importante à l'avantage social du pays les connaissances qui sont propres aux femmes tout en faisant remarquer que les femmes autochtones et les agricultrices ont, par le passé, été d'importantes phytogénéticiennes et expertes de la biodiversité locale, mais que leur expertise n'est pas perçue comme étant une connaissance scientifique la qualifiant souvent de connaissance intuitive. [www.research@swc-cfc.gc.ca](http://www.research@swc-cfc.gc.ca).
37. Les participantes ont proposé des initiatives telles que des avantages sociaux d'un emploi à temps partiel, des heures de travail souples, la parité salariale, la parité d'impôts sur le revenu pour les femmes au foyer avec enfants et des garderies de qualité abordables.
38. Certaines provinces sont déjà munies de lignes télésanté.
39. R. J. ROMANOW, p. 165, 2002.

