

LES FEMMES et les temps d'attente

En quoi **les temps d'attente** concernent-ils les femmes, et quels sont les problèmes auxquels les femmes font face?

Nous voulons tous des soins de santé de qualité au moment et à l'endroit où nous en avons besoin. Même si les temps d'attente pour certains services de soins de santé ont été stables ces dernières années, la *crise* des temps d'attente est devenue une question politique clé. Attendre pour recevoir des soins est, en effet, une préoccupation cruciale pour les femmes, car ce sont elles qui fournissent la plupart des soins (qu'elles soient rémunérées ou non) et parce qu'elles sont plus souvent appelées à utiliser le système de soins de santé, que ce soit pour d'autres ou elles-mêmes. Nous devons donc comprendre et définir clairement la façon dont les temps d'attente touchent les femmes.

- Comment les différences *entre* les conditions de vie des femmes et des hommes et les différences *au sein* de chacun de ces groupes influencent-elles leurs besoins et leur accès à certains tests et interventions?
- Comment l'attente pour effectuer des tests et des interventions pourrait-elle toucher les femmes et les hommes?
- Quels en sont les coûts?
- Les temps d'attente officiels reflètent-ils ce que vivent les femmes et les hommes dans la réalité?

ET :

- Que peut-on faire pour réduire les temps d'attente?
- Quelle est la relation entre temps d'attente et accès aux soins dans des délais raisonnables?

Nous allons approfondir ces questions à travers l'exemple de la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou (arthroplastie totale).

LE PROBLÈME DES TEMPS D'ATTENTE

Que ce soit dans les journaux et à la télévision, les magazines d'actualité ou les émissions de radio, partout on parle de la crise dans laquelle se trouve le système de soins de santé canadien. Parfois, il semble que notre système de santé est sur le point de s'effondrer. Nombreux sont ceux qui croient que les temps d'attente pour se faire soigner augmentent, et cette perception est renforcée par les médias qui font état de cas d'attente extrêmes. Les femmes s'inquiètent de ce problème parce qu'il s'agit d'une de leurs préoccupations les plus profondes portant sur l'état de notre système de soins de santé. Lorsque nous tomberons malades, lorsqu'une personne aimée sera malade ou blessée, aurons-nous accès à des soins de bonne qualité au moment où nous en aurons besoin et là où nous nous trouverons?

Ce que nous croyons et la réalité

Malgré ces inquiétudes, la majorité des Canadiennes et des Canadiens ont indiqué que le temps qu'ils ont attendu avant de se faire soigner était acceptable. Même s'il est vrai que les temps d'attente pour *certaines* interventions ont augmenté, les données de Statistique Canada et des provinces portent à croire que, dans l'ensemble, les temps d'attente pour subir une chirurgie non urgente et passer des tests de diagnostic importants (comme l'examen par IRM) ont été stables ces dernières années. Néanmoins, les longues files d'attente font monter l'inquiétude et pourraient avoir un coût important, nuire aux patients, soulever des questions d'équité et nous faire perdre confiance en ce qui a trait au système de santé.

Toutefois, il est normal d'attendre, dans quelque système de santé que ce soit, et tous les délais ne sont pas nuisibles. Parfois, la période d'attente donne le temps au médecin de recevoir la confirmation d'un diagnostic ou de demander l'opinion d'un confrère. Parfois, la meilleure réponse est d'attendre et de voir comment les choses vont évoluer, car il arrive qu'un problème se résolve de lui-même, sans intervention médicale. Ce qui est important, c'est de s'assurer que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin, au moment opportun.

Les femmes sont tout particulièrement touchées par les débats et les décisions prises au sujet des temps d'attente. Attendre pour se faire soigner est une question cruciale pour les femmes parce que la majorité des personnes soignantes – rémunérées ou non, à domicile ou à l'hôpital – sont des femmes, et que ce sont elles qui sont appelées à utiliser le système de soins de santé pour d'autres ou elles-mêmes. Cependant, les femmes et leurs besoins sont absents des discussions publiques et politiques sur les temps d'attente. Nous devons donc poser des questions vitales – à nous-mêmes et à nos gouvernements – sur la façon dont l'attente pour des soins touche les femmes.

Il n'est pas simple de comprendre ces problèmes :

- Le temps d'attente est défini de multiples façons.
- L'attente est vécue différemment selon le service pour lequel on attend.
- Les conséquences de l'attente sont multiples.

Le présent document a pour but d'aider les femmes à comprendre ces problèmes et à soulever les questions importantes. Nous entamerons cette discussion en parlant d'un exemple particulier – l'arthroplastie totale – que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont identifié comme étant un créneau nécessitant l'apport de mesures visant à réduire les temps d'attente.



METTRE LE CHRONOMÈTRE À ZÉRO ET MESURER LES TEMPS D'ATTENTE

Par le passé, les chercheurs et les décideurs n'ont pas toujours utilisé la même définition du temps d'attente (le moment où le chronomètre s'enclenche et celui où il s'arrête); de même, la façon dont les fonctionnaires parlent du temps d'attente n'est pas exactement la même que la façon dont nous utilisons ce terme dans la vie de tous les jours. Pour certains, l'attente commence lorsque le médecin de famille dirige son patient vers une source de traitement appropriée. Pour d'autres, c'est le moment où un spécialiste prend la décision de prescrire un traitement donné. Pour d'autres encore, c'est le moment où un patient est inscrit sur une liste d'attente à l'hôpital. Chacune de ces définitions du temps d'attente fait référence à des périodes de temps différentes – certaines plus longues que d'autres – et aura donc des résultats différents lorsqu'on mesurera la durée de cette attente.

En décembre 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux se sont mis d'accord sur un point : le temps d'attente commence lorsqu'un médecin de famille ou un spécialiste prend rendez-vous pour un service (comme un test ou une intervention chirurgicale) et finit lorsque le patient commence à recevoir le service.

Un parcours au sein du système de santé

Il existe très peu de données sur les différences entre les femmes et les hommes pour ce qui est des temps d'attente et de leurs conséquences, qui prennent en compte le type de travail que les femmes et les hommes font (rémunéré ou non), le soutien dont ils bénéficient ou leurs responsabilités en tant que soutiens de famille et aidantes pour des membres de leur famille et autres. Bien souvent, les définitions types du temps d'attente ne saisissent pas ces différences et ignorent certains aspects du « cheminement » du patient dans les dédales du système de soins de santé. Par exemple, selon la définition du Conseil canadien de la santé, le cheminement du patient commence au moment où celui-ci identifie ses premiers symptômes et prend rendez-vous chez son

BIEN COMPRENDRE LES TERMES UTILISÉS

En septembre 2004, le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont convenu que les temps d'attente étaient une priorité. Cette entente prévoyait, en partie, que les provinces et les territoires établissent des « repères fondés sur des données probantes correspondant à des temps d'attente médicalement acceptables » pour certains services de soins de santé comme les traitements anticancéreux, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique (p. ex. l'IRM), le remplacement des articulations (hanche et genou) et la restauration de la vue (opération de la cataracte).

Un **repère** est le délai d'attente maximal recommandé pour un service donné; c'est la période maximale qu'un patient doit attendre avant de passer un test diagnostique ou recevoir un traitement. Les repères ne varient pas d'une région à l'autre ni d'un hôpital à l'autre.

Il a également été question des cibles, qui sont différentes des repères. Une **cible** est le pourcentage de patients qui doivent recevoir un certain service dans les

temps-repères (mesure de référence) déterminés pour ce service. Les cibles sont fixées par les provinces, les territoires ou les fournisseurs de soins particuliers. Par exemple, le temps-repère pour une radiothérapie oncologique est de quatre semaines. Un fournisseur de soins de santé ou un gouvernement pourrait établir comme cible de voir 90 % des patients dans ce temps-repère de quatre semaines. En suivant le nombre de patients cancéreux qui ont reçu une radiothérapie dans les quatre semaines suivant la visite chez leur médecin traitant, ce gouvernement ou ce fournisseur de soins pourrait évaluer s'il a atteint son but ou pas.

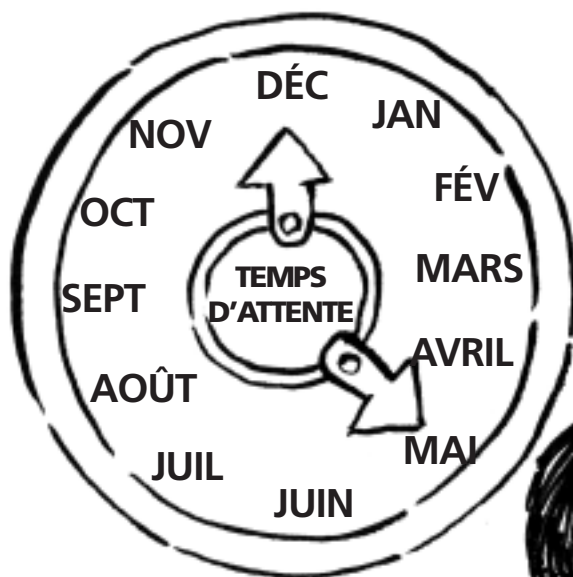
Plusieurs gouvernements ont proposé des **garanties de temps d'attente**. Celles-ci visent à donner aux patients un recours dans les cas où ils ne recevraient pas leur traitement dans les temps-repères déterminés. Par exemple, si une patiente ne pouvait pas avoir accès au service dont elle a besoin dans la période de temps déterminée, la province où elle réside couvrirait les frais de son traitement dans une autre province, territoire ou pays.

médecin traitant. Cependant, le temps d'attente officiel pour une arthroplastie totale est fixé selon une autre norme : il commence lorsqu'un spécialiste donne un rendez-vous au patient pour l'intervention. Cette différence dans la définition du moment où le temps d'attente commence exclut une partie importante de l'attente pour des soins. Et nous savons bien que les femmes et les hommes ont une expérience différente quant à leur cheminement au sein du système de santé.

Afin de comprendre les conséquences de l'attente pour des soins sur les femmes et les hommes, nous devons poser les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui facilite et entrave le mouvement à chacune des étapes du cheminement du patient dans le cas des femmes et dans celui des hommes?
- Que devons-nous savoir de l'état de santé sous-jacent du patient qui détermine la nécessité de se faire soigner, de la façon dont le médecin va diriger le patient pour le traiter, et de la façon dont les femmes et les hommes vivent et signalent leurs symptômes?
- Quelles femmes et quels hommes? Les femmes et les hommes qui vivent dans des situations différentes vivront probablement l'attente de manière différente. Par exemple, une femme âgée vivant seule et recevant une maigre pension vivra probablement son attente différemment qu'un homme âgé marié qui a davantage de moyens financiers et un réseau social plus étendu (comme une épouse ou d'autres membres de la famille).

Nous pouvons poser ces questions à propos d'un exemple bien particulier : l'attente d'une arthroplastie totale au Canada.



*POUR DÉCIDER
d'une chirurgie,
nous pouvons
vous offrir un
rendez-vous avec
le médecin dans
six mois!*



Quand le chronomètre est-il enclenché?

LES FEMMES QUI ATTENDENT POUR UNE ARTHROPLASTIE TOTALE

Généralement, la façon de vivre d'une femme est différente de celle d'un homme et influence sa santé. Par exemple, au Canada, les femmes ont tendance à vivre en moyenne plus longtemps que les hommes, mais elles ont davantage de maladies chroniques. En général, la sécurité financière des femmes est également plus précaire que celle des hommes, car elles ont un niveau de scolarité, un emploi et des revenus différents. De même, les femmes ont généralement davantage de responsabilités, car elles s'occupent des enfants, des personnes âgées ou des personnes souffrant d'une maladie chronique ou frappées d'invalidité. Cette situation particulière – relations, travail, emploi – a un effet sur la santé des femmes et, à son tour, influence à la fois leurs besoins en matière de soins de santé et leur utilisation du système de soins de santé, notamment la façon dont elles vivent les temps d'attente pour une arthroplastie totale.

On a beaucoup entendu parler des temps d'attente pour arthroplastie totale en partie du fait que la demande pour ce genre d'intervention va en croissant au Canada. Entre 1995 et 2002, le remplacement de la hanche a augmenté de près de 20 % et celui du genou de plus de 60 %. Nous savons que l'état de santé peut se détériorer lorsqu'on retarde l'intervention et que, plus on opère tôt, plus les coûts sont réduits, car les articulations ne sont pas trop endommagées. Nous savons également qu'il existe des différences entre les femmes et les hommes : différences quant aux besoins en matière d'arthroplastie totale, quant aux diagnostics qu'ils reçoivent et de l'aiguillage dont ils bénéficient pour accéder au traitement, quant au soutien moral qu'ils ont avant et après l'opération et quant à leurs responsabilités en tant que soutiens de famille et soignants des membres de cette famille. Tout cela a des conséquences sur la probabilité d'être sur une liste d'attente et sur la façon dont les uns et les autres vivent cette attente. D'autres facteurs tels que les revenus, le niveau de scolarité et la race influencent également l'attente pour des soins.

Nous savons également qu'il existe des différences entre les femmes et les hommes : différences quant aux besoins en matière d'arthroplastie totale, quant aux diagnostics qu'ils reçoivent et de l'aiguillage dont ils bénéficient pour accéder au traitement, quant au soutien moral qu'ils ont avant et après l'opération et quant à leurs responsabilités en tant que soutiens de famille et soignants des membres de cette famille.

Qui pourrait bénéficier d'une arthroplastie totale?

L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus courantes au Canada et l'une des principales causes d'invalidité de longue durée et de douleur. Elle nécessite donc une utilisation accrue des soins de santé. C'est également la pathologie sous-jacente principale qui rend nécessaire le remplacement de la hanche et du genou. La plupart des arthroplasties totales sont pratiquées pour réparer les dommages causés par l'arthrose. Voici quelques faits importants :

- L'arthrose touche environ deux fois plus de femmes que d'hommes.
- On trouve des taux plus élevés d'arthrite chez les gens ayant un faible revenu et un niveau de scolarité peu élevé.
- L'arthrite est l'affection chronique la plus répandue dans la population autochtone du Canada. La prévalence de l'arthrite parmi les Autochtones est 10 % plus élevée que dans la population non autochtone. Les Autochtones du Canada ont indiqué que l'arthrite est l'un des cinq problèmes de santé les plus importants dans leurs communautés.
- Aux États-Unis, on a constaté que les femmes de race noire ont des taux d'arthrose du genou plus élevés que chez les femmes de race blanche.
- En général, les femmes souffrant d'arthrite seraient plus âgées, plus pauvres, moins instruites, et le plus souvent veuves et sans travail que les femmes atteintes d'autres maladies chroniques. Il semble que ces femmes ont moins de ressources pour faire face à leur maladie et pour supporter l'attente d'une intervention chirurgicale et les difficultés associées à la rééducation fonctionnelle après l'intervention.

Les femmes sont deux fois plus susceptibles d'avoir besoin d'une arthroplastie de la hanche ou du genou que les hommes à cause de la plus forte prévalence des cas d'arthrite graves chez les femmes. Comparativement aux hommes, les femmes souffrent davantage de douleur arthritique, sont plus nombreuses à présenter une incapacité et auraient davantage besoin d'une aide personnelle pour leurs activités quotidiennes (principalement parce qu'elles seraient plus nombreuses que les hommes à vivre seules). Même si les besoins des femmes en matière d'arthroplastie sont plus importants que ceux des hommes, elles auraient trois fois moins de possibilités d'obtenir ce type d'opération que les hommes quand elles en ont besoin.

Quelles sont quelques-unes des raisons de cette différence entre les femmes et les hommes?

Même si les besoins des femmes en matière d'arthroplastie sont plus importants que ceux des hommes, elles auraient trois fois moins de possibilités d'obtenir ce type d'opération que les hommes quand elles en ont besoin.

Des outils diagnostiques ne tenant pas compte des différences entre les sexes :

On évalue souvent l'atteinte articulaire de la hanche et du genou par imagerie radiographique (rayons X). On présume en général que ces images mesurent avec précision la gravité de l'atteinte et de la maladie, quel que soit le sexe de la personne.

Cependant, ces tests ne sont pas toujours capables de faire ressortir les différences dans la façon dont la maladie touche les femmes et les hommes. Par exemple, une étude qui a examiné des patients en attente d'une chirurgie de remplacement du genou a révélé qu'il existait une déficience et une incapacité plus marquées chez les femmes que chez les hommes, même si les radiographies montraient une atteinte articulaire semblable. Dans une autre étude, les scores des patients mesurés au moyen des échelles de la douleur et de la fonction physique un an après l'intervention ne correspondaient pas aux évaluations radiographiques préopératoires prévues de l'arthrose. Par conséquent, si l'on utilise la radiographie comme outil de mesure « objectif » pour décider d'une arthroplastie totale et de la gestion des listes d'attente, on pourrait, paradoxalement, créer des inégalités entre les sexes, car cet outil sous-estime la gravité de la maladie et l'urgence de l'intervention chirurgicale dans le cas des femmes.



Par conséquent, les chercheurs ont recommandé de prendre en compte l'opinion des patients sur leur invalidité et leur capacité à tolérer la douleur lors de l'évaluation diagnostique, et que ce soit les symptômes – et non pas les radiographies de l'atteinte articulaire – qui orientent la décision de procéder ou non à une arthroplastie.

Alors que les femmes indiquent que leur douleur est plus intense, plus fréquente et plus durable que les hommes, elles sont moins nombreuses à recevoir un traitement contre la douleur.

Traitement et tendances selon le sexe :

En général, les femmes et les hommes communiquent différemment avec leur médecin et ont des expériences différentes quant au traitement. En effet, la façon dont les femmes et les hommes ressentent leurs symptômes ou dont ils rapportent ces symptômes à leur médecin est différente. Le médecin pourrait ne pas interpréter les symptômes des femmes et ceux des hommes de la même manière et intervenir différemment selon le sexe de son patient. Cela semble être le cas pour la cardiopathie, par exemple. Il y a quelques années, le matériel éducatif sur la santé nous disait qu'une crise cardiaque ressemblait à une douleur écrasante dans la poitrine, car c'était ce que la plupart des hommes ressentait. Or, aujourd'hui, il est probable que le même matériel éducatif reconnaisse que la douleur ressentie par les femmes se trouve dans les mâchoires ou l'épaule ainsi que dans la poitrine. Ces différences dans la manière dont la crise cardiaque est ressentie ont d'importantes conséquences sur la façon dont le fournisseur de soins de santé et le non-spécialiste identifient une crise cardiaque, et sur les chances d'une personne de recevoir des soins pour traiter son problème ou pas.

De nombreux cas laissent penser que les médecins commettent davantage d'erreurs de diagnostic et choisissent des traitements moins énergiques pour les femmes que pour les hommes. Par exemple, alors que les femmes indiquent que leur douleur est plus intense, plus fréquente et plus durable que les hommes, elles sont moins nombreuses à recevoir un traitement contre la douleur. Il existe plusieurs explications à cet état de fait :

- Certains médecins peuvent penser que les femmes sont plus en mesure de gérer la douleur du fait qu'elles peuvent endurer la douleur de l'accouchement.
- Certains médecins pensent que les femmes ont des mécanismes d'adaptation à la douleur plus nombreux et meilleurs que ceux des hommes et que, par conséquent, elles n'ont pas besoin des mêmes traitements.
- Certains médecins pensent que la douleur des femmes est causée par un état d'hyperanxiété et considèrent leurs stratégies de communication comme des preuves d'« hyperréaction émotionnelle » aux symptômes.
- En outre, de nombreuses études mentionnent des disparités ethniques et raciales dans le traitement contre la douleur, en particulier chez les patients afro-américains et hispaniques qui sont moins susceptibles de recevoir un traitement efficace contre la douleur que les personnes de race blanche. Nous trouverons donc probablement des différences dans le diagnostic et le traitement entre les femmes et les hommes, mais aussi entre les femmes elles-mêmes.

Pour ce qui est de l'arthrite et du remplacement des articulations, une étude a montré que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à rechercher un traitement pour l'arthrite. Cependant, les femmes ayant probablement besoin d'une arthroplastie étaient moins nombreuses que les hommes à mentionner qu'elles en avaient un jour discuté avec un médecin. Les femmes sont donc moins nombreuses que les hommes à être dirigées vers un spécialiste. Si elles le sont, l'aiguillage est fait plus tardivement. Cette situation est peut-être due au fait que les femmes ont tendance à ne pas aborder la question du traitement de leur arthrite avec leur médecin ou à ne pas exiger une intervention chirurgicale lorsqu'elles en parlent. D'autre part, les médecins pourraient avoir une certaine attitude vis-à-vis des risques et des raisons d'opérer qui les porteraient à croire que les hommes sont de meilleurs candidats pour ce genre d'opération que les femmes.

Les femmes sont donc moins nombreuses que les hommes à être dirigées vers un spécialiste. Si elles le sont, l'aiguillage est fait plus tardivement.

Mécanismes de prise de décision selon le sexe :

Les femmes et les hommes auraient également différentes raisons et différentes façons de prendre une décision quand il s'agit de subir une arthroplastie totale.

Certains chercheurs ont trouvé que les craintes des patients liées au manque de soutien social après la chirurgie pourraient les rendre plus hésitants à subir l'intervention. L'arthroplastie est une intervention majeure, et la convalescence est difficile. En vieillissant, l'entourage des gens est de plus en plus réduit, et une personne âgée pourrait repousser l'intervention parce qu'elle n'a personne pour l'aider pendant sa convalescence.

Les femmes âgées sont plus nombreuses à vivre seules que les hommes âgés. On peut donc supposer qu'il leur sera plus difficile de trouver le soutien nécessaire. En outre, comme la plupart des femmes sont plus souvent amenées que les hommes à jouer le rôle de *soignantes*, elles se retrouveront plus souvent qu'eux à *donner* des soins au lieu d'en *recevoir*. Nous devons donc déterminer dans quelle mesure les taux d'orientation des femmes et des hommes vers un spécialiste sont influencés par l'existence d'un soutien social, qui, pour sa part, peut être influencé par un ensemble de facteurs, entre autres, le sexe, l'âge et le revenu.

Qui fera tout ça si je me fais opérer? ...et qui prendra soin de moi?



DES FEMMES QUI ATTENDENT D'ATTENDRE UNE ARTHROPLASTIE TOTALE

Les femmes atteintes d'arthrose du genou et de la hanche passent beaucoup de temps à « attendre d'attendre ». Bien qu'elles fassent état de douleurs et d'incapacités plus importantes que les hommes, les femmes attendent plus souvent d'être adressées à un chirurgien orthopédiste et de subir une chirurgie. Mais ce délai n'apparaît pas dans les données officielles sur les temps d'attente. Selon la définition, le temps d'attente est la période écoulée entre la réservation et l'exécution d'une chirurgie; l'attente supplémentaire imposée aux femmes est donc occultée et ne fait donc pas partie des discussions sur les temps d'attente officiels. Actuellement, les définitions du temps d'attente et la mise en place de listes d'attente pour l'arthroplastie totale masquent les différences entre le cheminement des hommes et celui des femmes à travers le système de santé.

Les buts de la réduction des temps d'attente sont les suivants : soulager la souffrance, améliorer la qualité de vie, diminuer davantage les coûts imposés au système de santé (en traitant les personnes à un stade plus précoce de la maladie) et garantir le fonctionnement équitable du système. Toutefois, ces buts ne peuvent pas être atteints si les personnes ayant le plus grand besoin de traitement ne sont pas reconnues et si la liste ne mentionne jamais leur nom.

Il est également important de reconnaître que le cheminement du patient ne se termine pas toujours par le rétablissement postopératoire. Des complications pourront survenir, on devra peut-être opérer la hanche ou le genou du côté opposé ou le patient ne se rétablira que partiellement. L'arthroplastie de la hanche ou du genou est une intervention médicale particulière, exercée selon une approche très conventionnelle. Nous devons reconnaître que nombre de femmes vivent avec des troubles chroniques ou ont des problèmes de santé qui ne se résolvent pas par une seule intervention majeure.

Actuellement, les définitions du temps d'attente et la mise en place de listes d'attente pour l'arthroplastie totale masquent les différences entre le cheminement des hommes et celui des femmes à travers le système de santé.

QUE PEUT-ON FAIRE POUR RÉDUIRE LES TEMPS D'ATTENTE?

Dans le cas de l'arthroplastie totale et dans d'autres domaines cliniques, la mesure du temps d'attente (entre le moment où le chronomètre est enclenché et celui où il s'arrête) doit prendre en compte les cheminements différents des femmes et des hommes à travers le système de santé.

Les données sur les temps d'attente devraient faire état des différences entre les femmes et les hommes en tenant compte d'autres indicateurs sociaux tels que la race, l'origine ethnique, l'âge, le revenu, l'invalidité, le lieu de résidence, etc.

Les cliniciens qui détiennent le pouvoir d'« enclencher le chronomètre » doivent chercher à mieux comprendre les conditions de vie des hommes et des femmes pour pouvoir mieux évaluer leurs symptômes et leurs besoins, avant et après l'intervention.

Il faut créer et mettre en œuvre des outils de diagnostic et d'orientation spécifiques selon le sexe du patient. La mise en place et la gestion de listes d'attente doivent prendre en compte la nature du soutien dont les femmes et les hommes ont besoin après l'intervention.

QUESTION ESSENTIELLE : COMMENT ÉVALUER LES DISCUSSIONS AU SUJET DES TEMPS D'ATTENTE?

Malgré les débats continus sur les temps d'attente et la mise sur pied de nouvelles politiques pour les réduire, nous devons insister sur le fait que ces débats et ces politiques doivent tenir compte des différentes conditions de vie dans lesquelles vivent les femmes et les hommes. Nous devons poser les bonnes questions pour s'assurer que les problèmes auxquels les femmes font face sont bien cernés et pris en compte. Voici quelques exemples de questions pertinentes :

- Comment définit-on le temps d'attente? Quand le chronomètre est-il enclenché? Cette définition est-elle exhaustive?
- Qui attend?
- Pour quel service attend-elle?
- A-t-il été question du genre de soutien dont les femmes ont besoin pendant qu'elles attendent?
- L'absence de soutien avant, pendant et après l'intervention peut-t-elle influencer la décision de la patiente d'envisager une intervention?
- La discussion aborde-t-elle la question de savoir pourquoi certaines personnes ne sont jamais inscrites sur les listes d'attente?

PRIORITÉ AUX DÉLAIS RAISONNABLES

S’il est vrai que les temps d’attente pour une poignée de services ont été mis de l’avant par les médias ces derniers mois, nous tenons à étendre le débat et à parler de *l’accès aux soins dans des délais raisonnables*.

Nous devons d’abord identifier les services requis, les lieux où ils sont requis, et la population féminine qui en a besoin. Les femmes qui ont les plus grands besoins sont-elles en mesure de recevoir les services dans des délais raisonnables? Les responsabilités des femmes qui prennent soin d’autres personnes pourraient les empêcher de quitter leur domicile pour se faire soigner lorsqu’elles en ont besoin, et les femmes vivant en milieu rural font face à des problèmes de transport, de distance et de soutien. Les femmes qui accèdent au système de santé voient-elles leurs symptômes compris et traités de façon appropriée? Comment vivent-elles leur traitement? Les femmes qui s’occupent d’autres personnes (au moins 80 % des personnes soignantes rémunérées et non rémunérées sont des femmes) reçoivent-elles un soutien adéquat dans leur travail? Nous devons prendre en compte ce qui se passe une fois qu’elles reçoivent leur congé de l’hôpital, et les suivre chez elles, là où elles vivent souvent seules et fournissent des soins à d’autres personnes. Quelles conséquences la situation familiale a-t-elle sur la décision de se faire traiter et sur l’accès aux soins?

Parler de l’accès aux soins dans des délais raisonnables permet de voir le cheminement du patient globalement plutôt que de façon partielle. Cela élargit le débat et englobe les causes de la maladie, les situations qui influencent l’accès aux soins, les méthodes diagnostiques et le traitement, l’expérience de l’attente et l’issue des soins. Donner la priorité à l’accès aux soins dans des délais raisonnables permet également de prendre en considération le rôle tout particulier des femmes en tant qu’aidantes, patientes et personnes qui prennent des décisions sur les questions de soins de santé. En tenant compte de tous ces éléments, nous pouvons mieux comprendre les préoccupations des femmes qui attendent – et qui « attendent d’attendre » – des soins de santé de qualité.



ressources choisies

Institut canadien d'information sur la santé. 2006. *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*. Ottawa: CIHI. À consulter sur :

www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_549_E&cw_topic=549&cw_rel=AR_1385_F

Santé Canada. 2003. *L'arthrite au Canada. Une bataille à gagner*. N° de cat. # H39-4/142003F. Ottawa.

Santé Canada. À consulter sur : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ac/index_f.html

Jackson, Beth E., Pederson, Ann et Boscoe, Madeline. 2006. *Analyse comparative entre les sexes et temps d'attente : Nouvelles questions, nouvelles connaissances*. Publié à l'origine en annexe au *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Les femmes et la réforme de la santé.

À consulter sur : www.femmesreformesante.ca

Statistique Canada. 2006. *Accès aux services de soins de santé au Canada*. Janvier à décembre 2005, vol. 1. N° de cat. # 82-575-XIF. Ottawa : ministère de l'Industrie. À consulter sur :

www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-575-X&CHROPG=1

qui nous sommes et ce que nous faisons

Les femmes et la réforme de la santé est composé de Pat Armstrong (présidente), Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Margaret Haworth-Brockman, Beth Jackson, Ann Pederson et Morgan Seeley. Le fruit d'une collaboration entre les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada, cette initiative est financée par le Programme de contribution pour la santé des femmes. Notre mandat est de coordonner la recherche sur la réforme de la santé et d'en tirer des apprentissages qui façonneront les politiques et les pratiques. Pour plus d'information concernant notre travail, consultez notre site Web, au www.femmesreformesante.ca, ou communiquez avec nous à l'adresse whcr@yorku.ca.

Pour plus de renseignements au sujet du Programme de contribution pour la santé des femmes, visitez le site www.cewh-cesf.ca.

pour commander

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse www.femmesreformesante.ca ou l'obtenir gratuitement auprès du :

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3

Tél. (sans frais) : 1 888 818-9172

ATS sans frais : 1 866 694-6367

cwhn@cwhn.ca

www.rcsf.ca

Des frais de poste pourraient être exigés. Ce document peut être reproduit à condition de mentionner le nom des auteures et d'en faire la distribution gratuitement.

Also available in English.

rédigé et publié par

Les femmes et la réforme de la santé avec l'appui financier du :

Programme de contribution pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas forcément conformes à celles de Santé Canada.

Illustrations et mise en page : **Folio Design**

Production : **Réseau canadien pour la santé des femmes**

Impression effectuée par des travailleur(euse)s syndiqué(e)s, sur du papier 50 % recyclé, dont 25 % de fibres postconsommation, par **la Winnipeg Sun Commercial Print Division.**

©2008 Les femmes et la réforme de la santé

ISBN : 978-0-9783104-7-9



*« Pour améliorer l'accès
aux soins de santé, il ne
s'agit pas seulement
d'accélérer l'accès aux
interventions chirurgicales
non urgentes. Il s'agit
aussi d'avoir accès au bon
moment à des interventions
appropriées, pour toute une
gamme de soins ».*

Charles E. Pascal, 2006. « Romanow, Romanow,
where art thou? », *The Globe and Mail*, 7 mars, A15.



Le point de vue féminin :
une série sur la réforme de la santé et les femmes