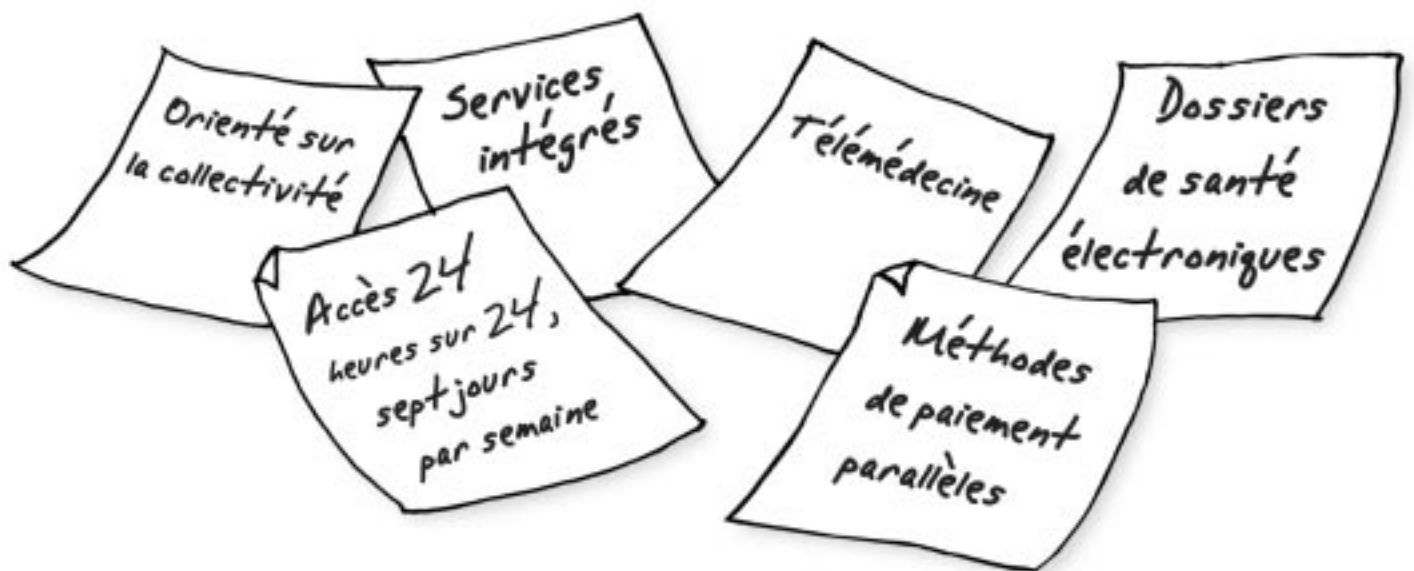


# La réforme des soins primaires *et les femmes*



**Pourquoi ces questions  
concernent-elles les femmes  
et quels en sont les enjeux  
pour celles-ci?**

**C**e guide vise à favoriser le débat sur la réforme des soins de santé primaires au Canada et à en expliquer l'importance pour les femmes. Étant donné que celles-ci constituent la majorité des personnes qui utilisent le système de santé et aussi la majorité de celles qui fournissent des soins, quelle forme les réformes doivent-elles prendre pour répondre aux besoins de **toutes** les femmes, peu importe leur lieu de résidence, leur niveau de scolarité, leur langue, leurs problèmes de santé, leur orientation sexuelle, leurs capacités ou leurs handicaps?

# Pourquoi les femmes?

**L**es femmes sont plus nombreuses à utiliser les services de santé, comparativement aux hommes. Cette différence est due surtout à la prestation de soins médicaux ayant trait à la procréation et à la sexualité. Toutefois, au Canada les femmes ont aussi tendance à vivre plus longtemps que les hommes, ce qui fait qu'elles sont davantage aux prises avec des maladies chroniques qui nécessitent des soins. Néanmoins, les femmes souffrant de maladies chroniques ont moins tendance que les hommes atteints des mêmes maladies à être hospitalisées, même si elles sont plus nombreuses à se rendre au cabinet du médecin.

Aussi, les raisons qui incitent les femmes à recourir au réseau de santé sont différentes de celles des hommes. Par exemple, jusqu'à l'âge de 15 ans, les garçons sont amenés plus souvent à l'urgence que les filles. Cette tendance est inversée entre 15 ans et la mi-quarantaine, après quoi le recours à l'urgence chez les hommes surpasse une fois de plus celui des femmes. Ces diverses tendances reflètent non seulement les différences qui existent entre le corps masculin et le corps féminin mais aussi les écarts relatifs aux tendances qui s'établissent dans la vie des hommes et des femmes, y compris notre participation respective aux sports, les comportements à risque et la consommation d'alcool et de drogues.

*Les femmes constituent la majorité des personnes qui fournissent des soins rémunérés et non rémunérés.* Environ 80 % des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé sont des femmes et ce sont des femmes qui prodiguent la plupart des soins non rémunérés au foyer. Les femmes dispensent des soins non rémunérés aux aînés et aux personnes de tout âge atteintes d'une invalidité de longue durée ou d'une maladie de courte durée. En tant que prestataires de soins non rémunérés, les femmes ont davantage tendance que les hommes à dispenser des soins à la personne et à offrir un soutien émotionnel, alors que les hommes ont plus tendance à prendre en charge la gestion des soins, l'entretien ménager, les emplettes ou le transport. Les femmes constituent également dans la collectivité la majorité des bénévoles qui dispensent des soins à la personne.

*Les femmes ont joué un rôle prédominant dans les efforts pour amener des changements.* Elles ont établi leurs propres réseaux d'information-santé, ce qui leur permet d'être mieux informées en ce qui a trait à leur santé et davantage capables de prendre de meilleures décisions en matière de soins. Elles ont remis en question la vision traditionnelle selon laquelle leur santé se limite aux soins de santé génésiques et elles ont insisté sur la nécessité de mener des recherches pour mieux comprendre l'incidence de facteurs comme la santé cardiovasculaire, les assuétudes, la violence, la santé mentale, la santé au travail, la migration et la santé des os, pour n'en nommer que quelques-uns, qui exercent des effets sur leur santé et celle des filles. Elles ont critiqué la prescription abusive de médicaments, notamment en ce qui a trait aux processus de vie naturels et à la dépression. Elles se sont rappelées les unes les autres et elles ont appelé aux fournisseur(euse)s de soins de santé que la grossesse et l'accouchement sont des événements de vie naturels et non des maladies, et qu'ils doivent être traités comme tels par le réseau de santé. Elles ont revendiqué la reconnaissance des sages-femmes et des praticien(ienne)s infirmier(ière)s en tant que fournisseur(euse)s de soins capables d'autoréglementation.

Elles ont remis en question les mécanismes de reddition de comptes ainsi que les limites imposées quant à l'accès à l'avortement et à la contraception d'urgence. Elles ont revendiqué un plus grand accès aux médecines parallèles et un soutien aux personnes non rémunérées qui prennent soin d'un membre de leur famille. Au sein du réseau de santé, elles ont mis sur pied et géré des centres de santé communautaires axés sur les femmes, ainsi que des programmes comme les services d'aide aux victimes d'agression sexuelle, des banques alimentaires et des refuges pour la population féminine.

# Les besoins des femmes en matière de soins primaires

**L**es besoins des femmes en matière de santé sont différents de ceux des hommes. Ceci s'explique autant par les différences entre les corps masculins et les corps féminins que par les réalités que vivent les femmes dans leur vie, leur travail, leurs loisirs et leurs études.

*Historiquement, la santé des femmes a souvent été réduite à la santé génésique, entre autres parce que les corps féminins sont différents des corps masculins. L'accès à des soins complets en matière de procréation a joué un rôle vital dans l'amélioration de la santé des femmes et a permis à un plus grand nombre de celles-ci de participer pleinement à la société. L'élimination des obstacles juridiques à la contraception, l'accès à l'avortement et aux soins primaires sont donc des questions vitales pour les femmes, au Canada et partout dans le monde. Sans la possibilité de décider ou non d'avoir des enfants et de déterminer le moment et le lieu propices, leur capacité de mener à terme des études et de participer à la société de façon égalitaire est menacée. Ce sont les femmes qui vivent les menstruations, deviennent enceintes, accouchent, allaitent et se font avorter. Bien que les femmes et les hommes sont tous deux touchés par des questions liées à la santé sexuelle et génésique, les maladies transmises sexuellement, la contraception et l'infertilité, les différences entre nos corps font que les choix et les conséquences de celles-ci ne sont pas les mêmes. À titre d'exemple, les femmes et les hommes peuvent tous deux contracter des maladies transmises sexuellement, mais seule la femme peut vivre une grossesse imprévue ou une maladie pelvienne inflammatoire.*

Toutefois, les préoccupations des femmes en matière de santé vont bien au-delà de la procréation.

*Les tendances des femmes en termes de maladie diffèrent souvent de celles des hommes. Certaines affections ou maladies ne touchent pas uniquement les femmes mais elles frappent beaucoup plus souvent les femmes que les hommes. Les taux de cancer du sein, de dépression, d'arthrite, de lupus et d'automutilation sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Puisque les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, elles sont davantage aux prises avec des maladies chroniques. Bien que les femmes et les hommes peuvent tous deux aspirer à correspondre à des critères de beauté préétablis et se soumettre à des régimes et des programmes d'exercices extrêmes, voire même des chirurgies, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à mettre leur santé en péril en ayant recours à de tels moyens. Par conséquent, les troubles de l'alimentation constituent un problème beaucoup plus important chez les filles que chez les garçons.*

*Les maladies et les affections chez les hommes et chez les femmes ne sont souvent pas les mêmes. Jusqu'à récemment, la plupart des recherches étaient réalisées sur des sujets masculins et les chercheurs prenaient pour acquis que les résultats s'appliquaient aussi aux femmes. Par exemple, pendant des années, les femmes étaient exclues des recherches menées sur les maladies cardiovasculaires. Nous savons maintenant que les femmes et les hommes éprouvent des symptômes et des signes différents pour nombre de maladies. Les hommes atteints de maladies cardiovasculaires ont plus tendance à éprouver un serrement thoracique douloureux, des sueurs et un engourdissement du bras gauche alors que les femmes ont plus tendance à éprouver des nausées, de l'anxiété et une douleur partant du thorax et irradiant jusqu'au cou et jusqu'à la mâchoire. Les professionnel(le)s de la santé doivent être au fait de ces différences pour poser des diagnostics adéquats et développer des stratégies permettant de gérer les affections et les maladies.*

*Les femmes et les hommes peuvent nécessiter ou recevoir des traitements différents ou réagir différemment au même traitement. Dans les situations où ils(elles) souffrent d'une même maladie, il se peut que les femmes et les hommes reçoivent des traitements différents. À titre d'exemple, les femmes sont moins nombreuses à*

bénéficier d'une greffe de rein et d'un pontage aortocoronarien, même si elles sont aussi gravement atteintes. Par ailleurs, les femmes et les hommes peuvent recevoir un traitement identique, qu'il soit approprié ou non. Par exemple, les professionnel(le)s de la santé conseilleront autant aux femmes qu'aux hommes de prendre de l'aspirine pour éviter les crises cardiaques, bien que les recherches indiquent maintenant que l'aspirine n'est pas aussi efficace chez les femmes.

*La violence et le harcèlement sexuel subis par les femmes diffèrent de la violence et du harcèlement subis par les hommes.* Une grande part de cette violence est exercée au foyer, à l'abri des regards et invisible aux yeux des professionnel(le)s de la santé, qui ne cherchent pas nécessairement des indices de violence. De plus, les femmes ont beaucoup moins tendance que les hommes à disposer de ressources qui leur permettraient de quitter un conjoint violent et hésitent beaucoup plus à quitter le domicile pour fuir un tel partenaire en raison des enfants.

*Divers groupes de femmes accusent des différences importantes quant à leur état de santé et leurs besoins sur le plan des services.* Les réalités que vivent les femmes sont très diverses en termes d'âge, de culture, de langue, de revenu et ressources, d'orientation sexuelle, de lieu de résidence et de pouvoir. Ces différences peuvent produire des inégalités entre les femmes en matière de santé, créer des besoins-santé spécifiques et créer différentes tendances quant à l'utilisation des services. En d'autres termes, on ne peut parler de modèle « universel » — aucun modèle unique de soins ne peut répondre aux besoins de toutes les femmes ou même à ceux d'une seule femme au cours d'une vie entière. Les femmes requièrent un éventail de possibilités en matière de soins qui répondront à leurs besoins, peu importe les circonstances, les maladies et les problèmes qu'elles vivent et les ressources dont elles disposent. De plus, les professionnel(le)s de la santé doivent être sensibilisé(e)s aux différences entre les femmes et capables d'intervenir de façon pertinente.

*Il arrive parfois que les problèmes que vivent les femmes soient traités comme des troubles de santé, alors qu'ils sont liés à d'autres facteurs, comme des changements de vie normaux ou des transformations normales du corps, y compris le vieillissement.* Certaines étapes de la vie des femmes, comme la maternité et la ménopause, peuvent être perçues comme des problèmes de santé qui nécessitent un traitement médical. Bien que certaines femmes puissent bénéficier de traitements médicaux, la ménopause et la maternité sont des événements naturels dans la vie de la population féminine. Dans la vaste majorité des cas, ces expériences peuvent être gérées avec peu ou sans aucune intervention médicale. Les professionnel(le)s peuvent parfois avoir recours à des traitements médicaux pour aider les femmes à régler des problèmes non médicaux, comme des difficultés familiales, alors que d'autres types de soins, comme des services de counseling, seraient plus appropriés.



# La vie des femmes

**L**a vie des femmes est différente de celle des hommes. En général, les femmes ont *moins* de sécurité financière que les hommes et ont un statut social *inférieur* tout en ayant *plus* de responsabilités au chapitre des soins dispensés à autrui. Ces différences ont un impact sur leur santé, leur recours au réseau de santé et leurs réactions face aux soins qu'elles reçoivent. Pour mettre en place des soins primaires efficaces, ceux-ci doivent être livrés selon des modalités qui reconnaissent les ressources limitées dont disposent les femmes, les responsabilités importantes qu'elles détiennent et les différences qui existent *entre* les femmes.

*Les femmes et les hommes font des travaux différents, pour des revenus différents.* Bien que les tendances aient beaucoup changé au cours du dernier siècle en ce qui a trait au travail rémunéré et non rémunéré, la société définit encore le travail que font les hommes comme étant différent du travail qu'accomplissent les femmes. Les femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes à travailler pour un salaire, mais elles touchent un revenu inférieur à celui des hommes et bénéficient de moins d'avantages sociaux, comme des rentes par exemple. Néanmoins, la plupart des femmes recherchent des emplois rémunérés pour les mêmes raisons que les hommes — elles ont besoin d'argent.

Alors que la majorité des femmes occupent un emploi à temps plein rémunéré, celles-ci sont plus nombreuses que les hommes à œuvrer à temps partiel, à titre occasionnel et à des heures irrégulières, en raison des soins qu'elles prodiguent aux membres de la famille et de la discrimination dans le monde du travail. Le travail rémunéré, qui génère un revenu et parfois des avantages sociaux, contribue à la sécurité et à la santé générales des femmes mais il perpétue également les inégalités entre les femmes et les hommes et aussi entre femmes.

Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à avoir une deuxième occupation, notamment prendre soin des enfants et exécuter les travaux ménagers. Conséquemment, les femmes vivent plus de limites quant à leur temps et à leur liberté personnelle, comparativement aux hommes. Elles font aussi face à un plus grand stress puisqu'elles doivent gérer les exigences imposées par le travail rémunéré et non rémunéré, ainsi que les relations personnelles. De plus, elles font face à une discrimination sur le plan des promotions, autres avantages et possibilités professionnelles, bien que leur scolarité, leurs compétences et leur expérience soient comparables à celles des hommes.

**Alors que la majorité des femmes occupent un emploi à temps plein rémunéré, celles-ci sont plus nombreuses que les hommes à œuvrer à temps partiel, à titre occasionnel et à des heures irrégulières, en raison des soins qu'elles prodiguent aux membres de la famille et de la discrimination dans le monde du travail.**

La majorité des personnes qui prodiguent des soins sont des femmes. Le travail lié aux soins est scindé en deux : le travail accompli surtout par des hommes, et le travail exécuté surtout par des femmes. En effet, ce secteur accuse la plus grande division fondée sur le sexe, comparativement à d'autres secteurs. Les soins de santé sont considérés comme un travail féminin. Plus de neuf infirmier(ière)s autorisé(e)s sur dix sont des femmes et la quasi-totalité des praticien(ienne)s infirmier(ière)s sont des femmes. Les femmes constituent la majorité des nutritionnistes, des thérapeutes, des sages-femmes, des conseiller(ière)s, des travailleur(euse)s de soins à domicile et des travailleur(euse)s sociaux(iales).

Les femmes qui obtiennent un diplôme de médecine sont de plus en plus nombreuses et elles constitueront bientôt la majorité des médecins de famille. La pratique médicale subit donc une transformation puisque les femmes médecins ont elles-mêmes des responsabilités familiales et doivent prendre soin des leurs. Les idées qu'elles ont concernant les soins amènent aussi des changements. Malgré cela, elles ne constituent pas la majorité des décisionnaires dans le milieu des soins primaires et les réformes ciblant ce secteur ne leur accordent pas une place prépondérante. Le pouvoir est entre les mains des décideurs économiques, des gestionnaires et des spécialistes, pour la plupart des hommes.

Entre-temps, les femmes constituent toujours la majorité des personnes qui dispensent des soins à domicile de façon non rémunérée et qui amènent les malades auprès des professionnel(le)s de la santé rémunéré(e)s pour être soignés. Elles exécutent également la plus grande part du travail de soutien à domicile rémunéré par le biais des services de soins à domicile.



Par conséquent, la réforme des soins de santé primaires porte surtout sur le travail des femmes, bien que ce ne soit pas les femmes qui prennent la plupart des décisions concernant cette réforme.

# Pour déchiffrer les réformes en matière de soins primaires

**U**ne compréhension des tendances qui prévalent dans la vie des femmes, l'essence des préoccupations des femmes en matière de santé et les leçons qu'elles ont apprises en tant que prestataires et bénéficiaires de soins de santé primaires constituent une base de connaissances à partir de laquelle nous pouvons examiner les risques et les possibilités que présente la réforme des soins primaires.

Il existe de nombreuses différences quant à la façon d'interpréter cette réforme et les formes qu'elle peut prendre, d'un bout à l'autre du pays. Toutefois, en examinant la terminologie et les approches mises de l'avant, nous pouvons déceler des thèmes communs. L'analyse de ceux-ci soulève des questions quant aux réformes proposées et actuelles et à leur capacité de répondre aux besoins des femmes.

## 1. Des soins axés sur la collectivité

### *D'une part...*

La formulation « soins axés sur la collectivité » *peut* signifier que les fournisseur(euse)s de soins tiendraient compte du vécu quotidien des femmes, en contexte de leurs communautés spécifiques. Elle *peut* signifier que les femmes auraient accès à des services comme les services de counseling en santé mentale, des garderies, des soins maternels et des soins à domicile, des services d'urgence et des services de promotion de la santé offerts à une distance raisonnable de leur domicile et accessibles par transport en commun.

Dans le cadre d'une approche aux soins axés sur la communauté, une grande diversité de femmes seraient invitées à participer aux décisions concernant les ressources de santé, notamment le choix des régions desservies, les types de services offerts et le choix des sites. De plus, les fournisseur(euse)s de soins seraient formé(e)s pour répondre aux besoins des femmes et aux besoins de différentes communautés culturelles.

Non seulement cette approche *répond*-t-elle aux besoins des communautés, elle aide aussi les communautés à *se construire* et à *maintenir un cap viable*.

### *D'autre part...*

La formulation « soins axés sur la collectivité » peut aussi s'avérer un « mot de passe » pour « diminution des services » en raison des compressions budgétaires. La responsabilité des soins est transférée à « la collectivité » et les ressources sont réduites. Trop souvent, le transfert des responsabilités signifie que celles-ci sont confiées aux femmes, lesquelles doivent exécuter des tâches non rémunérées en tant que bénévoles ou membres d'une famille. Cette formulation signifie également une diminution des soins, une situation qui force les femmes à acheter davantage de services.

Lorsque les décisions concernant les soins axés sur la collectivité sont prises de façon « pyramidale » par des personnes qui ne sont pas préoccupées par les effets à long terme sur la communauté, les compressions peuvent avoir de graves conséquences. À titre d'exemple, avec moins d'argent, certaines communautés peuvent être tentées de fournir certains sinon tous les services en partenariat avec des entreprises à but lucratif. Par ailleurs, les recherches démontrent que l'introduction de services de santé à but lucratif entraîne une augmentation des coûts et une diminution de la qualité des soins et de l'accès.

Souvent, lorsque des services de santé à but lucratif sont introduits, les conditions de travail du personnel, surtout des femmes, se détériorent. Conformément aux conditions stipulées dans les accords commerciaux internationaux, y compris l'Accord du libre-échange nord-américain (ALÉNA), si nous adoptons cette stratégie, nous ne pourrions



faire marche arrière et réintroduire des services dispensés par l'État, même si les soins à but lucratif s'avèreront plus coûteux, de piètre qualité et désavantageux quant aux conditions de travail. À la lumière des conséquences à long terme, nous devons faire preuve de prudence dans nos décisions à court terme.

Malgré les excellentes évaluations qu'ont reçues les modèles promouvant une gestion collective comme ceux mis en œuvre dans les centres de santé communautaires, de nombreuses organisations de soins primaires sont gérées selon le modèle de médecine de groupes ou selon le modèle des cliniques externes en milieu hospitalier. Ces services sont conçus par des professionnel(le)s, lequel(le)s prennent des décisions pour les « patient(e)s », et en situation d'insatisfaction, ces dernier(ière)s n'ont d'autres choix que de consulter quelqu'un d'autre.

## **2. Les « services intégrés » et les équipes de soins primaires**

### ***D'une part...***

L'offre de services de soins primaires dispensés par un large éventail de professionnel(le)s œuvrant en équipe et qui tiennent compte de tous les aspects de la vie des femmes constituerait une approche qui répondrait aux besoins de la population féminine. Une équipe de collaborateur(trice)s peut rassembler des compétences et offrir des services qui ne sont pas uniquement rentables mais aussi efficaces sur le plan des soins. L'accent serait mis sur la femme en tant que personne entière et non sur des pièces détachées qui ont besoin d'être réparées ou sur des maladies isolées que l'on doit traiter.

Les femmes pourraient amener leurs enfants et leurs parents dans un même lieu pour obtenir des soins. Les professionnel(le)s, des travailleur(euse)s sociaux(iales), des agent(e)s d'éducation sanitaire, des sages-femmes, des nutritionnistes et des physiothérapeutes pourraient se joindre aux infirmier(ière)s, aux infirmier(ière)s praticien(ienne)s et aux médecins en tant que partenaires d'une équipe de soins. Ils(elles) se connaîtraient les un(e)s les autres et connaîtraient les patient(e)s ainsi que tous les services offerts au sein de la communauté et à l'extérieur de celle-ci. Il(elle)s reconnaîtraient que de nombreux facteurs exercent une influence sur l'état de santé et que le traitement médical ou les tests ne constituent qu'un seul déterminant parmi d'autres. Ainsi, la promotion de la santé pourrait être associée au traitement des maladies.

Ces équipes de soins peuvent offrir un milieu de travail favorable aux travailleuses de la santé, un environnement qui reconnaît et valorise les compétences et les pratiques associées traditionnellement aux interventions exécutées par des femmes.

**L'offre de services de soins primaires dispensés par un large éventail de professionnel(le)s œuvrant en équipe et qui tiennent compte de tous les aspects de la vie des femmes constituerait une approche qui répondrait aux besoins de la population féminine.**

## Pour déchiffrer les réformes en matière de soins primaires suite

### *D'autre part...*

Trop souvent, la notion de services intégrés signifie la présence d'un plus grand nombre de médecins qui partagent un espace et des patient(e)s, avec possiblement sur les lieux des infirmier(ière)s praticien(ienne)s qui exécutent certaines tâches normalement réservées aux médecins. Ces infirmier(ière)s praticien(ienne)s sont embauché(e)s pour réduire la charge de travail des médecins et réduire leurs frais, en prenant pour acquis que ces professionnel(le)s sont moins coûteux(se)s que les médecins. Cette approche aurait peu d'incidence quant à une remise en question des soins axés sur les médecins, que beaucoup de femmes jugent problématiques ou que nombre de décisionnaires et de gestionnaires jugent très coûteux. Pire encore, elle contribuerait peu à changer l'approche aux soins actuelle en faveur d'une approche qui tient compte des nombreux facteurs non médicaux qui influent sur la santé des femmes.

### **3. L'accès aux soins de santé : le « 24/7 »**

L'une des principales caractéristiques de la réforme des soins de santé primaires qui est promue est le concept de l'accès aux soins 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Ce changement a été introduit partiellement en réponse aux besoins des fournisseur(euse)s de soins. Un(e) médecin qui gère seul(e) son cabinet ne peut offrir une telle disponibilité. Les groupes privés de médecins offrant des services médicaux ponctuels n'ont pas réussi à offrir des soins de qualité parce que souvent, le(la) médecin de service ne connaît pas les patient(e)s et ne peut donc pas d'emblée évaluer les besoins spécifiques d'un bénéficiaire. Une réticence à demeurer disponible 24 heures sur 24 et sept jours par semaine est l'une des principales raisons qui incitent les médecins à s'établir en région urbaine et à quitter les communautés rurales. Or, les urgences répondent aux demandes de soins primaires, comme la gestion des maladies chroniques, les interventions de réconfort et la prestation de soins de soutien.

La demande de soins 24/7 vient aussi en réponse aux changements que les femmes vivent dans leur vie. Du fait qu'elles sont de plus en plus nombreuses à détenir des emplois rémunérés, que le travail par quarts est de plus en plus répandu et que les distances à parcourir pour se rendre au travail sont de plus en plus grandes, les visites chez le(la) médecin pendant les heures de bureau, entre 9 h et 17 h, constituent un véritable tour de force.

### *D'une part...*

L'offre de soins 24/7 permet aux femmes de ne plus perdre d'heures de travail rémunérées pour obtenir des soins pour elles-mêmes, leurs enfants et d'autres adultes à leur charge. Tout aussi important, le fait que les femmes obtiendraient des soins auprès d'une équipe 24/7 de soins primaires signifie que celle-ci connaîtrait la patiente et sa famille et pourrait répondre à leurs besoins individuels en tenant compte de leurs antécédents personnels.

L'émergence de services téléphoniques info-santé, dotés d'un personnel infirmier offrant de l'information générale concernant des problèmes de santé et effectuant un premier triage, agit comme complément aux systèmes de services sur appel. L'accès à un membre d'une équipe de soins primaires familière pourrait également épargner des frais en améliorant la qualité des soins et en diminuant le recours aux urgences et aux cliniques sans rendez-vous.

### *D'autre part...*

L'accès à des soins 24/7 peut être un accès dans la plupart des cas à un service téléphonique géré par des inconnus qui suivent des scripts préétablis pour offrir des conseils. Les formules de conseils toutes faites ne sont pas destinées à répondre à nos besoins spécifiques, qui sont liés à notre vie et à nos antécédents personnels. De plus, elles ont souvent pour résultat l'émission de conseils qui incitent la clientèle à se rendre à l'urgence ou à une clinique sans rendez-vous pour obtenir des soins. Le fait d'apposer l'étiquette 24/7 à un service ne signifie pas nécessairement que ce service offrira des soins de qualité 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

## 4. La « télémédecine »

### *D'une part...*

La télémédecine constitue une autre formule destinée à l'amélioration des soins. Les systèmes de communication électroniques peuvent faciliter la communication entre clientes et fournisseur(euse)s de soins. L'accès par téléphone et par la télévision peut s'avérer un moyen particulièrement important pour les femmes qui sont confinées à la maison en raison de la pauvreté, de leur condition fragile ou d'un handicap. Grâce à la télévision et aux ordinateurs, les gens peuvent communiquer à une fréquence désirée et à des heures inusitées, et aussi obtenir plus rapidement de l'information comme des rapports de laboratoire et des rapports de consultation, et prendre connaissance de nouvelles recherches. Les lignes téléphoniques info-santé, dotées d'un personnel infirmier, offre un accès à de l'information-santé, tout comme le fait Internet.

La télémédecine permet également de joindre un grand éventail d'experts. Les femmes, qui constituent la majorité des gens qui ont besoin de soins à domicile, ainsi que ceux qui reçoivent et prodiguent des soins dans les communautés isolées, pourraient bénéficier de tels services.

### *D'autre part...*

Toutefois, les conditions d'accès aux conseils et aux soins et aussi l'efficacité de la personne qui répond au téléphone constituent des facteurs importants. La

télémédecine pourrait entraîner une situation dans laquelle la communication électronique remplace la rencontre en tête-à-tête qui peut s'avérer essentielle au soutien social s'inscrivant dans la prestation de soins. Cette approche constitue peut-être un moyen pour justifier les limites imposées aux soins plutôt qu'un mécanisme supplémentaire pour favoriser la prestation de soins. Il s'agit possiblement d'un moyen pour traiter les patientes de façon anonyme plutôt que de se pencher sur les besoins individuels des femmes en matière de soins primaires. La télémédecine peut également favoriser une approche qui met l'accent sur le diagnostic et le traitement plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.



## Pour déchiffrer les réformes en matière de soins primaires suite

### 5. Les dossiers médicaux informatisés

#### *D'une part...*

La mise en place de dossiers médicaux informatisés peut favoriser l'harmonisation des services et permettre aux équipes, même celles situées en régions éloignées, de travailler ensemble pour dispenser des soins. Elle peut réduire la répétition de tests et diminuer la paperasserie. Un large éventail de fournisseur(euse)s de soins pourraient rapidement et facilement accéder aux dossiers et prendre ainsi connaissance des risques connus et des traitements qui n'ont pas réussi, tout en réduisant les temps d'attente.

#### *D'autre part...*

Le recours à des dossiers médicaux informatisés comporte certains risques. Il pourrait faire en sorte que les diagnostics fondés sur des attitudes traditionnelles à l'égard des femmes soient diffusés et renforcés dans tout le réseau. Ce qui nous vient à l'idée est le commentaire souvent émis par les fournisseur(euse)s de soins selon lequel les femmes se plaignent de problèmes de santé qui sont « de la pure fiction ». Une patiente qui recevrait un tel diagnostic, qui serait introduit dans un dossier informatique, pourrait faire face à un obstacle imprévu, lequel entraverait son accès à des soins de qualité lorsqu'elle consulterait un(e) autre professionnel(le) qui aurait déjà pris connaissance de l'opinion de son(sa) collègue et accepté ses conclusions.

De plus, le besoin de communiquer rapidement et clairement avec une grande diversité de personnes peut entraîner une situation où des expériences et des symptômes complexes peuvent être réduits à des termes simples conçus pour répondre aux exigences d'un format informatique. Ces termes sont possiblement ceux qu'utilisent les médecins plutôt que les sages-femmes, les thérapeutes et les femmes elles-mêmes. L'utilisation de ces termes peut entraîner une perte d'information importante, comme par exemple les effets provoqués par l'interaction de différentes composantes de la vie d'une femme sur sa santé et les diverses perspectives des professionnel(le)s en matière de soins. Il est probablement impossible de traduire les circonstances et les relations spécifiques que vit une femme dans des capsules électroniques.

L'utilisation de dossiers médicaux informatisés peut aussi mener à une transgression de la protection des renseignements personnels. Par exemple, une femme peut désirer que l'on traite certains renseignements de façon tout à fait confidentielle, comme un avortement, un diagnostic séropositif ou un problème de santé mentale. Toutefois, cette information peut être diffusée auprès de beaucoup plus de personnes qu'elle ne le souhaiterait et pourrait potentiellement tomber entre les mains d'un assureur ou d'un employeur. L'une des raisons pour lesquelles certaines femmes consultent plus d'un(e) professionnel(le) de la santé est le désir de protéger leur vie privée et parfois leur anonymat.

### 6. Diverses méthodes pour régler les honoraires

#### Formule de rémunération à l'acte

La majorité des médecins et des chirurgien(ienne)s qui exercent au Canada sont payé(e)s selon la **formule de rémunération à l'acte**. Selon celle-ci, un prix est fixé pour chaque service qu'ils(elles) dispensent, d'un examen pour diagnostiquer une verrue à une césarienne. Un(e) médecin qui reçoit dans son cabinet une femme qui se plaint de brûlures gastriques touchera les mêmes honoraires, peu importe si la consultation ne dure que cinq minutes, le temps de rédiger une ordonnance pour un médicament contre les brûlures d'estomac, ou une demi-heure, pour discuter avec la patiente de sa vie et aborder les questions d'alimentation, d'exercices, de stress, etc.



Les interventions et les procédures chirurgicales plus complexes sont rémunérées à un tarif plus élevé, comparativement à des services de soins primaires comme des tests de dépistage de cancer du col utérin. Un médecin touche plus d'argent pour une césarienne que pour un accouchement par « voie naturelle ».

Il se peut qu'un(e) médecin ne soit pas rémunéré(e) et ne touche aucun honoraire dans certains contextes, comme lorsqu'il(elle) dispense des conseils au téléphone ou répond à des questions de santé dans le cadre d'une consultation ayant trait à d'autres problèmes.

Les médecins qui souhaitent exercer selon le modèle de la promotion de la santé ou dispenser des soins axés sur la femme, ou encore souhaitant

accorder une attention particulière aux femmes ayant des problèmes de santé plus complexes, auront des revenus considérablement inférieurs à ceux qui font passer les patient(e)s rapidement dans le système ou qui se concentrent sur des interventions plus rentables.

### ***D'une part...***

La formule de rémunération à l'acte peut inciter les médecins à être plus « efficaces » en les encourageant à voir plus de patient(e)s et à ne passer avec eux que le temps minimal exigé. Il se peut aussi que cette formule les incite à dispenser des traitements médicaux rapides (pour épargner du temps et voir plus de patient(e)s), à recourir à des interventions compliquées (qui sont plus payantes) et à se pencher sur une seule dimension du problème (ce qui prend moins de temps) plutôt que de favoriser la promotion de la santé et la prévention des maladies.

### ***D'autre part...***

Selon la formule de rémunération à l'acte, les médecins peuvent augmenter le nombre de patient(e)s qu'ils(elles) reçoivent et le nombre d'interventions compliquées qu'ils(elles) exécutent. Le gouvernement peut donc difficilement contrôler le montant d'argent total payé aux médecins et contrôler le coût du système de santé. Les approches préconisant les soins partagés et les interventions en équipe peuvent sembler une menace au revenu.

Les client(e)s souffrant de problèmes de santé complexes et ceux qui ont besoin de counseling et de soutien coûtent plus cher aux médecins qui travaillent selon cette formule. Par conséquent, toutes les femmes qui ont des problèmes de santé chroniques pourraient plus difficilement accéder aux soins.

## Pour déchiffrer les réformes en matière de soins primaires suite

### Solutions de rechange à la formule de rémunération à l'acte

Pour ces raisons, la plupart des réformes des soins primaires incluent un volet qui offre des solutions de rechange à la formule de rémunération à l'acte. L'une des solutions est de payer au médecin un **salaire** et de lui offrir **des avantages sociaux**. Cette pratique est courante dans nombre de centres et de services de santé communautaires.

#### Budgets globaux

##### *D'une part...*

Lorsque des organismes de soins primaires sont financés à même un budget général, souvent appelé **budget global**, les médecins et autres fournisseur(euse)s de soins touchent généralement un salaire et bénéficient d'avantages sociaux. En tant que personnel salarié, les médecins peuvent prendre le temps d'écouter les femmes et explorer leurs problèmes de santé et leurs problématiques sociales sans sentir une pression financière qui les incite à glisser d'autres patientes dans un emploi de temps déjà bien chargé. Les grilles salariales sont établies dans le cadre de négociations entre employé(e)s et patronat. Les gestionnaires et l'État ont ainsi la tâche plus facile lorsque vient le temps d'établir les budgets. Les gouvernements ainsi que les organismes communautaires ont davantage de contrôle sur l'argent que touchent les médecins. Lorsque tous les interlocuteurs sont des employé(e)s, il est plus facile de mettre en place des normes qui régissent la reddition des comptes et le travail en équipe.

##### *D'autre part...*

Les médecins salarié(e)s abordent la pratique de façon différente. Ils(elles) offrent souvent plus de temps aux patientes durant la consultation et traitent plusieurs aspects. En prenant le temps nécessaire pour prodiguer des soins, les médecins sont plus susceptibles de traiter des gens qui n'avaient pas accès aux soins sous le système de rémunération. Il y a donc risque que le nombre de personnes traitées diminue. Ceci peut entraîner un conflit entre la prestation de soins de qualité, qui nécessite une prolongation du temps de consultation, et l'accès aux soins. Les organismes qui emploient des médecins exerceront peut-être des pressions sur eux(elles) et exigeront le traitement d'un nombre précis de personnes dans une journée, sans tenir compte des besoins et des préoccupations des patientes.

De plus, l'argent n'est pas le seul facteur important dans le cadre d'une pratique médicale. Pour répondre à certaines exigences qui sont très importantes pour les femmes en matière de soins primaires, les médecins devront être sensibilisé(e)s à l'importance du milieu de travail et du travail en équipe, ainsi qu'au concept de la prise de décision fondée sur la collaboration entre les fournisseur(euse)s de soins et les femmes.

#### La capitation

L'une des méthodes de rémunération de plus en plus utilisée est la **capitation**. Selon cette formule, les médecins sont rémunéré(e)s pour un nombre fixe de patient(e)s. Cette approche est habituellement associée à l'inscription obligatoire auprès d'un médecin ou d'un organisme de soins primaires particulier. Une rémunération est déterminée selon une formule de calcul d'honoraires complexe, qui prend en compte l'âge, le sexe et l'état de santé des patient(e)s. La capitation a été utilisée pour financer des groupes de médecins et certains centres de santé communautaires canadiens. Au Canada, les gens inscrits à une liste de services sont libres d'utiliser d'autres services de santé s'ils le désirent. Toutefois, s'ils le font, l'organisme auprès duquel ils sont inscrits pourrait être tenu de payer le service.

##### *D'une part...*

Cette approche pourrait favoriser chez les femmes et leur famille un sentiment d'appartenance lorsqu'elles adhèrent à un groupe de soins primaires. Les gens consulteraient aussi le(la) même fournisseur(euse) de soins ou groupe de

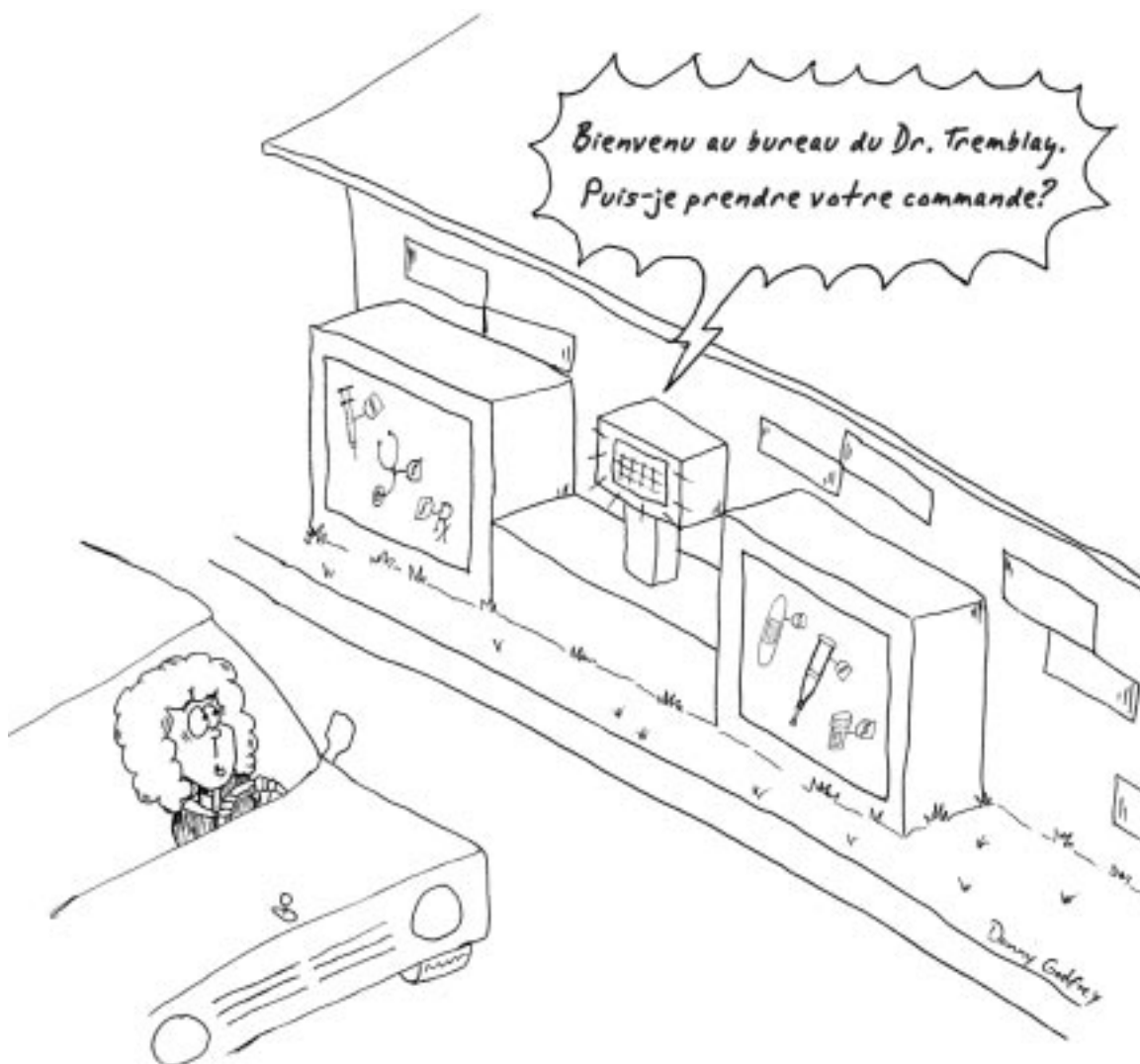
fournisseur(euse)s de soins au fil du temps, ce qui créerait une continuité à l'échelle des soins.

La capitation élimine les incitatifs financiers qui poussent à voir plus de patient(e)s et en crée d'autres qui portent à encourager les patient(e)s à solliciter d'autres soins. Cette approche pourrait aussi favoriser une situation selon laquelle des soins seraient offerts d'une manière qui fonctionne pour ceux(elles) qui sont inscrit(e)s et elle mettrait peut-être davantage l'accent sur la prévention et le soutien. Les organismes financés par capitation pourraient s'avérer plus flexibles en ce qui a trait à l'organisation de leur personnel. Sous ce régime, ils peuvent embaucher un éventail de fournisseur(euse)s de soins et non seulement des médecins. Il pourrait y avoir des possibilités quant à l'élaboration de programmes novateurs et axés sur la clientèle.

Ce modèle permet aussi de stabiliser les coûts puisque les médecins sont motivé(e)s à garder leur clientèle en bonne santé pour dépenser moins d'argent sur les soins et que les gouvernements savent à l'avance quels montants ils remettront aux médecins.

### ***D'autre part...***

Ce que la capitation et l'*inscription obligatoire* ne font pas c'est d'assurer que des soins seront offerts à toute la population, même aux gens qui sont inscrits. Les honoraires fixés selon la capitation sont basés sur une moyenne des coûts des soins dans la collectivité. En général, ils ne prennent pas en compte les besoins de soins qui résultent des renvois hâtifs de l'hôpital et des fermetures d'hôpitaux. Par conséquent, les taux fixés par capitation



## Pour déchiffrer les réformes en matière de soins primaires suite

peuvent s'avérer trop peu élevés pour fournir des soins. La capitation peut inciter les médecins à recruter un nombre maximal de jeunes personnes en bonne santé, en d'autres termes, les personnes qui nécessiteront le moins de soins. Les femmes qui ont des enfants et celles qui ont l'intention d'en avoir d'autres, les femmes âgées atteintes de maladies chroniques, les femmes pauvres dont l'alimentation est déficiente et les femmes souffrant de maladies mentales seraient du nombre des gens qui auraient des difficultés à trouver des médecins pour les traiter.

Si elle n'a pas droit au chapitre qui définit la façon de prodiguer des soins, une femme inscrite auprès d'un médecin ou d'un service géré sous le système d'inscription obligatoire n'a aucune garanti de recevoir les soins qu'elle désire et dont elle a besoin. Si elle est inscrite auprès d'un grand cabinet médical, il est possible qu'elle ne voit pas le même médecin à chaque visite.

En n'acceptant d'inscrire que des patient(e)s en bonne santé, les médecins ou les groupes de professionnel(le)s de la santé peuvent théoriquement réaliser des « profits » et réduire la qualité générale des soins offerts dans la communauté. L'inscription obligatoire ne met pas en place des services plus étendus. Le problème étant la pénurie de médecins et d'autres professionnel(le)s de la santé, cette approche ne règlera en rien le manque d'effectifs et n'assurera des soins qu'aux personnes inscrites.

Dans d'autres pays, l'inscription obligatoire a été associée à la diminution des choix qui s'offrent aux personnes en quête de fournisseur(euse)s de soins. Dans un tel système, une femme inscrite auprès d'un cabinet spécifique peut être pénalisée si elle a recours aux services d'un(e) autre professionnel(le) de la santé. Par ailleurs, une femme voudra peut-être consulter un(e) autre professionnel(le) si elle veut que certains renseignements concernant son état de santé demeurent confidentiels, ou si elle veut obtenir une opinion pour des raisons précises tout en maintenant son lien avec le médecin qu'elle consulte habituellement pour ses autres problèmes de santé. Une femme qui éprouve des symptômes de crise cardiaque et dont le médecin fait fi de ces symptômes, les minimise ou ne réussit pas à établir un diagnostic désirera peut-être obtenir un deuxième avis sans pour autant renoncer à consulter ce médecin pour d'autres problèmes. Les femmes lesbiennes peuvent constater qu'elles ne sont pas à l'aise avec un médecin et peuvent penser qu'elles ne pourront pas consulter un(e) autre professionnel(le) si elles sont déjà inscrites auprès d'un cabinet.

Présentement, la majorité des Canadiennes sont inscrites à un régime provincial qui leur permet d'utiliser, sans restriction, les services d'un fournisseur(euse) de soins primaires de leur choix, si ce(cette) professionnel(le) accepte de nouveaux(elles) patient(e)s. Un programme d'inscription obligatoire ne doit absolument pas réduire les choix offerts aux femmes.

Les politiques de rémunération des médecins constituent un élément des plus importants dans le cadre des réformes. Elles renforcent le rôle central que jouent les médecins en tant que régulateur(trice)s et décisionnaires au sein du système de santé. Les médecins font très peu pour remettre en question cette autorité ou pour promouvoir d'autres approches aux soins qui tiennent davantage compte des besoins des femmes.

Il existe très peu d'information concernant la rémunération des autres fournisseur(euse)s de soins primaires — les intervenant(e)s-conseiller(ière)s, les physiothérapeutes, les éducateur(trice)s sanitaires, les sages-femmes, les dentistes, les infirmier(ière)s praticien(ienne)s et autres qui sont d'importants interlocuteur(trice)s dans la prestation de soins primaires. À part les budgets alloués aux programmes qui soutiennent les modèles de centres de santé communautaires, il n'existe aucun mécanisme destiné à assurer l'inclusion de ces autres professionnel(le)s de la santé. Ce point est particulièrement important puisque les hôpitaux ont réduit leur apport dans le domaine des soins communautaires.



# La voix des femmes, l'expérience des femmes

**L**es femmes ont une très grande expérience en tant que bénéficiaires et prestataires dans le monde des soins primaires. Toutefois, les discussions ou les réformes actuelles tiennent très peu compte de la voix des femmes et il existe peu d'indices menant à croire que le point de vue des femmes sera inclus dans les décisions qui sont constamment prises concernant l'organisation et la prestation des soins de santé primaires. Malgré les divers rapports, initiatives novatrices, cadres de travail, consultations et recherches et plans d'action réalisés au cours de la dernière décennie, la voix des femmes n'atteint pas nécessairement les sphères dans lesquelles se déroulent les discussions sur la réforme des soins primaires. Cependant, un atelier pancanadien qui a eu lieu à l'hiver 2004 a rassemblé des fournisseur(euse)s de soins, des chercheur(euse)s et des décisionnaires en vue de partager les principales leçons qu'il(elle)s ont apprises et qui sont issues de nombreuses années d'expérience dans le domaine des soins, apprentissages qui doivent être mis à contribution dans l'élaboration de politiques sur les soins primaires. Voici les leçons apprises et partagées :

## **Leçon 1. Pour concevoir les soins de santé primaires, il faut d'abord définir la santé et délimiter ce qui en fait la promotion.**

Assurer la santé de la population, c'est agir sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé — les facteurs, conditions, actions et environnements qui façonnent notre santé, même si ceux-ci n'ont apparemment aucun lien avec ce que nous percevons comme des soins de santé. La santé de la population repose sur la capacité de créer les composantes suivantes : des foyers, des collectivités et des milieux de travail aptes à fournir un soutien; un environnement favorable à l'action communautaire; des mécanismes d'acquisition de compétences personnelles; des services de santé axés sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé plutôt qu'une approche complètement centrée sur le traitement.

Le revenu exerce une forte influence sur la définition que les femmes ont de leur santé et aussi sur leur habileté à fonctionner en tant que personne en bonne santé. L'accès aux ressources et d'autres facteurs tels le logement et l'organisation du travail peuvent avoir plus d'impact sur la santé des femmes que les habitudes personnelles, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'exercice et les régimes de maigrissement.

En d'autres mots, les femmes sont moins touchées sur le plan de la santé par les éléments qu'elles peuvent contrôler que par ceux sur lesquels elles exercent très peu de contrôle. Bien que les agents de soins primaires ne puissent modifier facilement ces influences, ils peuvent en tenir compte en élaborant des mesures qui ont pour but de promouvoir la santé et d'aborder les questions ayant trait à la maladie et aux handicaps. Ils peuvent également créer des services pertinents, comme des programmes d'accès au soutien du revenu, et travailler avec les communautés en vue d'élaborer des programmes conçus pour réduire les facteurs d'inéquité en matière de santé, comme le logement et la pollution.

## **Leçon 2. La santé de la population et la prestation efficace des soins reposent sur la participation de la collectivité**

Des services de soins de santé primaires efficaces reposent sur la participation de la collectivité et doivent être à la fois sensibles à la population qu'ils desservent et lui rendre des comptes. Des mesures favorisant le développement communautaire et la participation de la collectivité constituent un bon investissement à l'échelle des soins primaires. Une participation active favorise en effet la santé au sein de la population.

## La voix des femmes, l'expérience des femmes suite

Nombre de services de santé associatifs, comme les centres de santé communautaires, parrainent des programmes axés sur le bénévolat, comme les jardins et les cuisines communautaires et l'éducation communautaire par des pairs, afin de maintenir de solides liens avec la collectivité et renforcer les capacités de leurs membres.

Les planificateurs et les décisionnaires doivent travailler en étroite collaboration avec les femmes en vue de concevoir des services qui répondent à leurs besoins, tout en accordant une valeur aux connaissances qu'elles détiennent sur les enjeux-santé qui les concernent et la façon de dispenser les soins.

La participation des femmes à la conception des soins ne peut se faire qu'en modifiant la relation entre les femmes et leurs professionnel(le)s de la santé. Elle requiert une démarche qui met davantage l'accent sur l'information-santé, la présentation des choix possibles en matière de traitement et le consentement. Elle nécessite également une redéfinition des relations entre les prestateur(trice)s de soins et la mise en place d'une dynamique qui accorde une valeur égale à divers types de compétences.

### **Leçon 3. Il faut adopter des modèles de soins axés sur les femmes.**

Les femmes ont maintes fois répété aux responsables de la planification et aux prestataires de soins que le système de santé actuel ne répond pas adéquatement à leurs besoins. Elles voudraient que l'on tienne compte de leurs besoins spécifiques et prenne les mesures appropriées pour les satisfaire, des mesures qui situeraient les femmes au cœur même des services et des activités.

Certaines organismes, comme l'association Women's Health in Women's Hands à Toronto et la Women's Health Clinic de Winnipeg, ont mis à profit les expériences de leurs intervenantes dans leur travail auprès des femmes et conçu des modèles prometteurs. À Vancouver, une régie régionale de la santé, la Vancouver Coastal Health, a établi un cadre de prestation des soins axé sur les femmes qui se fonde sur les douze principes suivants :

- le besoin des femmes d'être respectées et de se sentir en sécurité;
- l'autonomisation des femmes;
- la participation des femmes;
- la création de milieux de travail axés sur la collaboration et l'intégration;
- le respect du libre choix des femmes en matière de soins et de modèles de prestation;
- l'adoption de modes de communication et d'interaction propres aux femmes;
- le besoin d'être informées;
- le choix de processus de prise de décision propres aux femmes;
- une approche sexospécifique en matière de collecte et d'analyse des données;
- une perspective sexospécifique en matière de recherche et d'évaluation;
- des programmes de formation qui tiennent compte des sexospécificités;
- une préoccupation pour la justice sociale.

Voilà autant d'éléments utiles dont pourraient tenir compte les décisionnaires au moment de planifier des services et de fixer des priorités.

### **Leçon 4. Développer des compétences en matière d'analyse et de planification de services sexospécifiques.**

L'analyse sexospécifique est un outil qui permet d'améliorer l'efficacité et l'utilité des services de santé offerts aux femmes. Il sert à mettre en lumière les différences entre hommes et femmes en matière d'état de santé, d'utilisation des services et de besoins. L'analyse sexospécifique tient compte de la place accordée aux

femmes au sein de la société, des relations de pouvoir et des questions d'accès aux ressources; elle s'ajoute à la collecte de données ventilées par sexe pour fournir un portrait complet de la condition féminine. En outre, ce type d'approche sert à éclairer les questions liées à la diversité, étant donné qu'il existe entre les femmes elles-mêmes des différences aussi notables que celles qui les distinguent des hommes.

**Leçon 5. Il faut trouver des réponses multiples adaptées à une multitude de contextes, plutôt que de chercher une solution universelle à la réforme des soins primaires.**

Pour s'assurer que les services et les prestataires répondront aux besoins spécifiques de chaque groupe concerné, la réforme des soins primaires doit reposer sur différents modèles. Prenons quelques exemples. Les femmes vivant avec le VIH devraient avoir la possibilité de recevoir des soins dans un cadre qui respecte leur vie privée, si tel est leur souhait. Parallèlement, les soins primaires destinés aux femmes qui élèvent seules leurs enfants devraient tenir compte des responsabilités de celles-ci en tant que parents et de leurs besoins en matière de garde. Les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie auront, quant à elles, besoin de services spécialisés et innovateurs pour les aider dans leur rôle de mère et assurer la sécurité de leurs enfants.

Certains groupes mettent actuellement à l'essai des services innovateurs destinés à répondre aux besoins de leurs membres. Ces services pourraient servir de modèles pour toutes les autres composantes du système de santé.

**Leçon 6. Il faut considérer les soins à domicile comme un volet essentiel des soins primaires.**

En raison des suppressions de lits dans les hôpitaux, du manque d'établissements de soins de longue durée, de l'augmentation des « soins auto-administrés » et des programmes de renvoi hâtif de l'hôpital, il arrive de plus en plus fréquemment que les femmes et les membres de leur famille doivent être soignés à la maison, sans toutefois



## La voix des femmes, l'expérience des femmes suite

disposer des ressources nécessaires pour le faire. Trop souvent, on suppose que les femmes prendront la relève et qu'elles devraient assumer ce rôle. On cherche à tort à leur imposer cette tâche alors qu'on ne leur accorde ni la liberté de choisir, ni la formation, les moyens financiers ou les ressources nécessaires pour l'accomplir. Les services à domicile doivent être en contact direct avec les autres services de soins primaires, de manière à ce que patientes et soignantes puissent choisir le mode de prestation qui leur convient.

### **Leçon 7. *Il faut trouver un équilibre entre respect de la vie privée et l'obligation de rendre compte.***

La réforme des soins de santé primaires soulève des questions difficiles à résoudre. La volonté des gouvernements d'accroître les exigences en matière d'imputabilité, le besoin d'améliorer la recherche sur les soins primaires et le recours de plus en plus fréquent au dossier médical informatisé compromettent le respect de la vie privée. Rappelons également qu'il arrive fréquemment que les femmes et les hommes consultent délibérément différents fournisseurs de soins dans le but de protéger leur vie privée.

Nous devons prendre des mesures pour s'assurer de ne recueillir que des renseignements nécessaires sur les patient(e)s et veiller à ce que ces dernier(ière)s comprennent la nature des données qui sont recueillies et les fins auxquelles elles sont destinées. Il faut donner aux femmes la possibilité de choisir d'inscrire ou non à leur dossier une information de nature confidentielle comme le fait d'avoir subi un avortement, consulté un(e) spécialiste de santé mentale ou subi un test de dépistage génétique, entre autres exemples. Choisir la vie privée au détriment de l'obligation de rendre compte, ou l'inverse, n'effacera pas les intérêts divergents qui séparent patient(e)s et prestataires de soins, ni les points de vue différents qu'entretiennent les décideurs selon qu'ils relèvent du gouvernement fédéral ou local. Il faut reconnaître l'existence de ces tensions et élaborer des stratégies et des mécanismes pour les rééquilibrer.

Par ailleurs, améliorer l'accès à l'information sur l'efficacité et la qualité des soins dispensés dans les établissements et par les prestataires constitue une question importante pour les femmes. Trop souvent, on taira certaines préoccupations à l'égard des interventions médicales et de la qualité des soins dispensés notamment par certains intervenants, les médecins et les établissements. Accroître la transparence et l'accès à l'information est une question de responsabilité à l'égard des femmes.

### **Leçon 8. *Les soins primaires dépassent la simple organisation ou gestion des services et le souci de limiter les dépenses; ils se rapportent aussi au fait de donner des soins et d'en recevoir.***

La réforme des soins de santé primaires devrait s'appuyer sur les mêmes principes que ceux qui guident la prestation des soins dans les hôpitaux, soit l'équité, la compassion et l'accès, fondés sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer. L'expérience des femmes, à la fois en tant que soignantes et patientes, joue un rôle primordial dans la qualité des soins. C'est la qualité, et non le souci de limiter les dépenses, qui doit dicter l'orientation que prendra la réforme. Il faut valoriser les compétences acquises par les femmes et leur accorder l'aide et le soutien dont elles ont besoin pour aborder les aspects émotionnels, sociaux, physiques, médicaux et financiers en matière de soins. Cela signifie également valoriser les liens entre patient(e)s et prestataires de soins, plutôt que de se préoccuper uniquement, à l'image de bon nombre de décideurs et de professionnel(le)s de la santé dans leurs discussions sur la réforme, de questions utilitaires comme les dossiers médicaux et les services. La responsabilité financière ne doit pas constituer l'unique critère de décision; le devoir de soigner est tout aussi important.

Ces leçons tirées de l'expérience des femmes démontrent que les soins primaires représentent bien plus qu'un problème de modes d'accès et de points d'entrée dans le système. Il s'agit effectivement de déterminer la nature des soins qui seront offerts et les choix dont nous disposerons.

# À quoi pourraient ressembler de bons soins de santé primaires?

Les expériences vécues par les FEMMES nous enseignent que pour répondre à leurs besoins, les soins primaires doivent :

- être fondés sur une conception de la santé qui tient compte des réalités individuelles et des contextes mondial, national, régional et local;
- être financés adéquatement et durablement;
- être subventionnés par les deniers publics et dispensés par des organisations sans but lucratif;
- favoriser la participation des femmes aux décisions relatives à l'organisation et à la prestation des soins;
- respecter les femmes, leurs compétences et leurs connaissances;
- tenir compte des différences hommes-femmes et des différences entre les femmes elles-mêmes;
- garantir l'accès en tout temps aux services intégrés;
- reposer sur des processus transparents en matière de planification et d'assurance de la qualité.

Les soins de santé primaires destinés aux femmes comprennent :

- les services de santé mentale et de consultation;
- la médecine du travail;
- les soins liés à la maternité, y compris les services d'accouchement à domicile et les centres de naissance;
- un éventail complet de services de santé génésique, notamment en matière de contraception, d'avortement et de dépistage du cancer;
- la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite et les douleurs pelviennes;
- l'accès aux hôpitaux;
- les soins à domicile;
- la coordination des soins entre les services de soins primaires et les hôpitaux, les spécialistes et la maison;
- l'entretien de rapports étroits avec les services sociaux et les programmes d'aide juridique et de développement économique;
- l'éducation sanitaire, la promotion de la santé et la prévention de la maladie au-delà de la simple vaccination;
- l'adoption d'une approche communautaire;
- des programmes visant à combler les écarts en matière de santé et à développer des communautés saines.

Les prestataires de soins primaires regroupent un large éventail d'intervenant(e)s, notamment :

- les médecins
- les infirmier(ière)s
- les sages-femmes
- les infirmier(ière)s praticien(ienne)s
- les travailleur(euse)s sociaux(iales)
- les éducateur(trice)s sanitaires

Il n'existe pas de modèle unique de prestation des soins primaires capable de répondre à tous les besoins évoqués ici. Toutefois, si elle s'appuie sur les réalisations des centres de santé communautaires et du mouvement des femmes, la réforme des soins de santé primaires pourrait sans doute aboutir à l'adoption d'un éventail de modèles propres à satisfaire les besoins des femmes au sein de leurs communautés respectives, et ce, dans l'intérêt de toute la collectivité.

# RESSOURCES SUR LES SOINS PRIMAIRES

## PUBLICATIONS SUR LES SOINS PRIMAIRES

### COMITÉ COORDONNATEUR DES FEMMES ET LA RÉFORME EN SANTÉ

- **Murielle Vergnhes.** *Bibliographie commentée : les services de première ligne et la santé des femmes*, 2001.  
Partie 1 disponible en ligne à [www.cewh-cesf.ca/PDF/health\\_reform/phc-biblioFR1.pdf](http://www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/phc-biblioFR1.pdf)  
Partie 2 disponible en ligne à [www.cewh-cesf.ca/PDF/health\\_reform/phc-biblioFR2.pdf](http://www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/phc-biblioFR2.pdf)
- **Ann Pederson et Beth E. Jackson.** *Oser rêver : Réflexions sur l'atelier national Les femmes et les soins de santé primaires*, 2005.  
Disponible en ligne à [www.cewh-cesf.ca/reformesante/soins\\_primaires/index.html](http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/soins_primaires/index.html)

Pour plus de publications du Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, visitez leur site Web à [www.cewh-cesf.ca/reformesante](http://www.cewh-cesf.ca/reformesante)

### PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Pour plus de publications sur les soins primaires et les femmes émises par les organismes financés par le Programme de contribution pour la santé des femmes, visitez leurs sites Web à :

- *Action pour la protection de la santé des femmes* [www.whp-apsf.ca](http://www.whp-apsf.ca)
- *Centre d'excellence pour la santé des femmes -région de l'Atlantique* [www.acewh.dal.ca](http://www.acewh.dal.ca)
- *Centre d'excellence pour la santé des femmes -région de la Colombie-Britannique* [www.bccewh.bc.ca](http://www.bccewh.bc.ca)
- *Centre d'excellence pour la santé des femmes –région des Prairies* [www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)
- *Le Groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones* [www.cewh-cesf.ca](http://www.cewh-cesf.ca)
- *Réseau canadien pour la santé des femmes* [www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)
- *Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu* [www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh)

### ORGANISMES CONCERNÉS PAR LES SOINS PRIMAIRES ET LES FEMMES

- *Association canadienne de soins et services à domicile* [www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca)
- *Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé* [www.cahspr.ca](http://www.cahspr.ca)
- *Coalition des centres de ressources et de santé communautaires d'Ottawa* [www.coalitionottawa.ca](http://www.coalitionottawa.ca)
- *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca)

# QUI NOUS SOMMES ET CE QUE NOUS FAISONS

**Le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé** est composé de Pat Armstrong (présidente), Karen Grant, Madeline Boscoe, Kay Willson, Barbara Clow, Ann Pederson, et Beth Jackson (coordinatrice de la recherche). Une première réunion a eu lieu en 1998 pour constituer un comité de collaboratrices auquel devaient participer des représentantes des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) et du Réseau canadien pour la santé des femmes, des organismes financés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada, qui participait également à cette initiative. Nous avons donc pour mandat de coordonner la recherche portant sur la réforme en santé et de voir à ce qu'elle soit traduite en politiques et en pratiques. Vous trouverez de plus amples renseignements concernant notre travail sur notre site Web, au [www.cewh-cesf.ca/reformesante](http://www.cewh-cesf.ca/reformesante).

**Les Centres d'excellence pour la santé des femmes** ont été mis sur pied en 1996 par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada. Les Centres sont des organismes multidisciplinaires dont le fonctionnement repose sur des partenariats entre chercheurs, organismes communautaires et décisionnaires. Leur principal objectif est de contribuer de l'information permettant la mise en place de politiques éclairées et d'enrichir les connaissances portant sur les rapports sociaux entre les sexes et les déterminants de la santé. Une brochure offrant les grandes lignes du programme des CESF ainsi que notre *Bulletin de recherche* sont disponibles sur le site Web des CESF ([www.cewh-cesf.ca](http://www.cewh-cesf.ca)).

Nous désirons remercier les participantes de **l'atelier national « Les femmes et les soins de santé primaires »** pour leur contribution à notre réflexion concernant la réforme des soins de santé au Canada et ses implications chez les femmes, ainsi qu'à l'analyse que nous faisons de la question. Les opinions exprimées dans ce document sont les nôtres et ne reflètent pas nécessairement celles des participantes de l'atelier. La responsabilité quant à l'interprétation du contenu des discussions relève du Comité coordonnateur.

## pour commander :

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse [www.cewh-cesf.ca/reformesante](http://www.cewh-cesf.ca/reformesante) ou l'obtenir gratuitement auprès du :

**Réseau canadien pour la santé des femmes**

**419, avenue Graham, bureau 203**

**Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3**

**[cwhn@cwhn.ca](mailto:cwhn@cwhn.ca)**

**[www.rcsf.ca](http://www.rcsf.ca)**

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

Also available in English.

## rédigé et publié par :

**Le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé** avec l'appui financier du :  
**Programme des Centres d'excellence 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 : **Daniel Godfrey**

Mise en page : **Folio Design**

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

© 2005 Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé

ISBN 0-9733117-5-4

[Union bug]

