

Rapport sommaire

La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique



Orientations en matière de politiques et de recherche



centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la Colombie-Britannique

Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la
Colombie-Britannique
E311 - 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
V6H 3N1
www.bceewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télééc. : (604) 875-3716
bceewh@cw.bc.ca



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE
RESEARCH • POLICY • COMMUNITY

Centre d'excellence pour la
santé des femmes - région
des Prairies
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télééc. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu
*un centre d'excellence pour la recherche sur
la santé des femmes*

National Network on Environments
and Women's Health
*a centre of excellence for research on
women's health*

Réseau pancanadien sur la santé des
femmes et le milieu

Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télééc. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca



Le Centre d'excellence de l'Atlantique
pour la santé des femmes
Atlantic Centre of Excellence
for Women's Health

Le Centre d'excellence pour la
santé des femmes -
région de L'Atlantique

305-5475 Spring Garden Road
Halifax, N-É
Canada B3J 3T2
http://www.acewh.dal.ca/
Tél. : (902) 494-7850
Sans frais : 1 (888) 658-1112
Télééc. : (902) 494-7852
acewh@dal.ca

Centres d'excellence
pour la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
Localisateur postal 1903C
3^e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K
Tél. : (613) 952-0795
Télééc. : (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/femmes



centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

Réseau canadien
pour la santé des femmes

419, avenue Graham,
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télééc. : (204) 989-2355
Numéros sans frais :
1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca



Canadian Women's
Health Network

Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

CE RESEAU ET LE DEVELOPPEMENT DE CE PROJET SONT
FINANCE PAR SANTÉ CANADA (PROGRAMME DE
CONTRIBUTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES). TOUS
LES IDÉES DANS CE DOCUMENT, Y COMPRIS LES
ÉDITORIAUX, REPRÉSENTENT LES OPINIONS DES AUTUEURS
ET NE REPRÉSENTENT PAS NÉCESSAIREMENT LES
POLITIQUES OFFICIELLES DE SANTÉ CANADA OU DES
CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES.

PRODUCTION

Rédactrice exécutive Margaret Haworth-Brockman

Traduction française Carole Carlson

Conception Éditique

Coordination Pamela Chalmers

Projets 1-5 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de
santé relatifs aux femmes en milieu rural et éloigné au
Canada

Project #73 Centre d'excellence pour la santé des femmes -
région des Prairies

ISBN 0-9735048-1-1



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

par Rebecca Sutherns, PhD
Marilou McPhedran
et Margaret Haworth-Brockman

Certains chapitres par : Christine Dallaire, PhD
Ivy Lynn Bourgeault, PhD
Pauktuutit, association des femmes inuites

et du Comité directeur national de la recherche

Barbara Neis
Madeline Boscoe
Ivy Lynn Bourgeault
Barbara Clow
Christine Dallaire
Lorraine Greaves
Karima Hashmani
Margaret Haworth-Brockman
Catherine Kulisek
Guylaine Leclerc
Marilou McPhedran
Rebecca Sutherns
Lilliane Sabiston
Lynn Skillen
JoAnne Zamparo

Remerciements

Les auteures, les réviseuses et les collaboratrices de ce projet national sont reconnaissantes à de nombreuses femmes qui ont participé à ce projet.

Le projet national a été financé par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada. Un bon nombre des membres du personnel ont contribué de façon considérable au projet. Le bureau de la santé rurale de Santé Canada a accordé des fonds supplémentaires à ce projet. L'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé au Canada a accordé une subvention à Ivy Bourgeault en vue de la tenue de cinq groupes de réflexion et l'Institut a accordé une autre subvention pour les fins de la consultation nationale du projet.

Ce projet a d'abord été conçu par les directrices administratives des Centres d'excellence pour la santé des femmes, notamment Lorraine Greaves et Gina Feldberg. Tout au long du déroulement du projet, Marilou McPhedran et Margaret Haworth-Brockman ont fourni une direction importante à tous ses aspects.

Barbara Neis s'est bien acquittée de ses tâches de présidente du comité directeur de la recherche. Elle a également fait plusieurs suggestions et donné des conseils supplémentaires qui ont assuré le bon fonctionnement du projet.

Ivy Bourgeault a bien voulu rassembler et analyser la plupart des données publiées en anglais. Christine Dallaire a effectué le même travail avec les données publiées en français. Pamela Wakewich a consacré son temps et ses ressources lors des premières étapes du projet et à titre de première présidente du comité directeur de la recherche. Pamela s'est assurée que la tenue de la table ronde corresponde à la tenue des réunions sur la recherche en santé rurale en 2001, et en collaborant avec Barbara Parker, elle a élaboré une vue d'ensemble de la littérature existante qui pourrait alimenter les discussions.

Karima Hashmani a mis des heures sur tous les aspects de ce projet. Merci Karima. Un soutien logistique a également été fourni par Janine Cocker, Zesta Kim et Wendy Winters du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, et par Pamela Chalmers, Diane Nicholson, Joan Martin, Joanne Havelock et Molly McCracken du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. D'autres auxiliaires importantes sont nommées à l'intérieur des diverses sections du présent rapport.

Nous tenons à remercier Rebecca Sutherns de façon spéciale pour la rédaction d'une partie importante du rapport définitif.

Barbara Neis, Lana Sullivan et certaines membres du comité de recherche ont fait de nombreuses suggestions utiles contribuant ainsi à la version définitive du rapport. Carole Carlson de Sémantique a très habilement traduit la majeure partie du manuscrit, et Louise Grouette Stockwell et Jacques Boulet d'Éditique se sont chargés de la mise en page et de la conception du document.

Nous tenons également à remercier toutes les facilitatrices des groupes de réflexion. Elles ont proposé de nombreuses suggestions utiles sur la façon de procéder et ont fait des observations qui serviront à améliorer les étapes suivantes.

Les femmes qui ont participé aux groupes de réflexion et qui ont assisté à la consultation nationale méritent de faire l'objet d'une mention spéciale. Elles ont donné de leur temps, de leur expérience et de leurs connaissances aux sujets en question. Certaines ont voyagé pendant deux journées uniquement pour se rendre à Saskatoon en mars 2003, sans compter le trajet de retour. Nous vous remercions.

Couverture nationale du présent projet

Les femmes provenant des régions canadiennes indiquées ont participé à plusieurs étapes du projet (annexe A).

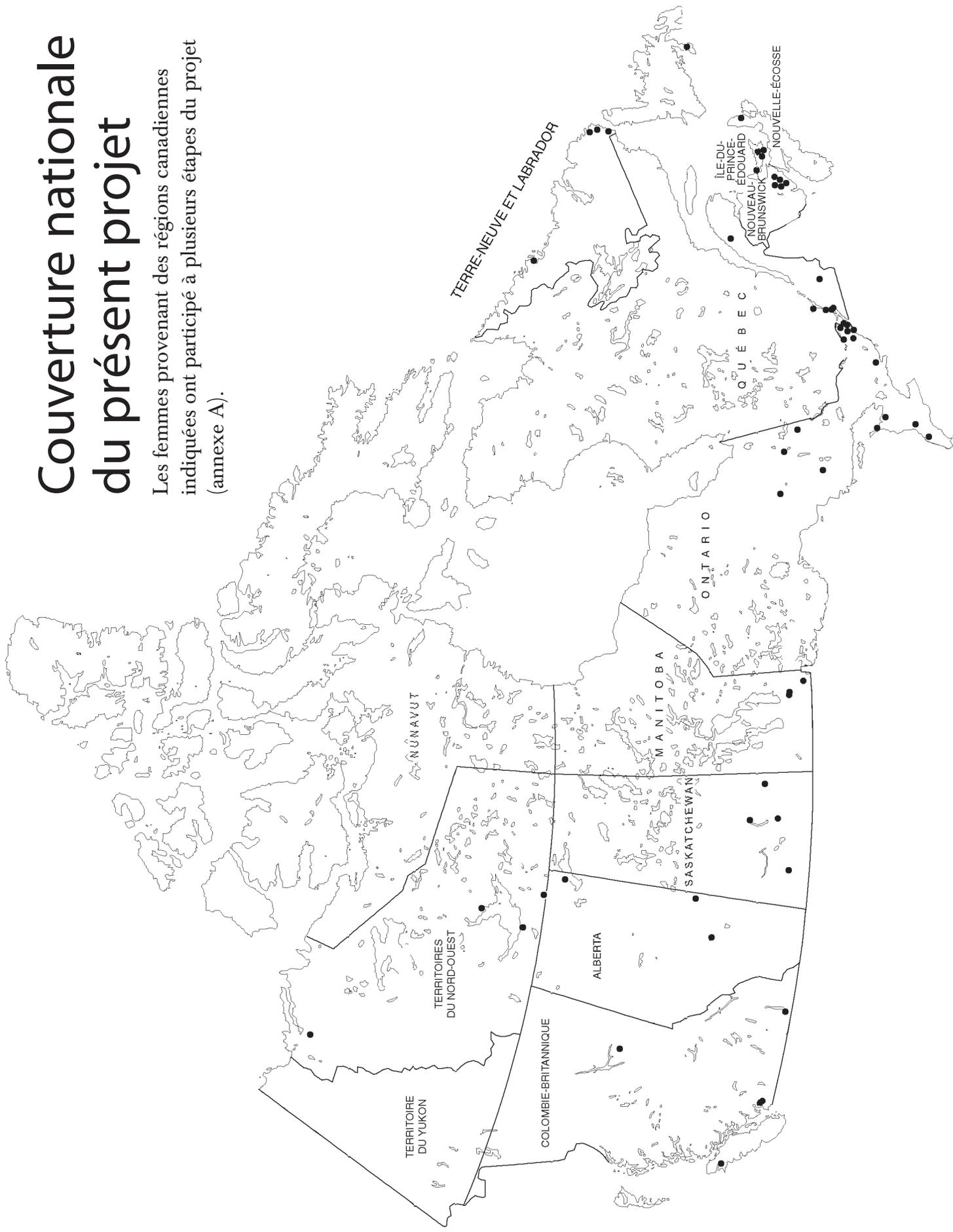


Table des matières

Résumé

SECTION A

Introduction

Les débuts et l'objectif de l'étude

SECTION B

Comprendre la santé des femmes des régions rurales et éloignées au Canada

Une brève description du contexte : les hommes et les femmes, la ruralité et la santé au Canada

SECTION C

La tenue de l'étude nationale

Une description de la tenue de la présente recherche

SECTION D

Bibliographie commentée des écrits de langue française

Une revue de la littérature publiée en français sur la santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique, compilée par Véronique Martin et Christine Dallaire, PhD, en août 2002

SECTION E

Une revue de la littérature et une bibliographie thématique

Une revue de la littérature publiée en français et en anglais sur la santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique, compilée par Rebecca Sutherns, PhD, en août 2002



SECTION F**Synthèse des résultats des groupes de réflexion des femmes francophones en milieux rural et éloigné**

Un résumé des méthodes et des résultats des sept groupes de réflexion francophones faisant intervenir 30 femmes à l'échelle du Canada, compilé par Christine Dallaire, PhD, et Guylaine Leclerc en avril 2003

SECTION G**Résultats des groupes de réflexion tenus en anglais auprès des femmes habitant les collectivités rurales et éloignées au Canada**

Un résumé des méthodes et des résultats de 20 groupes de réflexion tenus en anglais auprès de 164 femmes à l'échelle du Canada, compilé par Ivy Bourgeault, PhD, en mai 2003

SECTION H**Association Pauktuutit des femmes inuites**

Un résumé d'une discussion qui a eu lieu lors de l'assemblée générale annuelle de 2001

SECTION I**La consultation nationale**

Les résultats de la consultation tenue à Saskatoon faisant intervenir plus de 50 femmes des collectivités rurales et d'autres chercheuses de tous les coins du Canada en mars 2003

SECTION J**La synthèse des thèmes**

Une synthèse des conclusions découlées des deux études de la littérature, des deux résumés des groupes de réflexion et de la consultation nationale

SECTION K**Priorités en matière de recherche**

Les orientations proposées d'une recherche universitaire axée sur la collectivité, sur la santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique compte tenu des conclusions du projet

SECTION L**Recommandations en matière de politique**

Un programme d'action de 27 points axé sur les conclusions du projet destiné aux concepteurs de politique de divers niveaux

SECTION M**Annexes**

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

Résumé

Table des matières

Contexte	3
Le processus de recherche	4
Conclusions	5
Priorités en matière de recherche	6
Recommandations en matière de politique	8
Mise en œuvre	11
Les étapes suivantes	12



Résumé

Contexte

L'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) a élaboré un document intitulé *La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche* qui renferme les résultats d'une étude nationale menée par l'organisme. Cet ouvrage répond à l'intérêt général sur les questions de santé des populations des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada et fait valoir le besoin de plus de recherche systématique et appliquée en matière de santé; l'ouvrage souligne également la quasi-totalité de l'absence de l'analyse comparative entre les sexes dans la politique et la recherche rurales actuelles en matière de santé. Son objectif était de conjuguer les connaissances sur les femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada avec celles des organismes et des chercheurs

communautaires en vue d'élaborer une politique cadre et un programme de recherche sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné au Canada. Les résultats de l'étude énoncés dans le présent rapport se veulent un reflet des efforts investis dans un processus grandement consultatif auprès des femmes dans le but d'établir des objectifs clairs et réalisables menant au changement en puisant les connaissances des femmes qui ont passé leur vie dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada.

Cette initiative de deux ans (de 2001 à 2003) a été entreprise par quatre centres d'excellence pour la santé des femmes et a été financée par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada avec l'aide du bureau de la santé rurale et de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en

santé du Canada. Les directrices administratives des centres ont travaillé en étroite collaboration avec la directrice du programme des CESF de Santé Canada et avec sept autres chercheurs universitaires et communautaires membres du comité directeur national de la recherche (CDNR) de ce projet. Un soutien administratif a été fourni par l'infrastructure actuelle des centres.

Le présent Rapport définitif se veut un recueil qui contient une description du processus de recherche, les travaux des diverses étapes de la recherche, et une synthèse des travaux par thèmes, en plus des recommandations d'une recherche ultérieure et des retombées en matière de politique.

Le processus de recherche

Dès le début, les représentantes des centres désiraient écouter les femmes directement pour en apprendre sur les circonstances de leur vie rurale et comment celles-ci affectent leur santé. Le fait d'inclure la voix des femmes des régions rurales dans la recherche et les programmes d'action en matière de politique était essentiel pour les quatre raisons suivantes :

1. Les femmes des régions rurales sont munies de connaissances essentielles dans la création de politiques et de programmes qui assureront le maintien et l'amélioration de leur bien-être au sein de leurs collectivités et qui mettront fin aux inégalités relatives aux femmes;
2. Les femmes des régions rurales doivent *intervenir* dans la recherche et les programmes pour maximiser l'efficacité de leurs efforts;
3. La participation et l'expertise des femmes sont des éléments clés dans l'élaboration des recherches ultérieures au sein des centres relativement à l'amélioration de la qualité des soins de santé et de l'accès à ceux-ci pour les femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada;
4. Les recommandations en matière de politique faites par les centres doivent être appuyées par les conclusions de la recherche conformément aux principes de la participation de la citoyenneté énoncés ci-dessus.

Un processus de consultation d'envergure a donc été utilisé pour rassembler des données pour ce projet. Cette collecte a eu lieu en plusieurs cascades, commençant avec la discussion de la table ronde faisant intervenir des résidentes rurales et des chercheurs du domaine de la santé en octobre 2001. Cette étape a été suivie d'études poussées de la littérature sur la santé en milieu rural, éloigné et nordique du Canada en français et en anglais. Entre novembre 2001 et janvier 2003, plus de 200 femmes provenant des quatre coins du pays ont participé à 28 groupes de réflexion, à des vidéoconférences et à des téléconférences en français, en anglais et en inuktitut. Les concepteurs de politique en matière de santé ont contribué leur expertise au moyen d'une table ronde tenue en novembre 2002. Le point culminant de ces efforts a eu lieu en mars 2003 lors de la consultation nationale à laquelle ont assisté plus de 50 chercheurs, facilitatrices, participantes des groupes de réflexion, concepteurs et responsables de politique de tous les coins du Canada, y compris l'extrême arctique et certaines collectivités côtières isolées; toutes ces intervenantes ont répondu à la question suivante : « Quels sont les défis et les occasions qui se présentent au sein de votre collectivité qui portent sur les moyens d'assurer le meilleur état de santé possible aux femmes? » (traduction libre)

Divers membres du CDNR se sont chargées de l'analyse et de la communication des

données aux différentes étapes avec l'apport de bon nombre d'associés de recherche. La tenue d'un projet de cette envergure et de cette façon représentait une complexité, une organisation et une souplesse considérables, aussi bien qu'un engagement de la part de nombreuses femmes à l'échelle du pays. L'utilisation des méthodes qualitatives et l'inclusion voulue des voix communautaires, universitaires et gouvernementales ont ajouté

à la portée et à l'ampleur des conclusions du projet. La plupart des participantes ont appuyé la décision d'utiliser une approche consultative; au dire d'une femme, « *Cela a été un honneur pour moi de me faire entendre.* » (traduction libre) Encore une autre disait, « *J'ai l'impression d'avoir plus contribué de cette façon que si j'avais rempli et posté un questionnaire.* » (traduction libre).

Conclusions

Huit messages connexes forment la toile de fond des priorités de recherche et des recommandations en matière de politique issues du projet dont voici :

1. *La ruralité se veut un facteur déterminant puissant de la santé des femmes que ce soit par son influence géographique ou socioculturelle.*

La vie en milieu rural influe sur la santé des femmes non seulement en raison de l'isolement géographique ou de l'accès limité aux services de santé, mais souvent en raison des caractéristiques socioculturelles qui exercent une influence sur les comportements qui favorisent la santé. En considérant la santé des milieux ruraux, nous devons, par conséquent, prendre en ligne de compte la région et la culture.

2. *Le Canada rural n'est pas homogène.*

Bien qu'il existe un débat considérable sur les définitions convenables des termes

« rural », « éloigné » et « nordique », les participantes avaient une idée claire de ce que la ruralité représentait sur le plan personnel. À l'échelle du pays, les femmes ont décrit la culture rurale de façon cohérente, même si ses caractéristiques changeaient. À première vue, on dirait que pour chaque observation faite, il y en avait une autre pour la contredire. Par contre, ces divergences mettent en relief la diversité du Canada rural. Quoique la ruralité ait une culture identifiable, cette culture varie selon le contexte. Par conséquent, la culture rurale doit toujours être prise en considération, mais au niveau local, pour assurer que ses caractéristiques particulières mènent à des politiques appropriées et éclairées. Comme l'affirmait une participante, lorsqu'il s'agit de recherche et d'élaboration de politiques au Canada, « Une seule solution ne convient pas à tous. »



3. *En dépit de la diversité, on peut cerner des priorités de santé cohérentes dans les milieux ruraux.* Malgré les diversités prononcées des régions, des professions et de l'expérience vécue, les priorités qui ont été soulignées par les participantes de la présente étude ont été remarquablement semblables. N'importe la région ou comment les renseignements avaient été rassemblés, l'homogénéité des questions sur une santé salubre des femmes en milieu rural, éloigné et nordique du Canada, a été frappante¹.
4. *Les femmes de régions rurales sont largement invisibles aux yeux des concepteurs de politique.* Les participantes se sont senties ignorées et mal comprises par les concepteurs de politique qui fonctionnent ordinairement dans des contextes urbains. Or, il existe, dans la littérature, très peu de recherche sur les femmes en milieu rural au Canada.
5. *Le système de soins de santé est vu comme étant sous-financé et sur le déclin.* À l'échelle du pays, les femmes ont décrit le système de soins de santé comme étant surchargé, vulnérable, non fiable et insuffisant pour pouvoir répondre à leurs besoins, ce qui correspond à une préoccupation semblable et qui figure dans la littérature pour ce qui est du faible accès aux services de santé des milieux ruraux.
6. *Les efforts de restructuration du système ont aggravé plus qu'amélioré une situation déjà précaire.* Selon les participantes et la littérature, les coupures de certains services liés à une réforme en matière de santé ont donné comme résultats plus de déplacements, plus de stress et moins de soins individuels pour les résidents des régions rurales et nordiques.
7. *La pauvreté et l'insécurité financière, attribuables, en général, au chômage, à l'insécurité d'emploi, à de faibles salaires ou à des emplois saisonniers, sont des facteurs déterminants de santé clés pour les femmes en milieu rural et pour leur famille.* Bon nombre d'endroits ruraux sont des villes qui n'ont qu'une seule industrie ou qui dépendent d'un travail saisonnier lié aux ressources primaires tel que l'agriculture et la pêche. Les sources de revenu sont souvent limitées ou les salaires ne sont pas accordés de façon ponctuelle ce qui fait que les retombées sur la santé sont d'envergure. Les participantes voyaient la pauvreté comme étant le facteur déterminant le plus important sur la santé des femmes en milieu rural.
8. *La santé est parfois perçue comme synonyme de soins de santé et parfois comme un élément à part.* Les femmes comprenaient que par santé, on entendait beaucoup plus que les soins de santé; par contre, les deux notions étaient souvent employées de la même façon. Les soins de santé en milieu rural étaient vus de façon extrêmement négative surtout pour ce qui était de l'accès aux services, mais le maintien d'une bonne santé dans les régions rurales a été présenté favorablement.

Priorités en matière de recherche

Selon les données de toutes les sources, onze priorités de recherche future se sont dégagées :

1. *Tout aspect qui touche la vie rurale des femmes au Canada*
Les femmes des régions rurales du Canada ont été très invisibles aux yeux des

chercheurs et des concepteurs de politique. La plupart de la recherche a tendance à mettre les femmes ou les réalités rurales à l'écart, ou les deux. Dans les situations où la recherche canadienne porte le moins sur les populations rurales, leurs commentaires sont rarement analysés séparément et

l'analyse comparative entre les sexes ne se fait que rarement. Presque n'importe quel aspect de la santé des femmes en milieu rural au Canada qui ferait l'analyse de l'importance des régions, des cultures ou des sexes, pourrait faire l'objet d'un sujet de discussion approprié dans le cadre d'un projet de recherche supplémentaire.

2. *Des modèles ruraux de prestation de services de soins de santé qui font preuve d'imagination*

Les participantes s'intéressaient à résoudre les problèmes d'accessibilité aux services de soins de santé des régions rurales par des moyens novateurs. Elles tenaient également à offrir des solutions aux défis des soins de santé qui tiennent compte d'une région rurale. Par conséquent, elles appuyaient tout projet de recherche destiné à l'élaboration de modèles de prestation de soins de santé qui correspondrait clairement aux besoins des populations rurales.

3. *Les effets de l'isolement sur la santé*

L'isolement géographique et social est une caractéristique commune de la vie en milieu rural au Canada, et a des effets importants sur la santé individuelle et communautaire. À l'heure actuelle, les retombées positives et négatives sur la santé liées à l'endroit géographique, sont sous-valorisées et sous-représentées dans la littérature.

4. *L'importance des valeurs culturelles sur la santé*

Sauf l'exception récente et possible de la santé des Autochtones, la recherche qui porte sur les caractéristiques des diverses cultures rurales au Canada est rare. Plus particulièrement, les moyens par lesquels les valeurs culturelles favorisent ou minent la bonne santé et les modèles de prestation des soins de santé qui tiennent compte de la culture dans des contextes ruraux méritent davantage de recherche.

5. *Les facteurs qui influencent l'impact de la ruralité sur la santé*

Le présent projet a clairement établi que la ruralité est un facteur déterminant de la

santé, et souvent de façon contradictoire.

Nous avons besoin de mener davantage de recherche pour déterminer pourquoi la vie en milieu rural se veut à la fois un facteur déterminant positif et négatif de la santé, et pour déterminer comment le fait rural se conjugue aux autres facteurs déterminants de la santé.

6. *Passer de l'information à l'action*

Les participantes croyaient vivement au besoin de passer à l'action sans s'attarder sur les renseignements tout en mettant en pratique les résultats de la recherche en matière de politique et en convertissant les connaissances en matière de santé en un nouveau comportement individuel.

7. *Les questions de santé de toute une vie*

Il nous faut plus de recherche sur les expériences des femmes en matière de santé, et ce, à diverses étapes de leur vie pour déterminer comment ces expériences sont liées à des expériences vécues ou à des expériences qui seront subies à un âge plus avancé. La recherche sur les enfants, les adolescents et sur les jeunes femmes en milieu rural se fait particulièrement rare.

8. *Les questions de santé qui correspondent à des populations rurales précises*

Il est évident qu'il existe des lacunes dans la recherche actuelle menée dans le but de répondre aux besoins en matière de santé de certains sous-groupes de femmes en milieu rural. Ces lacunes incluent, sans s'y limiter, les groupes suivants : les jeunes femmes, les immigrantes, les femmes des régions côtières, les femmes métisses, inuites et des Premières nations, les femmes mennonites ou huttérites, les femmes ayant des dépendances et les femmes victimes de violence. La recherche qui porte sur les praticiens du domaine de la santé en milieu rural et qui ne sont pas médecins ou infirmières est également très limitée.

9. *Aller au-delà des rapports de satisfaction*

Lorsque demandées, la plupart des participantes se sont dites satisfaites de leurs soins de santé. Les méthodes interactives utilisées pour ce projet, cependant, ont permis aux femmes d'ajouter à leurs commentaires et la plupart d'entre elles y ont ajouté le mot « mais ». Le fait de bien comprendre ce phénomène de « satisfaite, mais... » pourrait faire l'objet d'une recherche fructueuse dans le domaine de la santé rurale. De même, les liens entre ladite satisfaction, la qualité des soins et les attentes relatives aux soins dans des contextes ruraux doivent être étoffés davantage.

10. *Les définitions et les descriptions rurales*

Dans la littérature actuelle, la ruralité n'est soit pas définie, définie de façon incohérente ou définie sans être analysée. La ruralité est souvent traitée comme étant une influence homogène, directe et habituellement négative sur la santé. De même, les participantes ont exprimé une préoccupation des façons négatives et stéréotypées de décrire les habitants ruraux ou la vie rurale que nous voyons dans les médias ou dans d'autres domaines de la culture populaire. Il existe un manque d'attention à la diversité qui caractérise le Canada rural et il existe un besoin d'une analyse plus soignée des effets de cette diversité sur la vie rurale.

11. *La santé et la sécurité professionnelle en milieu rural*

Les professions axées sur les régions rurales et exercées par les femmes, notamment à l'extérieur des domaines agricoles et de la pêche, n'ont pas été très bien recherchées au Canada. Les expériences des femmes qui ont à jouer des rôles multiples, y compris le rôle d'aidant naturel, de mère de famille et de salariée, devraient également être étudiées davantage.

Peut-être ce qui est encore plus important que les sujets de recherche, cependant, sont les propos des femmes sur la conception et l'application de la recherche. Elles ont discuté vivement du besoin d'une recherche appliquée, utile et dont les résultats sont diffusés efficacement aux diverses populations. Les participantes ont affirmé le besoin de modèles de recherche qui permettent que la voix des femmes soit bien entendue et qui offrent aux femmes les occasions de participer, de travailler ensemble et d'entendre les points de vue des autres comme faisant partie intégrante du processus de recherche. Comme le disait une des participantes, « *Pendant les consultations de groupe, la question d'une personne ou la réponse d'une autre encouragera une troisième personne [...] Le résultat en est une sensibilisation accrue au sein de la collectivité.* » Les femmes ont aussi souligné le besoin d'une recherche effectuée de sorte à ce que l'on considère la vie complète des femmes au lieu de se pencher uniquement sur un seul aspect.

Recommandations en matière de politique

Les recommandations des concepteurs de politique sont catégorisées sous trois priorités en matière de recherche et sont accompagnées de onze actions :

1. *Inclure les sexes, les régions et les cultures comme facteurs dans toute politique en matière de santé*

Un des moyens d'assurer que les sexes, les régions et les cultures soient considérés, est l'utilisation de « lentilles » ou « de filtres »

particuliers qui aident à prendre systématiquement en ligne de compte les sexes et les cultures en déterminant des politiques de rechange. L'analyse comparative entre les sexes permet de cerner les domaines qui bénéficieraient d'interventions qui seraient sensibles aux sexes et qui mèneraient à l'amélioration de la santé. Elle permet aussi d'accorder une priorité à ces domaines. L'utilisation d'une lentille rurale permet de

comprendre les questions de la même façon que les comprennent les Canadiens et Canadiennes qui habitent les régions rurales, éloignées et nordiques. Les deux lentilles devraient être appliquées systématiquement à toute politique liée à la santé pour étudier les effets sur les femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques.

Actions :

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

2. *Dépasser les services de soins de santé en définissant la politique en matière de santé*

En dépit de l'existence de résultats probants qui préconisent une autre approche, les services de soins de santé jouent un rôle dominant dans notre analyse, dans les médias, la prise de décision et les budgets relativement à la santé. Les expériences d'un mode de vie sain vécues par les femmes comprennent beaucoup plus que les visites aux fournisseurs de soins de santé tout comme les obstacles à une santé salubre ont souvent un faible rapport entre ceux-ci et l'offre des services de soins de santé. De nombreuses femmes ont attesté les avantages en matière de santé qui sont issus de l'avantage social de leur collectivité, y compris les clubs qui offrent des services, l'esprit communautaire, la proximité aux membres de la famille et des rapports inter-

personnels qui servent d'appui moral. Par contre, bien d'autres décrivaient un faible accès aux soutiens communautaires tels que le manque de transport, de loisirs et de services de garde d'enfants. Elles associaient souvent une santé mentale fragile à l'isolement social et géographique. Les femmes discutaient des contraintes imposées par les rôles traditionnels qui leur sont attribués et qui sont accompagnés de tabous prononcés pour les femmes dans les petites collectivités. Les femmes ont clairement indiqué que bon nombre des politiques qui émanent d'autres domaines que ceux des soins de santé, y compris les domaines des finances, du travail, des services sociaux et du transport, peuvent avoir un effet tout aussi important sur la santé et l'état de santé que les politiques directement liées à la santé.

Actions :

- Investir dans la santé des femmes et des collectivités à l'aide du fonds d'accès de la santé rurale et d'autres sources dans le but de fournir un financement d'exploitation stable à plus long terme aux organismes axés sur la collectivité pour inciter la participation des femmes et encourager leur apport à la coordination des services économiques, politiques et sociaux au sein des collectivités rurales, éloignées et nordiques.
- Mettre en œuvre des politiques fédérales, provinciales et territoriales qui viendraient stabiliser les revenus des familles et réduire le stress des femmes des collectivités rurales, éloignées et nordiques qui ont plusieurs rôles à jouer.

3. *Améliorer la santé en augmentant l'accessibilité aux divers services et au pouvoir*

Il existe quatre types d'accès qui affectent l'utilisation des services de soins de santé : les renseignements, les services, des soins appropriés et le processus décisionnel.

a) L'accès aux renseignements

Pour être en mesure d'accéder aux services de soins de santé, les femmes en milieu rural ont besoin de savoir quels services sont offerts, surtout dans les milieux où l'accessibilité évolue rapidement. À l'heure actuelle, les points d'accès aux renseignements sont peu nombreux et mal coordonnés.

Actions :

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

b) L'accès aux services de soins de santé

Une des « Orientations proposées » du rapport Romanow intitulé *Guidé par nos valeurs* :

L'avenir des soins de santé au Canada, comprend un financement « afin de soutenir de nouvelles approches permettant de fournir des services de santé et d'améliorer la santé des habitants des collectivités rurales et éloignées². » Les leaders et les résidents communautaires, et les spécialistes en matière de santé des milieux ruraux qui ont participé à cette étude, ont contribué bon nombre de nouvelles approches semblables.

Actions :

- Élargir la couverture des services de santé actuellement exclus de la plupart des régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires, y compris les médicaments sur ordonnance, les soins complémentaires, et la couverture de tous les coûts de transport (aller-retour) liés aux soins nécessaires.
- Coordonner l'offre de médecins et d'autres praticiens pour assurer une distribution de services équilibrée pour bien répondre aux besoins des diverses populations rurales.
- Établir des programmes d'éducation et de formation qui inciteraient les étudiants de toutes les professions du domaine de la santé à se spécialiser dans les services de soins de santé appropriés et destinés aux populations rurales, éloignées et nordiques qui ont moins de services à leur disposition, notamment les groupes autochtones et les autres groupes qui ont été défavorisés par le passé.

c) L'accès aux soins appropriés

Les participantes ont mentionné les pénuries généralisées des services de soins de santé ruraux en nous communiquant qu'il existait un



manque encore plus grave de ce qu'elles qualifiaient de « soins appropriés », y compris les praticiennes, les praticiens complémentaires ou les spécialistes formés dans la prestation de soins aux divers groupes culturels.

Actions :

- Mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de rétention dans le but d'augmenter le nombre de médecins en soins primaires, de spécialistes et de praticiens en santé non médicale des régions rurales, éloignées et nordiques, (y compris les sages-femmes, les infirmières de soins de santé publics, les thérapeutes et les infirmières praticiennes), telles que a) l'accréditation accélérée des praticiens formés à l'étranger et b) la facilitation de la participation des professionnels du milieu de la santé aux nouveaux centres de santé communautaires munis de cliniques itinérantes.

d) L'accès au processus décisionnel

Il incombe toujours aux femmes de voir au bien-être de leur famille, tandis que le pouvoir politique qui autorise l'allocation des ressources demeure, en général, toujours du ressort des hommes. Les tentatives antérieures effectuées par les femmes de contribuer à titre de politiciennes et d'intervenantes n'ont pas souvent réussi à produire des résultats en matière de politique qui seraient facilement accessibles aux femmes des milieux ruraux, éloignés ou nordiques du Canada. On qualifie

peu souvent les femmes d'une « communauté politique » reconnue, mais pour être efficaces, les politiques doivent tenir compte des divergences entre les hommes et les femmes, et des divergences à l'intérieur de chaque groupe. Ces divergences ne peuvent être pleinement mises en lumière que si nous faisons en sorte qu'il soit possible pour les femmes des milieux ruraux d'intervenir directement et activement au processus de l'élaboration des politiques.

Action :

- Créer un réseau de changement en matière de politique en utilisant « l'ACSR—l'analyse comparative entre les sexes et les régions » de concert avec des partenariats, qui auraient un intérêt réciproque, entre les femmes canadiennes des régions rurales, éloignées et nordiques, et les concepteurs de politiques à chaque palier gouvernemental. Atteindre cet objectif en augmentant l'aide financière pour miser sur l'avantage social des femmes leaders au sein des collectivités en milieu rural, éloigné et nordique du Canada, y compris le financement de la formation en leadership, des déplacements, des réseaux, de l'élaboration de propositions, des honoraires et des services de garderie; ce financement permettrait également une liaison continue avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et d'autres partenaires collaborateurs.

Mise en œuvre

L'élaboration de la politique se veut un exercice dans l'allocation du peu de ressources à un nombre de priorités méritoires. Les besoins des femmes des milieux ruraux devraient figurer de façon importante dans ce processus. Comme le nombre de femmes se chiffre à plus de la moitié de la population du Canada, les femmes sont beaucoup plus qu'un « groupe d'intérêt spécial ». Elles constituent la majorité de l'électorat, des fournisseurs de soins de

santé et des aidants naturels. Presqu'un tiers des Canadiens habitent les régions rurales et éloignées où les services de soins de santé sont très inadéquats. Les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada sont souvent défavorisées de trois façons : le sexe, le lieu géographique et les interactions entre ceux-là. Les occasions sont rares qui permettraient que leur voix soient entendues. Pour les femmes autochtones et les femmes faisant

obstacle aux questions racistes, économiques, langue, de culture ou d'éducation, les effets négatifs sur leur santé peuvent être multipliés davantage.

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

services de soins de santé traditionnels. Elles font montre du caractère multidimensionnel de l'accès aux soins de santé dans ces collectivités très diverses et demandent un engagement renouvelé pour que ces soins soient assurés. Elles font valoir le besoin d'une plus grande transparence et d'une accessibilité améliorée dans la prise de décision en matière de santé. Ensemble, les recommandations constituent un processus de transformation qui renforcera la santé générale de notre pays.

Les étapes suivantes

Deux initiatives sont actuellement en cours qui viendront ajouter aux conclusions énoncées dans ce document. Une deuxième étape du présent projet, financée par Condition féminine Canada, étudiera de plus près les effets de la restructuration sur la santé des femmes des milieux ruraux. Cette étude se penchera plus particulièrement sur les sous-groupes de femmes en milieu rural qui ont été sous-représentées ou même absentes dans le cadre de cette première étape. Ces groupes comprennent les jeunes femmes, les femmes non blanches, les femmes des Territoires, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Québec, les femmes ayant des incapacités et les femmes qui ne sont pas affiliées aux organismes communautaires actuels ou qui ne sont pas connues de ceux-ci.

Un autre élément manquant dans la littérature canadienne sur la santé en milieu rural, comprend les études épidémiologiques ou statistiques sur l'état de santé en milieu rural

menées à l'échelle nationale, aussi bien que des travaux menés sur les axes longitudinaux. En partie, cette lacune sera comblée par le programme de recherche national continu intitulé *Les collectivités rurales au Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants*, une étude multidisciplinaire menée en collaboration avec Santé Canada, l'Initiative sur la santé de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé et le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord de l'Université Laurentienne.

La recherche et les programmes d'action en matière de recherche créés par cette première étape nous ont fait remarquer bien d'autres domaines de recherche et d'application fructueux. Ces démarches devraient être démarrées avec acharnement et sans tarder pour que toutes les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques à l'échelle du pays puissent en profiter.

Notes en fin de chapitre

1. Là où nous avons trouvé des divergences entre les expériences des femmes et les expériences attestées par la documentation publiée, nous les avons notées dans le rapport.
2. R. J. ROMANOW, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, gouvernement du Canada, Ottawa, p. 175, 2002.



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

Introduction

**par Rebecca Sutherns, PhD,
en collaboration avec Margaret Haworth-Brockman
et Marilou McPhedran**

Projet n° 1 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé
relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné au Canada

Table des matières

Vers une nouvelle politique et un nouveau programme de recherche sur la santé des femmes en milieux rural, nordique et éloigné au Canada	A3
Centres d'excellence pour la santé des femmes	A5
Principes	A5
Structure du rapport	A6



Introduction

Au cours des dix dernières années, les questions en matière de santé et de soins de santé ont été discutées longuement au Canada. Les médias abondent de témoignages de certains Canadiens et Canadiennes qui doivent lutter pour obtenir des soins appropriés et suffisants, de témoignages de médecine de couloir et de listes d'attente interminables, ainsi que des dissertations et des reportages sur l'avenir des soins de santé universels.

Comme nous le constatons en lisant le rapport récent de la Commission sur l'avenir des soins

de santé au Canada¹, les Canadiens en ont beaucoup à dire sur les éléments valorisés du système de soins de santé national et sur les éléments qui devraient faire l'objet de certaines modifications. Nous devons accorder une attention particulière à la santé et aux questions connexes des Canadiens et des Canadiennes en milieu rural et éloigné au Canada en raison des facteurs géographiques, historiques et de la composition des résidents.

Vers une nouvelle politique et un nouveau programme de recherche sur la santé des femmes en milieux rural, nordique et éloigné au Canada

L'objectif de cette étude est de conjuguer les connaissances sur les femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada avec celles des organismes et des

chercheurs communautaires en vue d'élaborer une politique cadre et un programme de recherche sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné au Canada.

Les personnes qui habitent le Canada rural doivent composer avec un système de soins de santé moins accessible et qui, souvent, manque de cohérence ou de soins compréhensifs. Les taux de mortalité et de mortalité infantile sont plus élevés que ceux des régions urbaines, mais les taux de naissance sont également plus élevés. En plus du fait que les jeunes adultes quittent les milieux ruraux pour s'établir dans les villes, il en résulte que la démographie est composée de jeunes enfants et d'adultes plus âgés.

Cette étude découle de la tenue du sommet sur la recherche en santé rurale qui a eu lieu en octobre 1999 dans le but de répondre au besoin d'une recherche plus systématique en matière de santé rurale et de mettre en place une optique rurale dans le cadre des programmes et des politiques sur la santé au Canada². Le Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a depuis attesté ce besoin d'accroître la recherche appliquée pour qu'elle tienne compte de la santé des personnes des régions rurales et éloignées, et ce, à l'échelle nationale :

Les politiques et les stratégies visant à améliorer la santé et les soins de santé dans les petites collectivités n'ont pas été fondées sur des données probantes ou des recherches solides. Jusqu'à récemment, la recherche sur la santé en milieu rural au Canada a été morcelée et limitée à des projets à petite échelle [...] Et tout comme pour la recherche sur la santé en général, les liens entre décideurs et chercheurs sont ténus³.

De même, les instituts de recherche en santé du Canada, qui constituent l'organisme de financement le plus important de la recherche en matière de santé au Canada, ont publié leur

stratégie rurale en matière de santé au début de 2002 pour mettre en valeur les nouveaux intérêts portés à certaines disparités en matière de santé ou aux questions de santé des régions rurales du Canada.

Il existe peu de recherche qui sert à déterminer et à influencer la santé des femmes.

Ni le sexe ou la santé des femmes a une place bien définie dans la planification et la définition des stratégies ou de la recherche en matière de santé des régions rurales et éloignées. Il existe peu de recherche qui sert à déterminer et à influencer la santé des femmes, l'accès aux services de santé appropriés, l'existence de soins de qualité, les risques environnementaux et les facteurs socio-économiques propres aux régions rurales et

éloignées du Canada. Par exemple, Kubik et Moore (2001)⁴ ont déterminé que les femmes des milieux agricoles croient que les décideurs et les professionnels du milieu de la santé font preuve de lacunes importantes pour ce qui est de la compréhension des questions auxquelles s'affrontent les femmes des milieux agricoles. Dans une autre étude, les femmes qui offrent des soins officieusement (non rémunérés) au sein de leurs foyers dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse, ont affirmé que les collectivités rurales et les petits villages qu'elles habitent ont été durement frappés par la réforme du système de santé, et qu'il existe des disparités appréciables pour ce qui est des ressources en matière de santé entre les régions urbaines et rurales de la Nouvelle-Écosse⁵. Dans un pays aussi vaste que le Canada, il y a, sans doute, parmi les femmes, des éléments communs relatifs aux questions de santé, mais il y a également des différences distinctes, régionales et qui sont le résultat de situations variées.

Centres d'excellence pour la santé des femmes

Les centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) constituent un organisme parrainé par Santé Canada par le truchement du Bureau pour la santé des femmes. Depuis 1996, les centres ont appuyé et mené des recherches axées sur la collectivité portant sur les facteurs déterminants sociaux de la santé⁶ en vue d'effectuer des changements en matière de politique menant à l'amélioration de la santé et de l'état de santé des femmes. Puisque la prestation des soins de santé et l'application des politiques qui influent sur les facteurs liés à la santé ont lieu au palier local ou provincial, les centres ont appuyé bon nombre de projets à petite échelle qui portent sur les questions locales. Dans plusieurs cas, les résultats obtenus par les projets parrainés par les centres ont mené directement à des changements au mode de prestation des soins de santé⁷.

Les centres ont également fait preuve d'expertise dans le domaine de l'analyse comparative entre les sexes (ACS). Ce genre d'analyse passe en revue les données de recherche et de politiques (qu'il s'agisse de recommandations ou de réalisations) menant à une évaluation pondérée des conséquences sur les femmes et les hommes. L'ACS est un outil qui sert à

déterminer quelles seraient les personnes qui profiteraient d'une politique et celles qui seraient désavantagées par celle-ci. On soulève des questions qui permettraient de mettre en relief les divergences en matière de pouvoir et d'accès relativement aux services ou aux résultats. L'analyse comparative entre les sexes est un outil reçu dans le cadre du travail international canadien qui est obligatoire dans l'élaboration des politiques nationales. Cependant, l'ACS n'a pas, jusqu'ici, été mise en œuvre de façon systématique par les décideurs dans le fonctionnement quotidien de la plupart des ministères et des paliers gouvernementaux. En outre, l'analyse comparative entre les sexes n'existe qu'à peine, de fait, dans les politiques de recherche en matière de santé en milieu rural au Canada.

Par conséquent, les centres ont reçu un financement, en 2001, du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada pour surveiller ce projet dans le but de capter et d'inventorier des exemples de questions sur les soins de santé relatives aux femmes des collectivités rurales et éloignées, et pour intégrer les questions sur la santé des femmes aux discussions des groupes chargés de la recherche et des politiques.

Principes

Comme nous le verrons dans la section B, les spécialistes en recherche clinique et des conditions socio-économiques se sont longuement attaqués à des définitions utiles du mot « rural » qui correspondraient à celles des Canadiens. Depuis leur mise sur pied, le personnel des centres désirait en apprendre sur la diversité des circonstances rurales des femmes, de l'apprendre directement des femmes, et de savoir comment ces circonstances influent sur leur santé. Nous avons communiqué avec les femmes de l'intérieur de la Colombie-

Britannique, les femmes inuits de l'extrême arctique, les femmes métisses du sud du Manitoba et du nord de l'Alberta, les femmes des milieux agricoles de la Saskatchewan et de l'Ontario, les femmes des collectivités francophones isolées et les femmes des régions côtières de l'Est et de l'Ouest.

Les centres s'intéressaient particulièrement à inclure les propositions des femmes aux programmes de recherche pour les raisons suivantes :

1. Les femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada ont les connaissances essentielles pouvant servir à créer des politiques et des programmes efficaces qui serviraient à maintenir et à améliorer leur bien-être au sein de leurs collectivités, et à contrecarrer les inégalités entre elles.
2. On doit faire en sorte que les femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada *interviennent* dans la recherche et la création de politiques et de programmes efficaces qui serviraient à maintenir et à améliorer leur bien-être au sein de leurs collectivités.
3. La participation et l'expertise des femmes constituent une priorité pour les centres et jouent un rôle clé dans l'élaboration de toute autre recherche menée par ceux-ci, recherche qui permettrait un meilleur accès aux services en matière de santé aux femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada tout en leur assurant une meilleure qualité de services.



4. Les recommandations provenant des politiques élaborées par les centres doivent correspondre aux conclusions de la recherche tout en respectant les principes d'intervention énoncés ci-dessus.

Les réseaux d'emploi, d'infrastructure et de communication déjà établis par les centres d'excellence pour la santé des femmes, fournissent une excellente occasion de rencontrer des femmes des quatre coins du pays pour les inviter à intervenir et à se consulter au sein d'un forum aussi vaste que possible, et pour discuter des questions générales aussi bien que de celles liées à des circonstances spéciales et locales. C'est ainsi que les politiques en matière de soins de santé et que les mesures de performance du système de santé peuvent être élaborées pour mettre en valeur, et ce de façon utile, toute la gamme des expériences des femmes au sein du système de santé à titre de consommatrices, de fournisseuses de soins de santé et de membres du grand public.

Structure du rapport

Le *Rapport définitif* se veut un compendium des quatre premières étapes du projet national intitulé *La santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche* et a été élaboré par les centres d'excellence pour la santé des femmes. Le Rapport renferme une description et une analyse du processus de recherche, les travaux



des diverses étapes de cette recherche et une synthèse de ces travaux les transformant en thèmes, en recommandations de recherches futures et en énoncés des retombées en matière de politiques. Plusieurs sections du *Rapport définitif* pourraient constituer un rapport en soi, mais elles sont également des composantes de l'ensemble du Rapport.

Notes en fin de chapitre

-
1. R. J. ROMANOW, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final*, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
 2. M. WATANABE et A. CASEBEER, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for All Canadians*. Rapport du sommet sur la recherche en santé rurale, octobre 1999.
 3. R. J. ROMANOW, p. 181, 2002.
 4. W. KUBIK et R. MOORE, *Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for their Health, Well-being and Quality of Life*. Rapport non publié de l'Université de Regina, 2001.
 5. J. CAMPBELL, G. BRUHM, et S. LILLEY, *Caregivers' Support Needs: Insights from the Experiences of Women Providing Care in Rural Nova Scotia*. Centre d'excellence maritime pour la santé des femmes, 1998.
 6. Santé Canada reconnaît actuellement 12 facteurs déterminants de la santé qui sont compris dans un modèle de la santé d'une population que voici : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien sociaux, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux et physiques, les facteurs biologiques et génétiques, les pratiques en matière de santé personnelle et les moyens d'affronter les difficultés, le développement de la santé des enfants, les services en matière de santé, le sexe et la culture. Les chercheurs sociaux et les groupes communautaires discutent continuellement du fait que l'on pourrait considérer l'ajout de la race, de la migration et de la vie en milieu rural comme facteurs déterminants.
 7. Pour obtenir des renseignements généraux sur les centres d'excellence pour la santé des femmes, reportez-vous à l'annexe C.



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

Comprendre la santé des femmes des régions rurales et éloignées au Canada

par **Rebecca Sutherns, PhD**

Table des matières

Introduction	B3
Le Canada rural	B3
La santé en milieu rural au Canada	B4
La santé des femmes en milieu rural au Canada	B5
Résumé	B6



Comprendre la santé des femmes des régions rurales et éloignées au Canada

« Je crois que [...] le succès de l'ensemble de notre système de soins de santé sera mesuré non pas par la qualité du service offert par les meilleures installations urbaines, mais par l'égalité des services que le Canada peut offrir à ses collectivités éloignées et nordiques. » (traduction libre)

-Jose Amaujaq Kusugak, Inuit Tapiriit Kanatami,
Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002

Introduction

La présente section se veut un précis sur le contexte de cette étude nationale. Elle énonce les caractéristiques des régions rurales du Canada, ce que l'on connaît sur la santé rurale au Canada et plus précisément, sur la santé

des femmes provenant des régions rurales. Bien qu'elle ne soit certainement pas comprehensive, elle offre une toile de fond qui permet de mieux cerner et de comprendre les résultats de cette étude.

Le Canada rural

Le Canada rural s'étend sur 9,5 millions de kilomètres carrés; en d'autres mots, il occupe plus de 95 % du territoire canadien. Santé Canada qualifie de collectivités rurales et

éloignées des collectivités ayant moins de 10 000 habitants et qui sont loin de bon nombre de services et de ressources urbaines. Selon cette définition, presque neuf millions de

Canadiens et de Canadiennes – environ 30 % de la population du Canada et 20 % de sa main d'œuvre rémunérée – habitent les régions rurales et éloignées du pays¹. La population du Canada rural augmente d'un demi pour cent chaque année et on prévoit que ce chiffre augmentera davantage en raison du déplacement des membres de la génération du baby-boom des centres urbains aux centres ruraux lors de leur retraite, où bon nombre d'entre eux ont été élevés². De plus, la population des peuples autochtones de certaines régions rurales monte en flèche³.

La répartition des populations rurales varie d'une région à l'autre; par exemple, 15 % de la population de la Colombie-Britannique et de l'Ontario habitent les régions rurales comparés à 46 % du Canada atlantique, presque 50 % en Saskatchewan et 59 % des Territoires. Ces pourcentages peuvent induire en erreur cependant, puisqu'en dépit du fait que la

proportion des résidents ruraux soit relativement faible dans une province très peuplée telle que l'Ontario, le nombre réel d'habitants peut être assez élevé⁴.

La diversité est une caractéristique du Canada et elle s'applique aux plus petites collectivités aussi bien qu'aux plus grandes villes.

La diversité est une caractéristique du Canada et elle s'applique aux plus petites collectivités aussi bien qu'aux plus grandes villes. L'économie et la société au sein du

Canada rural sont très diversifiées, qu'il s'agisse des régions côtières ou des régions agricoles du centre du pays. Les ressources naturelles du Canada fournissent des emplois, des produits forestiers, des minéraux, du pétrole et de l'essence, de la nourriture, des recettes fiscales et une bonne partie de notre commerce extérieur. Le Canada rural est également diversifié sur le plan ethnique puisqu'il comprend de nombreuses cultures autochtones aussi bien que les cultures européennes en plus des immigrants du monde entier.

La santé en milieu rural au Canada

Dans le Canada rural comme dans le Canada urbain, une bonne santé constitue une ressource importante dans le cadre du développement social, économique, communautaire et personnel. Toujours est-il qu'une population à faible densité et l'isolement posent certains défis particuliers à relever pour ce qui est de la prestation des soins de santé aux Canadiens ruraux⁵. Selon la Société de la médecine rurale du Canada, « *Les vastes masses terrestres du Canada et la tendance de la plupart de ses habitants à s'établir dans des zones densément peuplées, très industrialisées, urbanisées et regroupées le long du 49^e parallèle, ont contribué à la création d'une culture qui néglige les besoins des Canadiens en milieu rural.* » (traduction libre) Le système

de santé canadien, par exemple, est structuré d'une façon extrêmement centralisée qui serait mieux adapté à des pays ayant des populations à haute densité et des territoires moins importants. Par conséquent, alors que 31 % des Canadiens habitent les régions rurales, seulement que 17 % des médecins de famille et 4 % des spécialistes exercent leurs professions dans ces régions⁶.

Tout comme il existe une pénurie considérable de personnel de soins de santé dans les endroits ruraux, il existe également une disette de données sur les avantages et les risques en matière de santé des diverses populations rurales du Canada. Les renseignements dont

nous disposons ne sont pas complets et ne sont pas obtenus de façon uniforme ce qui fait qu'il existe des sous-groupes vulnérables et des aspects sociaux en matière de santé qui sont pratiquement négligés⁷. Une documentation croissante nous indique que les collectivités rurales sont accompagnées de caractéristiques uniques relatives aux facteurs déterminants de la santé, y compris les facteurs liés à la démographie, l'économie, les rapports sociaux et au milieu physique. Nous savons que, comparés à leurs homologues urbains, les résidents ruraux ont une espérance de vie plus faible, des taux d'incapacités plus élevés et ils subissent un plus grand nombre d'accidents, d'empoisonnements et un taux de violence plus élevé. Semblerait-il que le rapport entre la taille de la collectivité et son état de santé est inversé, c'est-à-dire, plus la collectivité est éloignée ou

située au Nord, plus l'état de santé de ses résidents risque d'être faible⁸.

Pour répondre à ce manque de renseignements, une équipe de chercheurs multidisciplinaire mène actuellement un projet de recherche national sur les collectivités rurales du Canada et sur la compréhension de la santé et des facteurs déterminants en milieu rural. L'état de santé, les facteurs déterminants de la santé et l'utilisation des services de santé chez les Canadiens en régions rurales sont à l'étude et on les compare à ceux des résidents en milieu urbain. Ce projet a été entrepris par Santé Canada, les instituts de recherche en santé du Canada et le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, et mènera à de nombreuses études spécialisées, y compris la santé chez les femmes en milieu rural.

La santé des femmes en milieu rural au Canada

Plus d'une femme sur cinq habite une région rurale⁹. La recherche sur la santé de ces femmes est très limitée. Le peu de recherche qui existe porte sur les femmes en milieu agricole en dépit du fait que la catégorie la plus nombreuse de femmes qui habitent les régions rurales ne proviennent pas des fermes. Les projets de recherche qui captent l'expérience de la santé des femmes des milieux ruraux, sans pour autant cacher la diversité de cette expérience, est rare¹⁰.

Les résultats préliminaires de l'étude menée par DesMeules et autres (2003) susmentionnée, montrent clairement les disparités entre l'état de santé des femmes qui habitent les régions rurales et celles qui habitent les régions urbaines du pays. Par exemple, les femmes des régions rurales risquent facilement d'afficher

des taux de participation à la main d'œuvre plus faibles, des taux de fécondité plus élevés et risquent d'être pauvres comparées à leurs homologues urbaines. Les femmes qui habitent les collectivités rurales du Canada courent un

plus grand risque de mourir d'un accident d'automobile, d'empoisonnement, du diabète, du cancer et du suicide. Le risque d'être victime d'agression, d'insécurité économique, d'accident sur les lieux du travail de l'industrie primaire et du manque du respect de la

confidentialité est également plus élevé.

Certains sous-groupes tels que les personnes âgées, les Autochtones ou les femmes ayant une incapacité, sont particulièrement vulnérables¹¹.

La recherche menée dans les régions rurales à l'extérieur du Canada nous laisse croire que les femmes des régions rurales ont des respon-

***On offre peu de choix
aux femmes provenant
des régions rurales
pour ce qui est de
leurs soins de santé.***

sabilités familiales et communautaires plus importantes ce qui est attribuable aux faits qu'elles sont issues de plus grandes familles, d'avoir commencé à avoir des enfants plus tôt, d'avoir eu un plus grand nombre d'enfants et de jouer des rôles clés au sein des entreprises familiales et des activités communautaires. Ces rôles multiples sont habituellement joués dans un contexte social d'attentes fermes et conservatrices à l'égard des femmes¹².

L'accès aux soins axés sur les besoins des femmes est limité pour celles des endroits

ruraux. Bon nombre de femmes doivent voyager plus loin pour obtenir des services en matière de santé, et ce, souvent sans un accès facile au transport, et elles sont donc moins aptes à s'en prévaloir. Même lorsque les services en matière de santé sont offerts, souvent ils ne répondent pas aux besoins des femmes des régions rurales. On offre peu de choix aux femmes provenant des régions rurales pour ce qui est de leurs soins de santé¹³.

Résumé

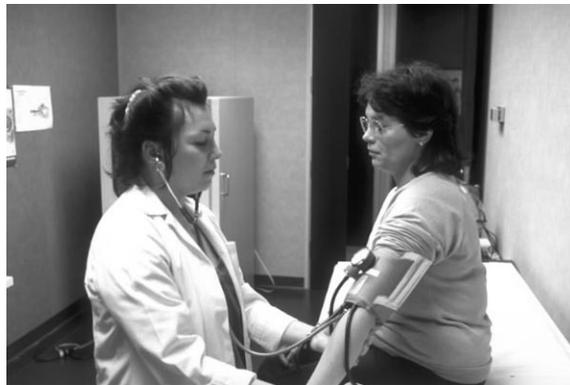
On pourrait en dire beaucoup plus sur la santé des femmes qui habitent les régions rurales du Canada. Des renseignements et des sources supplémentaires sont fournis dans les revues de la littérature. Pour l'instant, ces conclusions

provisaires mettent clairement en évidence le besoin d'effectuer d'autres recherches et d'élaborer d'autres projets en matière de politiques qui viendraient en aide aux femmes des régions rurales du Canada.



Notes en fin de chapitre

1. Bureau de la santé rurale, Santé Canada, 2003, www.hc-sc.gc.ca/francais/santerurale/
2. Société de la médecine rurale du Canada, www.srpc.ca
3. P. MARTENS et autres, par exemple, *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A population-based study*. Manitoba Centre for Health Policy. www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/reports_02.
4. R. J. ROMANOW, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, p. 176.
5. Ibidem
6. Société de la médecine rurale du Canada, www.srpc.ca (en particulier, les sections sur la bibliothèque et les statistiques).
7. R. SUTHERNS, *Women's Experiences of Maternity Care in Rural Ontario: Do Doctors Matter?* Thèse de doctorat de l'Université de Guelph et M. DESMEULES, R. PITBLADO, R. BOLLMAN, et R. PONG. 2003. L'évaluation de la santé des femmes en milieu rural dans le cadre d'un projet de recherche national (les collectivités rurales du Canada et la compréhension de la santé et des facteurs déterminants en milieu rural).
8. M. DESMEULES et autres, 2003.
9. Ibidem
10. R. SUTHERNS, 2001.
11. Ibidem
12. Ibidem
13. Ibidem



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

La tenue de l'étude nationale

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

Table des matières

Introduction	C3
La valeur de la recherche qualitative	C4
La gestion du projet	C4
Calendrier	C5
Collecte des données	C5
Table ronde du mois d'octobre 2001	C5
Les études de la littérature	C6
Les groupes de réflexion	C7
Table ronde sur les politiques	C8
Consultation nationale	C8
L'analyse des données	C9
Résumé	C10



La tenue de l'étude nationale

Introduction

Cette étude nationale a été menée à titre d'initiative de collaboration entre les Centres d'excellence pour la santé des femmes, grâce à l'aide financière du Bureau pour la santé des femmes et du Bureau de la santé rurale de Santé Canada dans le but de comprendre et de prendre les mesures nécessaires en matière de politiques et de recherche pour améliorer la santé des femmes qui habitent les collectivités rurales, éloignées et nordiques du Canada. Les femmes qui ont conçu ce projet et qui y ont participé ont accordé une importance aux façons d'écouter, de recenser et d'analyser les renseignements obtenus directement des

femmes du Canada rural en y accordant presque la totalité de leurs ressources. Par conséquent, diverses approches ont été utilisées pour mener le projet.

Dans la présente section, le processus de recherche général est décrit et expliqué. Les détails se rapportant aux méthodes utilisées pour chaque étape de la collecte des données sont renfermés dans les rapports qui correspondent à ces étapes. La présente section comprend également une certaine réflexion sur le progrès de l'étude tout en notant les leçons apprises qui pourraient servir à éclairer de futures tentatives.

La valeur de la recherche qualitative

Le genre de données obtenues est grandement influencé par les méthodes de collecte des données utilisées; on ne peut donc pas discuter des résultats d'une recherche de façon pertinente sans d'abord décrire le processus de recherche¹. Bien qu'il existe de nombreuses approches pour obtenir des renseignements, elles ne sont pas toutes compatibles au même degré avec les questions posées ou les motifs de celles-ci. Ce projet a tenté de faire intervenir les femmes au niveau local dans un processus qui leur permettrait de partager leurs expériences en matière de santé dans des endroits ruraux. Nous avons estimé que les méthodes de la recherche qualitative étaient les plus appropriées, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, bien que dans leur ensemble, les sujets de discussion avaient été prédéterminés, les méthodes qualitatives permettaient aux femmes de contribuer à la matière étudiée dans le cadre de la recherche et d'utiliser leurs propres paroles pour exprimer leurs points de vue. Deuxièmement, puisqu'il s'agissait d'une



étude préliminaire, il était particulièrement important de choisir une approche qui favoriserait la compréhension des questions. La recherche qualitative permet d'en arriver à une compréhension de fond qui peut ensuite éclairer le travail quantitatif d'une étape ultérieure. De plus, la recherche qualitative se prête plus facilement à une variété d'expériences que le permettrait un sondage prédéterminé. Troisièmement, la recherche qualitative met plus facilement en valeur les diverses intervenantes connaissantes et la provenance de celles-ci; elle n'accorde pas plus d'importance aux connaissances du chercheur qu'à celles des personnes faisant l'objet de la recherche².

Le fait d'écouter la voix des femmes, de les faire participer à la recherche à divers niveaux communautaires et d'intervenir dans l'analyse comparative entre les sexes, constitue les points forts des centres. Par conséquent, le projet a été conçu et mené dans le but d'atteindre ces trois objectifs.

La gestion du projet

Le projet représente un travail d'une envergure nationale puisque tous les centres d'excellence pour la santé des femmes y ont participé. Il a été codirigé par Marilou McPhedran, coordonnatrice administrative du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu de l'Université York, et par Margaret Haworth-Brockman, directrice administrative du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

Le projet représente un travail d'une envergure nationale puisque tous les centres d'excellence pour la santé des femmes y ont participé.

Elles ont dirigé le comité gestionnaire auquel siégeaient les directrices de deux autres centres et la responsable du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes de Santé Canada. Le comité directeur national de la recherche qui comprend des membres du comité gestionnaire aussi bien que des chercheuses universitaires et communautaires, a surveillé le processus de recherche³. La plupart des réunions

ont eu lieu par téléconférence et trois réunions ont eu lieu en personne⁴. L'infrastructure existante des centres a fourni un soutien et un apport administratifs.

Les centres ont profité de l'expérience acquise en travaillant ensemble sur un projet commun, mais la participation d'un nombre élevé de centres a également entraîné la participation de

nombreuses femmes qui avaient, en même temps, beaucoup d'autres engagements à respecter et diverses obligations contractuelles. Malgré le fait que ces circonstances aient tout probablement amoindri le degré de cohérence du projet et le respect des échéanciers, elles ont aussi contribué une richesse inestimable en matière d'expérience et de perspective.

Calendrier

Août 2001 :	Approbation du plan de projet par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada
Octobre 2001 :	Discussion de la table ronde nationale à Saskatoon, Proposition de l'ébauche provisoire de la compilation de la littérature anglaise à étudier
Novembre 2001 à janvier 2003 :	La tenue des groupes de réflexion (194 femmes provenant de 27 groupes à l'échelle du pays)
Août 2002 :	Achèvement de la compilation de la littérature française à étudier
Novembre 2002 :	Consultation auprès des décideurs
Février 2003 :	Bibliographie thématique et achèvement de la compilation des littératures française et anglaise
Mars 2003 :	Consultation nationale à Saskatoon
Juin 2003 :	Achèvement du Rapport définitif

Collecte des données

Tel que prévu dans le plan de projet du mois d'août 2001, le projet s'est déroulé en étapes distinctes. Le projet a également fourni plusieurs occasions de collaboration avec les membres du personnel gouvernemental de

divers niveaux, d'organismes de santé de femmes, de chercheuses universitaires et avec les femmes habitant les diverses collectivités rurales, éloignées et nordiques de tous les provinces et territoires.

Table ronde du mois d'octobre 2001

Dans la première étape, les centres ont eu l'occasion d'organiser une table ronde dans le cadre d'un autre congrès sur la santé en milieu rural qui se tenait à Saskatoon⁵. Vingt-cinq femmes environ de diverses régions du Canada ont participé à la table ronde et ce

groupe était composé de chercheuses et de défenseurs de la santé des femmes provenant de milieux ruraux. Elles ont fait des propositions au comité directeur en vue de perfectionner la conception de l'étude. Ce fut une occasion importante pour les centres

d'échanger des renseignements et de favoriser la création de partenariats avec d'autres intervenants qui s'intéressaient à la santé des femmes en milieu rural.

Les discussions de cette table ronde ont influencé la conception et la gestion de l'étude de diverses façons dont voici :

- Le besoin de clarifier et de préciser la terminologie a fait l'objet de discussions. Les notions de « santé » ou de « rural » et de « nordique », par exemple, sont complexes et leur signification peut dépendre des circonstances dans lesquelles elles sont utilisées.
- Une attention particulière à la compréhension de la diversité des femmes et aux collectivités de ces femmes a été nécessaire, notamment lorsque l'on considère les besoins en matière de santé des femmes marginalisées et isolées, ou encore, celles qui habitent les régions très au Nord. Les femmes autochtones qui incluent celles du peuple métis, des Premières nations, des peuples inuit et déné, par exemple, ont possiblement des influences très différentes en matière de santé et ont à leur disposition des modèles de soins de santé différents.
- Les membres du projet ont communiqué avec l'initiative stratégique de la santé rurale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour s'assurer que les résultats de l'étude seraient pris en considération par les IRSC dans l'élaboration de leur stratégie en matière de santé rurale.
- Le questionnaire Listserv a été mis sur pied et a pris de l'ampleur au fur et à mesure que le taux de participation de l'étude augmentait.
- Les obligations des traités internationaux canadiens relatives à la santé des femmes en milieux ruraux ont été prises en considération.
- Un plan a été élaboré en vue de préciser les recommandations qui mèneraient à l'action nécessaire découlant des résultats de l'étude; ces recommandations seraient communiquées à divers niveaux, sans se limiter aux fonctionnaires, mais seraient aussi communiquées aux représentants élus et aux sénateurs.

Les études de la littérature

La première étape du projet a également compris le plus grand rassemblement possible de renseignements sur la santé des femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. Au début, le plan ne prévoyait qu'un seul recueil. Une ébauche de la compilation de la littérature anglaise a été élaborée au début du projet. Cette étude avait intégré des recherches menées à l'échelle locale et examinées par des pairs sur une vaste gamme de sujets pertinents à la santé des femmes en milieu rural. Le comité chargé de la recherche a ensuite décidé qu'une

étude semblable sur les recherches menées en français et au Canada était nécessaire. Il en est advenu qu'une bibliographie thématique et une étude de la littérature française et anglaise fut élaborée. Les documents faisant le bilan de ces études sont composés d'une évaluation de la portée, de l'accessibilité, de la méthodologie, des messages clés, des tensions et des lacunes des projets de recherche existants au Canada; ils offrent également des suggestions sur les orientations possibles de la recherche et des politiques faisant partie de la littérature étudiée⁶.

Les groupes de réflexion

La deuxième étape du projet constituait la tenue de groupes de réflexion partout au Canada. Chaque centre d'excellence, secondé par d'autres membres du comité directeur de la recherche, s'est chargé du choix des lieux pour la tenue des groupes de réflexion de leur région, et le Réseau pancanadien a surveillé les groupes francophones à l'échelle du pays. Les facilitatrices ont été embauchées par les centres de chaque région; dans certaines situations, il s'agissait de fournisseuses de soins de santé ou de femmes actives de la région, tandis que dans d'autres situations, il s'agissait de chercheuses invitées de l'extérieur. Certaines facilitatrices étaient chargées de la convocation des groupes de réflexion et d'autres travaillaient à l'intérieur des groupes qui avaient été convoqués par d'autres femmes à l'échelle locale. Des lignes directrices et des questions d'interview normalisées ont été élaborées dans le but de fournir une certaine cohérence parmi les groupes. Les facilitatrices ont également distribué des questionnaires démographiques à toutes les femmes des groupes de réflexion.

Malgré le fait qu'on ait fourni des lignes directrices aux facilitatrices, il y avait, toutefois, une certaine divergence relative aux conditions contractuelles, au degré de participation, aux participantes des collectivités, aux stratégies de recrutement, à la pondération des codes et aux produits livrés au comité gestionnaire. Dans certaines situations, par exemple, les facilitatrices étaient bien connues des participantes du groupe de réflexion parfois à titre de fournisseuses de soins de santé, tandis que dans

d'autres situations, la facilitatrice était nouvellement venue au groupe. Ces faits relèvent de l'engagement envers le projet en insistant sur l'obtention des meilleurs renseignements possible même si cette approche déviait des attentes prescrites.

L'équipe gestionnaire du projet a reçu des commentaires utiles des facilitatrices sur les changements que l'on pourrait apporter aux lignes directrices, aux questions et au questionnaire démographique pour augmenter leur efficacité lors de l'étape suivante du projet. Les nouvelles versions de ces outils auront donc été modifiées en fonction des commentaires reçus et pourraient faire l'objet d'une étude et d'une mise à l'essai. Dans les étapes futures, on créera plus d'occasions pour assurer que les facilitatrices aient à leur disposition des lignes directrices efficaces et des attentes claires.

Au fur et à mesure que le projet avançait, le nombre de groupes de réflexion augmentait pour répondre au besoin reconnu d'incorporer le plus haut degré possible de diversité et de participation, et des fonds supplémentaires ont également contribué à cette augmentation. L'assemblée générale annuelle de l'association Pauktuutit des femmes inuites tenue en 2001, constituait une occasion toute indiquée d'obtenir des renseignements des femmes inuites de l'extrême arctique. À la fin du projet, 164 femmes avaient participé à 20 groupes de réflexion et à des vidéoconférences anglophones, et 30 femmes participaient à sept groupes et téléconférences francophones. Des stratégies de recrutement diverses ont été

164 femmes avaient participé à 20 groupes de réflexion et à des vidéoconférences anglophones, et 30 femmes participaient à sept groupes et téléconférences francophones.

employées pour encourager la participation au sein des groupes. Par exemple, tous les groupes de réflexion francophones étaient composés de femmes qui jouaient un rôle actif au sein d'organismes de femmes. Plusieurs de ces groupes se sont rencontrés dans des villes sans tenir compte du lieu de résidence précis des femmes. Les groupes anglophones se sont rencontrés dans les régions rurales ou éloignées faisant ainsi intervenir les femmes de ces collectivités ou des régions environnantes. Des rapports intégraux sur les résultats des groupes de réflexion francophones et anglophones sont inclus dans le présent Rapport définitif⁷. Ils comprennent des cartes, des descriptions détaillées de la méthodologie employée pour les groupes, de la participation au sein des groupes et toute autre conclusion connexe.

L'analyse des renseignements démographiques obtenus des participantes des groupes de réflexion n'a pas été aussi complète qu'elle n'aurait pu l'être. Qui plus est, puisque les groupes de réflexion ont parfois été tenus dans un lieu central et non pas près des lieux de résidence des femmes, il a été difficile de

dresser des tableaux, des cartes et des graphiques qui portaient sur les régions représentées. Des profils communautaires ont été créés pour certaines régions, mais d'autres étaient moins pertinents puisque le lieu de la tenue du groupe de réflexion ne correspondait pas au lieu de résidence des femmes.

En dépit du fait que le nombre de groupes de réflexion a été plus élevé que le nombre prévu au départ, certains sous-groupes de femmes des milieux ruraux sont toutefois sous-représentés ou n'y figurent pas du tout. Ces groupes comprennent les jeunes femmes, les femmes de la population non blanche, celles des territoires, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Québec, les femmes ayant des incapacités et les femmes qui n'avaient aucune affiliation aux organismes communautaires existants ou qui n'étaient pas connues de ceux-ci. On prévoit que ces lacunes disparaîtront lors de la deuxième étape du projet en partie avec l'utilisation d'un sondage par choix raisonné qui inclura les membres des collectivités agricoles et rurales, des villages ruraux et des collectivités éloignées accessibles par voie routière ou par transport aérien.

Table ronde sur les politiques

Lors de la tenue des groupes de réflexion à l'échelle du pays, le projet a organisé une rencontre avec les décideurs qui correspondait avec la tenue des réunions du comité directeur de la recherche à Toronto. Ont assisté à la rencontre du comité directeur de la recherche, six femmes chargées de la refonte des poli-

tiques en matière de santé en milieu rural aux paliers provinciaux et fédéral. Pour les centres, il s'agissait d'une occasion pour informer les décideuses sur le progrès du projet, et pour obtenir des conseils sur les moyens les plus efficaces sur la façon de rassembler et de communiquer les conclusions de la recherche⁸.

Consultation nationale

La troisième étape du projet consistait à organiser une consultation nationale qui a réuni plus de 50 femmes : des chercheuses, des facilitatrices, des participantes aux groupes de réflexion, des décideuses et des gestionnaires qui, pour la plupart, avaient déjà joué un rôle dans le cadre du projet. Les femmes se sont

rendues à Saskatoon de tous les coins du Canada et toutes les activités de l'événement offraient l'interprétation simultanée en français et en anglais. Un résumé du projet jusqu'à ce jour a été présenté de même que les résultats préliminaires sur le programme de recherche quantitative de la santé en milieu rural qui est

actuellement mené par Santé Canada, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le centre de recherche sur la santé en milieux rural et nordique⁹. À l'aide de réunions de type champ libre, les participantes ont été menées à formuler un énoncé portant sur les défis qu'elles avaient à relever et les moyens qui leur étaient offerts pour assurer le meilleur état de santé des femmes de leur collectivité. Cet énoncé se voulait une réponse à une des questions posées dans le questionnaire. Les femmes ont ensuite mis en ordre de priorité les sujets qu'elles considéraient comme étant des domaines d'importance de premier rang¹⁰. Cet exercice a servi d'une nouvelle occasion de rassembler des données aussi bien que de vérifier la raisonnable des conclusions existantes auprès des femmes, et ce, de première main. Les participantes de cette consultation ont égale-

Cela a été une expérience stimulante d'avoir en un seul lieu une telle diversité de femmes s'échanger leurs points de vue...

ment vu une vidéocassette dont l'élaboration a été subventionnée par un autre organisme.

Les résultats qui sont découlés de la consultation nationale ont différé des attentes prévues

à l'origine. On s'attendait d'abord à ce que la consultation serve d'occasion de réflexion sur les données existantes, mais elle est plutôt devenue une occasion de poser des questions semblables aux groupes de réflexion

pour ainsi obtenir de nouvelles données.

La consultation nationale a été le fait saillant du projet et cela est attribuable à l'engagement manifesté pour une participation d'envergure à l'échelle du pays. Cela a été une expérience stimulante d'avoir en un seul lieu une telle diversité de femmes s'échanger leurs points de vue, et pour bon nombre d'elles, il s'agissait de la première fois qu'elles avaient eu l'occasion de discuter de leurs préoccupations dans le cadre d'un forum national.

L'analyse des données

Plusieurs membres du comité directeur national de la recherche se sont chargés de la responsabilité de l'analyse des données à diverses étapes aidés par bon nombre de collègues chercheuses. Les responsabilités comprennent la tenue et les études de la littérature, le codage des données des groupes de réflexion, la compilation des données démographiques, la revue et la rédaction de rapports

sur les groupes de réflexion francophones et anglophones, la planification de la consultation nationale et la participation à celle-ci, et la discussion des plans du Rapport définitif. De même, le présent cahier d'exercices définitif et la synthèse des résultats des trois étapes ont été rédigés par Rebecca Sutherns, membre du comité directeur en collaboration avec d'autres membres de ce comité.

Résumé

L'utilisation de méthodes qualitatives et l'importance accordée aux collectivités, aux voix universitaires et gouvernementales, et aux expertes ont fourni une compréhension approfondie de ce projet. Il existait un accord généralisé de la part des femmes participantes sur la décision d'utiliser une approche de consultation à ce projet de recherche. Les femmes ont apprécié avoir pu participer au processus et entendre les points de vue d'autres femmes. Comme l'affirmait une participante : « *Cela a été un honneur pour moi de me faire écouter.* » (traduction libre)

Pour un premier projet, des efforts importants ont été déployés à chaque étape pour assurer, dans toute la mesure du possible, l'inclusion de la diversité. Cet engagement a surtout été mis en évidence lors de la consultation nationale, un événement qui a permis la participation des femmes de partout au Canada. Bien que certains groupes aient été sous-représentés (ou n'aient pas été représentés), des demandes de financement supplémentaire ont été présentées pour élargir la portée de ce projet, et plus de femmes encore pourront y ajouter leur voix lors de la deuxième étape qui aura lieu prochainement.

Du point de vue de la chercheuse, cet élément d'inclusion accompagné de la complexité de la gestion d'un projet national portant sur un nouveau domaine, du rythme de vie accéléré



des intervenantes, des multiples étapes et parfois des ressources limitées, sont des défis à relever dans le but d'assurer la rigueur du processus de recherche. Par exemple, le processus de l'analyse des données a été effectué de façon minutieuse à chaque étape, mais en bout de ligne ce processus a dû résumer des résumés de résumés; par conséquent, on présume que certains détails qui n'auraient pas été suffisamment mis en

évidence, auraient peut-être été exclus du produit final. De la même façon, le fait d'avoir à composer avec plusieurs types de données pour alimenter le Rapport définitif a fait en sorte que certaines décisions ont été prises sur la pondération accordée aux observations de chaque étape.

La tenue d'un projet d'une telle envergure nécessite une complexité, une organisation et une souplesse considérables. Bon nombre de femmes de tous les coins du pays y ont contribué temps, expérience, expertise et énergie. La taille du projet a entraîné quelques difficultés; toutefois, les sections suivantes du présent rapport se veulent un reflet des diverses circonstances et situations des femmes qui habitent au-delà des limites des villes canadiennes, et qui doivent être reconnues et consultées dans le cadre des débats qui portent sur la santé en milieu rural.

Notes en fin de chapitre

1. S. KIRBY et K. MCKENNA, *Experience Research Social Change: Methods from the Margins*, Toronto, Garamond Press, 1989; N. WIEBE, *Farm Women: Cultivating Hope and Sowing Change*, 1995; S. BURT et L. CODE (éditeurs), *Changing Methods: Feminists Transforming Practice*, Peterborough, Broadview Press, p. 137 à 162.
2. P. IRONSTONE-CATTERALL en collaboration avec P. MCDONOUGH, A. ROBERTSON, B. PAYNE, B. RAHDER, F. SHAVER et P. WAKEWICH, *Feminist Research Methodology and Women's Health: A Review of Literature*, Toronto, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, 1999.
3. Une liste complète des membres du comité gestionnaire et du comité directeur national de la recherche figure à l'annexe A.
4. À Saskatoon en octobre 2001, à Toronto en novembre 2002 et à Saskatoon en mars 2003.
5. Les participantes de la table ronde tenue à Saskatoon le 20 octobre 2001 figurent à l'annexe A. La table ronde a été invitée au congrès sur la recherche en milieux rural et éloigné au Canada — les étapes suivantes.
6. Voir les sections D et E du présent rapport. La documentation renferme des descriptions détaillées des méthodes utilisées pour compiler les études de la littérature.
7. Voir les sections F et G du présent rapport.
8. Une liste complète des participantes de la réunion sur la politique, qui a eu lieu en novembre 2002, figure à l'annexe A.
9. DESMEULES, M., C. LAGACE, R. PITBLADO, R. BULLMAN et R. PONJ. 2003. L'évaluation de la santé des femmes en milieu rural dans le cadre d'un projet de recherche national (les collectivités rurales du Canada et la compréhension de la santé et des facteurs déterminants en milieu rural).
10. Voir la Section I pour consulter le rapport sur la consultation nationale.



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

Bibliographie commentée des écrits de langue française

Recherche et résumés par Véronique Martin, assistante de recherche
Sous la direction de Christine Dallaire, professeure agrégée,
École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa

Préparé pour le projet de recherche *La santé des femmes en milieux rural,
éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche* réalisée sous
l'égide du Réseau pancanadien pour la santé des femmes et le milieu (RPSFM)
et effectué conjointement avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

Août 2002

Projet n° 2 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé
relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné au Canada

Table des matières

Introduction	D3
Résumés des écrits de langue française	D4
Synthèse par thèmes	D23
Thème 1 : spécificité, santé et milieu rural	D23
Thème 2 : la santé des femmes	D26
Thème 3 : la santé des femmes en milieu rural	D27
Bibliographie	D30



Bibliographie commentée des écrits de langue française

Introduction

La première étape de cette revue de la littérature de langue française sur la santé de la femme en milieu rural a été de réaliser une recherche bibliographique à partir du moteur de recherche de la bibliothèque de l'Université Laval, du site de la CESAF et du site Google.ca. Les mots clés français utilisés sont : « femme », « fille », « santé », « rural », « campagne », « isolé », « milieu rural » et « ruralité ». Le terme « ruralité », joint avec « femme », est celui qui a donné le plus grand nombre de résultats en lien avec le sujet de recherche. De façon générale, les résultats de ces premières recherches ont été plutôt décevants, démontrant le grand besoin de recherches sur ce sujet. Toutefois, quelques bons articles ont permis, dans un deuxième temps, de trouver de nouvelles références. C'est donc en fouillant dans les bibliographies des

premiers articles trouvés que cette présente revue de littérature s'est construite. Une deuxième recherche a aussi été effectuée à partir des moteurs de recherche avec les mots clés français suivants : « agriculture », « agricole », « mine », « ferme », « forêt », « pêche ». Les mots clés « femme » et « agriculture » ont permis de retracer de nouveaux articles sur le sujet. Une fois les articles sélectionnés et photocopiés, un résumé de chaque texte lu et de ses sections pertinentes a été effectué. Par la suite, une synthèse de ces résumés a été réalisée, permettant ainsi de faire le constat des similitudes et des différences entre les textes en ce qui concerne leur traitement de la problématique et des 3 thèmes suivants :

- thème 1 : spécificité, santé et milieu rural
- thème 2 : la santé des femmes
- thème 3 : la santé des femmes en milieu rural

Selon Maria De Koninck (1994), pour agir sur la santé des femmes, il faut agir sur leur statut et leurs conditions sociales. La recherche dans le domaine de la santé doit porter sur l'identification des facteurs sociaux déterminants pour la santé et des moyens d'agir sur ceux-ci. La santé au travail est, selon Mme De Koninck, un domaine où les besoins de recherche sont les plus criants. Un autre volet est celui de la contribution des femmes en tant qu'intervenantes dans le domaine de la santé. Ces deux volets sont particulièrement touchés dans ce présent résumé de lecture.

Les recherches effectuées sur la santé et le travail de la femme en milieu rural porte très souvent sur les agricultrices. Yolande Cohen soulignait, en 1982, qu'à la fin de la première guerre mondiale, beaucoup de femmes ont rejoint les cercles de fermières. Elle énonce que : « *De cet après-guerre tumultueux à la grande crise de 1929-1931, les femmes rurales voient leur mode de vie radicalement transformé. Particulièrement sensibles aux transformations qu'une industrialisation accélérée opère dans une société canadienne française essentiellement rurale, les fermières s'engagent dans un processus d'adaptation au changement* ». Qu'en est-il aujourd'hui de la situation des femmes rurales? Ont-elles encore les moyens de s'adapter aux changements? Ont-elle accès aux services nécessaires afin de maintenir une bonne qualité de vie?

On se préoccupe aussi beaucoup de la contribution des femmes dans le secteur de la santé (en tant que salariée et non salariée). L'État transfère une partie de plus en plus importante des responsabilités en matière de maintien à domicile aux organismes bénévoles, où travaillent une majorité de femmes. Nombreuses sont les études qui soulignent l'impact particulièrement pernicieux pour les femmes du virage ambulatoire.

La collection « Femmes et développement des régions » a publié un document sur les conditions de vie des femmes et le développement régional et local pour toutes les régions du Québec. Les prochains résumés portent sur quelques-uns de ces documents. La plupart des documents mentionnent en entrée de jeu que les données concernant la situation des femmes existaient, mais qu'elles n'étaient pas compilées pour être rendues disponibles. Pour certains aspects, dont la situation par groupe d'âge, celle des personnes vivant seules ou les caractéristiques des personnes en affaires ou dans le secteur communautaire, les données sexuées étaient parcellaires, éparpillées ou inexistantes. Or, le gouvernement a réitéré sa volonté dans le *Programme d'action 2000-2003 – L'égalité pour toutes les Québécoises* d'intégrer à ses pratiques l'analyse différenciée selon les sexes, soit de mettre en place des mécanismes permettant de tenir compte, dans les analyses, les politiques, les programmes et les mesures législatives, des réalités propres aux femmes et aux hommes, dans les différents domaines de sa responsabilité.

Résumés des écrits de langue française

1) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans l'Outaouais, Collection « Femmes et développement des régions », Janvier 2000.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- La région n'est pas en très bonne posture en matière de soins périnataux. La rareté et la dispersion des ressources sur le territoire

sont d'autant plus inquiétantes dans une région où les infrastructures routières sont loin d'être toujours adéquates (p. 68).

- Seule région qui a parlé des femmes immigrantes : La situation de ces femmes est fort peu documentée et les femmes immigrantes nécessitent une approche en santé mentale qui tienne compte des références culturelles

et du contexte particulier de leur société d'origine (p. 73). On mentionne aussi les femmes autochtones (p. 80).

- En dépit de son taux élevé de césariennes, la région semble s'acheminer vers une pénurie de médecins pratiquant l'obstétrique. Le problème est d'autant plus crucial qu'on a consacré peu d'efforts pour étendre la pratique de sages-femmes (p. 74).
- Les taux de grossesse à l'adolescence sont parmi les plus élevés au Québec. La région dispose de peu de ressources à l'intention des jeunes femmes enceintes ou mères et ces services sont concentrés dans la CUO (p. 74).
- La région compte cinq maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, inégalement réparties sur le territoire et compte tenu de l'alourdissement des cas, celles-ci doivent refuser de nombreuses femmes qui s'adressent à elle (une femme qui a des problèmes avec la boisson et les drogues par exemple) (p. 79).

Contexte du virage ambulatoire :

- p. 69 = suivi postnatal et sortie précoce des hôpitaux
- p. 73 = situation des femmes âgées et de celles responsables des soins aux proches et l'impact du virage sur leur santé mentale

2) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Abitibi-Témiscamingue, Collection « Femmes et développement des régions », Juillet 1999.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- En Abitibi-Témiscamingue, l'étendue du territoire n'est pas sans répercussion sur la vie quotidienne de la population. Malheureusement, il existe peu de données sur la situation des femmes en milieu rural. Néanmoins, l'accessibilité à certaines ressources, notamment les services de garde

et de transport, doit être prise en considération puisqu'elle influence grandement leur accès au marché du travail ou aux services. On remarque à cet égard que les services de garde de la région sont beaucoup moins développés que dans l'ensemble du Québec, entre autres il y a un manque de 2 433 places en garderie (p. 39).

- Bien qu'il soit difficile de connaître exactement la répartition des services de garde entre les zones urbaines et rurales, on convient qu'ils sont majoritairement installés en milieu urbain et qu'ils sont mieux adaptés à la réalité de ce milieu. À l'inverse, par exemple, ils sont souvent peu compatibles avec les horaires des agricultrices. De plus, les normes encadrant l'ouverture de garderies, notamment en milieu scolaire, sont parfois difficilement applicables dans les petits milieux ruraux, freinant d'autant le développement de tels services (p. 40).
- Les résidentes des milieux ruraux, et notamment les femmes vieillissantes, vivent avec particulièrement d'acuité la difficulté de se déplacer sur le territoire. L'absence de transport en commun, ainsi que la détention moins fréquente d'un véhicule automobile et même d'un permis de conduire, pour des raisons culturelles et économiques, rendent plus ardue leur mobilité quotidienne. (p. 40).
- Les grossesses à l'adolescence = Il importe de souligner l'absence, dans la région, de services scolaires spécialisés à l'intention des adolescentes enceintes ou des jeunes mères ainsi que le recours moins fréquent à l'avortement (p. 43). Il semble étonnant que dans une région où existent cinq centres hospitaliers et six établissements ayant une mission de CLSC, 13,9 % des femmes se rendent dans une autre région, principalement à Montréal, pour recevoir ces services. Doivent-elles se déplacer en l'absence de ressources (IVG de premier trimestre seule-

ment), de délais trop longs ou encore pour d'autres raisons, tel le désir de confidentialité? (p. 43) (*voir l'article sur l'avortement*)

- L'exode des jeunes provoque le vieillissement de la population dans les petites localités et deuxièmement, les personnes âgées se déplacent vers les centres urbains afin de se rapprocher des services adaptés à leurs besoins. Les personnes âgées qui restent ont besoin d'aïdantes naturelles puisqu'il y a moins de services (p. 47 et 48).

Décentralisation :

Le Conseil du statut de la femme estime qu'on doit considérer la distribution des programmes de santé et de services sociaux comme une donnée importante du projet de régionalisation et de décentralisation, spécialement en vue de s'assurer de l'accessibilité de ces services sur l'ensemble du territoire (p. 44).

Contexte du virage ambulatoire :

Virage = vieillissement de la population = grand besoin d'aïdantes naturelles (p. 48)



3) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Chaudière-Appalaches, Collection « Femmes et développement des régions », Décembre 2000.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- Les étudiantes, beaucoup plus que les étudiants, sont concentrées dans quelques familles de programmes. Ces options mènent à des emplois traditionnellement féminins, parfois peu reliés aux orientations stratégiques régionales, une situation qui les expose au chômage ou les incite à l'exode (p. 68).
- Grande disparité au niveau du revenu (p. 68) et de l'accès aux services (p. 70) au sein d'une même région.

- La non disponibilité ou l'insuffisance de certains services essentiels à la participation professionnelle ou sociale limite beaucoup l'activité des femmes, particulièrement en milieu rural. Elles sont d'autant plus touchées lorsqu'elles sont seules, isolées ou lorsqu'elles exercent des responsabilités familiales à l'égard des enfants et à l'égard des parents en perte d'autonomie (p. 71).
- Les services publics de transport en commun urbains et suburbains sont minimales en région (p. 72).

Les femmes doivent avoir la libre disposition de leur corps et exercer librement leur maternité. C'est pourquoi on ne peut que déplorer la stagnation du dossier des services d'interruption volontaire de

grossesse et de planification des naissances dans la région. Pour l'année 1997, des 867 femmes de la région qui ont subi une IVG, seulement quatre d'entre elles l'ont obtenue en Chaudière-Appalaches, ce qui représente, et de loin, le plus faible taux de

rétention au Québec (p. 72). (*voir l'article sur l'avortement*)

- D'importants changements démographiques sont à prévoir... Vieillissement de la population, exode des jeunes, dissolution des familles... De ces phénomènes découlent une augmentation du nombre de personnes vivant seules qui présentent des problèmes plus importants que le reste de la population sur les plans économique et sociopsychologique. Ces phénomènes risquent d'avoir un impact renforcé en contexte rural, principalement dans les milieux dévitalisés et isolés. De plus, ces transformations démographiques affectent particulièrement les femmes parce que 1) elles sont plus nombreuses dans le groupe des 65 ans et + et parmi les chefs de

famille monoparentale, 2) leur espérance de vie est plus longue et elles sont des plus grandes utilisatrices des services sociaux sanitaires donc vont souffrir davantage des coupures dans les services de santé et...

Contexte du virage ambulatoire :

- et 3) dans le contexte du virage ambulatoire, pour des raisons familiales et culturelles, les femmes sont plus interpellées comme aidantes naturelles (p. 74).

4) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans le Bas-Saint-Laurent, Collection « Femmes et développement des régions », Janvier 2002.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- Faire face aux changements démographiques en cours, c'est-à-dire que certaines municipalités plus rurales détiennent des proportions de personnes de 65 ans et plus parmi les plus élevées au Québec (Basques, de La Mitis et Kamouraska), cette évolution risque d'entraîner une réduction du bassin des bénévoles, un risque plus grand d'essoufflement du support familial et des attentes plus grandes des proches aidantes et aidants vis-à-vis le réseau des services sociosanitaires, dans le groupe des 75 ans et plus, les femmes sont en majorité et elles se retrouvent souvent seules, sous le seuil de la pauvreté et en mauvaise santé (p. 81 et 82).
- Améliorer la participation des femmes au développement des collectivités, notamment par leur intégration au marché du travail : les Bas-Laurentiennes connaissent des taux d'activité et d'emploi inférieurs et un taux de chômage plus important, elles ne

touchent que les $\frac{2}{3}$ du revenu masculin moyen de la région, elles sont moins scolarisées (nombreuses à n'avoir par poursuivi leurs études au-delà du secondaire), etc. Par contre, le Syndicat des agricultrices du Bas-Saint-Laurent dénombre 693 productrices agricoles détenant des parts dans une des 1900 entreprises agricoles de la région, ce qui représente une proportion près de deux fois plus élevée que dans l'ensemble du Québec. Au niveau des services, un seul groupe de femmes intervient sur les questions liées à l'intégration au marché du travail : Ficelles pour l'accès des femmes au travail, à Rimouski (p. 86 et 87).

- Il manque de places en garderie. De plus, on demande que les services de garde mis sur pied tiennent compte de la demande provenant des différentes parties du territoire et qu'on évalue les besoins liés aux divers horaires d'études et de travail, dont ceux des agricultrices (p. 87).
- Mieux comprendre et agir plus efficacement sur la santé des femmes et contre la violence qu'elles subissent. Deux fois plus de femmes que d'hommes ont un poids insuffisant, elles rapportent plus d'un problème de santé, elles ont davantage consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, elles consomment plus de médicaments et les troubles affectifs, dépression et troubles anxieux affecteraient davantage les femmes que les hommes (p. 89).
- On demande d'accroître les services à l'externe et d'adapter les services à la réalité rurale en ce qui concerne les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence (p. 90).

*...dans le groupe des
75 ans et plus, les
femmes sont en majorité
et elles se retrouvent
souvent seules, sous le
seuil de la pauvreté et
en mauvaise santé.*

5) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, Collection « Femmes et développement des régions », Mars 2000.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- Cette région réunit les trois communautés qui constituent la nation micmaque du Québec, il est donc important de souligner combien les informations sur la réalité des femmes de ces communautés font défaut (p. 45). Dans les mesures proposées à la page suivante, on souligne l'importance de mieux connaître les besoins économiques et sociaux des Amérindiennes de la région, résidentes des différentes collectivités autochtones ou vivant hors réserve.
- S'assurer que les femmes bénéficient des conditions nécessaires pour s'intégrer au marché du travail et contribuer à la diversification de l'économie régionale : les femmes de la région présentent un taux de chômage deux fois plus élevé que l'ensemble des Québécoises, elles se concentrent majoritairement dans le secteur tertiaire, leur revenu moyen s'établit à 80 % de celui de la moyenne des travailleuses du Québec, elles sont sur-représentées à l'aide sociale, plus du quart d'entre elles possèdent moins d'une 9^e année, elles choisissent des options d'enseignement qui mènent à des emplois traditionnellement féminins, etc. (p. 56 et 57).
- Les changements démographiques qui s'expriment notamment par le vieillissement de la population, l'exode des jeunes et des familles. Les femmes sont affectées par les transformations démographiques en cours parce qu'elles sont plus nombreuses parmi les aînés, parce que l'exode des jeunes et des familles déstructure le réseau de soutien naturel des femmes âgées, largement fondé sur leurs enfants et petits-enfants, ces départs leur font perdre leur capacité de se déplacer sur le territoire, le transport collectif est peu organisé, etc. (p. 57 à 59).

- Il y a un lien entre l'âge et la pauvreté, surtout lorsqu'il s'agit des femmes. Or, il est maintenant prouvé que la prévalence de problèmes de santé physique et mentale est plus élevée chez les personnes économiquement défavorisées (p. 60).
- La santé sexuelle et reproductive des femmes : la région est loin de disposer de toutes les ressources médicales nécessaires. Dans deux des municipalités, on retrouvait 46 omnipraticiens en avril 1997 alors que les besoins reconnus, selon il en aurait fallu 61 (p. 64). Les Femmes de cette région qui désirent interrompre une grossesse sont plus nombreuses à utiliser des services situés en dehors de leur région de résidence. Dans la région, seuls deux centres hospitaliers pratiquent des avortements : ces deux établissements n'interviennent que jusqu'à 11 et 12 semaines. Le problème de confidentialité se pose aussi car pour les femmes de la péninsule qui ne disposent pas de transport privé (les adolescentes), il est difficile de se rendre à Gaspé sans que personne ne le sache (p. 65). La plus forte proportion des naissances chez les 15 à 19 ans a eu lieu dans la municipalité d'Avignon où sont situées les deux réserves micmaques du territoire (p. 66).
- On termine en parlant de santé mentale et de violence conjugale (comme dans les documents précédents).

6) Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans Lanaudière, Collection « Femmes et développement des régions », Juin 2001.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- Intégration socioprofessionnelle et participation sociale : Très positif contrairement aux autres régions... Avec une proportion de jeunes de 0 à 14 ans nettement supérieure à la moyenne québécoise, Lanaudière se retrouve parmi les régions les plus jeunes du Québec (p. 87). En 1997, 34 agriculteurs

de la relève étaient des femmes, soit 12,8 % de l'ensemble de la relève agricole de la région. (Les 674 femmes propriétaires d'entreprises agricoles qu'on dénombre dans Lanaudière représentent la quart des propriétaires agricoles, une part plus grande qu'au Québec, p. 93). En 1998, les filles, qui sont à l'origine de la majorité des inscriptions lanaudoises dans des universités, privilégiaient les sciences administratives, les sciences de l'éducation et les sciences humaines. L'indice de fécondité y est supérieur qu'au Québec (p. 88).

- Ce rapport porte une attention toute particulière sur les femmes handicapées et autochtones; elles sont plus touchées par la sous-scolarisation et le chômage (un des seuls rapports qui parle des femmes handicapées, voir p. 93).

Contexte du virage ambulatoire :

- Non seulement le virage ambulatoire a-t-il généré un alourdissement des responsabilités pour les femmes, mais la transformation des services en santé mentale a pu affecter l'accès aux services dont elles sont d'importantes utilisatrices (p. 99). Les femmes aidantes qui cohabitent avec l'aidé ont une perception moins favorable de leur santé, elles sont plus nombreuses à utiliser des tranquillisants et elles éprouvent plus de contraintes à la vie sociale que les non-aidantes (p. 101).

N.B. : Cette région est à 45 à 50 minutes de Montréal, on peut peut-être considérer qu'elle fait partie de la grande région métropolitaine de Montréal, peut-être est-ce pour ça que sa situation est si positive?

7) Côté, J., Desmartis, M., Caron, M. et Ouellet, L. (1993). *Le point de vue des leaders d'opinion sur la maladie mentale et la réinsertion sociale en milieu rural*. Beauport : Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard. Rapport conçu pour le

Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

N.B. : L'étude a été réalisée dans la municipalité de L'Islet, Chaudière-Appalaches. La moitié des villages retenus pour l'enquête ont une population de moins de 800 habitants et la tendance est à la baisse.

Perceptions du milieu de vie (p. 38, 39 et 40)

- Les aspects positifs sont le milieu physique (environnement sain, tranquillité, etc.) et la solidarité et l'entraide existant dans « ce milieu rural où les gens se connaissent tous et sont au courant des affaires de tous ».
- Les aspects négatifs sont
 - 1) l'isolement : « C'est une région fermée, éloignée des grands centres. On est loin, on est inaccessible en quelque part... »
 - 2) Les problèmes économiques, le manque de travail, le nombre important d'assistés sociaux : « C'est affreux ici le coin, il manque d'ouvrage. Moi je dirais que sur l'ensemble de la population ici, il y a le tiers qui est sur le B.S. »
 - 3) L'exode des jeunes qui a un effet sur la pyramide d'âge; non seulement la population diminue mais elle est vieillissante.
 - 4) L'alcoolisme, la consommation de drogues et la violence (chez les jeunes, il y a ceux qui se scolarisent et s'en vont et ceux qui restent...)

Perceptions des ressources et des services de santé mentale de la région : (p. 42 et plus)

- Selon les personnes interrogées qui habitent St-Pamphile ou les localités voisines, les seules ressources disponibles sur ce territoire sont les CLSC.

Principaux problèmes associés aux ressources institutionnelles : (p. 45)

- Certaines personnes perçoivent leur région comme étant défavorisée au niveau médical étant donné surtout le manque de médecins et le problème de leur inaccessibilité à certaines périodes du jour et de la semaine. Cette situation est vue comme déplorable surtout dans des situations d'urgence :

« Au point de vue médical, tu es défavorisé. S'il t'arrive un accident grave, tu es à une demi-heure du premier médecin. Tu ne peux pas avoir de secours vite. Mais au point de vue des autres ressources comme le CLSC, on est habitué de même, on s'organise pour y aller aux heures que c'est ouvert ».

- Le fait que le CLSC soit fermé les soirs et fins de semaines contribue à créer un sentiment d'insécurité et d'isolement, principalement chez les personnes âgées ou chez les mères de jeunes enfants (p. 51).

Attitudes de la population face à l'utilisation des services : la population semble encore peu informée des services offerts par le CLSC (p. 46)

Les ressources alternatives et communautaires : (p. 47)

- Les auteurs notent qu'il semble exister sur ce territoire un certain nombre de ressources communautaires. Étant donné la taille de la population, on retrouve souvent les mêmes personnes à la tête de ces organismes. Les auteurs mentionnent les comités de bénévoles et les aidants naturels sans spécifier si ce sont majoritairement des femmes.
- Les auteurs font référence à la famille, qui est perçue comme le cadre le plus naturel pour la réinsertion sociale, lorsqu'ils parlent d'aidants naturels.

Problèmes reliés à la réinsertion sociale et aux améliorations souhaitées : (p. 49)

- Selon les personnes interviewées, le principal problème rattaché au traitement de la maladie mentale est celui du transport vers les services de psychiatrie de Montmagny. En effet, ceux qui n'ont pas d'automobile perdent souvent une journée complète pour aller voir leur psychiatre durant 15 minutes.

8) Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1999). Des femmes et de soins. L'expérience des aidantes naturelles au Saguenay. *Recherches féministes*, 12(1) : 63-81.

But de l'étude (p. 64) :

Chercher à mieux comprendre l'effet de la prestation des soins sur l'existence de ces

femmes qui vivent avec un ou une proche qui dépend d'elles au Saguenay. Leur expérience est partagée par d'autres femmes du Québec. Cependant, elle a cours dans un contexte géographique et social particulier, celui d'une région marquée par son isolement des grands centres urbains du Québec. Cette étude locale devient donc un élément pertinent en vue d'une appréciation globale de la prise en charge par les femmes en contexte québécois.

La méthode et le contexte (p. 65 et 66) :

- Les auteurs ont opté pour la méthode bibliographique et des entrevues semi-dirigées. L'échantillon a été constitué sur la base du type de lien que l'aidante peut entretenir avec une personne aidée : mère, conjointe, sœur, fille. L'autre critère de constitution de l'échantillon reposait sur la prise en charge en contexte démographique. Les auteurs ont exclu les cas relevant du virage ambulatoire donc l'étude ne touche pas aux situations de périnatalité et de chirurgie d'un jour. L'échantillon comprend des femmes inscrites dans une démarche de « suivi de clientèle » par un CLSC.
- Les femmes ont été invitées à relater leur expérience de prestation de soins à partir de quatre thèmes : 1) la description du déroulement de la prise en charge afin d'amasser des données factuelles sur les personnes visées, de connaître l'histoire de la relation aidante-personne aidée; 2) l'aidante décrivait les soins exigés par la situation de la personne aidée ainsi que la perception qu'elle avait de ce type de relation; 3) les conséquences de la prise en charge sur les divers aspects de la vie de l'aidante avec un accent particulier sur les motivations la poussant à persévérer; et 4) un examen du soutien obtenu des établissements du système socio-sanitaire et d'organismes de la société civile.
- Le Saguenay a comme profil particulier d'être marqué par l'éloignement des principaux centres urbains. Cette région voit se

côtoyer des zones urbaines, semi-rurales et rurales, et l'accès aux services de santé peut varier de façon importante d'un lieu à l'autre.

- Pour avoir des statistiques qui démontrent que ce sont les femmes qui s'occupent des soins à domicile, voir p. 67.

Problèmes mentionnés liés au milieu rural :

- Des femmes dont la situation socioéconomique est précaire nous ont démontré une tendance à percevoir négativement l'accessibilité ou l'existence des divers services offerts par les établissements de santé. Cette caractéristique de l'expérience des aidantes prend un caractère particulier dans une région comme le Saguenay où la situation socioéconomique des femmes est moins favorable que celles des hommes de la même région et que celle des Québécoises en général. (ce profil des aidantes exercerait une influence sur leurs possibilités de demander et d'obtenir de l'aide institutionnelle, p. 71).
- La Saguenay présente aussi des particularités sur le plan de la santé publique qui peuvent accentuer la potentialité quant à la prestation de soins. En effet, des études récentes ont révélé une surmortalité générale de 8 % dans la région Saguenay-Lac-Saint-Jean par rapport au Québec au cours des 15 dernières années, cette situation demande un investissement considérable de la part du milieu naturel, particulièrement les femmes qui seront en

première ligne de la prestation des soins à leurs proches affectés par ces conditions difficiles (p. 71).

- Les auteurs notent qu'on aurait pu s'attendre que les réseaux sociaux soient plus présents auprès des aidantes au Saguenay que dans des grands centres urbains. La réputation de solidarité imputée à la région pourrait aussi laisser croire que les milieux naturels y sont aisément mobilisés. L'expérience de certaines informatrices est différente (Les auteurs donnent un exemple à l'aide d'une citation d'une aidante qui ne reçoit pas de soutien).
- Résider dans une petite localité peut parfois être une source supplémentaire de stress, celle que procure la honte ou la gêne de la marginalité causée par une condition de santé ou par un ou une enfant qui présente des différences. (Les auteurs donnent deux exemples, dont une citation d'une aidante auprès de sa mère, de sa fille et de son conjoint!, p. 73).

La conclusion émise par les auteurs ne dénote rien de particulier au milieu rural. On parle plutôt des nombreux bouleversements qu'a engendré la prise en charge d'une personne. On dit que les relations au sein du couple et de la famille s'en sont trouvées modifiées. Dans certaines situations marquées par la surcharge et l'épuisement, ces femmes avaient une perception négative de leur santé et que le soutien disponible pour les aidantes naturelles présentait un caractère temporaire et limité (p. 75).

...l'État transfère une partie de plus en plus importante des responsabilités en matière de maintien à domicile aux organismes bénévoles, où travaillent une majorité de femmes...

Les auteurs terminent en parlant du rôle de l'État (pp. 76-77). Entre autres, on mentionne que l'État transfère une partie de plus en plus importante des responsabilités en matière de maintien à domicile aux organismes bénévoles, où travaillent une majorité de femmes... L'État mise sur le travail gratuit et invisible des femmes pour préserver sa couverture sociale ce qui lui permet d'enregistrer des économies... La réduction de la part des soins revenant à l'état n'enlève rien à la nécessité de soins : les femmes compensent plutôt ce désengagement par une mobilisation de leurs temps et ressources personnelles.

N.B. : Ces auteurs ont écrit un document (une sorte d'avant-projet) avant celui-ci dont voici la référence :

Tremblay, M., Bouchard, N. et Gilbert, C. (1997-1998). *Les aidantes naturelles et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie : santé des femmes et défi des solidarités familiales et sociales*. Montréal : Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium de l'Université de Montréal.

9) Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1996). Les solidarités fragiles : Les femmes et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie. Sous la direction de Camil Ménard et Florent Villeneuve. *Projet de société et lectures chrétiennes. Actes du Congrès 1996 de la Société canadienne de théologie. Québec : Éditions Fides, 171-186.*

C'est le même type de recherche sur l'expérience des femmes en situation de prise en charge. Ils ont recueillis quatre récits de vie de femmes âgées entre 35 et 45 ans dont une originaire du Saguenay (mais on ne sait pas si elle demeurerait toujours là au moment de l'entrevue). Le lieu de résidence n'a pas d'importance dans cet article, on ne fait pas de lien avec le milieu rural. En termes de conséquences liés à une prise en charge, les auteurs soulignent un alourdissement des

tâches qui entraîne une réorganisation de l'horaire, un changement d'emploi ou l'obligation de se retirer du marché du travail; des conséquences au plan de la vie conjugale et familiale; les vacances et les temps de repos deviennent moins nombreux; stress et épuisement; etc.

10) Fontaine, S., Laplante, É. et Rinfret, M. (1988). *La question de l'avortement au Québec. Document adopté par le Conseil du statut de la femme.*

Faits saillants : (p. 7)

- 65 % des avortements sont pratiqués dans la région de Montréal.
- Quant aux avortements pratiqués à partir de la 16^e semaine, ils concernent bien davantage les jeunes femmes puisque 30 % de ces avortements concernent les femmes de 19 ans et moins et 53 % les femmes de 20 à 29 ans.

L'accessibilité, le problème majeur... : (p. 9-10)

- L'accessibilité aux services d'avortement reste encore très variable d'une région à l'autre. Les données indiquent que près de sept avortements sur 10 sont pratiqués dans la grande région de Montréal. De plus, on note que seulement deux régions sur 11 ont des ressources offrant une gamme complète de services d'avortement, soit l'Estrie et Montréal où on peut obtenir un avortement jusqu'à 20 ou 22 semaines de gestation. Pour une grossesse dépassant 18 semaines, Montréal est le seul lieu où les femmes des autres régions peuvent avoir le service puisque, à ce stade, le centre hospitalier de Sherbrooke refuse les femmes venant de l'extérieur de la région.
- Certaines régions et sous-régions n'ont aucun service d'avortement, notamment celles du Témiscamingue, de Lanaudière, du Nouveau-Québec, des Bois-Francs et de la Beauce.

11) Busque, G. (1987). Les besoins et les ressources des femmes dans l'agriculture. Dans : *Place aux femmes dans l'agriculture. Document préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa.*

Cet article a été écrit suite à des entrevues téléphoniques réalisées par l'auteure auprès d'agricultrices ou de personnes reliées au monde de l'agriculture et ce, de Terre-Neuve à la Colombie-Britannique. Selon elle, la documentation disponible ne permet pas de tracer un portrait précis et d'autres recherches sont indispensables (p. 13). Cet article avait pour but de rejoindre les agricultrices elles-mêmes dans la lutte qu'elles mènent pour préserver la qualité de vie en agriculture. Cette qualité de vie s'incarne dans des éléments très concrets; la garde des enfants, les services de santé, l'élimination du problème des femmes victimes de violence et l'accès à la formation sont autant de domaines pour lesquels les agricultrices manifestent de l'intérêt. De plus, l'accès au crédit et à la propriété, par exemple, sont au cœur de la situation économique des agricultrices, laquelle est à son tour au cœur de la reconnaissance qui doit leur être accordée (p. 14). L'auteure se penche sur quelques éléments qui jouent sur la santé des agricultrices :

1) Les services de garde :

La question de la sécurité des enfants devient de plus en plus importante. Les agricultrices sont de plus en plus nombreuses à assumer un travail à l'extérieur de la ferme et le nombre d'heures qu'elles y consacrent augmente (soutien financier nécessaire pour accéder au travail agricole à plein temps). Elles continuent d'avoir un peu plus d'enfants que les femmes des milieux urbains, bien que l'écart diminue sensiblement. Selon une étude ontarienne, 53 % des mères ayant des enfants de moins de 12 ans doivent les amener aux champs pendant qu'elles accomplissent les travaux agricoles. L'accès à des services de garde qui tiennent compte de ces réalités devient donc

important (p. 16 et 17). L'auteure donne à l'appui les résultats préliminaires d'une enquête menée au Québec par le bureau de la répondante à la condition féminine du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, par l'entremise du journal *La Terre de Chez-Nous*, indiquent que 100 % des femmes ayant des enfants de 0 à 17 mois ont répondu avoir besoin d'un service de garde (p. 18). Il faut donc tenir compte des heures indues, périodes de pointe, isolement géographique dans une forte proportion, manque de transport en commun, etc., lorsque l'on cherche des solutions pour les services de garde. Il y a place, par exemple, pour des services de garde au domicile même des parents, solution habituellement moins favorisée en milieu urbain, mais une formule que semble apprécier davantage les agricultrices (p. 20). De plus, la question des coûts devient un enjeu : déjà trop souvent aux prises avec des problèmes de survie financière, il reste peu ou pas d'argent pour les services de garde (p. 24).

N.B. : *La Terre de Chez-Nous* est le journal du Cercle des fermières.

2) La santé et la sécurité sur les fermes :

Le travail agricole génère ses propres catégories de troubles et de problèmes de santé. Le maintien de la qualité de vie dans ce milieu se révèle étroitement lié à la promotion de la santé. L'intérêt pour les services sociaux et de santé disponibles dans les milieux ruraux est donc de première importance. Les femmes qui habitent des régions éloignées souffrent de l'isolement géographique qui les oblige à parcourir de longues distances : le problème est criant lorsqu'il faut avoir recours aux services de spécialistes, soit de façon urgente, soit sur une base régulière. Il y a un manque de services spécialisés. On trouve moins de médecins par personne et moins de places disponibles dans les hôpitaux que dans les centres urbains (p. 25 et 26).

On note aussi l'absence de gynécologues, de pédiatres, de services pour les enfants handi-

capés et pour les personnes âgées ce qui constitue souvent une source d'inquiétude pour les femmes. Dans certaines régions, aucun service d'information sur la planification des naissances n'est disponible (encore moins pour l'avortement). D'après l'auteure, un fait reste certain, les femmes du milieu rural fondent leur appréciation des services de santé sur leur capacité de parcourir les distances qui les séparent des centres où elles peuvent trouver ces services (p. 26).

Tout comme leurs conjoints, elles subissent, à l'occasion, les effets nocifs de l'utilisation d'insecticides et de divers produits chimiques : malformations congénitales, avortements spontanés, enfants morts-nés ou prématurés, cycle menstruel irrégulier, d'autres types de production sont rapidement absorbés et transportés par le sang et ils attaquent parfois le système nerveux, les allergies, les problèmes respiratoires (notamment le « poumon du fermier » qui résulte de l'inhalation de spores moisies qui s'échappent lors de la manipulation du foin ou des céréales humides), les maux de dos et la baisse d'acuité auditive (conséquence de la mécanisation du travail agricole) (p. 26 à 28). L'auteure souligne qu'il demeure à peu près impossible de donner une perspective globale sur ces questions et relate ainsi des phénomènes ayant déjà fait l'objet d'études (p. 26).

3) *Le stress :*

L'auteure souligne principalement l'importance des facteurs liés à la situation financière des agricultrices et agriculteurs : problèmes d'argent qui poussent les femmes à chercher un travail à l'extérieur de la ferme et de longues semaines de travail (jusqu'à 100 heures (p. 28 et 29).

4) *La sécurité :*

Les accidents mortels liés au travail agricole font de ce secteur d'activités l'un des plus dangereux. Les nouvelles technologies ne sont pas étrangères à l'augmentation des taux d'accidents (p. 29). De nombreuses agricultrices amènent les enfants lorsqu'elles



travaillent aux champs. Dans son numéro de septembre 1985, le *Farm Women News* a demandé à ses lectrices de faire l'essai de sièges d'enfants sur des tracteurs munis d'une cabine (p. 30).

5) *Les solutions :*

Voici quelques solutions émises par

l'auteure : Que des objectifs de décentralisation des soins médicaux soient poursuivis pour permettre l'accès aux services dans toutes les régions. Au Québec, le gouvernement a voulu décourager les médecins de s'installer à Montréal ou à Québec en diminuant pour ces villes les tarifs de base qu'il accorde habituellement et en augmentant jusqu'à 120 % les tarifs des médecins qui s'installent dans des centres où il y a pénurie de services médicaux (p. 30). Le tout doit s'accompagner d'une meilleure information, recherche et plus d'actions. Par exemple, rendre accessible de l'information sur la planification des naissances. Au Québec, les Cercles de fermières ont recommandé que la profession de sage-femme soit légalement reconnue et régie de façon autonome et que la formation requise soit donnée à l'université (p. 31). En ce qui a trait à la sécurité, les provinces, particulièrement l'Ontario, ont adopté des mesures ou développer des initiatives en ce sens. Au Québec, le comité régional des femmes en agriculture du Saguenay–Lac St-Jean a sollicité l'appui financier d'une compagnie d'assurances pour

qu'un cours de prévention soit donné aux enfants de 4 à 7 ans, de 8 à 11 ans et de 12 à 15 ans (p. 34).

6) *Les besoins pour les femmes victimes de violence :* Selon l'auteure, la violence conjugale en milieu agricole est influencée par les mêmes facteurs que dans les autres milieux (pas de différence entre le milieu rural et le milieu urbain).

Par contre, il existe la difficulté de garder l'anonymat qui rend, dans le milieu rural, tout appel à l'aide déjà suffisamment difficile. De plus, en milieu rural, les moyens d'y faire face sont plus dispersés et plus fragiles. L'absence de maisons de transition et d'hébergement, le manque de services sociaux adéquats et les conditions atmosphériques parfois défavorables, accentuent l'isolement à des degrés divers et rendent plus difficile à affronter une situation qui demande déjà beaucoup de courage (p. 37). La formule des familles d'hébergement semble prendre de la popularité au Canada, mais l'auteure souligne qu'en milieu rural, la famille d'hébergement n'est pas un lieu anonyme et qu'un homme peut facilement y retracer sa conjointe. (p. 38 et 39).

7) *Les besoins en matière de formation :*

L'auteure reprend les résultats de l'étude de Suzanne Dion qui a cerné les besoins de formation des agricultrices à partir de l'analyse de leur situation et des résultats d'un questionnaire distribué à 52 000 femmes du milieu agricole québécois. Ce sont deux domaines professionnels qui viennent au premier rang de la formation que souhaiteraient recevoir les agricultrices : situation de la femme en agriculture (49 %) et économie agricole (48 %). Viennent ensuite des sujets de formation personnelle comme les techniques artisanales (32 %), la psychologie du couple (32,3 %), l'affirmation de soi (21,8 %), etc. (p. 40 à 42).

Quelques initiatives ont vu le jour ces dernières années concernant le besoin en matière de formation. Au Québec, on a observé que même s'il existe des programmes de formation agricole pour adultes, les femmes y participent en nombre restreint et cela pour

différentes raisons. Les agricultrices qui prennent le plus de responsabilités et celles qui sont le plus engagées financièrement semblent être plus motivées. Les autres invoquent le manque de temps, l'éloignement, la participation de leur conjoint qui passe avant la leur et parfois aussi le fait qu'à cause de leur statut, elles n'ont pas le droit de s'inscrire à certains programmes (p. 42-43). Toujours au Québec, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, par l'entremise du Bureau de la répondante à la condition féminine, a lancé un plan d'action en 1986 intitulé *Du partage des tâches au partage des pouvoirs*. Ce plan vise en général à développer les programmes nécessaires pour assurer aux agricultrices un rôle visible et complet dans l'agriculture au Québec (p. 45).

8) *Les références intéressantes :*

Bureau de la répondante à la condition féminine (1986). *Du partage des tâches au partage des pouvoirs : Plan d'action triennal*. Québec : ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

Dion, S. (1985). *Les besoins de la formation professionnelle des agricultrices*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

Direction générale de l'éducation des adultes (1984). *Femmes en agriculture*. Québec : Ministère de l'Éducation.

12) Masson, D. (1994). S'organiser pour s'autodévelopper : Organisations de femmes et développement au Saguenay-Lac-St-Jean. Dans : Marie France Labrecque (Dir.) *L'égalité devant soi : Sexes, rapports sociaux et développement international*. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international.

But :

L'objectif de l'article est d'éclairer certaines dimensions du rôle que jouent, dans les faits, les organisations de femmes comme lieu d'émergence d'un développement autre,

c'est-à-dire « par et pour les femmes », en région périphérique d'un pays développé. L'auteure note que devant la pénurie de données empiriques sur les organisations actuelles du mouvement des femmes au Québec, plus particulièrement en région, elle s'en tient à une description de ce que sont les organisations de femmes et de ce qu'elles font (p. 65).

Particularités du milieu :

Région peu peuplée (moins de 30 000 personnes) et relativement isolée. Beaucoup d'emplois considérés traditionnellement comme masculins, bien payés et syndiqués. Par contre les femmes trouvent peu d'emploi, sinon dans le secteur tertiaire, lui-même peu diversifié. Le chômage féminin y est plus élevé que dans les autres régions et le nombre d'emplois à temps partiel y est plus grand (p. 66).

À la fin des années 1980, le répertoire des groupes de femmes, publié par le Conseil du statut de la femme, recensait 815 organisations de femmes au Québec, et ceci sans compter les quelque 870 cercles locaux des Cercles de fermières du Québec et les 600 cercles de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS). Dans la seule région du Saguenay-Lac-St-Jean, il y a 150 organisations reliées de près ou de loin au mouvement des femmes (p. 66).

Ce qu'elles sont :

On retrouve quatre grands types d'organisations de femmes sur le territoire qui nous occupe :

- 1) les organisations dites traditionnelles, c.-à.-d. les Cercles de fermières et ceux de l'AFEAS;
- 2) les groupes de services (maison d'hébergement, groupes d'aide en périnatalité, etc.);
- 3) les associations à base identitaire (femmes d'affaires); et
- 4) les regroupements régionaux (coalition pour le libre-choix) (voir description et explication p. 67 à 73).

Ce qu'elles font (p. 74 à 77) :

Elles interviennent sur deux plans : 1) les femmes elles-mêmes (les jeunes mères, les femmes violentées, etc.) et 2) la société, le milieu social en général (le milieu agricole, le monde des affaires, etc.). Les deux secteurs d'intervention majeurs dans les activités des groupes de femmes de la région : 1) l'accès des femmes au marché du travail, comme entrepreneures autant que salariées, et 2) la violence faite aux femmes. À ceux-ci, on peut ajouter également la santé physique et mentale des femmes, leur autonomie financière et la maternité (l'auteure ne discute pas de ces derniers points dans l'article). Le travail est considéré comme une condition essentielle à l'autonomie des femmes, elle-même garante dans une large mesure de leur accès à l'autonomie personnelle (particulièrement dans une région où, le taux d'activité des femmes est de 10 % inférieur à celui de l'ensemble du Québec, où le salaire moyen est plus faible et où les emplois féminins sont peu diversifiés). Voir la p. 76 afin de connaître ce que chaque cercle ou association fait comme intervention au niveau de l'emploi. En ce qui concerne la violence, elle aurait une plus grande incidence dans cette région (une femme sur cinq) contrairement à une femme sur sept pour l'ensemble du Québec. En p. 77, l'auteure énumère les interventions des groupes de femmes à ce sujet.

L'auteure se questionne en dernier point sur le sens « d'intérêt collectif des femmes » défendu par les organisations du mouvement des femmes en région. Elle souligne à cet effet que, hormis les intérêts de genre immédiats, on retrouve également la représentation d'une multitude d'intérêts particuliers. Elle donne comme exemple la distance et l'incommunicabilité entre le mouvement – blanc, francophone – et l'Association des femmes montagnaises de la région qui illustrent l'état de l'articulation des clivages de genre et ethniques (p. 81).

13) **Dion, S. (1991). Les agricultrices québécoises depuis 1981. Sous la direction de Black, N., Cuthbert Brandt, G., Rouyer, M.-C. et Guillaume, P. Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine, Centre d'études canadiennes.**

N.B. : Article écrit en 1991, mais fait référence à une enquête réalisée au printemps 1981. Voici ce qui ressort principalement de cette enquête...

1) *La contribution des femmes à l'agriculture* (p. 24 à 27) :

- En échange de ces investissements (longues heures de travail, nombreuses tâches à réaliser, etc.), les agricultrices recevaient peu de gratifications financières et elles étaient peu nombreuses à avoir des titres de propriété.
- Ces femmes aiment l'agriculture pour a) la qualité de vie et b) la possibilité de concilier les rôles de mère, d'épouse et d'agricultrice.
- Les principales raisons pourquoi les femmes n'allaient pas aux réunions syndicales étaient la surcharge de travail et le fait qu'elles restaient à la maison pour permettre à leur mari d'aller aux réunions (le mari défend alors qu'une partie des intérêts des femmes). L'auteure souligne (p. 26) que le facteur déterminant pour expliquer l'absentéisme aux réunions syndicales pour les plus de 40 ans est qu'elles avaient d'elles-mêmes une image très dévaluée : elles ne s'estimaient pas compétentes et préféraient faire « le train » pour permettre au mari, qu'elles estimaient plus compétent, d'aller aux réunions.
- L'auteure note (p. 25) que c'était les intérêts des femmes en agriculture il y a 10 ans, mais qu'ils ressemblent à ceux d'aujourd'hui (sur quoi se base-t-elle pour dire ça = on ne le sait pas!).
- Elles étaient nombreuses à indiquer qu'elles voulaient : de meilleures conditions de travail, plus de sécurité et d'autonomie

financières, la possibilité de faire des choix et d'influencer le devenir de l'agriculture et, en dernier point, de la formation.

14) **Cuthbert Brandt, G. (1991). Les origines et le développement des cercles de fermières au Québec et des groupements féminins en Gironde. Sous la direction de Black, N., Cuthbert Brandt, G., Rouyer, M.-C. et Guillaume, P. Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine, Centre d'études canadiennes.**

N.B. : En intro, première phrase, l'auteure note que les études consacrées à des femmes rurales restent plutôt rares. Elle poursuit en soulignant que les analystes ont tendance à traiter les femmes rurales comme des conservatrices de premier ordre dans leurs idées sociales et politiques. Ils arrivent à ces conclusions parce qu'elles s'accordent avec les explications courantes au sujet des différences entre le comportement des hommes et des femmes dans la vie publique (p. 35).

- Pour un historique concernant les Cercles de fermières (ainsi que le rôle de l'Église à la naissance de cette organisation) voir les pages 36, 37, 38 et 39.

Deux éléments à retenir :

- 1) L'âge moyen (51 ans) des adhérentes aux Cercles augmente. Ce qui reste constant est la motivation principale des femmes rurales pour leur adhésion aux cercles. Selon l'analyse de l'auteure, $\frac{2}{3}$ des femmes qui y ont adhéré depuis moins de 10 ans l'ont fait principalement pour établir des contacts avec d'autres femmes de leur milieu. Ce même intérêt pour la sociabilité et la solidarité féminine est la raison principale donnée par celles qui sont membres depuis plus de 20 ans (p. 39).
- 2) Les problèmes les plus pertinents pour les femmes des cultivateurs demeurent ceux-ci : quel est le statut de l'Épouse de l'agriculteur? Comment peut-elle continuer à apporter

une contribution économique dans les nouveaux modes de production entraînés par la technologie moderne? Comment peut-on assurer le transfert de l'exploitation familiale à la prochaine génération? (p. 43).

15) Black, N. et Cuthbert Brandt, G. (1999). *Feminist Politics on the Farm : Rural Catholic Women in Southern Quebec and Southwestern France*. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press.

Le chapitre 3 sert à décrire la femme rurale et à comparer le milieu de la ferme en France et au Québec. Les auteures ont choisi de décrire quatre portraits de femmes rurales, deux vivant au Québec, Andrée et Brigitte, et deux en France. Andrée fait partie du Cercle de fermières, elle a 59 ans, elle s'est rendue jusqu'au secondaire mais ne l'a pas terminé, elle est catholique et a huit enfants. Brigitte ne fait partie d'aucune organisation ou club, elle a 29 ans, elle s'est rendue elle aussi jusqu'au secondaire et a trois enfants. Ces deux femmes fictives représentent une synthèse des réponses obtenues à l'aide de questionnaires remplis par 196 femmes de Québec, travaillant sur des fermes de 16 communautés différentes au sud de Montréal, près de Salaberry de Valleyfield. Voici le portrait de ces femmes en termes de lieu de travail, âge, éducation, pratiques religieuses, relation légale, travail à effectuer sur la ferme, travail à l'extérieur de la ferme et le taux de satisfaction.

- 1) *Lieu de travail* (p. 52) : La grandeur de la ferme varie entre la France et le Québec. La taille moyenne de la ferme en France est de 15 hectares contrairement à 90 hectares au Québec. La nature de l'exploitation est importante. Au Québec, les entreprises de produits laitiers, du bœuf et du « cash-crop » requièrent d'énormes fermes. En France, les fermes servent à la production du vin; le coût de un hectare de terre est très cher.
- 2) *Âge* (p. 53 et 54) : Les membres des Cercles sont les plus âgés des répondantes. L'âge

moyen est de 53 ans, comparé à 38 ans pour les non-membres de Québec. Les fermières ont énoncé que leurs organisations sont préoccupées à propos de l'absence de jeunes membres, celles de moins de 40 ans. Des groupes récemment établis, comme l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) se disent plus activistes, et possiblement plus attrayantes pour les générations de fermières québécoises plus jeunes, contrairement aux Cercles. Les auteures n'ont trouvé aucune évidence à ce sujet.

- 3) *Éducation* (p. 55) : Au Québec, 18 % des non-membres ont quitté l'école avec seulement un niveau primaire, comparativement à 38 % des membres des Cercles : ces différences reflètent la différence d'âge dans chacun des groupes (les membres des Cercles sont plus âgées).
- 4) *Les pratiques religieuses* (p. 57 à 59) : Les membres des Cercles se distinguaient clairement : pratiquement $\frac{3}{4}$ des répondantes vont à la messe une fois par semaine, comparé à moins de la moitié pour les non-membres du Québec. Encore une fois, la différence d'âge entre les non-membres et les membres des Cercles expliquent cette différence de fréquence.
- 5) *La relation légale* (p. 61 à 63) : Les femmes françaises sont plus portées à investir leurs fonds personnels dans la ferme que les Québécoises. 68 % des membres du Groupement féminin (organisation française) et 58 % des non-membres françaises ont investi leurs propres sous dans des fermes, comparativement à un peu moins du tiers de toutes les fermières québécoises. Il y a aussi toute la question de la ferme familiale, où la propriété agricole et la propriété maritale s'entremêlent; la problématique reliée au mariage et à l'héritage a toujours été importante pour les femmes rurales activistes. Les auteures notent que de telles entreprises (les fermes) peuvent être particulièrement désavan-

tageuses pour les femmes puisque tous les bénéficiaires vont à l'opérateur de la ferme – presque toujours le propriétaire-mari. À la page 62, les auteures expliquent le fonctionnement de la société d'acquêts, avec les biens propres et les biens d'acquêts, et la séparation des biens. Je reviendrai sur ces aspects juridiques avec l'article suivant de Michelle Boivin.

6) *Le travail sur la ferme* (p. 64 à 69) : Au

Québec, le travail effectué par les femmes est relié surtout au travail dans les champs, au soin des animaux, à traire les vaches et à la gestion du bétail. On doit aussi considérer les dimensions reliées au travail de secrétariat et de « management ». L'étendue des activités réalisées démontre un grand niveau d'implication

dans l'entreprise agricole, tout comme les nombreuses heures destinées au travail sur la ferme. Au Canada, un travail à temps plein est estimé à 40 heures. Mais au niveau de l'agriculture, les semaines de travail sont beaucoup plus longues : les femmes ont en moyenne des semaines de travail de 73,5 heures, 43,5 de travail « domestique » et 30 heures de travail sur la ferme. La grande différence entre la France et le Québec est la fluctuation des heures de travail selon les saisons, étant donné les hivers québécois très longs...

7) *Le travail hors-ferme* (p. 72 et 73) : Les auteures soulignent qu'au Canada, en 1990, 36 % des fermières avaient des emplois à l'ex-

térieur de la ferme. Cependant, le pourcentage des femmes avec des emplois à l'extérieur de la ferme est considérablement plus bas au Québec et en France – 22 % et 18 % respectivement.

8) *La satisfaction* : La majorité des répondantes semblaient satisfaites de leur vie : de leur travail en agriculture et de leur situation en tant que fermières. Aucune femme ne s'est dite totalement insatisfaite ou pas contente

du tout. Toutefois, les femmes françaises sont moins satisfaites de façon générale que les Québécoises. Les Françaises étaient deux fois plus susceptibles de rapporter des difficultés monétaires ou de pénuries. Le niveau de satisfaction était extrêmement élevé, spécialement celles qui se disent « très contente » : pour les Québécoises, leur pourcentage a

presque doublé le pourcentage des Canadiennes en 1981-82.

Mais au niveau de l'agriculture, les semaines de travail sont beaucoup plus longues : les femmes ont en moyenne des semaines de travail de 73,5 heures, 43,5 de travail « domestique » et 30 heures de travail sur la ferme.

16) **Boivin, M. (1987). Les agricultrices : Un travail à reconnaître sur les plans juridique et économique. Dans : *Place aux femmes dans l'agriculture. Document préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, 54-71.***

Qui est l'agricultrice?

La problématique :

- L'agricultrice, conjointe de droit ou de fait de l'agriculteur, se charge généralement des travaux domestiques et des soins aux

enfants. Et la reconnaissance du travail domestique intéresse de près toutes les femmes...

- La reconnaissance du travail de l'agricultrice, en sa qualité de coexploitante, s'inscrit dans la lutte générale des « femmes collaboratrices ».
- L'agricultrice chef d'entreprise fait face aux préjugés les plus persistants dans notre société : « Une femme ne peut exploiter seule une ferme; c'est trop dur! »
- C'est l'affaire Murdoch qui a sensibilisé le Canada au dilemme des agricultrices (Mme Murdoch avait prétendu avoir droit à une partie d'un terrain qui avait servi à l'exploitation en commun d'une ferme, la Cour suprême du Canada a refusé de lui accorder cette part parce qu'elle n'avait fait que « le travail qui est normalement accompli par une épouse d'exploitant de ranch » (p. 57).

D'où la pertinence soutenue de certaines revendications visant à assurer à la productrice agricole, comme à toutes les femmes collaboratrices, l'autonomie financière et des droits sur l'exploitation agricole.

Les faits :

- Sur le plan sociopolitique, la nomination d'une répondante à la condition féminine au ministère de l'Agriculture à Québec en 1984, et la création d'un Bureau en 1986, marquent également une étape importante vers la reconnaissance des femmes en agriculture au Québec (p. 59).
- Au Québec, comme au Canada, seulement 20 % des agricultrices collaboratrices reçoivent un salaire. Une enquête réalisée au Québec en 1984 par l'Association des femmes collaboratrices du Québec révèle que le salaire des agricultrices représente moins de 100 \$ par semaine dans 1,7 % des cas; 14, 8 % d'entre elles reçoivent de 101 \$ à 200 \$; 1,7 % de 201 \$ à 300 \$ et plus (p. 61).

- Les régimes matrimoniaux (p. 68 à 71) :
La société d'acquêts régit tous les couples mariés depuis le 1^{er} juillet 1970, sans stipulations contraires dans un contrat de mariage. Sous ce régime, les biens de chaque époux sont divisés en deux groupes : les biens propres ou les acquêts. Sont propres tous les biens qui appartiennent à l'époux avant le mariage, cadeaux et biens dont il a hérité depuis et biens acquis en remplaçant des biens propres (p. ex. : effets personnels). Les acquêts comprennent tous les autres biens, incluant les fruits et revenus de tous les biens, propres ou acquêts. Les autres régimes les plus connus sont la communauté de biens et la séparation de biens (pour plus de renseignements voir p. 69). Dans la séparation de biens, le régime le plus choisi, chaque époux conserve un patrimoine autonome. Selon l'auteure, certains régimes matrimoniaux, surtout celui de la séparation des biens, mènent à des résultats inéquitables. Pourtant, en 1982, 42 % des couples choisissaient la séparation des biens; chez les agricultrices, la situation est encore plus désespérante puisque 56,8 % des répondantes âgées entre 20 et 24 ans en 1981 sont mariées en séparation de biens (p. 70).

17) Couillard, M.-A. et Côté, G. (1997). *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*. Rapport de recherche présenté au CQRS. Sainte-Foy : Université Laval, centre de recherche sur les services communautaires.

Étant donné que plusieurs articles mentionnent l'importance du virage ambulatoire sur la santé des femmes, j'ai retenu deux textes sur le système de santé. Le premier, et celui qui nous intéresse actuellement, décrit la réforme du système de santé et des services sociaux en lien avec les organismes communautaires et les groupes de femmes. Le second est en commande auprès du bureau pour la santé des

femmes et porte explicitement sur le virage ambulatoire.

1) *Le rapport Rochon :*

Le rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a été déposé en 1988. Le mandat de cette commission consistait à étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de santé et de services sociaux. Parmi les lacunes cernées, notons la discontinuité dans les services qui sont aussi inégaux et incomplets selon les groupes ou les régions; les ressources humaines démotivées sont mal gérées; les priorités défendues par divers groupes d'intérêts font perdre de vue les besoins de la population... (p. 60 et 61).

Le rapport souligne aussi les disparités régionales et remarque que la déconcentration des activités gouvernementales a pour effet de donner une impulsion et un nouveau souffle aux régions en favorisant l'activité économique (p. 62). Le rapport recommande, entre autres, une plus grande décentralisation du système et la reconnaissance du secteur communautaire afin de prendre le relais d'un État que l'on dit essoufflé. Les groupes communautaires, y compris les groupes de femmes, ont été très impliqués dans les consultations de la Commission Rochon, puisqu'ils ont à eux seuls présenté 37,5 % des mémoires (p. 63).

2) *La réforme Côté :*

Les recommandations du rapport Rochon sont traduites dans un plan de réforme intitulé *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations*, publié en 1989, par la ministre

Lavoie-Roux. Ce document appuie la décentralisation des services par la création de régies régionales, l'appel au partenariat avec les organismes communautaires, un rôle accru pour les CLSC et l'instauration de restrictions au principe d'universalité (p. 64). En décembre 1990, le nouveau ministre de la santé et des services sociaux, Marc-Yvan Côté, du parti Libéral, dépose son livre blanc intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* dans lequel il précise les objectifs de la réforme et introduit les notions de « citoyen consommateur, décideur et payeur ». Dans l'esprit de ce projet, la régionalisation doit permettre de tenir compte des dynamismes régionaux vus comme étant alimentés par un sentiment d'appartenance variable, des disparités régionales et un appauvrissement des périphéries. La proposition du ministre sera présentée sous la forme d'un projet de loi : *Le projet de Loi 120* traduit dans une politique intitulée *La politique de santé et de bien-être* (p. 65).

3) *La politique de santé :*

La Politique propose 19 objectifs liés à autant de problèmes de santé et de bien-être auxquels sont associés des voies d'action propriétaires. Les problèmes retenus se répartissent en cinq groupes, soit : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale (p. 69-70). Dans la section *Voies d'action prioritaires*, on précise comment *La politique* entend reconnaître l'action communautaire, y compris les groupes de femmes (pour quelques exemples, voir p. 71). Un examen des documents de la réforme nous fait découvrir qu'une restructuration concentre les fonctions technocratiques au ministère alors



que l'opérationnalisation et la gestion des priorités et des ressources sont dévolues à des régions qui doivent s'ancrer régionalement. C'est dans ce contexte que la reconnaissance des organismes communautaires prend tout son sens (p. 71). C'est donc en tant que groupes communautaires que les groupes de femmes sont interpellés et invités à collaborer avec l'État en retour d'un financement (p. 72).

4) *La politique en matière de condition féminine de 1993 :*

Le secrétariat à la condition féminine (du gouvernement québécois) proposa en 1993 une nouvelle politique en matière de condition féminine; ce document est d'abord et avant tout descriptif (p. 72). En fait, ce document est un bref bilan qui s'appuie sur une compilation de données qui montrent que les Québécoises font toujours l'objet de nombreuses contraintes sociales et économiques. On fait référence à neuf points : 1) à la scolarisation dans des domaines qui n'ont pas d'avenir, 2) l'intégration dans des catégories professionnelles moins rémunérées avec peu de possibilité d'avancement, 3) à des conditions de travail insatisfaisantes, 4) au fait qu'elles continuent d'assumer la quasi-totalité des soins aux enfants et des tâches domestiques en dépit de leurs obligations professionnelles croissantes, 5) à la féminisation de la pauvreté, 6) au fait qu'elles jouissent d'une moins bonne santé physique et psychologique, 7) à la violence vécue quotidiennement, 8) à la méconnaissance de leur apport et 9) à leur accès limité aux lieux de pouvoir (p. 73). **N.B. : Je trouve que ces neuf points ressortent souvent dans les documents de la collection « Femmes et développement des régions ».**

La politique propose finalement quatre orientations majeures en lien avec ce que le document avait préalablement identifié comme des zones « à problèmes » dont : 1) l'autonomie financière des femmes (diversifier les choix à la formation, accès plus facile au marché du travail, etc.), 2) le respect de l'intégrité physique et psychologique des femmes

(consommation de médicaments, santé sexuelle et reproductive), 3) l'élimination de la violence et 4) la reconnaissance et la valorisation de l'apport des femmes (l'entrepreneurship féminin) (p. 74 et 75).

18) (1992). *L'agricultrice, une partenaire professionnelle. Québec : Direction des services aux agricultrices.*

- Cette brochure a été réalisée à la suite d'une vaste consultation amorcée en janvier 1991. La Direction des services aux agricultrices a organisé sept tables de consultation et a rencontré, en tout, près de 70 personnes des milieux financier, journalistique et universitaire, ainsi que des membres du mouvement des agricultrices et du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. De plus, un sondage téléphonique a été effectué afin de connaître l'opinion personnelle de près de 300 d'entre elles. Ceci a permis de définir, pour 1992-1995, les orientations ministérielles en matière de condition féminine en milieu agricole qui tiennent compte de la réalité du milieu dans le contexte des années 90 (p. 3).
- Après avoir longtemps été considérée comme un travail invisible, la profession d'agricultrice acquiert maintenant ses titres de noblesse. En choisissant un mari agriculteur, les femmes choisissent souvent leur métier. Dans ce contexte, où les liens professionnels et les liens affectifs sont étroitement imbriqués, le travail que les femmes accomplissent tous les jours contribue au développement de l'entreprise (p.11).
- Les enjeux : Si les agricultrices se sont donné une profession, il leur reste maintenant à s'intégrer de façon durable dans la gestion de l'entreprise. Depuis six ans, de nombreuses agricultrices ont accédé à la propriété (le discours évolue entre les articles écrits en 1985 et ceux de 1992, il y a une plus grande reconnaissance des agricul-

trices). Toutefois, les agricultrices doivent investir un plus grand nombre de lieu de pouvoir et de décision. De plus, le legs de la terre familiale à une fille n'est pas chose courante. On doit donc féminiser les ressources humaines. En ce sens, les régions qui élaborent des stratégies d'action pour favoriser le développement régional doivent faire appel aux agricultrices au même titre qu'aux autres partenaires (p. 13 et 14).

- Les quatre orientations du ministère de l'agriculture : 1) Faire reconnaître le travail professionnel des agricultrices (le travail des femmes est souvent non rémunéré, voir p. 15 et 16), 2) promouvoir l'établissement de la relève agricole féminine (au Québec, la transmission de la terre familiale à la fille n'est pas chose habituelle et la profession n'est pas pleinement reconnue, voir p. 17 et 18), 3) valoriser l'aspect humain dans la gestion de l'entreprise agricole (p. 19 et 20), et 4) favoriser la participation des agricultrices à la vie rurale (notamment, faciliter l'intégration des agricultrices dans les organes de concertation et de décision au niveau régional, p. 21 et 22).
- N.B. : en page 21 : Même si l'agriculture n'est plus la seule activité en milieu rural, il est difficile d'imaginer les campagnes sans la présence des agriculteurs et agricultrices, dont le travail est indispensable à toute la société. L'histoire montre bien que la créa-

tion, par les femmes, d'associations rurales n'est pas récente. Regroupées entre elles, les femmes ont apporté une contribution socio-économique de la vie paroissiale ainsi que sur le plan de l'éducation et des services de santé.

19) Bureau de la répondante à la condition féminine (1985) *Plan d'action triennal*. Québec : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

- La mécanisation a allégé leurs tâches aux champs et à l'étable et leurs a permis de rester plus longtemps à la maison; c'est à la maison que de nouvelles tâches se sont développées : la comptabilité, la recherche d'information, les négociations avec les vendeurs d'intrants, la planification, la gestion, etc. (p. 1).
- Les articles écrits dans les années 1980 soulignent beaucoup l'effet de la crise économique, dont cet article qui souligne que la crise a confronté de nombreuses entreprises à des problèmes de survie et le travail des femmes dans et en dehors des entreprises a été requis (p. 1).
- Six objectifs sont donnés à la page 3 : favoriser le regroupement, l'accès, le perfectionnement, etc. Veuillez noter que le poste de la répondante à la condition féminine au sein de ce ministère a été aboli.

Synthèse par thèmes

Thème 1 : spécificité, santé et milieu rural

Le milieu rural comporte plusieurs spécificités reliées à son éloignement, son isolement et sa rareté de certains services. Ainsi, l'étendue du territoire n'est pas sans répercussion sur la vie quotidienne de la population et plus particulièrement sur celle des femmes.

Malheureusement, il existe peu de données sur la situation des femmes en milieu rural. Ce qui ressort le plus des articles portant sur le sujet

est que, premièrement, la rareté et la dispersion des ressources sur le territoire rural sont d'autant plus inquiétantes dans la plupart des régions où les infrastructures routières sont loin d'être toujours adéquates. L'accessibilité à certaines ressources, notamment les services de garde et de transport, doit être prise en considération puisqu'elle influence grandement l'accès des femmes au marché du travail ou aux services. On remarque à cet effet que

les services de garde en milieu rural sont souvent moins développés que dans les grands centres urbains. Bien qu'il soit difficile de connaître exactement la répartition des services de garde entre les zones urbaines et rurales, on convient qu'ils sont majoritairement installés en milieu urbain et qu'ils sont mieux adaptés à la réalité de ce milieu. À l'inverse, par exemple, ils sont souvent peu compatibles avec les horaires des agricultrices. De plus, les normes encadrant l'ouverture de garderies, notamment en milieu scolaire, sont parfois difficilement applicables dans les petits milieux ruraux, freinant d'autant le développement de tels services. Les résidentes des milieux ruraux, et notamment les femmes vieillissantes, vivent avec particulièrement d'acuité la difficulté de se déplacer sur le territoire. L'absence de transport en commun, ainsi que la détention moins fréquente d'un véhicule automobile et même d'un permis de conduire, pour des raisons culturelles et économiques, rendent plus ardue leur mobilité quotidienne.

Deuxièmement, le cas des grossesses à l'adolescence est encore plus problématique en milieu rural. Il importe de souligner l'absence, dans la plupart des régions, de services scolaires spécialisés à l'intention des adolescentes enceintes ou des jeunes mères ainsi que le recours moins fréquent à l'avortement. À cet effet, on note que seulement deux régions sur 11 ont des ressources offrant une gamme complète de services d'avortement, soit l'Estrie et Montréal où on peut obtenir un avortement jusqu'à 20 ou 22 semaines de gestation. Pour une grossesse dépassant 18 semaines, Montréal est le seul lieu où les femmes des autres régions peuvent avoir le service puisque, à ce stade, le centre hospitalier de Sherbrooke refuse les femmes venant de l'extérieur de la région. Certaines régions et sous-régions n'ont aucun service d'avortement, notamment celles du Témiscamingue, de Lanaudière, du Nouveau-Québec, des Bois-Francs et de la Beauce. Les régions disposent de peu de ressources à l'intention des jeunes femmes enceintes ou mères. On constate aussi en

région une pénurie de médecins pratiquant l'obstétrique et on consacre peu d'efforts pour étendre la pratique de sages-femmes.

De plus, d'importants changements démographiques sont à prévoir. Vieillesse de la population, exode des jeunes, dissolution des familles, déplacement des personnes âgées vers les centres urbains afin de se rapprocher des services adaptés à leurs besoins. De ces phénomènes découlent une augmentation du nombre de personnes vivant seules qui présentent des problèmes plus importants que le reste de la population sur les plans économique et sociopsychologique. Ces phénomènes risquent d'avoir un impact renforcé en contexte rural, principalement dans les milieux dévitalisés et isolés. De plus, ces transformations démographiques affectent particulièrement les femmes parce que 1) elles sont plus nombreuses dans le groupe des 65 ans et + et parmi les chefs de famille monoparentale, 2) leur espérance de vie est plus longue et elles sont les plus grandes utilisatrices des services sociaux sanitaires donc vont souffrir davantage des coupures dans les services de santé et 3) les personnes âgées qui restent ont besoin d'aidantes naturelles puisqu'il y a moins de services.

Les étudiantes, beaucoup plus que les étudiants, sont concentrées dans quelques familles de programmes. Ces options mènent à des emplois traditionnellement féminins, parfois peu reliés aux orientations stratégiques régionales, une situation qui les expose au chômage ou les incite à l'exode. Si ce n'est pas le chômage ou le bien-être social qui les guette, elles se retrouvent avec un emploi à temps partiel, dans le secteur tertiaire soit, un emploi à faible revenu. Or, il est maintenant prouvé que la prévalence de problèmes de santé physique et mentale est plus élevée chez les personnes économiquement défavorisées. Les filles en milieu rural doivent donc étudier dans des domaines de formation plus diversifiés, des métiers non traditionnels qui vont leur donner une meilleure reconnaissance et un statut socio-économique plus élevé.

Lorsqu'on demande à des habitants de régions rurales comment ils perçoivent leur milieu de vie, les aspects positifs mentionnés sont le milieu physique (environnement sain, tranquillité, etc.) et la solidarité et l'entraide existant dans « *ce milieu rural où les gens se connaissent tous et sont au courant des affaires de tous* ». Les aspects négatifs sont l'isolement, les problèmes économiques, le manque de travail, le nombre important d'assistés sociaux, l'exode des jeunes qui a un effet sur la pyramide d'âge (non seulement la population diminue mais elle est vieillissante) l'alcoolisme, la consommation de drogues et la violence.

L'intérêt pour les services sociaux et de santé disponibles dans les milieux ruraux est de première importance. Les femmes qui habitent des régions éloignées souffrent de l'isolement géographique qui les oblige à parcourir de longues distances : le problème est criant lorsqu'il faut avoir recours aux services de spécialistes, soit de façon urgente, soit sur une base régulière. Il y a un manque de services spécialisés. On trouve moins de médecins par personne et moins de places disponibles dans les hôpitaux que dans les centres urbains. On note aussi l'absence de gynécologues, de pédiatres, de services pour les enfants handicapés et pour les personnes âgées, ce qui constitue souvent une source d'inquiétude pour les femmes. Dans certaines régions, aucun service d'information sur la planification des naissances n'est disponible (encore moins pour l'avortement). Bien souvent, les seules ressources disponibles en région sont les CLSC. Certaines personnes perçoivent leur région comme étant défavorisée au niveau médical étant donné surtout le manque de médecins et le problème de leur inaccessibilité à certaines périodes du jour et de la semaine. Cette situation est vue comme étant déplorable surtout dans des situations d'urgence : « *Au point de vue médical, tu es défavorisé. S'il t'arrive un accident grave, tu es à une demi-heure du premier médecin. Tu ne peux pas avoir de secours vite. Mais au point de vue des autres ressources comme le CLSC, on est habitué de même, on s'organise pour y aller*

aux heures que c'est ouvert ». Le fait que le CLSC soit fermé les soirs et fins de semaines contribue à créer un sentiment d'insécurité et d'isolement, principalement chez les personnes âgées ou chez les mères de jeunes enfants.

En milieu rural, on constate le besoin d'accroître les services à l'externe et d'adapter les services à la réalité rurale en ce qui concerne les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. Par contre, il existe la difficulté de garder l'anonymat qui rend, dans le milieu rural, tout appel à l'aide déjà suffisamment difficile. De plus, en milieu rural, les moyens d'y faire face sont plus dispersés et plus fragiles. L'absence de maisons de transition et d'hébergement, le manque de services sociaux adéquats et les conditions atmosphériques parfois défavorables, accentuent l'isolement à des degrés divers et rendent plus difficile à affronter une situation qui demande déjà beaucoup de courage. La formule des familles d'hébergement semble prendre de la popularité au Canada, mais il faut se souvenir qu'en milieu rural, la famille d'hébergement n'est pas un lieu anonyme et qu'un homme peut facilement y retracer sa conjointe.

Résider dans une petite localité peut parfois être une source de soutien extraordinaire, puisque les réseaux sociaux sont souvent plus présents en région qu'en milieu urbain (tout le monde se connaît et s'entraide) ou être une source supplémentaire de stress, par exemple celle que procure la honte ou la gêne de la marginalité causée par une condition de santé ou par un conjoint ou un enfant qui présente des différences. Sur le plan sociopolitique, la nomination d'une répondante à la condition féminine au ministère de l'Agriculture à Québec en 1984, et la création d'un Bureau en 1986, marquent également une étape importante vers la reconnaissance des femmes en agriculture au Québec. Le conseil du statut de la femme estime qu'on doit considérer la distribution des programmes de santé et de services sociaux comme une donnée impor-

tante du projet de régionalisation et de décentralisation, spécialement en vue de s'assurer de l'accessibilité de ces services sur l'ensemble du territoire. Quant au rapport Rochon de 1988, il souligne les disparités régionales et remarque que la déconcentration des activités gouvernementales a pour effet de donner une impulsion et un nouveau souffle aux régions en favorisant l'activité économique. Le rapport recommande, entre autres, une plus grande décentralisation du système et la reconnaissance du secteur communautaire afin de prendre le relais d'un État que l'on dit essoufflé. Les groupes communautaires, y compris les groupes de femmes, ont été très impliqués dans les consultations de la Commission Rochon, puisqu'ils ont à eux seuls présenté 37,5 % des mémoires.

Les recommandations du rapport Rochon sont traduites dans un plan de réforme intitulé *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations*, publié en 1989, par la ministre Lavoie-Roux. Ce document appuie la décentralisation des services par la création de régions régionales, l'appel au partenariat avec les organismes communautaires, un rôle accru pour les CLSC et l'instauration de restrictions au principe d'universalité.

Thème 2 : la santé des femmes

Le secrétariat à la condition féminine (du gouvernement québécois) proposa en 1993 une nouvelle politique en matière de condition féminine; ce document est d'abord et avant tout descriptif. En fait, ce document est un bref bilan qui s'appuie sur une compilation de données qui montrent que les Québécoises font toujours l'objet de nombreuses contraintes sociales et économiques. La nouvelle politique propose quatre orientations majeures en lien avec ce que le document avait préalablement identifié comme des zones « à problèmes » dont : 1) l'autonomie financière des femmes (diversifier les choix à la formation, accès plus facile au marché du travail, etc.), 2) le respect

de l'intégrité physique et psychologique des femmes (consommation de médicaments, santé sexuelle et reproductive), 3) l'élimination de la violence et 4) la reconnaissance et la valorisation de l'apport des femmes l'entrepreneuriat féminin).

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes présente les actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à réaliser au cours de ces trois années et ils sont regroupés sous trois grands thèmes : la lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales (l'économie sociale, la sécurité alimentaire et le recours aux services de périnatalité), la santé et le bien-être (la transformation du réseau, la pratique des sages-femmes, le tabagisme, la santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes, autres dossiers), et la lutte contre la violence. Les autres dossiers relatifs à la santé et au bien-être font référence à la santé mentale des femmes et la détresse psychologique, le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, la planification des naissances, la procréation médicalement assistée et le VIH/sida. Ceci constitue l'ensemble des thèmes qui touchent à la santé des femmes et qui ont une grande importance.

Par exemple, en ce qui a trait à la transformation du réseau, le document indique que même si tout le monde s'entend pour transformer et adapter le système, le rendre plus efficace et surtout près des besoins des gens et de leur milieu de vie, cette réorganisation suscite beaucoup de questions et d'inquiétudes dans la population. Le contexte de restrictions budgétaires affectant toutes les fonctions gouvernementales au moment même où cette transformation a lieu, les Québécoises s'interrogent sur les effets produits par le virage ambulatoire. Elles craignent d'en faire les frais comme travailleuses, usagères ou membres de l'entourage immédiat d'une personne malade (p. 39 et 40).

La troisième partie de ce plan est consacré à la place des femmes dans le développement des régions. On souligne notamment la prise en compte des intérêts et des réalités des femmes par les instances locales et régionales du réseau (p. 89). On note que malgré d'importantes améliorations de leurs conditions de vie, les Québécoises connaissent encore des situations sociales, économiques et culturelles différentes de celles des hommes. En effet, elles vivent en moyenne plus longtemps que ces derniers mais souffrent davantage d'incapacités; elles font plus souvent partie de la classe des démunis; elles ont des conditions de travail moins avantageuses; elles continuent d'assumer, malgré leurs obligations professionnelles croissantes, la plus large part des responsabilités familiales et des soins aux proches. Les instances locales et régionales sont les mieux placées pour déterminer, avec les groupes de femmes, les intérêts et les réalités des femmes dans chacune des régions du Québec et pour concevoir des solutions adaptées à cette population.

Afin de bien cerner la problématique globale des femmes et de la santé, voici quelques références qui peuvent être utiles :

Colloque régional sur la santé des femmes. (1996). *Virage ambulatoire « Santé-vous concernées! »*, Actes du colloque tenu le 4 octobre 1996, Lévis.

Bélanger, H., Charbonneau, L. (1994). *La santé des femmes*. Maloine, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Édisem inc., 1142 p.

Guyon, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec : Les Publications du Québec, 185 p.

Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences – Santé et conditions de vie des femmes*, Québec : Les Publications du Québec, 384 p.

Thème 3 : la santé des femmes en milieu rural

L'état de santé des femmes en milieu rural est souvent moins reluisant que celui des femmes vivant à l'intérieur ou près des grands centres urbains. Lorsque l'on parle des femmes en milieu rural on ne parle pas d'un tout homogène : on parle de filles, de personnes âgées, de mères monoparentales, d'aidantes, de groupes de femmes, d'agricultrices, d'entrepreneures, de femmes immigrantes, d'Amérindiennes, etc. Premièrement, il faut souligner combien les informations sur la réalité des femmes **amérindiennes** vivant dans des régions éloignées font défaut. Il est

donc important de mieux connaître les besoins économiques et sociaux des Amérindiennes en milieu rural, résidentes des différentes collectivités autochtones ou vivant hors réserve. En ce qui a trait aux **femmes immigrantes**, la situation de ces femmes est fort peu documentée et

elles nécessitent une approche en santé mentale qui tienne compte des références culturelles et du contexte particulier de leur société d'origine.

Le cas des **filles**, des **personnes âgées** et des **mères monoparentales** a souvent été mentionné en termes de taux de grossesse et de scolarisation, d'isolement et de pauvreté, de manque de service de garde et de chômage. Premièrement, les taux de grossesse à l'adolescence en milieu rural sont souvent plus élevés que dans les centres urbains. Les étudiantes,

Premièrement, il faut souligner combien les informations sur la réalité des femmes amérindiennes vivant dans des régions éloignées font défaut.

beaucoup plus que les étudiants, sont concentrées dans quelques familles de programmes. Ces options mènent à des emplois traditionnellement féminins, parfois peu reliés aux orientations stratégiques régionales, une situation qui les expose au chômage ou les incite à l'exode. Deuxièmement, les personnes âgées des milieux ruraux, et notamment les femmes vieillissantes, vivent avec particulièrement d'acuité la difficulté de se déplacer sur le territoire. L'absence de transport en commun, ainsi que la détention moins fréquente d'un véhicule automobile et même d'un permis de conduire, pour des raisons culturelles et économiques, rendent plus ardue leur mobilité quotidienne. De plus, dans le groupe des 75 ans et plus, les femmes sont en majorité et elles se retrouvent souvent seules, sous le seuil de la pauvreté et en mauvaise santé. Troisièmement, les femmes sont plus parmi les chefs de famille monoparentale et dans la plupart des régions, il manque de places en garderie. Les services de garde mis sur pied doivent tenir compte de la demande provenant des différentes parties du territoire et que ces services répondent aux besoins liés aux divers horaires d'études et de travail, dont ceux des filles-mères, des mères monoparentales et des agricultrices.

En contexte du virage ambulatoire, il devient important de soulever la question du rôle d'**aidantes naturelles**, des femmes qui doivent trop souvent pallier au désengagement de l'État en prenant soin d'un conjoint ou d'un parent malade. Non seulement le virage ambulatoire a-t-il généré un alourdissement des responsabilités pour les femmes, mais la transformation des services en santé mentale a pu affecter l'accès aux services dont elles sont d'importantes utilisatrices. En région, où la population est parfois isolée, il faut distinguer les actes professionnels, qui ne doivent pas être délégués aux aidantes, et de respecter la capacité des personnes à prendre ou non le relais des services publics. Pour les aidantes, la prise en charge d'une personne engendre de nombreux bouleversements. On dit que les relations au sein du couple et de la famille s'en

trouvent modifiées. Dans certaines situations marquées par la surcharge et l'épuisement, ces femmes avaient une perception négative de leur santé. Les femmes aidantes qui cohabitent avec l'aidé ont une perception moins favorable de leur santé, elles sont plus nombreuses à utiliser des tranquillisants et elles éprouvent plus de contraintes à la vie sociale que les non-aidantes. Les aidantes subissent un alourdissement des tâches qui entraîne une réorganisation de l'horaire, un changement d'emploi ou l'obligation de se retirer du marché du travail; des conséquences au plan de la vie conjugale et familiale; les vacances et les temps de repos deviennent moins nombreux; stress et épuisement; etc.

À la fin des années 1980, le répertoire des **groupes de femmes**, publié par le Conseil du statut de la femme, recensait 815 organisations de femmes au Québec, et ceci sans compter les quelques 870 cercles locaux des Cercles de fermières du Québec et les 600 cercles de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS). Dans la seule région du Saguenay-Lac-St-Jean, il y a 150 organisations reliées de près ou de loin au mouvement des femmes. On sait que ces groupes de femmes sont très engagés en région, particulièrement au niveau de la santé au travail, de la violence et de la périnatalité et de la formation menant à une meilleure reconnaissance et à un meilleur statut. La violence demeure un domaine prioritaire, c'est-à-dire mieux comprendre et agir plus efficacement sur la santé des femmes et contre la violence qu'elles subissent. En effet, deux fois plus de femmes que d'hommes ont un poids insuffisant, elles rapportent plus d'un problème de santé, elles consultent davantage un professionnel de la santé, elles consomment plus de médicaments et les troubles affectifs, dépression et troubles anxieux affecteraient davantage les femmes que les hommes. La question de la violence en milieu rural se pose par le manque de services accessibles (maison d'hébergement, maison de transition, etc.) et par l'anonymat.

Le travail agricole génère ses propres catégories de troubles et de problèmes de santé. Le maintien de la qualité de vie dans ce milieu se révèle étroitement lié à la promotion de la santé. Premièrement, en échange de ces investissements (longues heures de travail, nombreuses tâches à réaliser, etc.), les **agricultrices** reçoivent peu de gratifications financières et elles sont peu nombreuses à avoir des titres de propriété. Elles sont nombreuses à indiquer qu'elles voudraient : de meilleures conditions de travail, plus de sécurité et d'autonomie financières, la possibilité de faire des choix et d'influencer le devenir de l'agriculture et, en dernier point, de la formation.

Au Québec, le travail effectué par les femmes est relié surtout au travail dans les champs, au soin des animaux, à traire les vaches et à la gestion du bétail. On doit aussi considérer les dimensions reliées au travail de secrétariat et de « management ». L'étendue des activités réalisées démontre un grand niveau d'implication dans l'entreprise agricole, tout comme les nombreuses heures destinées au travail sur la ferme. Au Canada, un travail à temps plein est estimé à 40 heures. Mais au niveau de l'agriculture, les semaines de travail sont beaucoup plus longues : les femmes ont en moyenne des semaines de travail de 73,5 heures, 43,5 de travail « domestique » et 30 heures de travail sur la ferme. De plus, plusieurs fermières ont

des emplois à l'extérieur de la ferme afin de joindre les deux bouts.

Les agricultrices manquent en général de reconnaissance : elles deviennent agricultrices en prenant mari et c'est ce dernier qui demeure propriétaire. Certains régimes matrimoniaux, surtout celui de la séparation des biens, mènent à des résultats inéquitables. Pourtant, en 1982, 42 % des couples choisissaient la séparation des biens; chez les agricultrices, la situation est encore plus désespérante puisque 56,8 % des répondantes âgées entre 20 et 24 ans en 1981 sont mariées en séparation de biens.

De plus, tout comme leurs conjoints, elles subissent, à l'occasion, les effets nocifs de l'utilisation d'insecticides et de divers produits chimiques : malformations congénitales, avortements spontanés, enfants morts-nés ou prématurés, cycle menstruel irrégulier, d'autres types de production sont rapidement absorbés et transportés par le sang et ils attaquent parfois le système nerveux, les allergies, les problèmes respiratoires (notamment le « poumon du fermier » qui résulte de l'inhalation de spores moisies qui s'échappent lors de la manipulation du foin ou des céréales humides), les maux de dos et la baisse d'acuité auditive (conséquence de la mécanisation du travail agricole).



Bibliographie

- Bélangier, H., et Charbonneau, L. (1994). *La santé des femmes*. Maloine, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Édisem inc., 1142 p.
- Black, N., et Cuthbert Brandt, G. (1999). *Feminist Politics on the Farm: Rural Catholic Women in Southern Quebec and Southwestern France*. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press.
- Boivin, M. (1987). Les agricultrices : Un travail à reconnaître sur les plans juridique et économique. Dans : *Place aux femmes dans l'agriculture*. Document préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, 54-71.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1996). Les solidarités fragiles : Les femmes et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie. Sous la direction de Camil Ménard et Florent Villeneuve. *Projet de société et lectures chrétiennes*. Actes du Congrès 1996 de la Société canadienne de théologie. Québec : Éditions Fides, 171-186.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1999). Des femmes et de soins. L'expérience des aidantes naturelles au Saguenay. *Recherches féministes*, 12 (1) : 63-81.
- Bureau de la répondante à la condition féminine (1985). *Plan d'action triennal*. Québec : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.
- Busque, G. (1987). Les besoins et les ressources des femmes dans l'agriculture. Dans : *Place aux femmes dans l'agriculture*. Document préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa.
- Colloque régional sur la santé des femmes. (1996). *Virage ambulatoire « Santé-vous concernées! »*, Actes du colloque tenu le 4 octobre 1996, Lévis.
- Cohen, Y. (1982). Des paysannes aux fermières : L'association des cercles des fermières canadiennes françaises. *Penelope*, 7 (automne) : 87-93.
- Conseil du statut de la femme (1999). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Abitibi-Témiscamingue, Collection « Femmes et développement des régions », juillet 1999.
- Conseil du statut de la femme (2000). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans l'Outaouais, Collection « Femmes et développement des régions », janvier 2000.
- Conseil du statut de la femme (2000). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, Collection « Femmes et développement des régions », mars 2000.
- Conseil du statut de la femme (2000). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Chaudière-Appalaches, Collection « Femmes et développement des régions », décembre 2000.
- Conseil du statut de la femme (2001). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans Lanaudière, Collection « Femmes et développement des régions », juin 2001.
- Conseil du statut de la femme (2002). Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans le Bas-Saint-Laurent, Collection « Femmes et développement des régions », janvier 2002.
- Côté, J., Desmartis, M., Caron, M. et Ouellet, L. (1993). *Le point de vue des leaders d'opinion sur la maladie mentale et la réinsertion sociale en milieu rural*. Beauport : Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard. Rapport conçu pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Couillard, M.-A., et Côté, G. (1997). *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*. Rapport de recherche présenté au CQRS. Sainte-Foy : Université Laval, centre de recherche sur les services communautaires.

- Cuthbert Brandt, G. (1991). Les origines et le développement des cercles de fermières au Québec et des groupements féminins en Gironde. Sous la direction de Black, N., Cuthbert Brandt, G., Rouyer, M.-C. et Guillaume, P. *Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine*, Centre d'études canadiennes.
- De Koninck, M. (1994). Femmes et santé : La pertinence de recherches féministes. Dans : Marie France Labrecque (dir.) *L'égalité devant soi : Sexes, rapports sociaux et développement international*. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international, 126-142.
- Dion, S. (1991). Les agricultrices québécoises depuis 1981. Sous la direction de Black, N., Cuthbert Brandt, G., Rouyer, M.-C. et Guillaume, P. *Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine*, Centre d'études canadiennes.
- Éthier, I., Guy, L., Martel Parisé, J., Simard, A. et Therrien, S. (1992). *L'agricultrice, une partenaire professionnelle*. Québec : Direction des services aux agricultrices.
- Fontaine, S., Laplante, É. et Rinfret, M. (1988). *La question de l'avortement au Québec*. Document adopté par le Conseil du statut de la femme.
- Fortin, C., et Leclerc, M. (1998). *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Guyon, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec : Les Publications du Québec, 185 p.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences – Santé et conditions de vie des femmes*, Québec : Les Publications du Québec, 384 p.
- Masson, D. (1994). S'organiser pour s'autodévelopper : Organisations de femmes et développement au Saguenay–Lac-St-Jean. Dans : Marie France Labrecque (dir.) *L'égalité devant soi : Sexes, rapports sociaux et développement international*. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international, 64-85.
- Tremblay, M., Bouchard, N. et Gilbert, C. (1997-1998). *Les aidantes naturelles et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie : santé des femmes et défi des solidarités familiales et sociales*. Montréal : Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal.



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

Une revue de la littérature et une bibliographie thématique

par **Rebecca Sutherns¹, PhD, Pamela Wakewich, PhD,
Barbara Parker et Christine Dallaire, PhD²**

Février 2003

Projet n° 3 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé
relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné au Canada

Table des matières

Index des thèmes	E3
Historique	E5
Portée de la revue	E6
Introduction à la littérature sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural	E6
Résumé thématique de la littérature	E7
Analyse de la littérature	E38
Portée et suffisance de la littérature	E38
Accessibilité de la littérature	E40
Méthodologie	E41
Messages clés	E43
Tensions dans la littérature	E46
Lacunes dans la littérature actuelle	E47
Orientations des recherches et des politiques futures	E49
Conclusion	E49
Annexe E1 – Stratégie de recherche pour la revue de la littérature	E50
Annexe E2 – Rapports pertinents des Centres d’excellence pour la santé des femmes	E53

Index des thèmes

Abus d'alcool et d'autres drogues	E7
Abus et violence	E8
Abus sexuel et violence chez les femmes autochtones	E10
Agricultrices	E11
Analyse comparative du milieu rural et du milieu urbain	E12
Avortement	E13
Bien-être	E13
Cancer	E13
Cancer chez les femmes autochtones	E14
Culture et les femmes autochtones	E15
Diabète chez les femmes autochtones	E16
État de santé	E16
État de santé chez les femmes autochtones	E17
Femmes âgées	E17
Offre des soins	E18
Grossesse, obstétrique, accouchement et allaitement maternel	E19
Information (accès à l'information sur la santé)	E21
Logement	E22
Maladies transmissibles sexuellement et VIH/SIDA chez les femmes autochtones	E22
Nutrition chez les femmes autochtones	E23
Obésité et image corporelle	E23

Pauvreté et facteurs économiques	E24
Pêcheries	E25
Place	E26
Professionnels de la santé	E26
Réforme du système de santé	E27
Santé chez les femmes rendues à mi-vie	E28
Santé chez les lesbiennes	E29
Santé et sécurité au travail	E29
Santé mentale	E30
Santé mentale et rétablissement chez les femmes autochtones	E31
Travail	E32
VIH/SIDA	E33
Femmes des régions rurales (santé de façon implicite)	E34
Santé des femmes (milieu rural de façon implicite)	E34
Santé des femmes (participantes du milieu rural)	E35
Santé en milieu rural (femmes de façon implicite)	E36



Note des auteurs : Le présent document développe les propos de deux documents antérieurs dont les suivants : une étude de la littérature de langue anglaise compilée par P. Wakewich et B. Parker intitulée *Rural and Remote Women's Health in Canada: A Literature Review and Research Inventory*³ en octobre 2002; et par C. Dallaire, *Femme, Santé et Milieu Rural au Canada: Bibliographie commentée des écrits de langue française*⁴ en août 2002.



Une revue de la littérature et une bibliographie thématique

Historique

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) travaillent de concert avec le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada à élaborer un cadre stratégique et un programme de recherche sur la santé des femmes en milieu éloigné et rural, en vue de compléter et d'orienter les recherches pour le Programme de contribution à la santé des femmes, les Centres d'excellence et leurs initiatives communes ainsi que les organismes de subvention de recherche comme le IRSC⁵. Cette revue de la littérature constitue la première de quatre étapes dans le cadre de ce projet⁶. Des groupes de réflexion régionaux ont également été organisés afin de permettre aux chercheurs clés, aux fournisseurs de services et aux autres femmes de communautés rurales et éloignées de mettre au premier plan les questions émanant de leur expérience directe. L'analyse documentaire et le rapport

des groupes de réflexion seront à la base d'un guide pratique qui sera utilisé lors d'une consultation nationale qui aura lieu du 17 au 19 mars à Saskatoon, en Saskatchewan, qui donnera naissance au cadre stratégique et au programme de recherche.

Le présent document commence par une explication de la portée de l'analyse, et une liste choisie de références canadiennes utiles sur la santé des femmes en milieu rural. Puis, suivent un résumé thématique de toute la littérature trouvée pour cette analyse et une analyse de celle-ci. L'analyse prend en considération la portée et la suffisance de la recherche, son accessibilité, le choix des questions et sa méthodologie. Les lacunes dans la recherche courante sont soulignées. Les messages clés relatifs aux effets de la ruralité sur la santé des femmes ainsi que la recherche sont par la suite résumés.

Portée de la revue

Le présent document comporte une *revue de la littérature canadienne récente sur la santé des femmes dans les régions rurales, éloignées et du nord*.⁷ Cette revue se limite donc à la littérature qui traite des trois critères de base que sont la santé, les femmes et la ruralité. Les exceptions suivantes ont été faites :

- lorsque deux des critères de base sur trois sont étudiés à fond et que le troisième est implicite. Par exemple, sous le thème « Santé des femmes » (milieu rural de façon implicite), les questions qui ont clairement une pertinence rurale sont aussi traitées, par exemple, l'accès des femmes à des maisons d'hébergement ou l'insécurité du travail des femmes, même si le thème de la ruralité n'est pas abordé de façon explicite;
- lorsque la ruralité n'est pas analysée de façon explicite mais que la recherche a inclus délibérément des participantes de région rurale, ou qu'elle a été menée dans une région qui dessert surtout une population rurale, comme Prince George, en Colombie-Britannique ou St. John's, à Terre-Neuve;
- lorsque la santé des femmes autochtones est traitée, sans qu'il ne soit mentionné de façon explicite si ces femmes autochtones vivent ou non dans un milieu rural.

Malgré le fait d'être limités par les trois domaines d'intérêt de base, ces trois termes ont été définis aussi largement que possible dans les stratégies de recherche utilisées. (voir l'annexe E1 pour des détails complets sur la façon dont les recherches ont été effectuées). Par exemple, le mot « santé » est interprété en termes de ses déterminants sociaux et biologiques, donc des mots clés comme « logement », « bien-être » et « alphabétisme » ont aussi fait l'objet de la recherche. De la même façon, « femmes » a comporté des recherches sur des termes comme « sexe », « adolescente » et « mère ». À « rural » on a associé des termes comme « ferme », « région du Nord/nordique », « région éloignée » et « campagne ».⁸

Cette revue reflète et met en valeur l'existence de connaissances dans plusieurs secteurs en englobant des publications théoriques en sciences biomédicales et sociales revues par des pairs, des documents gouvernementaux, des documents de travail, des recherches communautaires, des conférences et tout autre document pertinent disponible. Elle s'efforce donc de fournir un équilibre souvent absent lorsque seul le matériel revu par des pairs est pris en considération.

Même si ce document a été rédigé en anglais, des articles tant en français qu'en anglais font partie de la revue.⁹

Introduction à la littérature sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural

Avant d'amorcer une revue thématique de l'ensemble de la littérature pertinente, cette section propose une liste des sources qui offrent un traitement particulièrement utile ou approfondi des questions générales relatives à la santé des femmes en milieu rural au Canada. Même s'ils ne constituent pas les dix

principaux articles, ils fournissent une introduction utile au domaine pour ceux qui désirent avoir un aperçu des questions clés. Plus spécifiquement, ils décrivent les facteurs déterminants de la santé les plus pertinents pour les femmes qui vivent dans un milieu rural, éloigné ou nordique.

- Dion Stout, M., Kipling G. et Stout, R. (mai 2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Gucciardi, E., et Biernie-Lefcovithc, A. (2002). *Rural and Northern Women*, du Rapport sur la santé des femmes en Ontario, Stewart, D. E., Cheung, A. M., Ferris, L. E., Hyman, I., Cohen, M. M. et Williams, J. I. (éd.), rapport, n° ISBN 0-7794-3614-8.
- Hutten-Czapski, P. (juin 2002). *Journal canadien de la médecine rurale*, présentation devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie en mai 2002.
- Jennissen, T. (1992). *La santé dans le Canada rural*, la Bibliothèque du parlement du Canada, le Service de recherche, Ottawa.
- Leipert, B., et Reutter, L. (novembre et décembre 1998). Women's Health and Community Health Nursing Practice in Geographically Isolated Settings: A Canadian Perspective, *Health Care for Women International*, 19(6), p. 575-588.
- Secrétariat du Nord du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique. *The Determinants of Women's Health in Northern Rural and Remote Regions: Examples and Recommendations from Northern B.C.*, University of Northern British Columbia, Prince George.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Reutter, L., Neufeld, A. et Harrison, M. (juin 2000). A Review of the Research on the Health of Low-Income Canadian Women, *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(1), p. 75-97.
- Rosenberg, M. W., et Wilson, K. (juillet 2000). Gender, Poverty, and Location: How much Difference do they make in the Geography of Health Inequalities, *Social Science and Medicine*, 51(2), p. 275-287.

Résumé thématique de la littérature

Dans cette section, la littérature canadienne sur la santé des femmes en milieu rural est rassemblée en groupes thématiques et organisée alphabétiquement par sujet.

L'analyse de la pertinence de l'ensemble de la littérature, les approches de la recherche qu'elle reflète et ses messages clés figurent à page E38.

Abus d'alcool ou d'autres drogues

- Cardwell, M. (Le 26 mai 1998). Drug Use: A Threat to Canadian Natives, *Medical Post*, 34(20), p. 32 et 33.
- Currie, J. C. (2001). Atelier sur les meilleures pratiques, Traitement et réadaptation pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/traitement_readaptation_femmes_meilleures_pratiques.pdf], Santé Canada.
- Davis, K. (1982). *Networking in Northwestern Ontario: Women, Addictions and Preventive Health Strategy*, Northwestern Ontario International Women's Decade Council, financé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé nationale et Bien-être social Canada.
- Dion Stout, M., Kipling G. et Stout, R. (mai 2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Graveline, M. J. (1986). *Northern Native Wife Abuse Prevention Demonstration Project*, (Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Division de soutien des programmes de santé; Thompson Crisis Centre, Thompson (Manitoba).

- Santé Canada. (1996). *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes* (Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance), Ottawa.
- Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes*, [www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues/pdf?rural_f.pdf], publication de Santé Canada.
- O'Gorman, K. (été et automne 2001). Northern Women's Health Outreach Project. *Les cahiers de la femme*, 21(2).
- Pauktuutit Inuit Women's Association. *A Community Perspective on Health Promotion and Substance Abuse*.
- Poole, N. (printemps 2001). Bicultural Organizing on Women and Addictions in BC. *Le Réseau*, Le Réseau canadien pour la santé de la femme, 4(2).
- Poole, N., et Isaac, B. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*. HWHC9-1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Ross, H., et Shirley, M. (février 1997). Life-time Problem Drinking and Psychiatric Co-morbidity among Ontario Women, *Addiction*, 92(2), p. 183.
- Williams, R., et Gloster, S. (novembre 1999). Knowledge of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) among Natives in Northern Manitoba, *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), p. 833-836.

Abus et violence

- Austin, W. R., Gallop, E., McCay, T., Peternelj, C. et Bayer, M. (février 1999). Culturally Competent Care for Psychiatry Clients Who Have a History of Sexual Abuse, y compris les commentaires de P. Baume, *Clinical Nursing Research*, 8(1), p. 5-25.
- Barker-Collo, S. L. (1999). Reported Symptomology of Native Canadian and Caucasian Females Sexually Abused in Childhood, *Journal of Interpersonal Violence*, 14(7), p. 747-760.
- Dempster, H. (1995). The North Island Network to Resist and Heal from Violence, [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html], Violence faite aux femmes, Santé Canada.
- Denham, D., et Gillespie, J. (1992). *La violence conjugale et le milieu de travail*, Programme sur la violence familiale, Conseil canadien de développement social, Santé Canada.
- Denham, D., et Gillespie, J. (1994). *La violence envers les femmes et le milieu de travail en voie de changement - II*. Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- deVink, S., et Doherty, D. (1995). Family Violence on the Farm and in Rural Communities. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Dion Stout, M., Kipling G. et Stout, R. (mai 2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Forsdick Martz, D. J., et Sarauer, D. B. (2001). Policy From the Ground Up: Rural Services For Survivors of Woman Abuse, *Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes*, 2(1); été.
- Frank, S. (1996). A Needs Assessment for an Aboriginal Women's Transition House. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Galway, C. (1997). *Should We Ask Our Patients About Domestic Violence: A Patient Survey*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Graveline, M. J. (1986). *Northern Native Wife Abuse Prevention Demonstration Project* (Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Division de soutien des programmes de santé; Thompson Crisis Centre), p. 57, Thompson (Manitoba).

- Green, K. (1996). *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : Une perspective autochtone*, Ottawa. Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Herbert, E., et McCannell, K. (automne 1997). Talking Back: Six First Nations Women's Stories of Recovery from Childhood Sexual Abuse and Addictions, *Revue canadienne de santé mentale*, 16(2).
- Hornosty, J. (1995). *Wife Abuse in Rural Regions: Structural Problems in Leaving Abusive Relationships (a case study in Canada)*. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Jonovicek, N. (2000). *Confronting Violence Against Women: Organizing Services in the Kootenays, BC and Northwestern Ontario, 1965-1985*, thèse.
- MacLeod, L. (1989). *Espoirs et déceptions dans le domaine des femmes battues : Progrès, dilemmes et perspectives de prévention*, document de travail, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social, Division de la prévention de la violence familiale.
- MacLeod, L., et Kinnon, D. (2000). *L'élimination de la violence envers les femmes : La prochaine étape, de la prévention de la violence à la promotion de la santé des personnes, des familles, des collectivités et de la société*, Santé Canada.
- Martz, D., et Sarauer, D. *Domestic Violence and the Experiences of Rural Women in East Central Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- McClure, L., Heinonen, T. et Tudiver, S. (1997). *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Knowledge and Preparation of Health Care Providers to Meet Client Needs*, 97 T2-048, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- McGillivray, A. (1997). *Intimate Violence, Aboriginal Women and Justice System Response: An Annotated Bibliography*, Winnipeg, Manitoba Research Centre on Family Violence and Violence Against Women. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Merriam, B. (été 1993). *Vis-à-vis : bulletin du Centre national d'information sur la violence dans la famille*, Santé nationale et Bien-être social, les femmes abusées des collectivités rurales et éloignées. *Vis-à-vis*, 11(1).
- Merritt-Gray, M., et Wuest, J. (1995). Counteracting Abuse and Breaking Free: The Process of Leaving Revealed through Women's Voices. *Health Care for Women International*. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html], Violence faite aux femmes, Santé Canada.
- Olimb, D., Brownlee, L. et Tranter, D. *Adolescent Dating Violence in the Rural Context*, Lakehead University, School of Social Work.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Association des Femmes Autochtones du Québec. (1993). *État des lieux, violence et santé mentale chez les autochtones du Québec. Rapport de recherche*, Femmes autochtones du Québec.
- Association des Femmes Autochtones du Québec. (1995). *Dépasser la violence*, Femmes autochtones du Québec.
- Scott, W., et VanDine, C. (Le 3 mars 1995). *Family Violence in Rural, Farm and Remote Canada*. Réseau canadien des agricultrices.
- Strategic Design and Production. (1993). *Family Violence in First Nations Communities: A Study of Attitudes and Awareness of Family Violence Issues*, Santé nationale et Bien-être social, Direction générale des services médicaux, Services de santé des Indiens et des Populations du Nord, Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté, Ottawa.
- Struthers, M. (Le 1^{er} septembre 1994). At a Crossroads in the Work to End the Violence: A rural perspective, *Cahiers de la femme*, 14(4).

- Trute, B. (1988). *Medical Response to Wife Abuse in Manitoba: A Survey of Physicians' Attitudes and Practices: A Final Report*, Université du Manitoba, School of Social Work, Child and Family Research Group.
- Untinen, L. (1995). Safety For My Sisters: A History of the Shelter Movement in Northwestern Ontario. *Listening To The Thunder*, compilation par L. Timmins. Women's Research Centre de Vancouver.
- Wawanoloath, C. S. (hiver 2001). The Four Insights from Mali Pili Kizos, *Healing Words*, 3(2), p. 14-22.

Abus sexuel et violence chez les femmes autochtones

- Austin, W. R., Gallop, E., McCay, T., Peternelj, C. et Bayer, M. (février 1999). Culturally Competent Care for Psychiatry Clients Who Have a History of Sexual Abuse, y compris les commentaires de P. Baume, *Clinical Nursing Research*, 8(1), p. 5-25.
- Barker-Collo, S. L. (1999). Reported Symptomology of Native Canadian and Caucasian Females Sexually Abused in Childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(7), p. 747-760.
- Dion Stout, M., Kipling G. et Stout, R. (mai 2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Frank, S. (1996). A Needs Assessment for an Aboriginal Women's Transition House. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Graveline, M. J. (1986). *Northern Native Wife Abuse Prevention Demonstration Project* (Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Division de soutien des programmes de santé; Thompson Crisis Centre), Thompson (Manitoba).
- Green, K. (1996). *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : Une perspective autochtone*, Ottawa. Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Herbert, E., et McCannell, K. (automne 1997). Talking Back: Six First Nations Women's Stories of Recovery from Childhood Sexual Abuse and Addictions, *Revue canadienne de santé mentale*, 16(2).
- McGillivray, A. (1997). *Intimate Violence, Aboriginal Women and Justice System Response: An Annotated Bibliography*, Winnipeg, Manitoba Research Centre on Family Violence and Violence Against Women. [http://www.hcsc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- McKeown, I., Reid, S. et Orr, P. (2002). *Social Risk Factors Involved in the Acquisition of HIV Among Women in Manitoba*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Association des Femmes Autochtones du Québec. (1993). *État des lieux, violence et santé mentale chez les autochtones du Québec. Rapport de recherche*, Femmes autochtones du Québec.
- Association des Femmes Autochtones du Québec. (1995). *Dépasser la violence*, Femmes autochtones du Québec.
- Wawanoloath, C. S. (hiver 2001). The Four Insights from Mali Pili Kizos, *Healing Words*, 3(2), p. 14-22.



Agricultrices

- Black, N., et Cuthbert Brandt, G. (1999). *Feminist Politics on the Farm: Rural Catholic Women in Southern Quebec and Southwestern France*. Montréal et Kinsgton: McGill-Queen's University Press.
- Boivin, M. (1987). Les agricultrices : Un travail à reconnaître sur les plans juridique et économique, *Place aux femmes dans l'agriculture*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa p. 54-71.
- Bureau de la répondante à la condition féminine. (1985). *Plan d'action triennal*, Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation, Québec.
- Busque, G. (1987). Les besoins et les ressources des femmes dans l'agriculture, *Place aux femmes dans l'agriculture*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa.
- Cuthbert, B. G. (1991). Les origines et le développement des cercles de fermières au Québec et des groupements féminins en Gironde, *Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine*, compilation par N. Black, G. Cuthbert Brandt, M.-C. Rouyer et P. Guillaume, Centre d'études canadiennes.
- deVink, S., et Doherty, D. (1995). Family Violence on the Farm and in Rural Communities. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukawiecky_f.html]
- Dimich-Ward, H., Doerfling, P., Hagel, L., Pickett, W., Rolland. L., Hartling, L., Brison, R. et certains collaborateurs de CAISP. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Who is at Risk of Dying on Canadian Farms?*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Dion, S. (1991). Les agricultrices québécoises depuis 1981, *Femmes et vie rurale au Québec et en Aquitaine*, compilation par N. Black, G. Cuthbert Brandt, M.-C. Rouyer et P. Guillaume, Centre d'études canadiennes.
- Fletcher, S. (printemps 1996). Farm Women Take Action on Mental Health Needs, *Women & Environments*, 38, p. 25 et 26.
- Gerrard, N. (2001). Prendre place à la table de l'élaboration des politiques : les femmes en agriculture et l'impact de la compression budgétaire des programmes, *Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes*, 2(1), numéro d'été, p. 17 et 18.
- Gerrard, Nikki, et Russell, G. (1999). *An Exploration of Health-Related Impacts of the Erosion of Agriculturally Focused Support Programs for Farm Women in Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Jurisfemme. (été 2000). Rapports d'ateliers : les femmes des milieux rural et agricole, *Jurisfemme*, 19(3), p. 12-15.
- Keating, N. (octobre 1987). Reducing Stress of Farm Men and Women, *Family Relations*, 36(4), p. 358-363.
- Kubik, W., et Moore, R. (2000). *Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for their Health, Well-being and Quality of Life*, University of Regina (HTF: SK 321).
- Masley, M., Semchuk, K., Senthilselvan, A., McDuffie, H., Hanke, P., Dosman, J., Cessna, A., Crossley, M., Irvine, D., Rosenberg, A. et Hagel, L. (2000). Health and Environment of Rural Families: Results of a Community Canvass Survey in the Prairie Ecosystem Study (PECOS), *Journal of Agricultural Safety and Health*, 6(2).
- Ministère de l'agriculture. (1992). *L'agricultrice, une partenaire professionnelle*, Québec, Direction des services aux agricultrices.
- Scott, W., et VanDine, C. (Le 3 mars 1995). *Family Violence in Rural, Farm and Remote Canada*. Réseau canadien des agricultrices.
- Skillen, L. (2001). *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health and Restructuring*, University of Alberta, financé par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Thurston, W., et Blundell-Gosselin, H. (Du 18 au 21 octobre 2001). *The Farm as a Setting for Health Promotion: Results of a Needs Assessment in South Central Alberta*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).

Analyse comparative du milieu rural et du milieu urbain

- Berthelot, J.-M., Ross, N. et Tremblay, S. (2002). *Le contexte socioéconomique régional et la santé*, Ottawa, Statistique Canada.
- Bryant, H., et Mah, Z. (juillet 1992). Breast Cancer Screening: Attitudes and Behaviors of Rural and Urban Women, *Preventive Medicine*, 21(4), p. 405-418.
- Côté, J., Ouellet, L. et Caron, M. (1993). *La réinsertion sociale en milieu rural et urbain : Opinion des citoyens à l'égard des personnes avec une maladie mentale*, ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Centre de recherche, Université Laval, Robert-Giffard.
- Forbes, D. (Du 18 au 21 octobre 2001) *Closing the Gap between what is Known and Practiced among Rural and Urban Elder Caregivers*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Hornosty, J. (1995). *Wife Abuse in Rural Regions: Structural Problems in Leaving Abusive Relationships (a case study in Canada)*. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/femlukaw-iecky_f.html]
- James, A. M. (1994). *Aging in Urban and Rural Areas: Where are the differences? A study of health care utilization by the elderly population of eastern Ontario*, thèse de doctorat non publiée, Queen's University, Kingston, p. 309.
- Leipert, B. *How Women Maintain Their Health in Northern Geographically Isolated Settings*, University of Northern British Columbia (Rural and Remote Health Research website).
- Manual, D., Goel, B., Williams, J. et Corey, P. (2000). Health-adjusted Life Expectancy at the Local Level in Ontario, *Chronic Disease Canada*, 21(2), p. 73-80.
- Maxwell, C., Kozak, J., Desjardins-Denault, S. et Parboosingh, J. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening Among Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).
- Parikha, S. V., Wasylenkia, D., Goeringa, P. et Wonga, J. (Le 26 avril 1996). Mood Disorders: Rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario, *Journal of Affective Disorders*, 38(1), p. 57-65.
- Permaul-Woods, J., Carroll, J., Reid, A., Woodward, C., Ryan, G., Domb, S., Arbitman, S., Fallis, B. et Kilthei, J. (1999). Going the Distance, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(4).
- Phimister, E., Vera-Toscano, E. et Weersink, A. (février 2002). Female Participation and Labour Market Attachment in Rural Canada, *American Journal of Agricultural Economics*, 84(1), p. 210-221.
- Poole, N., et Isaac, B. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*. HWHC9-1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Robinson, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural-urban Difference in Mental Health Status*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Sweet, L. E., Macdonald, S. M., Reeder, B. A., Chen, Y. et Angel, A. (Le 1^{er} juillet 1997). Regional and Rural-Urban Differences in Obesity in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(1).
- Thomlinson, E. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural and Northern Health Beliefs and Practices*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).

Avortement

- Eggertson, L. (Le 20 mars 2001). Abortion Services in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(6).
- Fontaine, S., Laplante, É. et Rinfret, M. (1988). *La question de l'avortement au Québec*, document adopté par le Conseil du statut de la femme.

Bien-être

- Gerrard, N. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Building Resiliency for Rural Life*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- van Roosmalen, E. (1998). *Women's Voice: Women's Perceptions of the Determinants of Health and Well Being*, projet n° 1 1997-1998, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.

Cancer

- Ahmad, F., Stewart, D., Cameron, J. et Hyman, I. (2001). Rural Physicians' Perspectives on Cervical and Breast Cancer Screening: A Gender-Based Analysis, *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, numéro spécial, 19(2), p. 201-208.
- Amaratunga, C. (2002). *Breast Cancer Action Nova Scotia*. 99/00-PD2, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Black, M. E. A., Stein, K. F. et Loveland-Cherry, C. J. (avril 2001). Older Women and Mammography Screening Behavior: Do Possible Selves Contribute? *Health Education and Behavior*, 28(2), p. 200-216.
- Bryant, H., et Mah, Z. (juillet 1992). Breast Cancer Screening: Attitudes and Behaviors of Rural and Urban Women, *Preventive Medicine*, 21(4), p. 405-418.
- Bryant, J., Zumbo, B., Browne, A. et Barton, S. *Access to Health Care: Social Determinants of Preventive Cancer Screening Use in Northern British Columbia*, University of Northern British Columbia (site Web du groupe Rural and Remote Health Research).
- Church, J., Curran, V. et Solberg, S. (2000). *Voices and Faces*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Clarke, H., Joseph, R., Deschamps, M., Hislop, T., Band, P. et Atleo, R. (mars 1998). Reducing Cervical Cancer among First Nations Women, *L'Infirmière canadienne*, 94(3).
- Deschamps, M., Band, P., Hislop, T., Clarke, H., Smith, J., Ng, V. et Math M. (1992). Barriers to Cervical Cytology Screening in Native Women in British Columbia, *Cancer Detection and Prevention*, 16(5, 6), p. 337-339.
- Healey, S. M., Aronson, K. J., Mao, Y., Schlect, N. F., Mery, L. S., Ferenczy, A. et Franco, E. L. (décembre 2001). Oncogenic Human Papillomavirus Infection and Cervical Lesions in Aboriginal Women of Nunavut, Canada, *Sexually Transmitted Diseases*, 28(12), p. 694-700.
- Hislop, T., Deschamps, M., Band, P., Smith, J. et Clarke, H. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening Among Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).
- Maxwell, C., Kozak, J., Desjardins-Denault, S. et Parboosingh, J. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening Among Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).

- Maxwell, C. J., Bancej, C. M. et Snider, J. (Le 6 février 2001). Predictors of Mammography use among Canadian Women aged 50-69: Findings from the 1996/97 National Population Health Survey, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(3).
- McKinley, R. (février 1998). Mobile Breast Exam Unit Gets Ready for Rural Visits, *Alberta Sweetgrass*, 5(2), p. 6.
- Minore, B., Hill, M., Kurm, M. et Vergidis, D. (2001). Knowledgeable, Consistent, Competent Care: Meeting the challenges of delivering quality cancer care in remote northern communities, *Internal Journal of Circumpolar Health*, 60(2), p. 196-204.
- Roberts, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Pesticide Exposure and Breast Cancer Risk in Canada: A Case Control Study*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Roos, L., Traverse, D. et Turner, D. (juin 1999). Delivering Prevention: The role of public programs in delivering care to high risk populations, *Medical Care*, 37(6 – Supplement).
- Ross, N. A., Rosenberg, M. W. et Pross, D. C. (été 1994). Siting a women's health facility: A location-allocation study of breast cancer screening services in eastern Ontario, *Le Géographe canadien*.
- Woods, S. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Cervical Cancer Screening in Northern Saskatchewan First Nations*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Young, K. T., Kliwer, E., Blanchard, J. et Mayer, T. (2000). Monitoring Disease Burden and Preventive Behaviour with Data Linkage: Cervical Cancer among Aboriginal People in Manitoba, Canada, *American Journal of Public Health*, 90(9), p. 1466-1468.

Cancer chez les femmes autochtones

- Clarke, H., Joseph, R., Deschamps, M., Hislop, T., Band, P. et Atleo, R. (mars 1998). Reducing Cervical Cancer among First Nations Women, *L'Infirmière canadienne*, 94(3).
- Deschamps, M., Band, P., Hislop, T., Clarke, H., Smith, J., Ng, V. et Math, M. (1992). Barriers to Cervical Cytology Screening in Native Women in British Columbia, *Cancer Detection and Prevention*, 16(5, 6), p. 337-339.
- Healey, S. M., Aronson, K. J., Mao, Y., Schlect, N. F., Mery, L. S., Ferenczy, A. et Franco, E. L. (décembre 2001). Oncogenic Human Papillomavirus Infection and Cervical Lesions in Aboriginal Women of Nunavut, Canada, *Sexually Transmitted Diseases*, 28(12), p. 694-700.
- Hislop, T., Deschamps, M., Band, P., Smith, J. et Clarke, H. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening Among Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).
- Roos, L., Traverse, D. et Turner, D. (juin 1999). Delivering Prevention: The role of public programs in delivering care to high risk populations, *Medical Care*, 37(6 – Supplement).
- Woods, S. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Cervical Cancer Screening in Northern Saskatchewan First Nations*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Young, K. T., Kliwer, E., Blanchard, J. et Mayer, T. (2000). Monitoring Disease Burden and Preventive Behaviour with Data Linkage: Cervical Cancer among Aboriginal People in Manitoba, Canada, *American Journal of Public Health*, 90(9), p. 1466-1468.

Culture chez les femmes autochtones

- Adelson, N. (1998). Health Beliefs and the Politics of Cree Well-Being, *Health*, 2(1), p. 5-22.
- Austin, W. R., Gallop, E., McCay, T., Peternelj, C. et Bayer, M. (février 1999). Culturally Competent Care for Psychiatry Clients Who Have a History of Sexual Abuse, y compris les commentaires de P. Baume, *Clinical Nursing Research*, 8(1), p. 5-25.
- Barker-Collo, S. L. (1999). Reported Symptomology of Native Canadian and Caucasian Females Sexually Abused in Childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(7), p. 747-760.
- Benoit, C., et Caroll, D. (vol. 4, n° 3, été 2001). La sage-femmerie autochtone au Canada : l'union des approches traditionnelles et modernes, *Le réseau*.
- Browne, A., et Fiske, J. (2001). First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services, *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), p. 126-147.
- Browne, A., et Smye, V. (2002). A Post-colonial Analysis of Health Care: Discourses addressing Aboriginal Women, *Nurse Research*, 9(3), p. 28-41.
- Browne, A. (1998). *Improving Health Care Services for First Nations Women: A Community Case Study*, WCC98-2, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Browne, A., Fiske, J. et Thomas, G. (1997). *Northern First Nations Women's Interactions with the Mainstream Health System*, WCC97-3, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Deiter, C., et Otway, L. (2001). *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Herbert, E., et McCannell, K. (automne 1997). Talking Back: Six First Nations Women's Stories of Recovery from Childhood Sexual Abuse and Addictions, *Revue canadienne de santé mentale*, 16(2).
- Pauktuutit Inuit Women's Association. (automne et hiver 2001-2002, vol. 4 et 5, n° 4 et 1). Inuit Women's Health: A Call for Commitment, *Le réseau*, Le réseau canadien pour la santé des femmes.
- Pauktuutit Inuit Women's Association. *A Community Perspective on Health Promotion and Substance Abuse*, Pauktuutit Inuit Women's Association.
- Pauktuutit Inuit Women's Association. *Community Programs for Healthy Inuit Babies: Guidelines*, Pauktuutit Inuit Women's Association.
- Restoule, B. Marilyn. (mai 2000). Healing in Ojibwa First Nation Communities: Investigating the Relationship among Acculturation, Health and Identity, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60(10-B), p. 5251.
- Wawanoloath, C. S. (hiver 2001). The Four Insights from Mali Pili Kizos, *Healing Words*, 3(2), p. 14-22.



Diabète chez les femmes autochtones

- Daniel, M., et Gamble, D. (1995). Diabetes and Canada's Aboriginal Peoples: The Need for Primary Prevention, *International Journal of Nursing Studies*, 3(3), p. 243-259.
- Harris, S. B., Caulfield, L. E., Sugamori, M. E., Whalen, E. A. et Henning, B. (1997). The Epidemiology of Diabetes in Pregnant Native Canadians, *Diabetes Care*, 20(9), p. 1422-1425.
- Hegele, R., Cao, H., Harris, S., Zinman, B., Hanley, A. et Anderson, C. (2000). Gender, Obesity, Hepatic Nuclear Factor – 1alpha G3195 and the Age of Onset of Type 2 Diabetes in Canadian Oji-Cree, *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorder*, 24(8), p. 1062-1064.
- Hegele, R., Cao, H., Harris, S., Zinman, B., Hanley, A. et Anderson, C. (2000). Peroxisome Proliferator-Activated Receptor- γ 2P12A and Type 2 Diabetes in Canadian Oji-Cree, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(2), p. 2014-2019.
- Wein, E., Basualdo, T., Johnson, P. et Basu, T. (hiver 1996). Nutrient Intakes of a Sample of First Nations Adults with and without Diabetes Mellitus in Central Alberta, *Journal of the Canadian Diabetic Association*, 57(4), p. 153-161.

État de santé

- DesMeules, M., Jones, S., Lagace, C. et Wootton, J. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Patterns of Health, Disease and Health Services Utilization in Rural and Urban Canada: A mapping project*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Dubois-Wing, G. (Le 11 mai 2001). Northern Perspective on Women's Health Issues, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes.
- Gouvernement du Canada. (2002). La santé des femmes autochtones, voir le site du Bureau pour la santé des femmes. [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_autochtones.htm]
- Gucciardi, E., et Biernie-Lefcovithc, A. (2002). *Rural and Northern Women* du Rapport sur la santé des femmes en Ontario, Stewart, D. E., Cheung, A. M., Ferris, L. E., Hyman, I., Cohen, M. M. et Williams, J. I. (éd.), rapport, n° ISBN 0-7794-3614-8.
- Manual, D., Goel, B., Williams, J. et Corey, P. (2000). Health-adjusted Life Expectancy at the Local Level in Ontario, *Chronic Disease Canada*, 21(2), p. 73-80.
- McBride, C., et Bobet, E. (1990). *Health of Indian Women*, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 32.
- Muckle, G., Ayotte, P., Dewailly, É., Jacobson, S. W. et Jacobson, J. L. (2001). Prenatal Exposure of Northern Quebec Inuit Infants to Environmental Contaminants, *Environmental Health Perspectives - New Series*, 109(2), p. 1291-1301.
- St. John, P. D., Havens, B., van Ineveld, C. H. et Finlayson, M. (2002). Rural-urban Differences in Health Status of Elderly Manitobans, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(2).
- Statistique Canada. (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa.

État de santé chez les femmes autochtones

- Armstrong, R. P. (2001). *Tendances géographiques du bien-être socioéconomique des collectivités des Premières nations*, la série des documents de travail sur l'agriculture et le milieu rural, Ottawa, Statistique Canada.
- Gouvernement du Canada. (2002). La santé des femmes autochtones, voir le site du Bureau pour la santé des femmes. [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_autochtones.htm]
- McBride, C., et Bobet, E. (1990). *Health of Indian Women*, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 32.
- Muckle, G., Ayotte, P., Dewailly, É., Jacobson, S. W. et Jacobson, J. L. (2001). Prenatal Exposure of Northern Quebec Inuit Infants to Environmental Contaminants, *Environmental Health Perspectives - New Series*, 109(2), p. 1291-1301.

Femmes âgées

- Black, M. E. A., Stein, K. F. et Loveland-Cherry, C. J. (avril 2001). Older Women and Mammography Screening Behavior: Do Possible Selves Contribute? *Health Education and Behavior*, 28(2), p. 200-216.
- Blakely, B. M. (1999). The Impact of Health Care Reforms on Elderly Caregivers in Rural Canada, communication publiée par la *Society for the Study of Social Problems*.
- Botting, I., Neis, B., Kealey, L. et Solberg, S. (juillet 2000). *Health Care Restructuring and Privatization from Women's Perspectives in Newfoundland and Labrador*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Forbes, D. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Closing the Gap between what is Known and Practiced among Rural and Urban Elder Caregivers*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- James, A. M. (1994). *Aging in Urban and Rural Areas: Where are the differences? A study of health care utilization by the elderly population of eastern Ontario*, thèse de doctorat non publiée, Queen's University, Kingston, 309 p.
- Johnston, J., et Schneider, L. (automne 1998). Effects of a One-month Nutrition and Exercise Program in Blackfoot Women Elders, *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 49(4), p. 249-253.
- Maxwell, C., Kozak, J., Desjardins-Denault, S. et Parboosingh, J. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening in Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).
- Maxwell, C. J., Bancej, C. M. et Snider, J. (Le 6 février 2001). Predictors of Mammography use among Canadian Women aged 50-69: Findings from the 1996/97 National Population Health Survey, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(3).
- Mitchell, S. (1991). *Raising the Issues: A Discussion Paper on Aging Women in Ontario*, Toronto, Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine, iii, 33, iii, 37.
- Neis, B., Drake, A. et Sheir, J. (2001). *We've Talked: Restructuring and Women's Health in Rural Newfoundland*. Rapport définitif présenté au Fonds pour la santé de la population de Santé Canada. [www.coastsunderstress.ca]

- Pittaway, E. (1990). Leisure Lifestyle and Perceived Social Support of Older Adults in a Rural Environment, thèse de doctorat, WLU, 1990. *DAI*, 52, p. 4092-.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Raiwet, C. (1990). *As Long As We Have Health: The experience of age-related physical change for rural elderly couples*, thèse de doctorat non publiée, University of Alberta à Edmonton.
- St. John, P. D., Havens, B., van Ineveld, C. H. et Finlayson, M. (2002). Rural-urban Differences in Health Status of Elderly Manitobans, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(2).

Offre des soins

- Blakely, B., et Jaffe, J. (1999). *Coping as a Rural Caregiver: The impact of health care reforms on rural women informal caregivers*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1999). Des femmes et de soins, L'expérience des aidantes naturelles au Saguenay, *Recherches féministes*, 12(1), p. 63-81.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (sous la direction de Ménard, C., et Villeneuve, F.) (1996). *Les solidarités fragiles : Les femmes et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie*, Actes du Congrès 1996 de la Société canadienne de théologie, Projet de société et lectures chrétiennes, p. 171-186, Québec.
- Bowd, A., et Loos, C. (mai et juin 1996). Morale and Coping Strategies of Caregivers for Persons With Alzheimer's Disease in Isolated Communities in Canada. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(3), p. 32-39.
- Bruhm, G., et Poirier, L. (1998). *The Caregivers Research Project*. 97/98-SPF2, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Campbell, J., Bruhm, G. et Lilley, S. (novembre 1998). *Caregivers' Support Needs: Insights From the Experiences of the Women Providing Care in Rural Nova Scotia*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et Dalhousie University.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Fedstein, D. A. (1999). *Barriers to Care for People Living with HIV in Northern Ontario: A Client Centered Survey*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Forbes, D. (Du 18 au 21 octobre 2001) *Closing the Gap between what is Known and Practiced among Rural and Urban Elder Caregivers*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Herle, A., McNabb, V., McKay, M., Nokusis, C. et Desnomie, M. (1998). *Effect of Multi-Generational Caring on On-Reserve Women*, 98D-T1-021, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Payne, B., Grant, K. et Gregory, D. (Le 30 septembre 2001). *Women's Caring Work in the Context of Manitoba Health Reform*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Tudiver, S., et Hall, M. Women and Health Care Delivery in Canada, [http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/english/delivery.htm], communication, site Web de Santé Canada.
- Williams, A. M. (1996). The Development of Ontario's Home Care Program: A Critical Geographical Analysis. *Social Science and Medicine*, 42(6), p. 937-948.

Grossesse, obstétrique, accouchement et allaitement maternel

- Bartellas, E., Crane, J. M., Daley, M., Bennett, K. et Hutchens, D. (août 2000). Sexuality and Sexual Activity in Pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(8), p. 964-968.
- Benoit, C., et Caroll, D. (vol. 4, n° 3, été 2001). La sage-femmerie autochtone au Canada: l'union des approches traditionnelles et modernes, *Le réseau*.
- Bourgeault, I. L. (juillet 2002). When Services Just Aren't There: Activism among Canadian Mothers de *Performing Motherhood: Ideology, Agency and Experience Conference*, La Trobe University, Melbourne, Australie.
- Bourgeault, I. L., et Sutherns, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural Women's Experiences with Health Information and Resources*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Bourgoin, G., Lahaie, N., Berber, M., Dovigi, C., Picard, L. et Sahai, V. (1997). Factors Influencing the Duration of Breastfeeding in the Sudbury Region, *La revue canadienne de santé publique*, 88(4).
- Browne, A. J., Shultis, J. et Watts, M. (1999). Solution-Focused Approaches to Tobacco Reduction with Disadvantaged Prenatal Clients, *Journal of Community Health Nursing*, 16(3), p. 165-177.
- Buske, L. (2000). Availability of Services in Rural Areas, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162.
- Carroll, J., Brown, J., Reide, A. et Pugh, P. (mars 2000). Women's Experiences of Maternal Serum Screening, *Médecin de famille canadien*, 46.
- Davinson, K. *Factors Influencing Early Prenatal Enrolment in Programs for High Risk Women: Assessment of a Health Program Database (The British Columbia Pregnancy Outreach Program)*, mémoire de maîtrise, University of British Columbia (site Web de la Rural and Remote Health Research).
- DeLeeuw, S. (1998). *Young Women's Health Needs in Isolated Northern Communities*. WCC98-7, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Dion Stout, M., Kipling G. et Stout, R. (mai 2001). *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Harris, S. B., Caulfield, L. E., Sugamori, M. E., Whalen, E. A. et Henning, B. (1997). The Epidemiology of Diabetes in Pregnant Native Canadians, *Diabetes Care*, 20(9), p. 1422-1425.
- Hutten-Czapski, P. A. (Le 16 août 1999). *Rural Midwifery*, Société de la médecine rurale du Canada.
- Hutten-Czapski, P. A. (printemps 1999). Decline of Obstetrical Services in Northern Ontario, *Journal canadien de la médecine rurale*, 4(2), p. 72-76.
- Iglesias, S., et Hutten-Czapski, P. A. (1999). Joint Position Paper on Training for Rural Family Practitioners in Advanced Maternity Skills and Cesarean Section, *Journal canadien de la médecine rurale*, 4(4).
- Jasen, P. (décembre 1997). Race, Culture and the Colonization of Childbirth in Northern Canada, *Social History of Medicine*, 10(3), p. 383-400.
- Kioke, S. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Revisiting the Past... Discovering Traditional Care and the Cultural Meaning of Pregnancy and Birth in a Cree Community*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Klassen, D. R., et Schubert, D. P. (1996). *Survey on Adolescent Knowledge of Sexuality*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Klein, M. C., Christilaw, J. et Johnston, S. (2002). Loss of Maternity Care: The cascade of unforeseen dangers, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(2), p. 120 et 121.

- Loos, C., et Morton, L. (1999). The Value of Using a Prenatal Education Planning Model: Application to an Aboriginal Community, *The Journal of Perinatal Education*, 8(1), p. 1-9.
- Luce, J. (1998). *Assessing Assisted Reproduction: Experiences of Lesbian and Bisexual Women Living in Northern Communities*, WCC98-8, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- MacLeod, M., et Zimmer, L. (en cours d'élaboration). *Perinatal Services: Assessing the Needs of Special Populations*, University of British Columbia.
- McIlwain, R., et Smith, S. (2000). Obstetrics in a Small Isolated Community: The cesarean section dilemma, *Journal canadien de la médecine rurale*, 5(4), p. 221-223.
- Medical Post. (Le 10 septembre 1996). Birthing Programs Valuable in Isolated Areas, *Medical Post*, 32(30), p. 80.
- Miskelly, M. *Teenage Pregnancy and Low Birth-Weight in Infants*, mémoire de maîtrise, University of Northern British Columbia (site Web de la Rural and Remote Health Research).
- Morton, M., et Loos, C. (automne 1995). Does Universal Health Care Coverage Mean Universal Accessibility? *Women's Health Issues*, 5(3), p. 139-142.
- Mpofu, D., McDuffie, H., Rennie, D., Stefiuk, W. et Turnell, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Discharge of Mothers and Babies from Hospital after Birth of a Healthy Full-term Infant: What are the Health Consequences for Rural and Urban Women in Saskatoon Health District?*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Muckle, G., Ayotte, P., Dewailly, É., Jacobson, S. W. et Jacobson, J. L. (2001). Prenatal Exposure of Northern Quebec Inuit Infants to Environmental Contaminants, *Environmental Health Perspectives - New Series*, 109(12), p. 1291-1301.
- Northwestern Ontario Women's Health Network and Redlake Women's Information Group. (1990). *Long Distance Delivery: A guide to travelling away from home to give birth*. Rexdale (Ontario) Helmsman Press Ltd.
- Pavan, L. A., et Makin, M. (2000). Review of Cesarean Sections at a Rural British Columbian Hospital: Is there room for improvement?, *Journal canadien de la médecine rurale*, (5(4), p. 201-207.
- Permaul-Woods, J., Carroll, J., Reid, A., Woodward, C., Ryan, G., Domb, S., Arbitman, S., Fallis, B. et Kilthei, J. (1999). Going the Distance, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(4).
- Poole, N., et Isaac, B. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*, HWHC9-1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Rowntree, C., Irvine, H., Thompson, J., Larsen, D. et Morse, J. (Le 22 décembre 1994). *Rural Physicians' Perspective on Midwifery in Sunde Alberta*, *Société de la médecine rurale du Canada*, article.
- Rupert, H., et Lai, D. (hiver 1988). Long Distance Delivery, *Healthsharing*.
- Rural Obstetrics Joint Working Group. (printemps 1998). Rural Obstetrics: Joint position paper on rural maternity care, *Société de la médecine rurale du Canada*, 3(2).
- Sokoloski, E. A. (printemps 1995). Canadian First Nations Women's Beliefs about Pregnancy and Prenatal Care, *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(1), p. 89-100.
- Stretch, N. C., et Knight, C. A. (2002). Community Obsterics: A new look at group obstetrical care in rural communities, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(3).
- Sugamori, D. M. (1994). *Epidemiology of Pregnancy outcomes among Native Women of the Sioux Lookout Zone*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Sutherns, R. (2001). *Women's Experiences of Maternity Care in Rural Ontario: Do Doctors Matter?* Thèse de doctorat. University of Guelph, (375 p.).

- Sutherns, R., et Bourgeault, I. L. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Crisis? The Untold Story of Women's Experiences with Maternity Care in Rural Canada*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Torr, E. (2000). Report on the Findings of the Consensus Conference on Obstetrical Services in Rural or Remote Communities, Vancouver (Colombie-Britannique), du 24 au 26 février 2000, *Journal canadien de la médecine rurale*, 5(4).
- Tromp, M., et Iglesias, S. (2001). Discussion Paper on Rural Obstetrical Analgesia and Anesthesia, *Journal canadien de la médecine rurale*, 6(4).
- Webber, G., et Wilson, R. (avril 1993). Childbirth in the North, *Le Collège des médecins de famille du Canada*, 39.
- Williams, R., et Gloster, S. (novembre 1999). Knowledge of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) among Natives in Northern Manitoba, *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), p. 833-836.
- Wysong, P. (Le 21 juillet 1998). National Forum outlines 14-point Program to Save Rural Obstetrics : Saskatchewan tries novel approach to upgrade delivery skills, *Medical Post*, 34(26), p. 16.

Information (accès à l'information sur la santé)

- Bartellas, E., Crane, J. M., Daley, M., Bennett, K. et Hutchens, D. (août 2000). Sexuality and Sexual Activity in Pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(8), p. 964-968.
- Bourgeault, I. L., et Sutherns, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural Women's Experience with Health Information and Resources*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Bowd, A., et Loos, C. (mai et juin 1996). Morale and Coping Strategies of Caregivers for Persons With Alzheimer's Disease in Isolated Communities in Canada, *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(3), p. 32-39.
- Forsdick Martz, D. J., et Sarauer, D. B. (2001). Policy From the Group Up: Rural Services For Survivors of Woman Abuse, *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, 2(1), été.
- Gilmore, A., et Ross, M. (1993). HIV/AIDS and the Impact on Aboriginal Women in Canada, *Aboriginal Nurses Association of Canada*.
- Klassen, D. R., et Schubert, D. P. (1996). *Survey on Adolescent Knowledge of Sexuality*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Meadows, L. M., Thurston, W. E. et Berenson, C. A. (juillet 2001). Health Promotion and Preventative Measures: Interpreting Messages at Midlife, *Qualitative Health Research*, 11(4), p. 450-463.
- Parker, B. (mai 2001). *Mapping Feminist Praxis and Identity: A Case Study of Women's Health Activism in Northwestern Ontario*, mémoire de maîtrise non publié, département de la sociologie, Lakehead University.
- Thurston, W., et Blundell-Gosselin, H. (Du 18 au 21 octobre 2001). *The Farm as a Setting for Health Promotion: Results of a Needs Assessment in South Central Alberta*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Williams, R., et Gloster, S. (novembre 1999). Knowledge of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) among Natives in Northern Manitoba, *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), p. 833-836.

Logement

- Mavin, R. (1993). *Housing the Rural Elderly: Exploring the potential for the Abbeyfield Model*, thèse de doctorat non publiée, University of Guelph, p. 153.
- Neis, B., Drake, A. et Sheir, J. (2001). *We've Talked: Restructuring and Women's Health in Rural Newfoundland*, rapport définitif présenté au Fonds pour la santé de la population de Santé Canada. [www.coastsunderstress.ca]
- Racher, F. E. (1997). *The Challenge of Coping : Frail rural elderly couples identify resources required to maintain their independence*, thèse de doctorat non publiée, Université du Manitoba, Winnipeg, p. 141.
- Rathwell, T. (1999). *A Gender Equity Lens for the Health Policy Domain – A Canadian Gender Curriculum Educational Strategy*, 98-99-PF1, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Steele, M. (juillet 2002). *Housing Options for Women Living alone in Rural Areas - Final Report*, (Société canadienne d'hypothèques et de logement – S. C. H. L.), programme de recherche externe, rapport de recherche.

Maladies transmissibles sexuellement et VIH/SIDA chez les femmes autochtones

- Cardwell, M. (Le 26 mai 1998). Drug Use: A Threat to Canadian Natives, *Medical Post*, 34(20), p. 32 et 33.
- Gilmore, A., et Ross, M. (1993). HIV/AIDS and the Impact on Aboriginal Women in Canada, *Aboriginal Nurses Association of Canada*.
- Healey, S. M., Aronson, K. J., Mao, Y., Schlect., N. F., Mery, L. S., Ferenczy, A. et Franco, E. L. (décembre 2001). Oncogenic Human Papillomavirus Infection and Cervical Lesions in Aboriginal Women of Nunavut, Canada, *Sexually Transmitted Diseases*, 28(12), p. 694-700.
- Hislop, T., Deschamps, M., Band, P., Smith, J. et Clarke, H. (septembre et octobre 1992). Participation of BC Cervical Cytology Screening Program by Native Indian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 83(5).
- Hodgins, S., Peeling, R., Dery, S., Bernier, F., LaBrecque, A., Proulx, J., Joly, J., Alary, M. et Mabey, D. (avril 2002). The Value of Mass Screening for Chlamydia Control in High Prevalence Communities, *Sexually Transmitted Diseases*, 78 (1^{er} supplément), p. 64-68.
- McKeown, I., Reid, S. et Orr, P. (2002). *Social Risk Factors Involved in the Acquisition of HIV Among Women in Manitoba*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Mill, J. (août 1997). HIV Risk Behaviors Become Survival Techniques for Aboriginal Women, *Western Journal of Nursing Research*, 19(4), p. 466-489.
- Mill, J. (octobre 2000). Describing an Explanatory Model of HIV Illness among Aboriginal Women, *Holistic Nursing Practice*, 15(1), p. 42-56.



Nutrition chez les femmes autochtones

- Cuniffe, D. P. (2000). *Eating Disorders in Northwestern Ontario*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Farkas, C. (juin 1986). Ethno-specific Communication Patterns: Implications for Nutrition, *Journal of Nutrition Education*, 18(3), p. 99-103.
- Johnston, J., et Schneider, L. (automne 1998). Effects of a One-month Nutrition and Exercise Program in Blackfoot Women Elders. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 49(4), p. 249-253.
- Kuhnlein, H., Soueida, R. et Receuver, O. (hiver 1995). Baffin Inuit Food Use by Age, Gender and Season, *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 56(4), p. 175-183.
- Kuhnlein, H., Soueida, R. et Receuver, O. (février 1996). Dietary Nutrient Profiles of Canadian Baffin Island Inuit Differ by Food Source, Season and Age, *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 96(2), p. 155-162.
- Lawn, J., et Harvey, D. (2001). *Change in Nutrition and Food Security in Two Inuit Communities, 1992-97*, Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 124, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Sevenhuysen, G., et Bogert-O'Brien, L. (printemps 1987). Nutrient Intake of Women and School Children in Northern Manitoba Native Communities, *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 48(2), p. 89-93.
- Verrall, Tanya. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Understanding and Preventing Iron Deficiency Anemia in Cree Infants*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Wein, E. (hiver 1986). Nutrition of Northern Native Canadians, *Association canadienne d'économie familiale*, 36(1).
- Wein, E., Basualdo, T., Johnson, P. et Basu, T. (hiver 1996). Nutrient Intakes of a Sample of First Nations Adults with and without Diabetes Mellitus in Central Alberta, *Journal of the Canadian Diabetic Association*, 57(4), p. 153-161.

Obésité et image corporelle

- Dubois-Wing, G. (Le 11 mai 2001). Northern Perspective on Women's Health Issues, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes.
- Katzmarzyk, P., et Malina, R. (1999). Body Size and Physique among Canadians of First Nation and European Ancestry, *American Journal of Physical Anthropology*, 19(2), p. 161-172.
- Sweet, L. E., Macdonald, S. M., Reeder, B. A., Chen, Y. et Angel, A. (Le 1^{er} juillet 1997). Regional and Rural-Urban Differences in Obesity in Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(1), p. S10-S16.
- Wakewich, P. (2000b). Contours of Everyday Life: Women's Reflections on Embodiment and Health Over Time de J. M. S. A. V. A. Baukje Miedema (éd.) *Women's Bodies Women's Lives: Health, Well-Being and Body Image*, p. 237-253.
- Young, T., et Sevenhuysen, G. (mai 1989). Obesity in Northern Canadian Indians: Patterns, determinants, and consequences, *American Journal of Clinical Nutrition*, 49(5), p. 786-793.

Pauvreté et facteurs économiques

- Berthelot, J.-M., Ross, N., et Tremblay, S. (2002). *Le contexte socioéconomique régional et la santé*, Ottawa, Statistique Canada.
- Botting, I., Neis, B., Kealey, L. et Solberg, S. (juillet 2000). *Health Care Restructuring and Privatization from Women's Perspectives in Newfoundland and Labrador*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Conseil du Statut de la Femme. (décembre 2000). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Chaudière-Appalaches*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Conseil du Statut de la Femme. (janvier 2000). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans le Bas-Saint-Laurent*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Conseil du Statut de la Femme. (janvier 2000). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans l'Outaouais*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Conseil du Statut de la Femme. (juillet 1999). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Abiti-Témiscamingue*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Conseil du Statut de la Femme. (juin 2001). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans Lanaudière*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Conseil du Statut de la Femme. (mars 2000). *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional en Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine*, collection « Femmes et développement des régions », (éd.)
- Donner, L. (2000). *Women, Income and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action*, Winnipeg (Manitoba) Women's Health Clinic.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Gandy, K. (2001). *Single Parent Women's Experiences Performing the Required Tasks of Health Provider for Their Families*, 00/01-ST1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Lawn, J., et Harvey, D. (2001). *Change in Nutrition and Food Security in Two Inuit Communities, 1992-97*, Affaires indiennes et du Nord Canada, p. 124, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lévesque, C., Trudeau, N., Bacon, J., Montpetit, C., Cheezo, M.-A., Lamontagne, M. et Sioui Wawanoloath, C. (mai 2001). *Aboriginal Women and Jobs: Challenges and Issues for Employability Programs in Quebec*, le Partenariat Mikimon de la Condition féminine Canada, Association des femmes autochtones du Québec.
- Lord, S. *Social and Economic Stress and Women's Health in Fishing Communities*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Macdougall, P. J. (1992). *Feminization of Poverty: Personal accounts of rural single parent mothers*, thèse de doctorat non publiée, Acadia University, Wolfville.
- Martel, C., et Poussart, B. (1997). *Portrait socio-économique des femmes du Québec et de ses régions*, Conseil du statut de la femme (Québec).
- Morton, M., et Loos, C. (automne 1995). Does Universal Health Care Coverage Mean Universal Accessibility? *Women's Health Issues*, 5(3), p. 139-142.

- Neis, B., Grzetic, B. et Pigeon, M. (avril 2001). *From Fishplant to Nickel Smelter: Health Determinants and the Health of Newfoundland's Women Fish and Shellfish Processors in an Environment of Restructuring*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Centres d'excellence pour la santé des femmes (Terre-Neuve).
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Purdon, C. (2002). *Rural Women Speak About the Face of Poverty* (Rural Women and Poverty Action Committee, Grey Bruce et Huron Counties (Ontario) Condition féminine Canada).
- Reutter, L., Neufeld, A. et Harrison, M. (juin 2000). A Review of the Research on the Health of Low-Income Canadian Women, *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(1), p. 75-97.
- Rosenberg, M. W., et Wilson, K. (juillet 2000). Gender, Poverty, and Location: How much Difference do they make in the Geography of Health Inequalities, *Social Science and Medicine*, 51(2), p. 275-287.
- Steele, M. (juillet 2002). *Housing Options for Women Living Alone in Rural Areas – Final Report*, (Société canadienne d'hypothèques et de logement – S. C. H. L.), programme de recherche externe, rapport de recherche.

Pêcheries

- Binkley, M. (2002). *Set Adrift: Fishing Families* [Diss], Toronto, University of Toronto Press.
- Bureau de la répondante à la condition féminine. (1985). *Plan d'action triennal*, Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation (Québec).
- Grzetic, B. (2002). *Between Life and Death: Women Fish Harvesters in Newfoundland and Labrador*, mémoire de maîtrise non publié, Memorial University.
- Hounsell, A., et Neis, B. (2002). Ethical Issues Associated with Occupational Asthma in Single Industry Fishery Villages de S. Roseman (éd.), *Identities, Power, and Place on the Atlantic Borders of Two Continents: Proceedings from the International Research Linkages Workshop on Newfoundland and Labrador Studies and Galician Studies*, (p. 144-158), St. John's (Terre-Neuve), Memorial University.
- Keefe, S. (2002). *Skipper of the Shore Crew: Women and a Fish Plant Closure*, thèse de doctorat non publiée, Wilfred Laurier University, Psychology.
- Lord, S. *Social and Economic Stress and Women's Health in Fishing Communities*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Lord, S., Pahlke, A. et Christiansen-Ruffman, L. (décembre 2001). *Women's Health and Well-being in Six Nova Scotia Fishing Communities*, L'Institut canadien de recherches sur les femmes, Nova Scotia Women's Fishnet.
- Neis, B. (1994). Occupational Health and Safety of Women Working in Fish and Crab Processing in Newfoundland and Labrador, *Maladies chroniques au Canada*, 15(1).
- Neis, B., Grzetic, B. et Pigeon, M. (avril 2001). *From Fishplant to Nickel Smelter: Health Determinants and the Health of Newfoundland's Women Fish and Shellfish Processors in an Environment of Restructuring*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Centres d'excellence pour la santé des femmes (Terre-Neuve).
- Neis, B., et Williams, S. (1996). Women and children first: The impacts of fishery collapse on women in Newfoundland and Labrador. *Cultural Survival Quarterly*, printemps, p. 67-71.
- Neis, B. (1997). Social Effects of One-Industry Fishery Villages de *Encyclopaedia of Occupational Safety and Health*, 4^e édition, p. 66.13-66.14), Genève.
- Williams, S. (1996). *Our Lives are at Stake: Women and the Fishery Crisis in Newfoundland and Labrador*, (rapport n° 11), St. John's (Terre-Neuve) Institute of Social and Economic Research, Memorial University.

Place

- Bourne, L., et Rose, D. (2001). The Changing Face of Canada: The uneven geographies of population and social change, *Le Géographe canadien*, 45(1).
- Rosenberg, M. W., et Wilson, K. (juillet 2000). Gender, Poverty, and Location: How much Difference do they make in the Geography of Health Inequalities, *Social Science and Medicine*, 51(2), p. 275-287.
- Thurston, W., et Meadows, L. (Du 18 au 21 octobre 2001). *The Role of Place in the Health of Mid-Life Rural Women*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Williams, A. M. (1996). The Development of Ontario's Home Care Program: A Critical Geographical Analysis. *Social Science and Medicine*, 42(6), p. 937-948.

Professionnels de la santé

- Ahmad, F., Stewart, D., Cameron, J. et Hyman, I. (2001). Rural Physicians' Perspectives on Cervical and Breast Cancer Screening: A Gender-Based Analysis, *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, numéro spécial, 10(2), p. 201-208.
- Benoit, C., et Caroll, D. (vol. 4, n° 3, été 2001). La sage-femmerie autochtone au Canada : l'union des approches traditionnelles et modernes, *Le réseau*.
- Bilodeau, H. (1986). *Étude des facteurs de stabilité du lieu de pratique des médecins québécois en régions éloignées*, thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal.
- Browne, A., et Fiske, J.-A. (2001). First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services, *Western Journal of Nursing Research*, 23(2), p. 126-147.
- Browne, A., Fiske, J.-A. et Thomas, G. (1997). *Northern First Nations Women's Interactions with the Mainstream Health System*, WCC97-3, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Buske, L. (2000). Availability of Services in Rural Areas, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162.
- Church, J., Curran, V. et Solberg, S. (2000). *Voices and Faces*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Couillard, M.-A., et Côté, G. (1997). *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*, rapport de recherche présenté au CQRS, Sainte-Foy, Université Laval, centre de recherche sur les services communautaires.
- Crump, J. (Le 9 janvier 2001). Phone Tag: Family doctors in remote settings find they are spending a lot of time on the phone searching for specialists and trying to convince them to see their patients, *Medical Post*, 37(1), p. 37.
- Galway, C. (1997). *Should We Ask Our Patients About Domestic Violence: A Patient Survey*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).
- Hutten-Czapski, P. A. (Le 16 août 1999). *Rural Midwifery*, Société de la médecine rurale du Canada.
- Jasen, P. (décembre 1997). Race, Culture and the Colonization of Childbirth in Northern Canada, *Social History of Medicine*, 10(3), p. 383-400.
- Johnston, M. T. (1998). Goin' to the Country: Challenges for Women's Health Care in Rural Canada, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 159.
- Klein, M. C., Christilaw, J. et Johnston, S. (2002). Loss of Maternity Care: The cascade of unforeseen dangers, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(2), p. 120 et 121.

- Leipert, B., et Reutter, L. (novembre et décembre 1998). Women's Health and Community Health Nursing Practice in Geographically Isolated Settings: A Canadian Perspective, *Health Care for Women International*, 19(6), p. 575-588.
- Leipert, B. (août 1999). Women's Health and the Practice of Public Health Nurses in Northern British Columbia, *Public Health Nursing*, 16(4), p. 280-290.
- MacLeod, M., Browne, A. et Leipert, B. (mai 1998). International Perspective, *Australian Journal of Rural Health*, 6(2), p. 72-78.
- Meadows, L. M., Thurston, W. E. et Berenson, C. A. (juillet 2001). Health Promotion and Preventative Measures: Interpreting Messages at Midlife, *Qualitative Health Research*, 11(4), p. 450-463.
- Ng, E., Wilkins, R., Pole, J. et Adams, O. (mars 1999). How Far is the Nearest Physician?, *Rural and Small Town Canadian Analysis Bulletin*, 1(5).
- Nowgesic, E. (juillet 1995). Retaining Nurses in the North: An Opportunity for Human Resources. *Aboriginal Nurse*, 10(1), p. 3-11.
- Permaul-Woods, J., Carroll, J., Reid, A., Woodward, C., Ryan, G., Domb, S., Arbitman, S., Fallis, B. et Kiltz, J. (1999). Going the Distance, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(4).
- Ross, N. A., Rosenberg, M. W. et Pross, D. C. (été 1994). Siting a women's health facility: A location-allocation study of breast cancer screening services in eastern Ontario, *Le Géographe canadien*.
- Rowntree, C., Irvine, H., Thompson, J., Larsen, D. et Morse, J. (Le 22 décembre 1994). *Rural Physicians' Perspective on Midwifery in Soudre Alberta*, Société de la médecine rurale du Canada, article.
- Stretch, N. C., et Knight, C. A. (2002). Community Obstetrics: A new look at group obstetrical care in rural communities, *Journal canadien de la médecine rurale*, 7(3), p. 183-190.
- Sutherns, R. (2001). *Women's Experiences of Maternity Care in Rural Ontario: Do Doctors Matter?*, thèse de doctorat, University of Guelph, (375 p.).
- Trute, B. (1988). *Medical Response to Wife Abuse in Manitoba: A Survey of Physicians' Attitudes and Practices: A Final Report*, Université du Manitoba, School of Social Work, Child and Family Research Group, 27 p.

Réforme du système de santé

- Blakely, B. M. (1999). The Impact of Health Care Reforms on Elderly Caregivers in Rural Canada, communication publiée par la Society for the Study of Social Problems.
- Blakely, B., et Jaffe, J. (1999). *Coping as a Rural Caregiver: The impact of health care reforms on rural women informal caregivers*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Botting, I., Neis, B., Kealey, L. et Solberg, S. (juillet 2000). *Health Care Restructuring and Privatization from Women's Perspectives in Newfoundland and Labrador*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Fuller, C. (1999). *Reformed or Rerouted? Women and Change in the Health Care System*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).
- Lellava, V. (coordination du projet), (Le 29 mai 2001). *Not Just Desserts: Kitchen Table Discussions*, Northwestern Ontario Women's Decade Council, Thunder Bay (Ontario) p. 2-20.

- Morton, M., et Loos, C. (automne 1995). Does Universal Health Care Coverage Mean Universal Accessibility? *Women's Health Issues*, 5(3), p. 139-142.
- Neis, B., Drake, A. et Sheir, J. (2001). *We've Talked: Restructuring and Women's Health in Rural Newfoundland*, rapport définitif présenté au Fonds pour la santé de la population de Santé Canada. [www.coastsunderstress.ca]
- Payne, B., Grant, K. et Gregory, D. (Le 30 septembre 2001). *Women's Caring Work in the Context of Manitoba Health Reform*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Petrucka, P. M. (Du 18 au 21 octobre 2001). *A Preliminary Consideration of Impact of Health Reform/Renewal on Canadian Rural Women*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Scott, C., Horne, T. et Thurston, W. (2000). *The Differential Impact of Health Care Privatization on Women in Alberta*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Skillen, L. (2001). *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health and Restructuring*, University of Alberta, financé par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Willson, K., et Howard, J. (2000). *MISSING LINKS: The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

Santé chez les femmes rendues à mi-vie

- Black, M. E. A., Stein, K. F. et Loveland-Cherry, C. J. (avril 2001). Older Women and Mammography Screening Behavior: Do Possible Selves Contribute? *Health Education and Behavior*, 28(2), p. 200-216.
- Botting, I., Neis, B., Kealey, L. et Solberg, S. (juillet 2000). *Health Care Restructuring and Privatization from Women's Perspectives in Newfoundland and Labrador*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Gillis, A., et Perry, A. (mars 1991). The Relationships between Physical Activity and Health-Promoting Behaviors in Mid-life Women, *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), p. 299-310.
- Maxwell, C., Kozak, J., Desjardins-Denault, S. et Parboosingh, J. (septembre et octobre 1997). Factors Important in Promoting Mammography Screening Among Canadian Women, *La revue canadienne de santé publique*, 88(5).
- Mitchell, S. (1991). *Raising the Issues: A Discussion Paper on Aging Women in Ontario*, Toronto (Ontario) Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine, iii, 33, iii, 37.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Steele, M. (juillet 2002). *Housing Options for Women Living Alone in Rural Areas – Final Report*, (Société canadienne d'hypothèques et de logement – S. C. H. L.), programme de recherche externe, rapport de recherche.
- Skillen, L. (2001). *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health and Restructuring*, University of Alberta, financé par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Statistique Canada. (2003). *L'équilibre de l'emploi entre les hommes et les femmes des régions rurales et petites villes du Canada, 1987-1999*, Ottawa.
- Williams, S. (1996). *Our Lives are at Stake: Women and the Fishery Crisis in Newfoundland and Labrador*, (rapport n° 11), St. John's (Terre-Neuve) Institute of Social and Economic Research, Memorial University.
- Winson, A., et Leach, B. (Le 23 novembre 2002). *Contingent Work, Disrupted Lives: Labour and Community in the New Rural Economy*, Toronto, University of Toronto Press.

Santé chez les lesbiennes

- Bella, L. (1999). *Towards Non-Hetero-Sexist Policy and Regulation and Health and Income Security Agencies*, 98/99 PF3, Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Isaac, B., Anderson, L., Healy, T., Herringer, B. et Perry, T. (1999). *Out in the Cold: The Context of Lesbian Health in Northern British Columbia*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Luce, J. (1998). *Assessing Assisted Reproduction: Experiences of Lesbian and Bisexual Women Living in Northern Communities*, WCC98-8, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Mitchell, J., Buchner, J. et Huen, D. (97-T3-017). *Staying Well Together: Social support and Well-Being Among Lesbian Couples in Manitoba*, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

Santé et sécurité au travail

- Binkley, M. (2002). *Set Adrift: Fishing Families* [Diss], Toronto, University of Toronto Press.
- Denham, D., et Gillespie, J. (1992). *La violence conjugale et le milieu de travail*, Programme sur la violence familiale, Conseil canadien de développement social, Santé Canada.
- Grzetic, B. (2002). *Between Life and Death: Women Fish Harvesters in Newfoundland and Labrador*, mémoire de maîtrise non publié, Memorial University.
- Grzetic, B., Shrimpton, M., Skipton, S. (1996). Women, Employment Equity and the Hibernia Construction Project: A study of women's experiences on the Hibernia construction project, St. John's (Terre-Neuve).
- Hounsell, A., et Neis, B. (2002). Ethical Issues Associated with Occupational Asthma in Single Industry Fishery Villages de S. Roseman (éd.), *Identities, Power, and Place on the Atlantic Borders of Two Continents: Proceedings from the International Research Linkages Workshop on Newfoundland and Labrador Studies and Galician Studies*, (p. 144-158), St. John's (Terre-Neuve) Memorial University.
- Kosny, A. (2000). *Trying to Work It Out: Newfoundland Women's Experiences in Small Workplaces*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu. [www.yorku.ca/nnewh]
- Masley, M., Semchuk, K., Senthilselvan, A., McDuffie, H., Hanke, P., Dosman, J., Cessna, A., Crossley, M., Irvine, D., Rosenberg, A. et Hagel, L. (2000). Health and Environment of Rural Families: Results of a Community Canvass Survey in the Prairie Ecosystem Study (PECOS), *Journal of Agricultural Safety and Health*, 6(2), p. 103-115.
- Messing, K., Neis, B. et Dumais, L. (1995). Can't Get my Breath: Occupational Asthma and Women Snow Crab Processing Workers, de *Invisible: Issues in Women's Occupational Health/La Santé des travailleuses*, Charlottetown, Gynergy Books.
- Messing, K., Neis, B. et Dumais, L. (1995). *Invisible: Issues in Women's Occupational Health/La Santé des travailleuses*, Charlottetown, Gynergy Books.
- Neis, B. (1994). Occupational Health and Safety of Women Working in Fish and Crab Processing in Newfoundland and Labrador, *Maladies chroniques au Canada*, 15(1).
- Neis, B., Grzetic, B. et Pigeon, M. (avril 2001). *From Fishplant to Nickel Smelter: Health Determinants and the Health of Newfoundland's Women Fish and Shellfish Processors in an Environment of Restructuring*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Centres d'excellence pour la santé des femmes (Terre-Neuve).
- Neis, B. (1997). Social Effects of One-Industry Fishery Villages de *Encyclopaedia of Occupational Safety and Health*, 4^e édition, p. 66.13-66.14), Genève.
- Roberts, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Pesticide Exposure and Breast Cancer Risk in Canada: A Case Control Study*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).

Santé mentale

- Ali, A. (2001). Medical Psychology in Canada, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* (numéro spécial), 8(1), p. 15-20.
- Bruhm, G., et Poirier, L. (1998). *The Caregivers Research Project, 97/98-SPF2*, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Côté J., Desmartis, M., Caron, M. et Ouellet, L. (1993) *Le point de vue des leaders d'opinion sur la maladie mentale et la réinsertion sociale en milieu rural* (rapport conçu pour le ministère de la Santé et des Services sociaux), Beauport, Centre de recherche, Université Laval Robert-Giffard.
- Côté, J., Ouellet, L. et Caron, M. (1993). *La réinsertion sociale en milieu rural et urbain : Opinion des citoyens à l'égard des personnes avec une maladie mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Centre de recherche, Université Laval Robert-Giffard.
- Fillmore, C., Dell, C. A. et la Elizabeth Fry Society of Manitoba. (2000). *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Fletcher, S. (printemps 1996). Farm Women Take Action on Mental Health Needs, *Women & Environments*, 38, p. 25 et 26.
- Gillis, A., et Perry, A. (mars 1991). The Relationships between Physical Activity and Health-Promoting Behaviors in Mid-life Women, *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), p. 299-310.
- Graveline, M. (1990). Threats to Rural Women's Well-being: A Group Response, de Dhruvarajan et Vanaja (éd.), *Women and Well-Being/Les femmes et le mieux-être*, Montréal et Queens, McGill-Queens University Press.
- Harris, E. (1990). Well-Being for Rural Women: Empowerment through Nonformal Learning, de Dhruvarajan et Vanaja (éd.), *Women and Well-Being/Les femmes et le mieux-être*, Montréal et Queens, McGill-Queens University Press.
- Herbert, E., et McCannell, K. (automne 1997). Talking Back: Six First Nations Women's Stories of Recovery from Childhood Sexual Abuse and Addictions, *Revue canadienne de santé mentale*, 16(2).
- Keating, N. (octobre 1987). Reducing Stress of Farm Men and Women, *Family Relations*, 36(4), p. 358-363.
- Kirmayer, L., Brass, G. et Tait, C. (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformation of Identity and Community, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 45(7).
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Tanner, A., Adelson, N. et Robinson, E. (Le 1^{er} mars 2000). Psychological Distress Among the Cree of James Bay, *Transcultural Psychiatry*, 37(1).
- Kubik, W., et Moore, R. (2000). *Women's Diverse Roles in the Farm Economy and the Consequences for their Health, Well-being and Quality of Life*, University of Regina (HTF: SK 321).
- Kyle, J. L. (1985). *Les services de santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, (éd.), Ottawa.
- Leenars, A. A. (automne 2000). Suicide Prevention in Canada: A History of a Community Approach, *Canadian Journal of Community Mental Health*, numéro spécial, 19(2), p. 57-73.
- Lord, S. *Social and Economic Stress and Women's Health in Fishing Communities*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Lord, S., Pahlke, A. et Christiansen-Ruffman, L. (décembre 2001). *Women's Health and Well-being in Six Nova Scotia Fishing Communities*, L'Institut canadien de recherches sur les femmes, Nova Scotia Women's Fishnet.
- Maclean, L. M. (1991). *The Experience of Depression for Chipewyan and Euro-Canadian Northern Women (Canada)*, thèse de doctorat non publiée, University of Saskatchewan (Saskatoon).
- Mill, J. (août 1997). HIV Risk Behaviors Become Survival Techniques for Aboriginal Women, *Western Journal of Nursing Research*, 19(4), p. 466-489.
- Mitchell, J., Buchner, J. et Huen, D. (97-T3-017). *Staying Well Together: Social Support and Well-Being Among Lesbian Couples in Manitoba*, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

- Morrow, M., et Chappell, M. (1999). *Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).
- Neis, B., Grzetic, B. et Pigeon, M. (avril 2001). *From Fishplant to Nickel Smelter: Health Determinants and the Health of Newfoundland's Women Fish and Shellfish Processors in an Environment of Restructuring*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Centres d'excellence pour la santé des femmes (Terre-Neuve).
- Paproski, D. (automne 1997). Healing Experiences of British Columbia First Nations Women, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16(2), p. 69-89.
- Parikha, S. V., Wasylenkia, D., Goeringa, P. et Wonga, J. (Le 26 avril 1996). Mood Disorders: Rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario, *Journal of Affective Disorders*, 38(1), p. 57-65.
- Pittaway, E. (1990). Leisure Lifestyle and Perceived Social Support of Older Adults in a Rural Environment, thèse de doctorat, WLU, 1990. *DAI*, 52, p. 4092-.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Quebec Native Women Report. (1993). *Assessment of Violence and Mental Health Conditions Among Native Women in Quebec*, Quebec Native Women.
- Restoule, B. Marilyn. (mai 2000). Healing in Ojibwa First Nation Communities: Investigating the Relationship among Acculturation, Health and Identity, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60(10-B), p. 5251.
- Robinson, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural-urban Differences in Mental Health Status*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Ross, H., et Shirley, M. (février 1997). Life-time Problem Drinking and Psychiatric Co-morbidity among Ontario Women, *Addiction*, 92(2), p. 183.
- Scattolon, Y., et Stoppard, J. (mai 1999). 'Getting on with Life': Women's Experiences and Ways of Coping with Depression, *Canadian Psychology*, 40(2), p. 205-219.
- Strass, P. (Le 2 mars 2002). Rural Community Health: Postpartum depression support, *Canadian Nurse*, 98(3), p. 25-28.
- Wawanoloath, C. S. (hiver 2001). The Four Insights from Mali Pili Kizos, *Healing Words*, 3(2), p. 14-22.
- Willms, D., Lange, P., Bayfield, D., Beardy, M., Lindsay, E., Cole, D. et Johnson, N. (septembre et octobre 1992). A Lament by Women for The People, The Land [Nishnawbi-Aski Nation], An Experience of Loss, *Canadian Journal of Public Health*, 83(5), p. 331-334.

Santé mentale et rétablissement chez les femmes autochtones

- Fillmore, C., Dell, C. A. et la Elizabeth Fry society of Manitoba. (2000). *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Herbert, E., et McCannell, K. (automne 1997). Talking Back: Six First Nations Women's Stories of Recovery from Childhood Sexual Abuse and Addictions, *Revue canadienne de santé mentale*, 16(2).
- Kirmayer, L. J., Brass, B. et Tait, C. (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformation of Identity and Community, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), p. 706-616.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Tanner, A., Adelson, N. et Robinson, E. (Le 1^{er} mars 2000). Psychological Distress Among the Cree of James Bay, *Transcultural Psychiatry*, 37(1).
- Leenars, A. A. (automne 2000). Suicide Prevention in Canada: A History of a Community Approach, *Canadian Journal of Community Mental Health*, numéro spécial, 19(2), p. 57-73.

- Maclean, L. M. (1991). *The Experience of Depression for Chipewyan and Euro-Canadian Northern Women (Canada)*, thèse de doctorat non publiée, University of Saskatchewan, Saskatoon.
- Mill, J. (août 1997). HIV Risk Behaviors Become Survival Techniques for Aboriginal Women, *Western Journal of Nursing Research*, 19(4), p. 466-489.
- Paproski, D. (automne 1997). Healing Experiences of British Columbia First Nations Women, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16(2), p. 69-89.
- Quebec Native Women Report. (1993). *Assessment of Violence and Mental Health Conditions Among Native Women in Quebec*, Quebec Native Women.
- Restoule, B. Marilyn. (mai 2000). Healing in Ojibwa First Nation Communities: Investigating the Relationship among Acculturation, Health and Identity, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60(10-B), p. 5251.
- Wawanoloath, C. S. (hiver 2001). The Four Insights from Mali Pili Kizos, *Healing Words*, 3(2), p. 14-22.
- Willms, D., Lange, P., Bayfield, D., Beardy, M., Lindsay, E., Cole, D. et Johnson, N. (septembre et octobre 1992). A Lament by Women for The People, The Land [Nishnawbi-Aski Nation], An Experience of Loss, *Canadian Journal of Public Health*, p. 331-334.

Travail

- Binkley, M. (2002). *Set Adrift: Fishing Families* [Diss], Toronto, University of Toronto Press.
- Denham, D., et Gillespie, J. (1994). *La violence envers les femmes et le milieu de travail en voie de changement – II*, Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Eakin, J., et Brooker, A. (juin 1998). *The Restructuring of Work and Women's Health: An Annotated Bibliography*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- Ferrie, J. (1997). Labour Market Status, Insecurity and Health, *Journal of Health Psychology*, 2(3), p. 373-397.
- Keefe, S. (2002). *Skipper of the Shore Crew: Women and a Fish Plant Closure*, thèse de doctorat non publiée, Wilfred Laurier University, Psychology.
- Leach, B., et Winson, A. (1995). Bringing "globalization" down to Earth: Restructuring and Labour in Rural Communities, *La Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 32(3).
- Leach, B. (2000). Transforming Rural Livelihoods: Gender, Work, and Restructuring in Three Ontario Communities, de S. Naysmith (éd.), *Restructuring Caring Labour: Discourse, State Practice, and Everyday Life*, Toronto, Oxford University Press, p. 209-225.
- Lévesque, C., Trudeau, N., Bacon, J., Montpetit, C., Cheezo, M.-A., Lamontagne, M. et Sioui Wawanoloath, C. (mai 2001). *Aboriginal Women and Jobs: Challenges and Issues for Employability Programs in Quebec*, Le Partenariat Mikimon de la Condition féminine Canada, Association des femmes autochtones du Québec.
- Martel, C., et Poussart, B. (1997). *Portrait socio-économique des femmes du Québec et de ses régions*, Conseil du statut de la femme, Québec.
- Neis, B., et Williams, S. (1996). Women and children first: The impacts of fishery collapse on women in Newfoundland and Labrador. *Cultural Survival Quarterly*, printemps, p. 67-71.
- Northwestern Ontario Women's Decade Council. (1991). *Project Mayday: Mayday in the Community. A Research Study on Women's Experiences in North Shore Single Industry Towns, Manitouwadge, Marathon, Schreiber and Terrace Bay*.

Phimister, E., Vera-Toscano, E. et Weersink, A. (février 2002). Female Participation and Labour Market Attachment in Rural Canada, *American Journal of Agricultural Economics*, 84(1), p. 210-221.

Phimister, E., Vera-Toscano, E. et Weersink, A., (2001). *Female Employment Rates and Labour Market Attachment in Rural Canada*, série de recherches analytiques, Ottawa, Statistique Canada.

VIIH/SIDA

Cardwell, M. (Le 26 mai 1998). Drug Use: A Threat to Canadian Natives, *Medical Post*, 34(20), p. 32 et 33.

DeLeeuw, S. (1998). *Young Women's Health Needs in Isolated Northern Communities*. WCC98-7, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.

Fedstein, D. A. (1999). *Barriers to Care for People Living with HIV in Northern Ontario: A Client Centered Survey*, Family Medicine North Residency Program, Health Sciences North, McMaster University, Thunder Bay (Ontario).

Gilmore, A., et Ross, M. (1993). HIV/AIDS and the Impact on Aboriginal Women in Canada, *Aboriginal Nurses Association of Canada*.

Graham, J., Brownlee, K. et Ritchie, I. (1996). Aids, Social Work, and the Coming Home Phenomenon, *The Social Worker*, 64(4). p. 74-84.

McKeown, I., Reid, S. et Orr, P. (2002). *Social Risk Factors Involved in the Acquisition of HIV Among Women in Manitoba*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

Mill, J. (août 1997). HIV Risk Behaviors Become Survival Techniques for Aboriginal Women, *Western Journal of Nursing Research*, 19(4), p. 466-489.

Mill, J. (octobre 2000). Describing an Explanatory Model of HIV Illness among Aboriginal Women, *Holistic Nursing Practice*, 15(1), p. 42-56.

O'Gorman, K. (été et automne 2001). Northern Women's Health Outreach Project. *Les cahiers de la femme*, 21(2).

Les sources suivantes traitent de deux des trois thèmes de base de la ruralité, des femmes et de la santé, le troisième thème étant implicite. Figure aussi une liste des sources qui incluent

de façon explicite les populations rurales dans leur ensemble de données mais qui ne font pas nécessairement une analyse de la ruralité.

Femmes des régions rurales (santé de façon implicite)

- Boivin, M. (1987). Les agricultrices : Un travail à reconnaître sur les plans juridique et économique, de *Place aux femmes dans l'agriculture*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa p. 54-71.
- Kenchnie, M., et Reitsma-Street, M. (196). *Changing Lives: Women in Northern Ontario*, Toronto & Oxford, Dundurn Press.
- Purdon, C. (2002). *Rural Women Speak About the Face of Poverty* (Rural Women and Poverty Action Committee), Grey Bruce and Huron Counties, (Ontario) Condition féminine Canada.

Santé des femmes (milieu rural de façon implicite)

- Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F. et Cardinal, L. (1997). *Les conditions de possibilités des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : Un enjeu pour les femmes*, Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, Ottawa.
- Belanger, H. C. (1994). *La santé des femmes*, Maloine : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Edisem Inc.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (sous la direction de Ménard, C. et Villeneuve, F.) (1996). *Les solidarités fragiles : Les femmes et la prise en charge de personnes en perte d'autonomie*, Actes du Congrès 1996 de la Société canadienne de théologie, Projet de société et lectures chrétiennes, p. 171-186, Québec.
- Calhoun, S., et Johnston, W. (2001). *Growing Up Female in New Brunswick, 1979-2000*, Nouveau-Brunswick, Conseil consultatif sur la condition de la femme au Nouveau-Brunswick.
- Coleman R. (février 2000). *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Denham, D., et Gillespie, J. (1992). *La violence conjugale et le milieu de travail*, Programme sur la violence familiale, Conseil canadien de développement social, Santé Canada.
- Donner, L. (2000). *Women, Income and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action*, Winnipeg (Manitoba) Women's Health Clinic.
- Eakin, J., et Brooker, A. (juin 1998). *The Restructuring of Work and Women's Health: An Annotated Bibliography*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fuller, C. (1999). *Reformed or Rerouted? Women and Change in the Health Care System*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).
- Heaman, M. (décembre 2001). Conducting Health Research with Vulnerable Women: Issues and Strategies, *The Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), p. 81-86.
- Kosny, A. *The Social Determinants of Health & Equity Across the Life Span*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- MacLeod, L., et Kinnon, D. (2000). *L'élimination de la violence envers les femmes : La prochaine étape, de la prévention de la violence à la promotion de la santé des personnes, des familles, des collectivités et de la société*, Santé Canada.
- Centre national sur la violence dans la famille. *La violence faite aux femmes*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/femabus_f.html] Santé Canada.

- Payne, B., Grant, K. et Gregory, D. (Le 30 septembre 2001). *Women's Caring Work in the Context of Manitoba Health Reform*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Reutter, L., Neufeld, A. et Harrison, M. (juin 2000). A Review of the Research on the Health of Low-Income Canadian Women, *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(1), p. 75-97.
- Rosenberg, M., et Wilson, K. (2002). *Ambiguity in Geographies of Health and Health Care: The everyday experiences of women's health* de *The role of ambiguity in health geography*, réunion annuelle de 2002 de l'Association of American Geographers.
- Tudiver, S., et Hall, M. Women and Health Care Delivery in Canada, [<http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/english/delivery.htm>], communication, site Web de Santé Canada.
- Bureau pour la santé des femmes. (2000). Stratégie pour la santé des femmes, Santé Canada. [<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/stratfem.htm>]

Santé des femmes (participantes du milieu rural)

- Black, M. E. A., Stein, K. F. et Loveland-Cherry, C. J. (avril 2001). Older Women and Mammography Screening Behavior: Do Possible Selves Contribute? *Health Education and Behavior*, 28(2), p. 200-216.
- Bouchard, N., Gilbert, C. et Tremblay, M. (1999). Des femmes et de soins, L'expérience des aidantes naturelles au Saguenay, *Recherches féministes*, 12(1), p. 63-81.
- Carroll, J., Brown, J., Reide, A. et Pugh, P. (mars 2000). Women's Experiences of Maternal Serum Screening, *Médecin de famille canadien*, 46.
- Crawford, B., Meana, M., Steward, D. et Cheung, A. M. (Le 9 avril 2000). Treatment Decision Making in Mature Adults : Gender Differences, *Health Care for Women International*, 21, p. 91-104.
- Fast, J., Eales, J. et Keating, N. (mars 2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662654765/index_f.html], communication, Condition féminine Canada.
- McClure, L., Heinonen, T. et Tudiver, S. (1997). *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Knowledge and Preparation of Health Care Providers to Meet Client Needs*, 97 T2-048, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Rathwell, T. (1999). *A Gender Equity Lens for the Health Policy Domain - A Canadian Gender Curriculum Educational Strategy*, 98/99-Pf1, Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique.
- Ross, H., et Shirley, M. (février 1997). Life-time Problem Drinking and Psychiatric Co-morbidity among Ontario Women, *Addiction*, 92(2), p. 183.
- Trute, B. (1988). *Medical Response to Wife Abuse in Manitoba: A Survey of Physicians' Attitudes and Practices: A Final Report*, Université du Manitoba, School of Social Work, Child and Family Research Group.
- Wakewich, P. (2000b). Contours of Everyday Life: Women's Reflections on Embodiment and Health Over Time de J. M. S. A. V. A. Baukje Miedema (éd.) *Women's Bodies Women's Lives: Health, Well-Being and Body Image*, p. 237-253.

Santé en milieu rural (femmes de façon implicite)

- Armstrong, R. P. (2001). *Tendances géographiques du bien-être socioéconomique des collectivités des Premières nations*, la série des documents de travail sur l'agriculture et le milieu rural, Ottawa, Statistique Canada.
- Berthelot, J.-M., Ross, N. et Tremblay, S. (2002). *Le contexte socioéconomique régional et la santé*, Ottawa, Statistique Canada.
- Bollman, R. D., Owens, D. et Thompson-James, M. (2001). *Measuring Economic Well-Being of Rural Canadians Using Income*, la série de documents de travail sur l'agriculture et le milieu, Ottawa, Statistique Canada.
- Centre de santé communautaire de l'Estrie. (1996). *Études des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*, Centre de santé communautaire de l'Estrie, Cornwall.
- Crump, J. (Le 9 janvier 2001). Phone Tag: Family doctors in remote settings find they are spending a lot of time on the phone searching for specialists and trying to convince them to see their patients, *Medical Post*, 37(1), p. 37.
- Daniel, M., et Gamble, D. (1995). Diabetes and Canada's Aboriginal Peoples: The Need for Primary Prevention, *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), p. 243-259.
- Driver, D. (Le 18 mai 1999). Emergency Program Brings Rural Kids to Cities, *Medical Post*, 35(19), p. 47.
- Dupré-Ollinik, M., et François, J. (1999). *L'adolescence et la santé : Une perspective franco-manitobaine*, Pluri-elles inc., Winnipeg.
- Farkas, C. (juin 1986). Ethno-specific Communication Patterns: Implications for Nutrition, *Journal of Nutrition Education*, 18(3), p. 99-103.
- Hutten-Czapski, P. (juin 2002). L'état des soins de santé ruraux, *Journal canadien de la médecine rurale*, présentation devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 31 mai 2002.
- James, A. M. (1994). *Aging in Urban and Rural Areas: Where are the differences? A study of health care utilization by the elderly population of eastern Ontario*, thèse de doctorat non publiée, Queen's University, Kingston, p. 309.
- Kirmayer, L., Brass, G. et Tait, C. (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformation of Identity and Community, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 45(7).
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Tanner, A., Adelson, N. et Robinson, E. (Le 1^{er} mars 2000). Psychological Distress Among the Cree of James Bay, *Transcultural Psychiatry*, 37(1).
- Leenars, A. A. (automne 2000). Suicide Prevention in Canada: A History of a Community Approach, *Canadian Journal of Community Mental Health*, numéro spécial, 19(2), p. 57-73.



- Mavin, R. (1993). *Housing the Rural Elderly: Exploring the potential for the Abbeyfield Model*, thèse de doctorat non publiée, University of Guelph, p. 153.
- Ng, E., Wilkins, R., Pole, J. et Adams, O. (mars 1999). How Far is the Nearest Physician?, *Rural and Small Town Canadian Analysis Bulletin*, 1(5).
- Pittaway, E. (1990). Leisure Lifestyle and Perceived Social Support of Older Adults in a Rural Environment, thèse de doctorat, WLU, 1990. *DAI*, 52, p. 4092-.
- Pong, R. W., Akinson, A. M., Irvine, A., MacLeod, M., Minore, B., Pegoraro, A., Pitblado, J. R., Stoes, M. et Tesson, G. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural Health Research in the Canadian Institutes of Health Research*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Raiwet, C. (1990). *As Long As We Have Health: The experience of age-related physical change for rural elderly couples*, thèse de doctorat non publiée, University of Alberta à Edmonton.
- Robinson, R. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural-urban Differences in Mental Health Status*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Statistique Canada. *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada*, (Cette série de bulletins analyse les tendances démographiques dans les régions rurales du Canada, y compris les questions qui touchent la santé des femmes, p. ex., l'emploi, la disparité de revenus, les distances de parcours entre la femme et le médecin, et les conditions de logement).
- Thomlinson, E. (Du 18 au 21 octobre 2001). *Rural and Northern Health Beliefs and Practices*, présentation sur les étapes suivantes auprès du groupe Health Research in Rural and Remote Canada à Saskatoon (Saskatchewan).
- Wein, E. (hiver 1986). Nutrition of Northern Native Canadians, *Association canadienne d'économie familiale*, 36(1).
- Williams, A. M. (1996). The Development of Ontario's Home Care Program: A Critical Geographical Analysis. *Social Science and Medicine*, 42(6), p. 937-948.
- Williams, R., et Gloster, S. (novembre 1999). Knowledge of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) among Natives in Northern Manitoba, *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), p. 833-836.
- Wilson, K., Crupi, C., Greene, G., Gaulin-Jones, B., Dehouz, E. et Korol, C. (octobre 1995). Consumer Satisfaction with a Rehabilitation Mobile Outreach Program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation mobile outreach program*, 10, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, p. 76.
- Winson, A., et Leach, B. (Le 23 novembre 2002). *Contingent Work, Disrupted Lives: Labour and Community in the New Rural Economy*, Toronto, University of Toronto Press.
- Young, T., et Sevenhuysen, G. (mai 1989). Obesity in Northern Canadian Indians: Patterns, determinants, and consequences, *American Journal of Clinical Nutrition*, 49(5), p. 786-793.

Analyse de la littérature

Dans cette section, on traitera des forces et des faiblesses de la littérature canadienne actuelle sur la santé des femmes en milieu rural en termes de la quantité de matériel, de la mesure dans lequel celui-ci est facilement disponible,

et de la façon dont la recherche a été effectuée. Les messages clés, discussions et tensions sont résumés, et les lacunes dans la littérature sont soulignées.

Portée et suffisance de la littérature

Conformément aux résultats de l'étude de Kimberley Gandy de 2001 en Nouvelle-Écosse rurale, les femmes des régions rurales ont été largement marginalisées et sont passées inaperçues dans la littérature. Cela s'explique à la fois par une absence fréquente de l'analyse selon le sexe dans les recherches sur la santé, par le regroupement des réponses venant des milieux ruraux et urbains ainsi que l'exclusion totale du point de vue rural.

Même si l'ampleur de la bibliographie thématique prouve qu'un travail énorme a été accompli sur les divers aspects de la santé des femmes en milieu rural au Canada, dans l'ensemble, la recherche est en réalité plutôt limitée. Certains thèmes relatifs à la santé des femmes en milieu rural au Canada ont fait l'objet de plus de recherches que d'autres, mais même dans les secteurs qui ont été relativement bien étudiés, il reste beaucoup de travail à faire. Même s'il existe plusieurs articles sur un sujet, cela ne constitue pas une littérature substantielle. Dans de nombreux cas, la recherche existante se limite à des propositions, des enquêtes en cours ou des études avec un échantillonnage très restreint. Les résultats doivent donc être considérés comme préliminaires et traités avec une certaine prudence.

Il existe toutefois un volume croissant de recherches dans les domaines suivants :

- **Santé des femmes autochtones**

Cette catégorie comprend un certain nombre de sujets qui ont fait l'objet de recherches approfondies : diabète, nutrition; dépistage du cancer; violence, abus sexuels et abus d'alcool et d'autres drogues; santé mentale; accouchement et importance de la sensibilisation aux réalités culturelles lors des recherches sur la santé chez les autochtones. La littérature semble nettement plus abondante en anglais qu'en français.¹⁰ Elle ne traite pas toujours explicitement de la mesure dans laquelle les femmes autochtones étudiées vivent dans un milieu rural ou urbain.

- **Abus**

Il existe de plus en plus de documentation sur les défis uniques que représentent les femmes exploitées dans les communautés rurales, dont le manque d'anonymat, la distance séparant des services et la rareté de places sûres pour les femmes exposées à la violence. Il existe aussi plusieurs études sur la toxicomanie et l'abus d'alcool et d'autres drogues au sein des populations rurales.

- **Cancer**

Les taux et la promotion du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus ainsi que l'expérience d'être atteinte d'un cancer du sein sont bien documentés dans la littérature anglaise, dans le cas des femmes autochtones ou autres. On ne parle pas de façon explicite des autres formes de cancer.

- **L'offre des soins**

Généralement, la recherche ne porte guère sur les fournisseurs de soins à la maison, même si la présente revue comporte plusieurs études, en français et en anglais, sur les défis, stratégies d'adaptation et besoins de soutien des fournisseurs de soins privés en milieu rural. Deux rapports se penchent sur les effets de la réforme du système de santé sur les fournisseurs de soins. La majeure partie de la recherche effectuée en anglais dans ce domaine a été effectuée à la demande des Centres d'excellence pour la santé des femmes à la grandeur du Canada.

- **Défis présentés par l'offre des soins de santé en milieu rural**

Même si elle ne traite pas toujours de façon explicite de la santé des femmes en milieu rural, la littérature pertinente dans ce domaine examine les difficultés qui existent à fournir des soins de santé adéquats dans les communautés rurales et à avoir accès à ces soins, particulièrement dans le contexte de la réforme actuelle du système de santé. Comme les femmes sont les principales utilisatrices des soins de santé, la rareté des services les touche de manière disproportionnée. La portée de la présente revue ne comporte pas toute la documentation sur le recrutement et le maintien de professionnels de la santé en milieu rural, mais même dans le domaine de la santé des femmes en milieu rural, ces points ressortent, particulièrement pour ce qui est des médecins et des infirmières.

Sous ce thème, l'accent est mis sur le point de vue des fournisseurs de soins de santé et sur les questions relatives à l'accès aux services. Même s'il existe une tendance croissante à laisser les femmes façonner les programmes de recherche, les points de vue de « profanes » sont rares dans la recherche sur l'offre formelle des soins de santé dans un contexte rural. Les études sur l'importance d'avoir des femmes médecins en milieu rural (Ahmad et autres, 2001 et Johnston 1998), ainsi qu'une enquête sur le point de vue des femmes relatif à l'offre des soins maternels en milieu rural (Sutherns 2001) constituent des exceptions.

- **Réforme des soins de santé**

Il existe plusieurs études récentes sur le processus et les implications de la réforme du système de santé sur la vie des femmes en milieu rural au Canada, dont plusieurs ont été effectuées à la demande des Centres d'excellence pour la santé des femmes. Elles font ressortir les coûts des mesures, particulièrement la réduction et la privatisation, sur les femmes rurales dans diverses provinces, ainsi que le besoin d'intégrer les femmes rurales aux structures décisionnelles.

- **Santé mentale**

Les préoccupations des femmes rurales en matière de santé mentale (anglophones et francophones, autochtones ou non) se reflètent bien dans la littérature, particulièrement lorsque des études sur la violence sont incluses. Les domaines spécifiques sur lesquels on insiste comprennent les répercussions de l'isolement géographique et social ainsi que l'insécurité d'emploi sur la santé mentale, l'incidence élevée du stress et de la dépression ainsi que le besoin de plus de services de santé mentale en milieu rural.

- **Santé au travail**

La majeure partie de la littérature canadienne sur la santé et la sécurité au travail s'intéresse aux milieux urbains et industriels et au secteur des services. Il existe de plus en plus de documentation sur la santé des femmes en milieu de travail au Canada (voir par exemple, K. Messing [1998] *One-Eyed Science*, Temple University Press) et sur les femmes dans des emplois non traditionnels. Dans la littérature sur la santé des femmes en milieu rural, les préoccupations en matière de santé des agricultrices, particulièrement en termes de vulnérabilité économique et de stress, sont bien représentées, spécialement en français. Plusieurs études portent également sur les femmes dans l'industrie de la pêche. Aucune étude n'a été trouvée sur la santé des femmes dans d'autres occupations rurales comme les industries minière ou forestière, et il n'existe rien sur les femmes rurales dans des occupations qui ne sont pas fondamentalement considérées comme rurales. On trouve certains échanges de point de vue limités, habituellement dans le cadre de rapports sur d'autres sujets, sur les effets nocifs des tensions de rôle éprouvées par les femmes rurales aux prises avec des responsabilités multiples.

- **Femmes âgées**

Dans leur ensemble, les études sur les femmes rendues à mi-vie, vieillissantes et âgées constituent un volume appréciable de recherches sur la santé en milieu rural. Cela est d'autant plus frappant si l'on considère l'absence virtuelle de recherches sur les enfants et les adolescents de milieux ruraux. Parmi les sujets spécifiques, il faut citer le dépistage du cancer du sein, l'offre des soins, le logement et les répercussions de la réforme du système de santé.

- **Santé génésique**

La santé génésique, qui englobe la grossesse, l'accouchement, les soins d'obstétrique, la profession de sage-femme et l'allaitement maternel, est le sujet qui comporte le plus grand nombre d'études dans la présente revue. Les défis associés à l'offre des soins d'obstétrique en milieu rural, particulièrement du point de vue des médecins, sont spécialement bien documentés dans le *Journal canadien de la médecine rurale*. Les antécédents en matière de santé des femmes plus jeunes qui n'ont pas d'enfants ne sont pas traités dans la littérature courante.

Accessibilité de la littérature

Comme l'a souligné Colleen Fuller, « si les femmes espèrent exercer une influence sur la réforme du système de santé – que cette influence soit exercée au niveau de la gouvernance, des fournisseurs de soins ou des patients – nous aurons besoin non seulement d'information, mais d'un accès garanti aux données » (1999, p. 35). La cueillette des sources pour la présente revue de la littérature a révélé des forces et des faiblesses en termes d'accessibilité aux données sur la santé des femmes en milieu rural au Canada. Il y a clairement du travail à faire pour rendre la recherche plus accessible à une plus grande

variété d'auditoires, particulièrement aux femmes en milieu rural elles-mêmes.

L'accessibilité de l'information signifie qu'on peut trouver l'information qui existe, l'obtenir et être capable de la comprendre et de l'utiliser. Pour ce qui est de savoir quelles données existent, il y a les sites Web, les centres d'échange et les bases de données qui relient les gens à l'information canadienne. Même si aucun de ces moyens ne se consacre à la santé des femmes en milieu rural, plusieurs offrent de l'information dans des champs connexes. Citons le Réseau canadien pour la santé des femmes, les Centres

d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau ontarien pour la santé des femmes et autres réseaux provinciaux, et les index de revues en ligne comme *Medline* ou le *Journal canadien de la médecine rurale*. Un atout de ces ressources variées, c'est qu'elles sensibilisent aux divers types d'information, à partir des études théoriques revues par les pairs en passant par les rapports communautaires jusqu'aux conférences publiques. Elles ne peuvent toutefois pas être exhaustives, et actuellement il n'existe aucun point d'accès unique, clairement identifié, à de l'information sur la santé des femmes en milieu rural, ce qui nuit à la fois aux utilisateurs et à ceux qui cherchent à diffuser l'information.

Pour ce qui est d'obtenir l'information disponible, il existe d'autres barrières. L'accès électronique peut ne pas être disponible, particulièrement pour les femmes des régions rurales qui n'ont pas accès à Internet. Les ressources pertinentes ne sont pas toutes électroniquement disponibles sans frais, et le coût pour les obtenir peut être prohibitif. De nombreuses bases de données électroniques exigent même d'y être abonné, ce qui est

Trop souvent, les rapports théoriques trouvés répertoriés et relativement faciles à obtenir ne sont pas rédigés dans un style permettant de bien saisir leur contenu et de l'appliquer.

coûteux, à moins que l'utilisateur ne soit affilié à un établissement d'enseignement postsecondaire. Dans d'autres cas, particulièrement pour ce qui est des rapports communautaires, des allocutions et des conférences, le moyen de communiquer avec les auteurs est imprécis. Les rapports gouvernementaux, habituellement disponibles sans frais, peuvent constituer une exception. La majeure partie de la littérature en français, par exemple, sur la santé des femmes en milieu rural a été produite ou commandée par le gouvernement du Québec et est de ce fait plus facilement disponible.

Finalement, l'information n'est accessible que si elle est facile à utiliser. Trop souvent, les rapports théoriques trouvés répertoriés et relativement faciles à obtenir ne sont pas rédigés dans un style permettant de bien saisir leur contenu et de l'appliquer. Les rapports communautaires, souvent rédigés dans un style plus facile à comprendre, sont plus difficiles à trouver. Ils sont aussi souvent préparés en fonction d'un échantillonnage plus petit ou d'une méthodologie moins rigoureuse, ce qui rend la mise en pratique de leurs conclusions plus problématique.

Méthodologie

Cette section passe en revue les méthodologies appliquées dans la littérature canadienne sur la santé des femmes en milieu rural en fonction de qui effectue la recherche, de la façon dont celle-ci a été effectuée et de la forme dans laquelle les résultats ont été communiqués. Les réponses à ces questions non seulement brossent un tableau plus complet de la litté-

ture, mais elles ont également un effet direct sur les questions posées et la nature des résultats générés.

La littérature dans la présente revue est largement issue de la tradition des sciences humaines. La littérature biomédicale a été incluse dans la recherche, mais très peu d'information se rapportant explicitement à la

santé des femmes en milieu rural n'a été trouvée. Font exception des études sur le taux de prévalence d'états pathologiques particuliers et de méthodes utilisées parmi les populations rurales, comme des études sur le diabète, les maladies transmissibles sexuellement ou le cancer chez les Autochtones canadiens (voir Daniel et Gamble 1995; Harris 1997; Healey et autres 2001; Hegele et autres 2000a et 2000b; Hodgins et autres 2002), l'étude de 1997 de Brain sur le taux d'hystérectomie à Thunder Bay, ou l'étude épidémiologique de 1994 de Sugamori sur l'évolution de la grossesse à Sioux Lookout. Le rapport de 2001 de Banks sur les communautés nordiques aux prises avec l'hépatite C constitue un exemple de l'approche sociologique prise dans le cas d'une question biomédicale.

Dans la littérature de langue anglaise, bon nombre des études les plus directement liées aux questions de santé des femmes en milieu rural sont issues des Centres d'excellence pour la santé des femmes, qui ont prouvé leur engagement à atteindre les femmes marginalisées par le biais de la recherche appliquée. (Voir l'annexe B pour une liste des rapports relatifs à la santé des femmes en milieu rural commandés ou produits par les Centres d'excellence pour la santé des femmes).

Malheureusement, on ne peut dire la même chose de la littérature de langue française, dans la mesure où cette revue n'a trouvé aucune recherche concernant directement les préoccupations des femmes en milieu rural venant du Centre d'excellence du Québec. La majorité des études en français ont été produites ou commandées par le gouvernement du Québec.

Le *Journal canadien de la médecine rurale* constitue une autre source importante d'information sur la santé des femmes en milieu rural. Publié par l'Association médicale canadienne, il apporte le point de vue de médecins sur l'offre des soins de santé en milieu rural.

Quant aux méthodes de recherche, la vaste majorité des rapports dans cette revue provien-

ent d'études uniques provenant d'interviews, de groupes de réflexion et de petits sondages visant à recueillir des données d'un nombre limité de participants. Les seules exceptions seraient une étude longitudinale (voir Gillis et Perry 1991) ou celles se fondant sur de grands ensembles de données (voir Manual et autres 2000; Parikha et autres 1996; Phimister et autres 2002, Sweet et autres 1997). Cette insistance sur une recherche qualitative sur une petite échelle permet aux femmes de se faire clairement entendre et de voir communiquer les détails de leurs vies (voir par exemple Donner 2000; Macdougall 1992; Merritt-Gray et Wuest 1995; Roberts et Falk 2002; van Roosmalen 1998; Sutherns 2001; Willms 1992). Cela survient, toutefois, aux dépens de la généralisabilité. Cette tension se reflète plus largement dans une recherche féministe, dans laquelle les méthodes ont été fréquemment choisies en partie en réaction contre le paradigme dominant de recherche scientifique positiviste. Cette façon de faire conduit à des résultats riches en nature, mais souvent vus comme moins convaincants en raison du plus petit échantillonnage.

Bon nombre des études sont ce que Wakewich et Parker (2002) ont décrit comme une « question unique ou axée sur un seul problème, [dans lequel] la santé des femmes n'est pas étudiée dans le contexte plus complet de la vie des femmes ». Des exemples de ceci seraient des recherches sur des problèmes spécifiques en matière de santé comme la violence, le diabète ou le VIH/SIDA. Même présente dans des études sur des problèmes uniques, l'attention porte fréquemment sur des ramifications de cette question sur d'autres parties de la vie des femmes. De plus, l'insistance sur ce problème est graduellement neutralisée par une recherche conçue pour permettre aux femmes de raconter leur propre histoire sur leur propre santé, par le biais de laquelle les interconnexions entre les divers déterminants sociaux de la santé sont rendues explicites.

De façon similaire, même si plusieurs des études pertinentes insistent sur des étapes spécifiques de la vie des femmes, les études qui adoptent une approche de la santé sur la vie entière sont limitées. Par exemple, les analyses des problèmes de santé à une étape particulière de la vie n'évaluent pas la façon dont ces problèmes peuvent toucher d'autres étapes ou être touchés par celles-ci.

Comme pour les formats choisis pour communiquer les résultats des recherches, la plupart des études dans cette revue ont été publiées dans des revues scientifiques analysées par des pairs. D'autres, comme celles commandées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes, existent sous forme de rapports et de documents de travail. Il en va de même pour les études distribuées par des groupes commu-

nautaires (voir par exemple Davis 1982; Ontario Native Women's Association 1989; Association des femmes autochtones du Québec 1993; Purdon 2002). D'autres encore ont été publiées dans des revues comme *Le Réseau*, publiée par le Réseau canadien pour la santé des femmes (voir Benoit et Carroll 2001; Dion Stout, Kipling et Stout 2002; Hannis 2002; Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada 2002; Poole 2001), tandis que d'autres consistent en conférences, dissertations et allocutions. Il existe aussi plusieurs propositions de recherche (voir Amaratunga 2000; Browne 1998; DesMeules 2001; McClure et autres 1997; Mitchell 1997; Wakewich 2002). Voir page E40 pour un bref exposé sur l'accessibilité à ces divers formats.

Messages clés

Après avoir fait état de l'étendue, des perspectives et de l'accessibilité de la recherche sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural, nous tournons maintenant notre regard vers son contenu. Dans cette section, nous présentons une synthèse de l'état des connaissances dans le domaine, telles qu'elles sont contenues dans la documentation canadienne spécifiquement dédiée à la ruralité. La section suivante expose les tensions et les lacunes au sein de la littérature.

La documentation au sujet de la santé des femmes canadiennes en milieu rural se situe à l'intersection des axes de recherche sur la santé en milieu rural et sur la santé des femmes. De ce point de vue, il est évident que les faits de vivre en milieu rural et d'être une femme ont une incidence sur la santé, et ce, pour différentes raisons liées les unes aux autres. Un lieu est plus qu'une entité géographique et le sexe dépasse la biologie : ce sont des réalités sociales, qui influent sur la santé.

Ainsi la ruralité est un facteur déterminant important de la santé des femmes.

Toute analyse détaillée et tout travail visant à élaborer une politique ayant trait à la santé des femmes doivent tenir compte de la ruralité et de ce qu'elle implique. Ces implications peuvent être positives ou négatives, ou les deux. Voici sept façons dont la ruralité peut avoir une incidence sur la santé des femmes :

- a) **Accessibilité réduite aux services de santé** – La rareté et l'éparpillement géographique des services de santé en milieu rural diminue l'accessibilité à des soins appropriés (cf. par exemple Hutten-Czapski 2002). Cette rareté affecte les femmes de façon disproportionnée, elles qui sont les principales usagères du système de santé et à qui incombe la tâche de prendre soin de la famille lorsqu'un membre doit s'éloigner pour recevoir un traitement. Par ailleurs, les femmes préfèrent souvent consulter une autre femme pour recevoir des soins de santé (Johnston 1998), d'autant plus que des études montrent l'influence du sexe dans le déroulement d'examen ayant

une composante sexuelle, comme le dépistage des cancers du sein ou du col de l'utérus (Ahmad 2001). Néanmoins, le choix d'une femme médecin se présente rarement en milieu rural. Les services spécifiquement dédiés aux femmes, y compris les refuges pour femmes battues ou le dépistage et le traitement des cancers gynécologiques, y sont aussi rares.

Une accessibilité réduite aux services de santé peut affecter directement le taux d'utilisation des services de santé, la qualité de vie et la morbidité (cf. Gucciardi et Biernie-Lefcovithc 2002; Morton et Loos 1998). Par exemple, Crump (2001) décrit les difficultés des médecins de famille en milieu rural à mettre leurs patients en contact avec des spécialistes, principalement à cause de l'éloignement. Gillis (2001), pour sa part, décrit comment le manque d'installations adéquates décourage la pratique d'activités physiques chez les résidents ruraux. À cause de l'accessibilité réduite aux services, la fréquence des tests de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus est plus faible en milieu rural qu'ailleurs; le taux de cancers du col de l'utérus est d'ailleurs plus élevé, probablement en raison du manque de moyens de détection précoce (Bryant 1992; Clarke 1998; Deschamps et autres 1992; Hislop 1997; Maxwell et autres 1997; Woods 2001; Young et autres 2000). Deleeuw (1998) rapproche les taux élevés de maladies transmissibles sexuellement ou de grossesses chez les adolescentes à la déficience des soins de santé et à l'accessibilité réduite dans les communautés rurales et éloignées. En outre, les femmes expriment souvent un niveau de satisfaction moindre à l'égard de leurs expériences lorsqu'elles ont à accoucher en dehors de leur communauté (cf. Webber 1993).

*Dans de
petites
communautés,
il est difficile
de protéger la
vie privée.*

Tous ces points montrent l'importance de fournir des services de santé le plus proche possible des foyers. En milieu rural, il s'agira donc d'investir dans des programmes d'approche mobiles (cf. par exemple Wilson et autres 1995). Church et autres (2000) rapportent notamment une étude intéressante sur l'utilisation de conférences téléphoniques permettant d'apporter un soutien à des femmes atteintes du cancer du sein dans des régions rurales des Maritimes.

- b) **Manque d'information en matière de santé** – La pénurie de médecins en milieu rural au Canada se traduit non seulement par une insuffisance en soins de santé primaires, mais aussi, par une carence en information en matière de santé. Les médecins sont en effet la source principale de tels renseignements pour les femmes canadiennes (Klassen 1996; Sutherns 2001). Cette situation s'applique aussi à d'autres domaines : l'absence de services tels que la profession de sages-femmes, la physiothérapie, le counseling contre la violence ou le soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'affecte pas seulement l'offre de soins directs, mais aussi l'accès des femmes à l'information pertinente (cf. par exemple Bowd et Loos 1996; Bruhm 1998; Forsdick Martz 2001; Martz et Saurerer 2000).

Comme dans le cas de l'insuffisance en soins directs, une carence en information peut mener à une augmentation de l'incidence de maladies, par exemple la prévalence élevée du diabète chez les femmes autochtones, reliée en partie au manque de renseignements en matière de prévention (Harris 1997; Hegele et autres 2000).

Internet devient une source de plus en plus importante d'information en matière de santé. Il n'existe aucune donnée sur l'utilisation d'Internet par les femmes en milieu rural en vue de trouver de tels

renseignements, mais il est sûr que cet outil n'est pas accessible à toutes les communautés rurales, éloignées et nordiques du pays.

c) **Des services à la communauté insuffisants et des infrastructures limitées** –

Les insuffisances en matière d'accès à une alimentation nutritive à l'année longue, de logements et de transport abordables, de routes sécuritaires, de perspectives d'emploi, de groupes de soutien et de services de garde d'enfants affectent la santé des femmes vivant en milieu rural au moins autant que la pénurie de médecins. Ces problèmes sont des thèmes importants qui ressortent dans la documentation, même s'ils ne sont pas des objets spécifiques de recherche (cf. par exemple Everitt 1996; Graveline 1990; Gillis 1991; Haas 2002; Hornosty 1995; Kubik et Moore 2001; Meadows et autres 2001; Steele 2002; Sutherns 2001). Ainsi, il est important de savoir regarder au-delà des titres et de constater les thèmes récurrents qui relient les différents sujets. Il ressort clairement, de l'ensemble de la documentation, que des déterminants sociaux, non médicaux, prennent une importance considérable dans la condition de santé des femmes, par exemple, la précarité financière, la tension de rôle et le soutien social.

d) **Manque d'anonymat** – Les communautés rurales sont petites et les gens ont tendance à se connaître de façon personnelle. Le fait d'être « connu de tous » dans une petite communauté peut affecter la santé de façon positive, en favorisant le soutien social, et de façon négative, en inhibant les dispositions à demander de l'aide ou d'y accéder. Ces deux côtés sont particulièrement vrais pour les femmes, comme elles sont les principales usagères du système de santé et qu'elles ont pour rôle d'entretenir les relations sociales.

Les conséquences néfastes d'être « connu de tous » sont discutées principalement dans les travaux sur la violence (Hornosty 1995; MacLeod 1989; Struthers 1994) et sur l'avortement (Eggertson 2001). La possibilité de maintenir la confidentialité, l'intégrité et les apparences sont autant de facteurs qui influencent la décision de demander des soins de santé. Dans de petites communautés, il est difficile de protéger la vie privée.

e) **Effets du travail sur la santé** – Même si les recherches pertinentes abordant la santé au travail ne font généralement état que de l'agriculture et des pêches, le travail en milieu rural présente autant des risques que des bénéfices pour la santé des femmes. Par exemple, le travail en plein air et le contact avec la nature sont autant de facteurs bénéfiques, mais leurs conséquences positives sont mitigées par la prévalence de la précarité économique, la séparation de la famille, les horaires chargés, l'exposition à des produits toxiques, les accidents de travail et les autres risques professionnels associés au travail en milieu rural.¹¹

f) **Besoins de services de santé adaptés à une culture** – Les recherches au sujet de la santé des femmes canadiennes en milieu rural ne font que rarement allusion à une « culture rurale » spécifique et s'opposent à cet effet aux travaux provenant des États-Unis. Néanmoins, elles suggèrent l'adaptation des services de santé au contexte culturel dans lequel ils sont offerts, particulièrement dans le cas des recherches sur la santé des femmes autochtones (cf. Benoit 2001; Black et Cuthbert Brandt 1999; Browne 2001; Browne et autres 1997; Farkas 1996; Hannis 2001-2002; Herbert 1997). De tels appels à tenir compte de la diversité des cultures dans les milieux ruraux se retrouvent par ailleurs dans la documentation au sujet de la santé des lesbiennes.

g) **Invisibilité** – Un autre thème récurrent est le manque d'intérêt pour la santé des femmes en milieu rural reflété dans la rareté de telles recherches et les résultats des études existantes. Les besoins des femmes vivant en milieu rural sont négligés dans l'élaboration de politiques en matière de

santé, en grande partie parce que ces femmes font rarement partie du processus (cf. par exemple Gandy 2001; Gerrard 2001; Graveline 1990; Heaman 2001; Kenchnie et Reitsma-Street 1996; Lellava 2000; Reutter 2000).

Tensions dans la littérature

Même si l'ensemble des travaux sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural fait valoir l'influence de la ruralité, on y retrouve aussi d'importantes contradictions et de nombreux points de débat. En vue de faire progresser l'analyse, les recherches empiriques devront être approfondies dans les domaines suivants :

a) **Qu'est-ce que la ruralité et quelle est sa pertinence?** – Il arrive souvent que le mot « rural », apparu dans le titre, disparaisse complètement du reste de l'analyse. Même si des données sont recueillies auprès de participantes de région rurale, elles sont rarement dissociées et analysées séparément. L'importance – ou le manque d'importance – de la notion de ruralité est laissée de côté. Dans la plupart des cas, la notion n'est même pas définie, et si elle l'est, c'est de façon incohérente et inadéquate, ce qui rend la comparaison des résultats difficile.

b) **La ruralité est pertinente, mais jusqu'à quel point?** – Dans bien des cas, comme nous l'avons mentionné plus haut, la vie en milieu rural est couplée à d'autres facteurs pour déterminer la condition de santé de façon plutôt directe. Sur d'autres plans, si le phénomène est effectivement étudié, il peut

n'exister aucune différence entre les populations urbaine et rurale (cf. par exemple Parikha et autres 1996, pour une étude sur la prévalence du trouble d'humeur en milieux rural et urbain).

Le manque d'études longitudinales ou de projets de recherche de grande envergure accentue cette contradiction. De tels travaux pourraient augmenter la certitude des résultats des recherches existantes dans le domaine.

c) **Ruralité ou ruralités?** – En mettant l'accent sur l'importance d'ajouter un regard rural dans la recherche sur la santé des femmes, on court le risque de ne laisser entrevoir qu'une seule expérience possible de la ruralité, affectant la santé de toutes les femmes de façons similaire et prévisible. Alors que la littérature demande qu'on recon-

Les attentes envers les services de santé déterminent directement la satisfaction qu'on en retire.

naître l'influence de la ruralité, il faut aussi reconnaître l'énorme diversité parmi les communautés rurales et les gens de ces milieux. L'expérience des communautés du Nunavut ne sera jamais la même que celle de Terre-Neuve. Même si dans les deux cas, la notion est pertinente, elle ne prend tout son sens qu'en tenant compte des expériences spécifiques, vécues par les femmes dans leur milieu respectif.

- d) **Y a-t-il une culture rurale?** – Une contradiction analogue se fait sentir lorsqu’une culture dite rurale est attribuée de façon générale à différentes communautés. Des caractéristiques telles que l’autonomie ou le conservatisme peuvent certes jouer un rôle déterminant dans la condition de santé des femmes et ne devraient pas être éludées, cependant elles ne sont pas nécessairement l’apanage de toutes les communautés rurales. Dans le corpus canadien, cette tendance a mené soit à complètement mettre de côté la notion de culture, soit à la mettre de l’avant sur la base d’arguments spécieux.
- e) **Y a-t-il une culture rurale féminine?** – La situation des femmes vivant en milieu rural court le risque d’être abordée de la même façon que celle des communautés qui sont décrites d’une manière qui masque leur diversité. Même s’il y a une part de vérité dans l’image du rôle traditionnel joué par la femme en milieu rural, les contraintes structurelles qui déterminent ce rôle ne sont pas mises de l’avant, sans parler de la multitude de façons dont les femmes remettent ces stéréotypes en question.
- f) **Les femmes vivant en milieu rural sont-elles en meilleure santé?** – Les données faisant état de la condition de santé des femmes sont très limitées. En fait, les études existantes donnent un portrait contradictoire des conséquences positives ou négatives de la vie rurale sur la santé.
- g) **Invisibles, mais non pas anonymes?** – La recherche décrit l’invisibilité des femmes vivant en milieu rural. Celles-ci font d’ailleurs souvent état de leur isolement, mais déplore à la fois leur manque d’anonymat au niveau communautaire. Coakes et Kelly décrivent ce double problème de confidentialité et d’attention. Pour eux, « les personnes répondent à la trop grande proximité en instituant une distance émotionnelle entre eux, ce qui exacerbe le sentiment d’isolement. En fait, les gens sont à la fois trop proches et trop distants. »¹² (traduction libre)
- h) **À quoi doit-on raisonnablement s’attendre?** – Les attentes envers les services de santé déterminent directement la satisfaction qu’on en retire. Ainsi, des tensions entourant le niveau d’accessibilité aux services de santé auquel les communautés rurales, éloignées ou nordiques devraient raisonnablement s’attendre sont implicites dans l’ensemble de la recherche. D’une part, certains affirment que la décision de vivre dans un milieu rural implique la renonciation à un accès immédiat aux soins de santé et de ce fait, les résidents de régions rurales ne devraient pas s’attendre au même niveau que les citadins. Néanmoins, la *Loi canadienne sur la santé* garantit l’accès universel à des soins. D’autre part, les études montrent que les résidents des milieux ruraux ont des attentes étonnamment basses envers leur régime de soins de santé et qu’ils ne sont, par conséquent, pas aussi insatisfaits que d’autres pourraient l’être.

Lacunes dans la littérature actuelle

Suite à l’analyse ci-dessus, un certain nombre de lacunes sont évidentes dans la littérature canadienne de langue française et anglaise sur la santé des femmes en milieu rural :

- a) La plupart des **études sur la santé ont**

tendance à faire abstraction soit des femmes, soit des réalités du milieu rural, soit des deux. Par conséquent, le nombre d’études consacrées aux problèmes de santé des femmes en milieu rural est limité.

- b) Lorsqu'on s'y attarde dans la littérature, **la notion de ruralité est soit non définie ou définie de façon inconstante**. Les termes « rural », « éloigné » et « nordique » font référence à des notions différentes. Ce manque d'uniformité dans la terminologie menace la comparabilité des études, qui est essentielle pour assembler une bibliographie abondante et probante.
- c) La ruralité est souvent traitée comme une influence homogène, directe et habituellement négative sur la santé. On note un **manque d'attention à l'égard de la diversité inhérente à la ruralité, ainsi qu'une sous-évaluation des influences positives et négatives des lieux physiques sur la santé**.
- d) Il y a une **insuffisance marquée de données statistiques ou épidémiologiques et de données longitudinales sur la santé des femmes en milieu rural au Canada**. Il est possible que certains ensembles plus étendus de données aient englobé des données sur les femmes en milieu rural, mais extraire ces données tout en préservant leur signification s'avère problématique. Par ailleurs, les études moins étendues ou à courte échéance rendent plus difficile la comparaison et la généralisation des données, ce que certains décideurs peuvent interpréter comme compromettant la validité des résultats des recherches.
- e) L'impact **cumulatif et l'interaction entre divers déterminants sociaux de la santé demeurent sous-représentés** dans la recherche actuelle. Des études ciblant un seul élément, qui fragmentent le corps des femmes ou encore, qui n'inscrivent pas les expériences des femmes dans le contexte global de leur vie ne reflètent pas les façons dont les femmes perçoivent et vivent leur santé. Plus spécifiquement, il y a une absence quasi-totale de recherches sur les déterminants environnementaux sur la santé des femmes.
- f) Certaines **populations précises sont sous-représentées dans la recherche actuelle**. Celles-ci comprennent les femmes inuites et métisses, les femmes immigrantes, les enfants et adolescents vivant en milieu rural, les professionnels de la santé autres que les médecins et infirmières, les résidentes des Territoires et de l'Île-du-Prince-Édouard, les femmes vivant dans des communautés côtières et les femmes francophones hors Québec. De la même façon, à l'exception de l'agriculture et de la pêche, la santé au travail en milieu rural est sous-représentée dans la littérature.
- g) On fait **abstraction de l'influence des valeurs culturelles sur les conceptions et les expériences des femmes face à leur santé**. Même si l'on tient habituellement compte de la culture des femmes autochtones et immigrantes, la culture distincte des populations « blanches » en milieux rural, éloigné et nordique est rarement reconnue. Il y a peu de recherches canadiennes sur l'impact des valeurs culturelles comme le stoïcisme, l'autosuffisance et l'indépendance, par exemple, sur la volonté des femmes à reconnaître être victime de stress ou à avoir besoin d'assistance (Wakewich et Parker, 2002). Toute analyse de la culture en milieu rural peut, et devrait, être faite de façon à ne pas homogénéiser la diversité des populations rurales et des expériences de vie dans ces milieux.

Orientations des recherches et des politiques futures

La littérature sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural, de même que ses lacunes, contiennent de nombreuses suggestions pour les chercheurs et les décideurs. Celles-ci sont résumées ci-dessous :

1. **Utiliser une « lentille féminine »** – Il ne suffit pas de se pencher sur la santé en milieu rural pour que les besoins des femmes soient correctement cernés et ciblés. La recherche et les politiques doivent faire place à une analyse selon le sexe.
2. **Utiliser une « lentille rurale »** – Tel qu’il est démontré dans la section précédente, la ruralité a une incidence sur la santé des femmes et il faut donc en tenir compte de façon explicite et délibérée.
3. **Il y a plus d’un « milieu rural »** – Lorsqu’on tient compte de la ruralité, il ne faut pas présumer de l’uniformité des expériences en milieu rural. La ruralité influence la santé des femmes, mais cette influence n’est ni simple, ni prévisible, ni identique pour toutes les femmes. Il faut donc être à l’écoute et faire sciemment place à la différence dans la conception d’études et de politiques.
4. **Rats des villes, rats des champs** – Il ne faut pas présumer que des politiques

conçues en vue d’une application en milieu urbain conviendront en milieu rural.

5. **Les « soins de santé » englobent plus que des médecins** – Des soins de santé accessibles exigent davantage d’efforts pour recruter et garder les médecins en milieu rural. D’autres professionnels de la santé jouent des rôles aussi importants dans les choix qui s’offrent aux femmes, de même que des intervenants en dehors du réseau officiel, et des investissements dans les infrastructures permettant aux femmes d’agir en fonction de leurs choix.
6. **Des services socio-économiques sont aussi des investissements dans la santé** – Comme la santé est tributaire du milieu social, et que les déterminants sociaux sont interactifs et cumulatifs, tout investissement visant l’amélioration de la situation socio-économique des femmes en milieu rural aura une incidence positive sur leur santé.
7. **Des approches multidisciplinaires, s’il vous plaît** – Des études qualitatives et quantitatives, à petite et à grande échelle, et menées à la grandeur du Canada, sont nécessaires pour que l’ensemble de la recherche canadienne sur la santé des femmes en milieu rural reflète la diversité et la richesse de ces Canadiennes elles-mêmes.

Conclusion

La littérature actuelle sur la santé des femmes canadiennes en milieu rural, éloigné et nordique est limitée, mais grandissante. Elle souligne notamment les problèmes d’accès, de marginalisation et d’invisibilité auxquels font face les femmes en milieu rural, et ce, tant dans la littérature que dans leur quotidien.

La recherche, qui est largement axée sur le vécu des femmes, offre des orientations aux chercheurs et aux décideurs en vue de l’élaboration de politiques et de programmes qui répondent aux préoccupations des femmes en milieu rural.

Annexe E1

Méthodologie : Où nous avons cherché et ce que nous avons cherché

Pamela Wakewich et Barbara Parker ont effectué un dépouillement documentaire initial entre juillet et octobre 2001¹³. En décembre 2002, leurs recherches ont été mises à jour par une équipe formée de Rebecca Sutherns, Miki Ackermann, Karima Hashmani et Christine Oldfield afin d'inclure les études terminées en 2001 et en 2002, ainsi que des bases de données supplémentaires.

Les chercheurs ont dépouillé les bases de données suivantes :

- Agricola Plus Text
- Canadian Business and Current Affairs
- Canadian Research Index
- CHID Online
- CINAHL (Nursing and Allied Health Literature)
- Family and Society Studies Worldwide
- First Nations Periodical Index
- Humanities and Social Sciences FG (Wilson Web)
- Medline (National Library of Medicine)
- PAIS
- Popmed
- PsychInfo (Psychological Abstracts)
- Psychology Journals
- Social Work Abstracts 1977-2002
- Sociofile (Sociological Abstracts 1986-2002)
- Women's Resources International

Les termes suivants ont servi de clés de recherche pour effectuer les recherches dans les bases de données : femmes, femme, rural, éloigné, nord/nordique, santé, Canada

Les mots-clés ci-dessus ont ensuite été combinés aux termes suivants :

bien-être, pays, sexe, déterminants, perceptions, style de vie, qualité de vie, ferme, agriculture, pêche, pêcherie, côtière, mines, industrie forestière, ressource unique, mono-industrie, santé et sécurité au travail, éducation, alphabétisme, analphabétisme, environnement, logement, milieu et santé, tabagisme, aide sociale, pauvreté/revenus, emploi, violence, toxicomanie, dépendance, alcoolisme, suicide, transport, isolement, dépistage, prévention, diagnostic, promotion de la santé, invalidité, race, culture, minorité visible, avortement, contraception, autochtone, indigène, Inuit, premières nations, Métis, aînés, personnes âgées, mi-vie, mère, adolescent, enfant, durée de vie, lesbienne, soins à domicile, soignant, soins, troubles alimentaires, image corporelle, nutrition, exercice, activité physique, génétique, sexualité, VIH, SIDA, grossesse, accouchement, reproduction, santé mentale, dépression, infirmière, professionnels de la santé, docteurs, médecins, chiropraticiens, diabète, ostéoporose, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer.

Une recherche de toutes les études et publications d'intérêt a aussi été effectuée à la fin décembre 2002 et au début janvier 2003, notamment sur chacun des sites suivants :

- Agriculture et agroalimentaire Canada
http://www.agr.ca/cris/directories/women_e.html
- Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique
<http://www.medicine.dal.ca/mcewh>
- Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
<http://www.bccewh.bc.ca>
- Le réseau canadien pour la santé des femmes
<http://www.cwhn.ca>
- Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord
(sites CRANHR–Lakehead et Laurentienne)
<http://www.flash.lakeheadu.ca/cranhr>
<http://www.laurentian.ca/www/cranhr/index.html>
- Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
<http://www.cesaf.umontreal.ca>
- ICREF
<http://www.craiw-icref.ca/idex-e.thm>
- Federated Women's Institutes of Canada
www.nald.ca/fwic.htm
- Gouvernement du Canada, Service canadien de l'information rurale
http://rural.gc.ca/cris/directories/women_e.phtm
- Santé Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca>
- Sites web des ministères de la santé et des services sociaux de chaque province et territoire
- Comité canadien d'action sur le statut de la femme
www.nac-cca.ca
- The Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
<http://www.yorku.ca/nnewh>
- Native Web
www.nativeweb.org
- Ontario Farm Women's Network
www.ofwn.org
- The Ontario Women's Health Council
<http://www.ontariowomenshealthcouncil.com/E/index.html>
- Ontario Women's Health Network
www.owhn.on.ca
- Paukuutit Inuit Women's Association
www.paukuutit.on.ca
- Boîte à outils pour le milieu rural
Services et programmes de santé sexuelle et reproductive
www.ppf.ca/toolkit/english/five/rural.htm



- Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
http://www.pwhce.ca
- Rural Womyn Zone
www.ruralwomyn.net
- Statistique Canada
www.statcan.ca
- Condition féminine Canada
http://www.cfc.gc.ca/direct.html
- University of Guelph, Rural Studies Programs
www.uoguelph.ca
- University of Northern British Columbia, Rural and Remote Health Research
www.unbc.ca/ruralhealth/
- Women Space
www.womenspace.ca
- Femmes en santé
http://www.womenshealthmatters.ca

Une recherche globale sur le web a été effectuée en janvier 2003 à l'aide de l'engin de recherche Google avec les clés de recherche suivantes : femmes, rural, éloigné, santé et Canada.

Les publications suivantes ont aussi été dépouillées (clés de recherche : femmes, rural, santé, Canada lorsque possible):

- *Journal canadien de la médecine rurale*
- *Canadian Journal of Sociology*
- *Les cahiers de la femme*
- *Health and Place*
- *Journal of Rural Nursing and Health Care*
- *Journal of Rural Studies*
- *Santé rurale*
- *Le géographe canadien*



Enfin, divers livres et ouvrages ont été identifiés via le catalogue de la bibliothèque de l'Université de Guelph, via le site Amazon.com ainsi qu'auprès des éditeurs suivants (clés de recherche : femmes, rural, santé, Canada) :

- Brill Publishing
- National Academy Press
- Oxford University Press
- Cambridge University Press
- Palgrave MacMillan Press
- University of Toronto Press

Toute la documentation pertinente a été lue et résumée, puis une fiche bibliographique, les clés de recherche et un résumé analytique ont été saisis dans le logiciel bibliographique *Citation*. Lorsque possible, les résumés analytiques comprennent le sujet de l'étude, la population, le lieu, la méthodologie, la période, les résultats clés et les recommandations, ainsi que la façon dont la diversité, la santé et la ruralité ont été approchées. La littérature peut maintenant être consultée via une base de données électronique accessible auprès du RPSFM à l'Université York à Toronto (416-736-5941). Le RPSFM possède aussi des exemplaires imprimés de plusieurs des sources citées dans la présente analyse.

Annexe E2

Rapports pertinents des Centres d'excellence pour la santé des femmes sur la santé des femmes en milieu rural

- Amaratunga, C. (2002). *Breast Cancer Action Nova Scotia*. 99/00-PD2, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Botting, I., Neis, B., Kealey, L. et Solberg, S. (juillet 2000). *Health Care Restructuring and Privatization from Women's Perspectives in Newfoundland and Labrador*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Browne, A. (1998). *Improving Health Care Services for First Nations Women: A Community Case Study*, WCC98-2, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Browne, A., Fiske, J. et Thomas, G. (1997). *Northern First Nations Women's Interactions with the Mainstream Health System*, WCC97-3, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Bruhm, G., et Poirier, L. (1998). *The Caregivers Research Project*. 97/98-SPF2, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Campbell, J., Bruhm, G. et Lilley, S. (novembre 1998). *Caregivers' Support Needs: Insights From the Experiences of the Women Providing Care in Rural Nova Scotia*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et Dalhousie University.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. (2001). *Action Plan for Women's Health in Manitoba and Saskatchewan: Key Priorities and Strategies*.
- Coleman, R. (février 2000). *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*, le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Deiter, C., et Otway, L. (2001). *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- DeLeeuw, S. (1998). *Young Women's Health Needs in Isolated Northern Communities*. WCC98-7, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Donner, L. (2001). *A Rural Women's Health Program: The Experience of South Westman RHA*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Eakin, J., et Brooker, A. (juin 1998). *The Restructuring of Work and Women's Health: An Annotated Bibliography*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Fillmore, C., Dell, C. A. et la Elizabeth Fry Society of Manitoba. (2000). *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Friars, G. (2000). *New Brunswick Women's Health Initiative Project*. Rapport définitif du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique. (<http://www.acewh.dal.ca/fr/aboutFR.html>)

- Fuller, C. (1999). *Reformed or Rerouted? Women and Change in the Health Care System*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).
- Gandy, K. (2001). *Single Parent Women's Experiences Performing the Required Tasks of Health Provider for Their Families*, 00/01-ST1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Isaac, B., Anderson, L., Healy, T., Herringer, B. et Perry, T. (1999). *Out in the Cold: The Context of Lesbian Health in Northern British Columbia*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Jaffe, J., et Blakely, B. (1999). *Coping as a Rural Caregiver: The impact of health care reforms on rural women informal caregivers*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Jordan, P. (1997). *Decisions, Decisions: Experiences of Women Who Have Undergone Elective Hysterectomies in the Northern Interior Health Region of B.C.*, le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Kosny, A. *The Social Determinants of Health & Equity Across the Life Span*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Kosny, A. (2000). *Trying to Work It Out: Newfoundland Women's Experiences in Small Workplaces*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu. [www.yorku.ca/nnewh]
- Lord, S. *Social and Economic Stress and Women's Health in Fishing Communities*, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Luce, J. (1998). *Assessing Assisted Reproduction: Experiences of Lesbian and Bisexual Women Living in Northern Communities*, WCC98-8, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- MacLeod, M., et Zimmer, L. (en cours d'élaboration). *Perinatal Services: Assessing the Needs of Special Populations*, University of British Columbia.
- Martz, D., et Sarauer, D. *Domestic Violence and the Experiences of Rural Women in East Central Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- McClure, L., Heinonen, T. et Tudiver, S. (1997). *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Knowledge and Preparation of Health Care Providers to Meet Client Needs*, 97 T2-048, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Morrow, M., et Chappell, M. (1999). *Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).
- Neis, B., Grzetic, B. et Pigeon, M. (avril 2001). *From Fishplant to Nickel Smelter: Health Determinants and the Health of Newfoundland's Women Fish and Shellfish Processors in an Environment of Restructuring*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Centres d'excellence pour la santé des femmes (Terre-Neuve).
- Northern Secretariat du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique. *The Determinants of Women's Health in Northern Rural and Remote Regions: Examples and Recommendations from Northern BC*, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, University of Northern British Columbia, Prince George.

- Payne, B., Grant, K. et Gregory, D. (Le 30 septembre 2001). *Women's Caring Work in the Context of Manitoba Health Reform*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Poole, N., et Isaac, B. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*. HWHC9-1, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique.
- Rathwell, T. (1999). *A Gender Equity Lens for the Health Policy Domain – A Canadian Gender Curriculum Educational Strategy*, 98-99-PF1, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Roberts, J., et Falk, M. (2001). *Women and Health: Experiences in a Rural Regional Health Authority*, le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Scott, C., Horne, T. et Thurston, W. (2000). *The Differential Impact of Health Care Privatization on Women in Alberta*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Skillen, L. (2001). *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health and Restructuring*, University of Alberta, financé par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- van Roosmalen, E. (1998). *Women's Voice: Women's Perceptions of the Determinants of Health and Well Being*, projet n° 1 1997-1998, financé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique.
- Wakewich, P. (202). *Mapping Research on Women and Health in Northwestern Ontario*, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.
- Willson, K., et Howard, J. (2000). *Missing Links: The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.

Notes en fin de chapitre

- 1 On peut joindre Rebecca Sutherns au (519) 833-0952 ou par courrier électronique à rebecca.sutherns@sympatico.ca.
- 2 De l'excellente aide pour la recherche a été fournie par Miki Ackermann, Karima Hashmani, Christine Oldfield et Barbara Parker dans la préparation de ce document.
- 3 Rapport non publié
- 4 Projet n° 2 du projet national qui est compris dans le rapport sommaire définitif.
5. *La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche*. Centres d'excellence pour la santé des femmes.
6. Les centres tiennent à remercier Pamela Wakewich et Barbara Parker de leur article intitulé *La santé des femmes en milieu rural et éloigné au Canada : une revue de la littérature et des recherches*, daté d'octobre 2002 (non publié) qui a servi de point de départ à la présente analyse en fournissant de nombreuses sources des recherches mentionnées à l'intérieur de ces pages.
- 7 Afin de faciliter la lecture du document, l'expression « santé des femmes en milieu rural » est utilisée à la place de « santé des femmes en milieux rural, éloigné ou nordique », sauf dans les cas où une distinction entre rural, éloigné et nordique est faite de façon explicite.
- 8 Le terme « rural » a été largement défini dans la stratégie de recherche pour que la revue de la littérature soit aussi complète que possible. Pour une discussion sur la façon dont le terme ruralité est lui-même défini dans la littérature, voir page E46.
- 9 Pour une bibliographie commentée de la documentation de langue française sur la santé des femmes canadiennes en milieux rural, éloigné ou nordique, voir Dallaire, Christine et Martin, Véronique, (août 2002) « *Femme, santé et milieu rural au Canada* » que l'on peut se procurer du RPSFM et du CSEFP.
- 10 Les paramètres de la stratégie de recherche en français excluaient les articles traitant directement de la santé des femmes autochtones. Ces articles, cependant, auraient été saisis dans la base de données pour les recherches en anglais étant donné que la langue n'était pas un facteur limitatif, même si aucun n'a été trouvé.
- 11 Pour obtenir des références à ce sujet, voir la bibliographie, sous les rubriques « Santé et sécurité au travail » et « Travail ».
- 12 Coakes, S. J., et Kelly, G. J. (1997). Community Competence and Empowerment: Strategies for Rural Change in Women's Health Service Planning and Delivery. *Australian Journal of Rural Health*, 5, p. 27.
- 13 Pour tous les détails relatifs à la stratégie de recherche, veuillez consulter le document « Rural and Remote Women's Health in Canada: A Literature Review and Research Inventory », Pamela Wakewich et Barbara Parker (2002), non publié.

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

Synthèse des résultats des groupes de réflexion des femmes francophones en milieux rural et éloigné

Soumis par
Christine Dallaire* et **Guylaine Leclerc****

Juillet 2003

Projet n° 4 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé
relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné au Canada

* Université d'Ottawa

** Union culturelle des Franco-Ontariennes (UCFO) pour la Table féministe
francophone de concertation provinciale de l'Ontario

Table des matières

Remerciements	F2
Introduction	F3
Méthodes	F4
Recrutement des participantes	F5
Nombre total des participantes = 30 femmes francophones	F5
Commentaires sur les personnes participantes	F6
Commentaires sur les personnes non participantes	F7
Améliorations proposées	F7
Améliorations en questionnaire à des fins de recherches futures	F7
Résultats et analyse des groupes de réflexion et des interviews téléphoniques . . .	F8
Présentations et analyse des résultats	F14
Thèmes et questions	F4
Santé	F4
Santé et ruralité	F10
Ruralité	F19
Agenda politique	F23
Agenda de recherche	F31
Commentaires généraux	F34

Liste des figures

Figure 1.	Catégorie d'âge des participants	F8
Figure 2.	Dernier niveau de scolarité réussi	F9
Figure 3.	Catégories de revenu familial des participantes	F9
Figure 4.	Profession des participantes	F10
Figure 5.	Population approximative des communautés participantes	F11
Figure 6.	État civil des participantes	F11
Figure 7a.	L'âge des enfants des participantes	F12
Figure 7b.	Nombre d'enfants par participante	F12
Figure 8a.	Résidente et employée de la même région géographique	F13
Figure 8b.	Distance de la maison au lieu de travail	F14
Figure 9a.	Durée du trajet	F14
Figure 9b.	Distance du parcours au praticien de soins de santé le plus près	F15

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les femmes qui ont bien voulu nous accorder leur temps pour participer à cette étude préliminaire et ainsi partager leurs connaissances et leurs expériences :

Solange Chevrier
Maria Lepage
Janice Murphy
Marie Dussault
Hélène McCarthy
Annette Richard
Ramona Le Bouthillier
Corinne Gagnon

Laurette Deveau
Ginette Deveau
Aline Bourgeois
Charline Roy
Doris Riopel
Doris Thibodeau
Gisèle Séguin
Madeleine Paquette

Lizanne Thorne
Colette Arsenault
Élise Arsenault
Maria Bernard
Diane Brault
Nancy Caron
Muriel Bittar
Rita Martel



Synthèse des résultats des groupes de réflexion des femmes francophones en milieux rural et éloigné

Introduction¹

Dans les débats publics et politiques à l'échelle du Canada, les effets d'une restructuration et de l'offre d'un accès équitable aux soins offerts aux habitants des collectivités rurales et éloignées, nous nous devons de prendre en considération les questions qui touchent les hommes et les femmes, et la santé des femmes pour pouvoir se dresser un tableau plus complet des besoins en matière de santé, de la prestation des services et de leur utilisation.

Pour répondre à cette question extrêmement importante, un comité directeur national de la recherche (CDNR) sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné a été créé des membres du réseau de chercheurs associés à l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF). Une des premières tâches effectuées par le CDNR a été de mandater une étude de la littérature sur les connaissances actuelles de la santé des femmes en milieu rural. De plus, le CDNR a initié la tenue de plusieurs petits groupes de réflexion composés

de femmes habitant les régions rurales et éloignées des quatre coins du Canada entre le mois d'avril 2002 et le mois de janvier 2003. Le présent rapport résume les conclusions de 20 groupes de réflexion ayant eu lieu en anglais et composés de femmes des milieux ruraux et éloignés à l'échelle du Canada.

Objectifs clés et questions de recherche

Les questions clés qui ont dirigé l'orientation générale de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné à l'échelle du Canada comprennent les suivantes :

Sur le plan de la santé...

- Quels sont les facteurs qui favorisent la santé des femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada?
- Quels sont les facteurs qui menacent la santé des femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada?

Sur le plan des soins de santé...

- Quel est le degré de satisfaction des femmes relatif à la qualité des soins de santé offerts dans leurs régions?

Sur le plan de la vie en milieu rural et éloigné...

- Quels sont les facteurs qui déterminent que la vie des femmes soit rurale ou éloignée?
- Comment la santé des femmes des milieux ruraux ou éloignés est-elle précisément affectée?

Sur le plan des politiques qui répondraient aux questions susmentionnées...

- Quelles sont les questions en matière de politique qui préoccupent les femmes habitant les régions rurales ou éloignées?

- Quelles sont les modifications qu'elles désirent qui favoriseraient davantage leur santé?

Enfin, sur le plan de la nécessité de recherches ultérieures...

- Existe-t-il d'autres questions qui portent sur la santé des femmes en milieu rural et éloigné qui demandent plus de renseignements pour inciter l'exécution de changements pertinents?

Méthodes

Guide du sondage et des interviews

Les groupes de réflexion francophones ont utilisé un bref sondage démographique (annexe D) et un guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion (annexe E) élaborés par Madame Rebecca Sutherns, sous la direction du CDNDR. Les versions définitives des lignes directrices et des questions formulées pour les fins des facilitatrices en avril 2002 ont été approuvées par le CDNDR après avoir fait l'objet d'une étude pour assurer l'emploi d'un langage clair et simple (voir l'annexe F pour toutes les directives à l'intention des facilitatrices).

Une étude de déontologie a été effectuée par l'université York à l'aide d'une demande présentée par Marilou McPhedran et Suzanne MacDonald, PhD. De plus, des études de déontologie à l'intention des groupes de réflexion francophones ont également été approuvées par l'Université d'Ottawa, établissement d'affiliation de Christine Dallaire, PhD.

Des questions supplémentaires ont été fournies aux facilitatrices pour inciter la discussion à l'intérieur d'un groupe de réflexion au besoin.

Le CDNDR a approuvé, en principe, une telle souplesse conformément aux principes d'une recherche qualitative et pertinente; c'est-à-dire, le comité était d'accord pourvu que l'intention et le contenu de la question n'étaient pas considérablement modifiés par rapport aux paramètres approuvés par le groupe chargé de l'étude de déontologie.

La tenue des groupes de réflexion

Tous les groupes de réflexion francophones ont été dirigés par Christine Dallaire et Guylaine Leclerc de la Table féministe. Chaque groupe de réflexion a commencé en offrant une explication précise de l'étude et une explication générale du contexte de l'étude nationale. Les participantes ont été invitées à signer des formulaires de consentement (annexe G) et de remplir elles-mêmes un sondage démographique. Aucun renseignement n'a été inclus sur les questionnaires qui permettrait de connaître la personne l'ayant rempli; d'ailleurs, les participantes ont été assurées que les questions ne seraient répondues que sur une base volontaire et que le caractère confidentiel des renseignements serait respecté.

Après que les questionnaires ont été remplis, Mme Dallaire commencerait à poser les questions du guide d'interview au groupe de réflexion tout en enregistrant les propos. Mme Guylaine Leclerc a noté le contenu des

discussions. Pendant les interviews de groupe enregistrées, les femmes pouvaient demander que l'on supprime leurs commentaires. La durée des groupes de réflexion était d'entre une heure et demie, et trois heures.

Recrutement des participantes

La Table féministe a recruté les membres des groupes de réflexion francophones et les participantes aux interviews à l'aide de divers groupes de femmes francophones à l'échelle nationale et provinciale dont voici :

Union culturelle des franco-ontariennes
Fédération des femmes canadiennes-françaises
Fédération des femmes acadiennes de la Nouvelle-Écosse
Fédération des femmes acadiennes du Nouveau Brunswick
Instituts féminins (New Brunswick)
Réseau national action éducation femmes

Le Cercle des fermières du Québec
Société Saint-Thomas d'Aquin (PEI) AFEAS
Fédération des agricultrices du Québec
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Certaines participantes ont également été recrutées à l'aide des centres de santé francophones suivants :

Centre de santé Évangéline (PEI)
Centre de santé de l'Estrie (réseau des centres de santé communautaires francophones de l'Est de l'Ontario)

Nombre total des participantes = 30 femmes

- Ontario, huit femmes en deux interviews de groupe (Nord-est et Est de l'Ontario : Kapuskasing, Earlton, Chapleau et Casselman; Est de l'Ontario : Casselman, Alexandria, Cornwall, comtés de Stormont-Glengarry-Dundas) par téléphone (Laurentides : Saint-Jérôme, Beauce : St-Pierre de Broughton; Gaspésie : Sayabec; Montréal)
- Maritimes, neuf femmes en un interview de groupe (Nouveau-Brunswick : Grande Digue, Shediac, Moncton, Grand Barachois; Nouvelle-Écosse : Chéticamp) et quatre femmes en interview de groupe par téléconférence (Île-du-Prince-Édouard : Wellington, Abram-Village, Summerside)
- Ouest, cinq femmes en une interview de groupe (Colombie-Britannique : North Vancouver; Saskatchewan : Regina, Gravelbourg; Manitoba : Winnipeg)
- Québec, trois femmes en un interview de groupe et une femme en interview L'interview menée par téléconférence a fait intervenir des femmes de l'Île-du-Prince-Édouard provenant de la même région géographique, tandis qu'un des groupes de réflexion tenus en Ontario a fait intervenir des professionnels du milieu de la santé œuvrant au sein du même réseau de centres communautaires de l'est de l'Ontario. Tous les autres groupes de réflexion étaient constitués de femmes provenant de diverses régions à l'intérieur de la même province (le groupe de réflexion du Québec, l'autre groupe de réflexion de l'Ontario) ou de femmes provenant de différentes provinces (le groupe de réflexion des provinces maritimes et le groupe de réflexion des provinces de l'Ouest). Notre objectif était d'obtenir des

données sur les femmes francophones de diverses régions (milieux majoritairement francophones du Québec, collectivités locales majoritairement francophones à l'intérieur des provinces anglophones, collectivités locales majoritairement francophones à l'intérieur d'une province bilingue, c.-à-d. le Nouveau-Brunswick, milieux minoritairement francophones) pour ainsi assurer une

représentation de la diversité des expériences rurales (collectivités agricoles, de pêche, de pâtes et papier). Dans le but de réduire les frais de déplacement des participantes, les groupes de réflexion ont été tenus dans des centres urbains (Moncton, Regina, Montréal, Ottawa). Un seul groupe de réflexion a eu lieu dans un village rural, soit Crysler (Ontario).

Commentaires sur les personnes participantes

Puisque le recrutement a eu lieu largement auprès d'organismes de femmes, les participantes aux interviews étaient membres de ces organismes et, par conséquent, elles faisaient partie du réseau social, professionnel ou politique. Ces femmes sont intervenues à divers niveaux des groupes de femmes au palier local ou provincial et dans une certaine mesure, elles représentaient les femmes leaders de leurs collectivités. Cependant, leurs rôles étaient généralement liés aux domaines des services sociaux, de santé et de familles (tandis que les hommes sont toujours plus nombreux dans les rôles de leadership municipaux et dans les rôles de leadership politiques francophones).

D'autres participantes ont été recrutées par des organismes de santé qui offraient des soins de santé et qui servaient de fournisseurs de service (infirmières, promotion de la santé) ou des groupes organisateurs communautaires des centres de santé (élaboration de programmes et prestation de services de santé).

Les responsabilités de bon nombre de femmes étaient différentes et les perspectives de celles-ci variaient. À titre d'exemple, elles participaient à des groupes de femmes,

dirigeant des bénévoles dans le cadre de services sociaux et de soins de santé (programmes scolaires de petit déjeuner, services de repas à domicile, etc.) et elles étaient membres d'organismes décideurs en matière de soins de santé (comités et commissions de centres de santé hospitaliers et communautaires).

Quelques-unes des femmes interviewées n'habitaient pas les régions rurales au moment des interviews, mais elles avaient :

- a) vécu dans des régions rurales
- b) ou participé à titre de représentantes d'organismes provinciaux de femmes et répondu aux questions à la lumière de leurs expériences de prestation de service aux femmes des régions rurales ou éloignées et à la lumière des expériences communiquées par les femmes des régions rurales ou éloignées de ces organismes.

Bien que nous n'avons pas posé de questions sur l'identité culturelle et ethnique des participantes, nous oserions croire que la plupart des femmes, sinon toutes les femmes, étaient d'ascendance canadienne-française ou acadienne et, par conséquent, partageaient certains éléments culturels de base communs.

Commentaires sur les personnes non participantes

Le recrutement auprès d'organismes nous a permis de former un réseau important de participantes éventuelles. Dans certains cas, le nom et les coordonnées des femmes en milieu rural et éloigné nous ont été fournis, ce qui nous a permis de communiquer avec les participantes éventuelles. Toutefois, certaines femmes ne se sont pas présentées en dépit du fait qu'elles avaient confirmé leur présence. Parfois, il a été difficile de communiquer directement avec les femmes puisque dans certaines situations, les organismes ont soit assumé la responsabilité du recrutement des participantes, parfois avec succès (au Québec,

par exemple), ou n'ont simplement pas choisi de collaborer puisque certains organismes croyaient que les femmes des milieux ruraux en question qui s'intéresseraient possiblement aux questions de santé étaient déjà occupées à assister d'autres réunions régionales qui portaient sur la santé des francophones (dont nous n'étions pas conscientes lors de l'organisation des groupes de réflexion). Mieux vaut communiquer directement avec les participantes même lorsqu'elles sont recrutées par d'autres organismes et communiquer souvent avec les divers organismes.

Améliorations proposées

Le recrutement auprès d'organismes nous a permis de former un réseau important de participantes éventuelles. Dans certains cas, le nom et les coordonnées des femmes en milieu rural et éloigné nous ont été fournis, ce qui nous a permis de communiquer avec les participantes éventuelles. Toutefois, certaines femmes ne se sont pas présentées en dépit du fait qu'elles avaient confirmé leur présence. Parfois, il a été difficile de communiquer directement avec les femmes puisque dans certaines situations, les organismes ont soit assumé la responsabilité du recrutement des participantes, parfois avec

succès (au Québec, par exemple), ou n'ont simplement pas choisi de collaborer puisque certains organismes croyaient que les femmes des milieux ruraux en question qui s'intéresseraient possiblement aux questions de santé étaient déjà occupées à assister d'autres réunions régionales qui portaient sur la santé des francophones (dont nous n'étions pas conscientes lors de l'organisation des groupes de réflexion). Mieux vaut communiquer directement avec les participantes même lorsqu'elles sont recrutées par d'autres organismes et communiquer souvent avec les divers organismes.

Améliorations au questionnaire à des fins de recherches futures

- 1) Certaines questions doivent être plus précises puisque les participantes ne savaient pas comment les répondre (les réponses ont varié puisque le renvoi ou la mention – village, région, collectivité – variait).
- a) Votre domicile est-il situé dans la même région géographique que votre lieu de

travail? *Trop vague, peut-être, faudrait-il remplacer « région géographique » par « municipalité, village ».

- b) Dans la négative, quelle est la population approximative de votre lieu de travail?

* Préciser davantage, peut-être remplacer « où » par « municipalité, village ».

2) Les questions qui portent sur la distance entre le domicile et les services offerts par les spécialistes ou les soins de santé alternatifs doivent également être plus précises. On pourrait inclure soit des espaces dans lesquels les femmes pourraient indiquer le type de spécialiste et la distance à parcourir pour se prévaloir de ces services, ou encore fournir une liste détaillée des serv-

ices de spécialistes. Pour ces questions, il serait peut-être préférable de ne demander que la distance en kilomètres ou le temps nécessaire pour se rendre là où les services sont offerts (sauf si la distance en kilomètres n'est pas un reflet fidèle du temps nécessaire à l'automobiliste si l'on tient compte des conditions routières).

Résultats et analyse des groupes de réflexion et des interviews téléphoniques

La présentation des données suivantes commence par une description des renseignements démographiques des femmes. Les données démographiques ici présentées (figures 1 à 10) ont été tirées des calculs effectués par Christine Dallaire et des graphiques créés par Karima Hashmani au sein du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu. Ces renseignements sont ensuite suivis par un résumé des thèmes clés mentionnés par

les femmes lors des groupes de réflexion et sont organisés sous cinq catégories notionnelles d'ensemble, y compris leurs points de vue sur la santé, les soins de santé, la ruralité et leurs recommandations en matière de politiques et de recherche. L'analyse se termine par des commentaires généraux sur les similitudes et les divergences des réponses des participantes, aussi bien que d'autres questions qui ont été soulevées par leurs réponses.

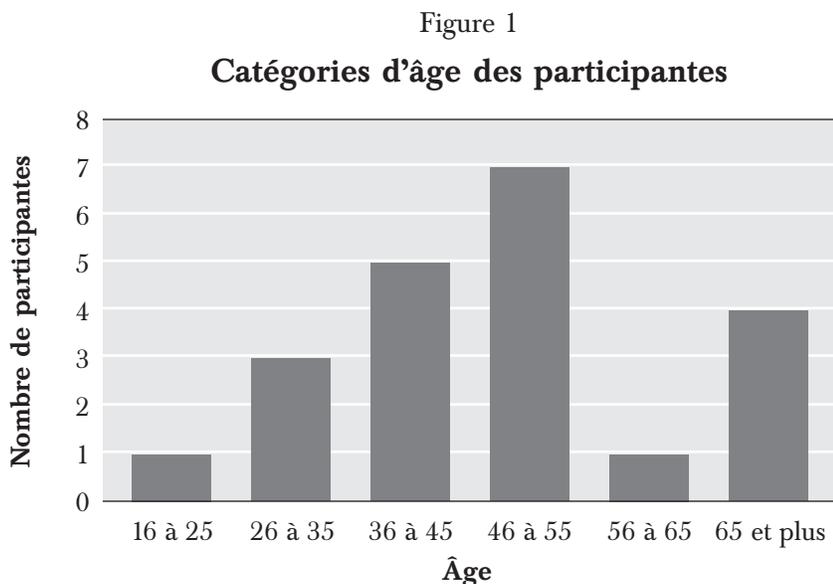
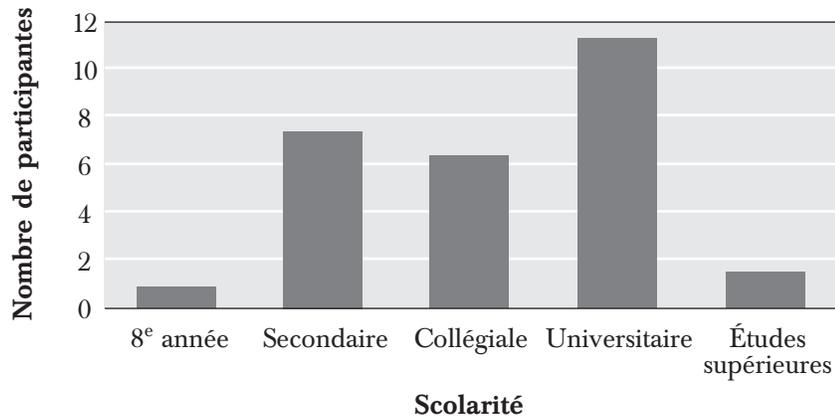


Figure 2

Dernier niveau de scolarité réussi



** NOTA : Dans la première collecte de données, une infirmière autorisée correspondait à un niveau de scolarité réussi et cette catégorie a été intégrée à la catégorie « collège », ce qui est présumé et non certain. La catégorie « Université » comprend les femmes qui participent aux activités pour personnes âgées au sein de l'université. **

Figure 3

Catégories de revenu familial des participantes

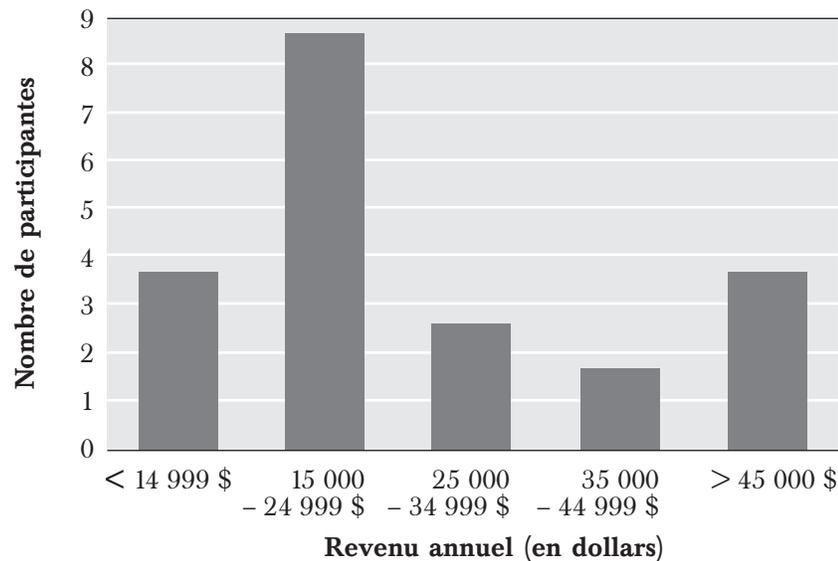


Figure 4

Profession des participants

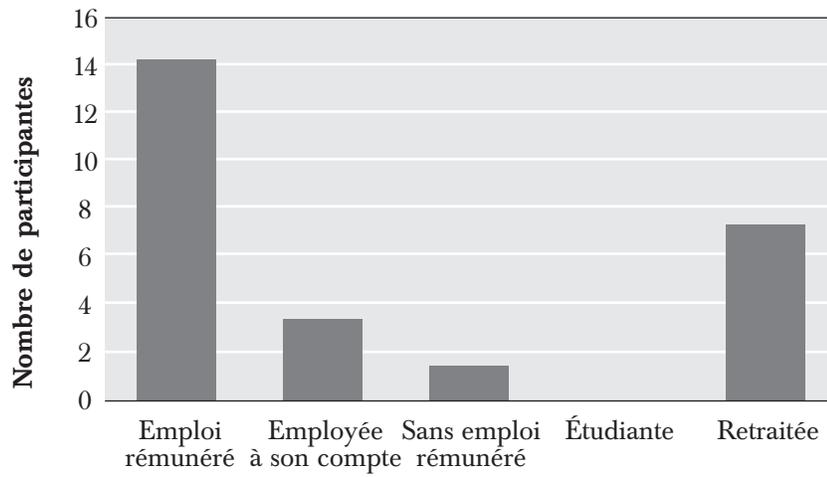


Figure 5

Population approximative des communautés de résidence des participants

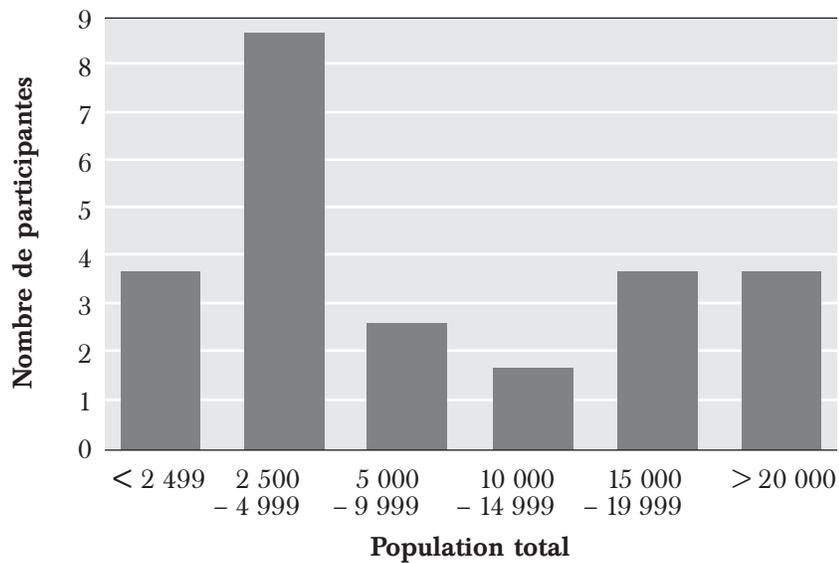


Figure 6

État civil des participantes

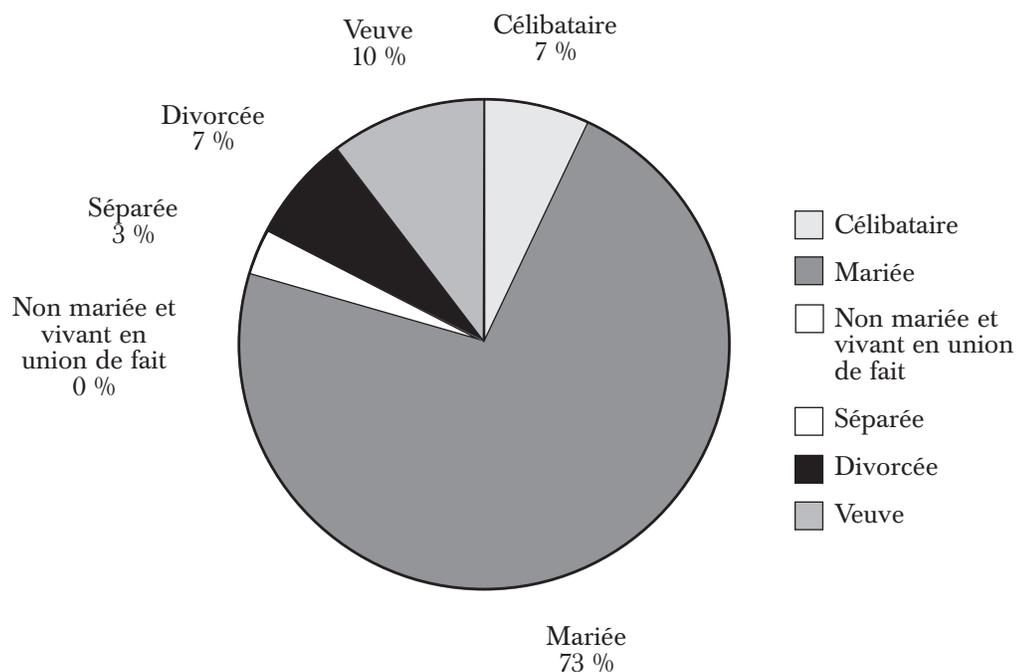
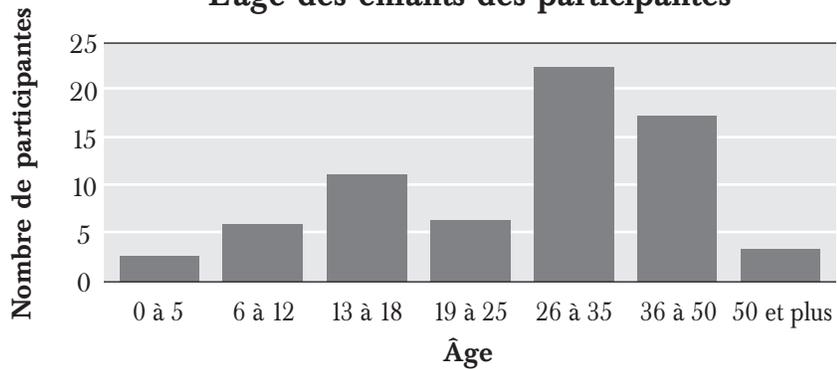


Figure 7a

L'âge des enfants des participantes



Moyenne d'âge des femmes : 29,03
Catégorie d'âge moyenne : 19 à 25

Figure 7b

Nombre d'enfants par participant

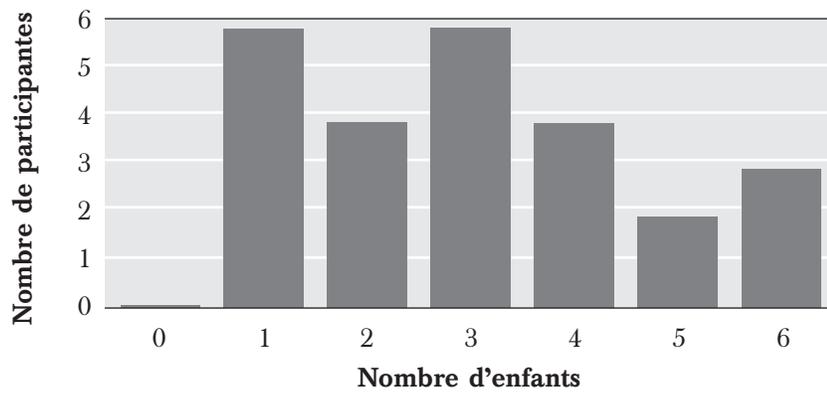


Figure 8a

Résidente et employée de la même région géographique

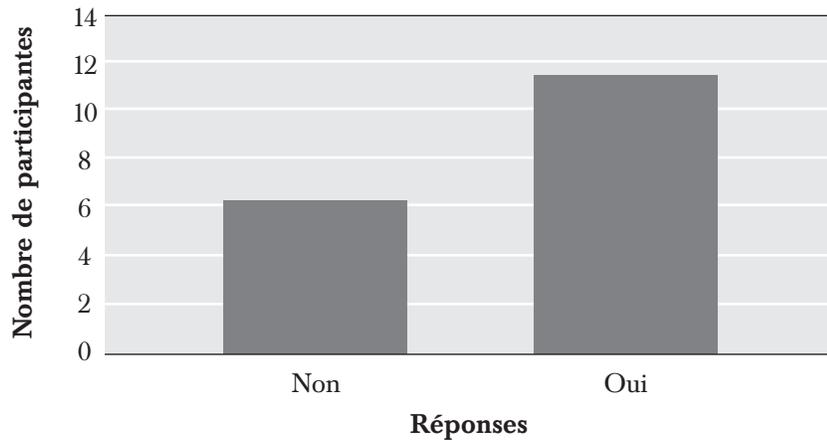


Figure 8b

Distance de la maison au lieu de travail

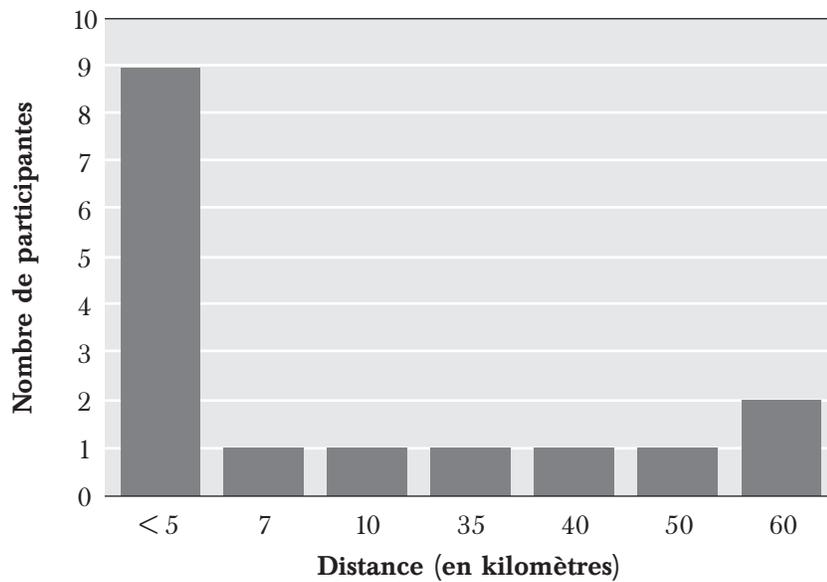
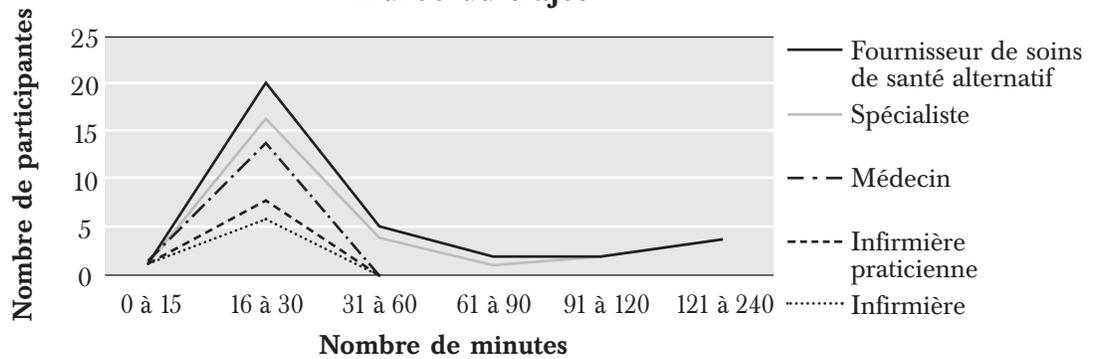


Figure 9a

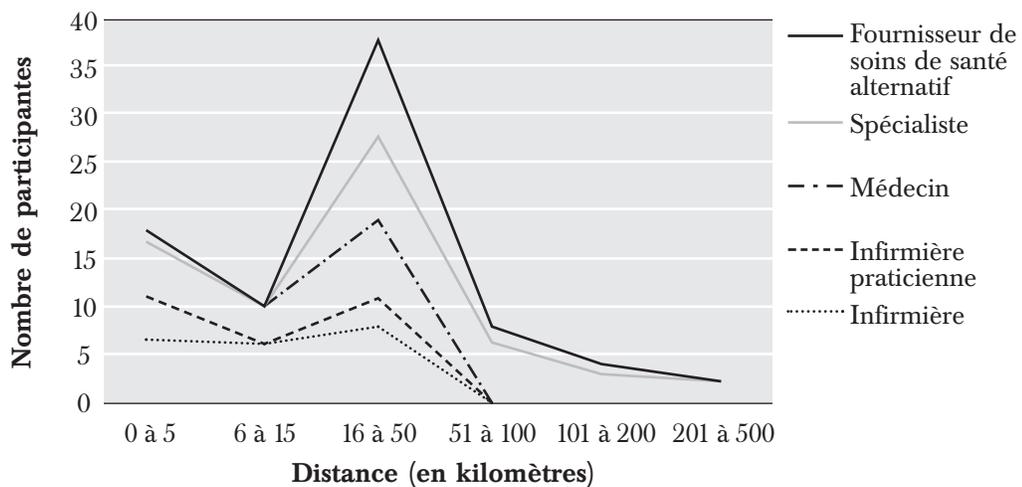
Durée du trajet



Fournisseurs de soins de santé	Nombre de répondantes	Durée moyenne du trajet (en minutes)
Infirmière	7	22
Infirmière praticienne	2	22,5
Médecin	6	26,25
Spécialiste	15	74,17
Fournisseur de soins de santé alternatif	10	58,75

Figure 9b

Distance du parcours au praticien de soins de santé le plus près



Fournisseurs de soins de santé	Nombre de répondantes	Distance moyenne (en km)
Infirmière	21	26,25
Infirmière praticienne	9	36,67
Médecin	20	21,3
Spécialiste	20	100,71
Fournisseur de soins de santé alternatif	15	53,18

Présentation et analyse des résultats

Pour les besoins de ce rapport, les résultats sont présentés de façon à correspondre aux questions énoncées dans le guide d'interview.

Cependant, il est important de souligner que lors des discussions avec les participantes aux interviews, les réponses à chacune des questions émergeaient à différents moments de l'interview, et non seulement lorsque la question correspondante était posée. Ainsi, la structure de la présentation des résultats respecte l'ordre du guide d'interview, mais les réponses à ces questions proviennent de l'ensemble de la discussion lors des interviews.

Par exemple, les réponses des participantes concernant les facteurs qui influencent la santé des femmes de façon générale sont présentées dans une section distincte des réponses portant sur les facteurs particuliers des milieux ruraux et éloignés qui agissent sur la santé des femmes. Cette organisation permet de mieux discerner et de cerner les caractéristiques particulières de la ruralité. Cependant, durant les interviews, les discussions ont porté sur les facteurs qui ont un impact positif ou négatif à la fois sur la santé des femmes en général et sur la santé des femmes en milieu rural et éloigné.

Thèmes et questions

Santé

Tableau 1 Réponses des femmes francophones à la question : <i>Quels atouts et services font la promotion de votre santé ou de la santé de vos clientes?</i>		
Type d'avantage	Exemples	Explications ou détails
Atouts pour la santé des femmes en général	Éducation	Les femmes sont aujourd'hui plus éduquées
	Les connaissances ou l'engagement politique et associatif	Les femmes sont maintenant plus « politisées »
	Prise de conscience des enjeux d'équité pour les femmes	« On parle beaucoup de la situation de la femme aujourd'hui »
	Espérance de vie plus longue	
	Participation au marché du travail	
	Femmes sont plus conscientes de leur limites	
	Promotion de la pratique de l'activité physique	
	L'attitude positive du gouvernement provincial pour améliorer la prestation des services en français (IPE)	
Ressources pour la santé des femmes en général	Groupes et associations pour les femmes	Ateliers, forums, colloques, journées d'information
		Diffusion et partage d'information, conscientisation (équité, famille, estime de soi, confiance en soi, repas santé...)
		Support, services
	Plus d'information est disponible	Liste de discussion Internet
	Médias (télé, radio, journaux, revues), boîtes de céréales...	
	Internet (i.e. site de Santé Canada)	

Aucune des participantes n'a offert de réponses spontanées aux questions concernant les facteurs positifs pour la santé des femmes en général ni à la question sur les facteurs positifs pour la santé des femmes en milieu rural et éloigné. Toutefois, après un moment de réflexion, une participante proposait une réponse et c'est ainsi que la discussion a été entamée et que d'autres facteurs ont été cernés.

Il importe de noter que toutes les participantes étaient impliquées d'une façon ou d'une autre dans des regroupements de femmes, alors il n'est pas surprenant qu'elles aient insisté sur l'importance de telles associations pour la diffusion et le partage d'information, pour la

promotion de l'équité des femmes, pour le développement d'une plus grande autonomie chez les femmes, pour le changement des attitudes parmi les femmes, leurs familles, leurs communautés et la société en général (en soulignant toutefois que ces attitudes ne changent pas assez vite!). C'est grâce à leur participation à ces groupes de femmes que les participantes sont devenues :

- a) De plus en plus conscientes des enjeux spécifiques à la situation des femmes, qu'elles ont eu accès à toute une gamme d'information/d'éducation sur la santé, la violence familiale, la nutrition, l'estime de soi et la sécurité/planification financière;

Tableau 2 Réponses des femmes francophones à la question : <i>Quels services font la promotion de votre santé ou de la santé de vos clientes?</i>			
Type d'avantage	Exemples	Explications ou détails	
Services pour la santé des femmes en général	Plus de programmes ciblant des enjeux spécifiques à la santé des femmes	Ruban pour le cancer du sein, marches pour les mères et leurs filles, programmes pour les jeunes mamans, programmes de détection du cancer du sein...	
	Accès à des programmes et à des services pour la pratique de l'activité physique (aérobic, yoga, tai chi)	Centres de conditionnement physique et centres spécifiques pour femmes	
	Plus d'hôpitaux et de services de soins de santé (comparativement à ce qu'il y avait de disponible il n'y a pas si longtemps)		CLSC (Québec), info 24 heures/7 jours/semaine
			Programme extra-mural (Nouveau-Brunswick); soins à domicile par une équipe interdisciplinaire, 24 heures/7 jours/semaine
			Services des bureaux de Santé publique; promotion de la santé, infirmières, diététistes, inspecteurs...
			Centres d'hébergement pour les femmes violentées
			Centres/institutions pour ceux aux prises avec des maladies mentales
			Centres pour les mères seules
	Plus grande variété de services (chiropractie, physiothérapie...)		

b) Plus politisées et impliquées dans leur communauté, et ce non seulement pour des causes touchant les femmes en particulier, mais aussi la santé, les écoles, les personnes âgées...

Les participantes aux interviews reconnaissent les avantages qu'elles retirent de leur adhésion aux groupes de femmes mais elles se rendent compte aussi que ce ne sont pas toutes les femmes qui bénéficient de tels réseaux.

Du côté de l'Association des femmes, dans les dernières années, tout ce qu'il y a à faire avec la violence familiale, la sensibilisation, tous ces projets, le bien-être, toutes sortes d'activités de promotion puis beaucoup sur l'estime de soi, la confiance en soi... Il y a eu beaucoup, beaucoup de programmation de la part de l'Association. À un moment donné, on faisait juste des fashion shows, mais là, c'est beaucoup plus proactif.

Réseau Femmes Colombie-Britannique, a un service qui s'appelle l'Inform'Elle, qui est un service d'écoute, de soutien puis de référence qui a commencé initialement pour travailler auprès des femmes violentées, mais qui devient un soutien puis un service de références, qui fait beaucoup d'appui et puis qui développe le réseau.

Bien, moi, je prétends qu'au niveau des membres de l'UCFO, on est choyés puis on se gâte. Puis on gâte nos membres parce que quand on a des activités en grands groupes, on a des invités puis on va toujours chercher pas mal la crème des invités. Si je prends comme un exemple, nous autres, pour AGRA, j'ai appelé à l'hôpital Montfort. Cinq semaines plus tard, j'ai eu la réponse que j'aurais une madame Bouchard comme conférencière. Et le thème qu'on voulait développer, c'était la santé mentale.



Tableau 3 Réponses des femmes francophones à la question : *Quelles barrières menacent votre santé ou celle de vos clientes?*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails
Barrières à la santé des femmes en général	Manque de ressources financières	Nouveaux médicaments ou nouveaux traitements ne sont pas offerts ou couverts assez rapidement
		Coût des médicaments – Pour celles qui n’ont pas de plan d’assurance santé – Pour les femmes de moins de 65 ans dont les maris ont 65 ans et plus et qui n’ont donc plus accès aux plans d’assurance santé des employeurs de leur mari
		Revenu trop faible (personnes âgées et celles qui dépendent de l’assistance sociale sont particulièrement vulnérables)
	Système de santé est sous-financé	
	Les résultats ou les conclusions des études en santé ne sont pas mis en œuvre assez rapidement	
	Conditions économiques	Précarité de l’emploi Devoir déménager pour trouver un emploi Emploi à contrats/manque de sécurité d’emploi Perte de contrôle sur sa production économique
		Devoir intervenir auprès du gouvernement Devoir revendiquer les services en français
Attitudes qui affectent de façon négative la santé des femmes en général	Femmes retardent avant d’aller voir le médecin	Peur d’être malade Attendre que ça passe
	Attitudes et attentes sociales envers les femmes	Les femmes sont trop occupées et ont trop de responsabilités Qui s’occupe des aidantes naturelles?
	Discours sur la santé est orienté vers la médicalisation et le traitement des maladies	Alors que les femmes ont une perception plus holiste de la santé; certaines femmes n’ont pas totalement confiance dans la médecine « moderne »
	Manque de communication des informations aux femmes	Les informations sont partagées surtout entre les professionnels, administrateurs et leaders de la santé (qui sont surtout des hommes)
	Les femmes et surtout les femmes âgées ne sont pas prises au sérieux	
	Attitudes négatives de la majorité anglophone face à la francophonie	Quant aux besoins des francophones et à l’offre de services en français
	Style de vie	Femmes sur le marché du travail sont débordées/conciliation travail-famille
		Jeunes femmes – Diète (mange trop gras, « junk food ») – Internet – Manque d’activité physique

Tableau 4 Réponses des femmes francophones à la question : *Quelles attitudes et quels règlements menacent votre santé ou celle de vos clientes?*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails	
Règlements qui affectent négativement la santé des femmes en général	Les services thérapeutiques ou de santé alternatifs ne sont pas remboursés par les régimes d'assurance santé	Physiothérapie, chiropractie, massages, acuponcture, homéopathie...	
	Peu ou pas de services en français	Lorsqu'il y a de la traduction (soit que la patiente apporte quelqu'un soi-même ou que l'hôpital/clinique fournit le service) la patiente perd son intimité et c'est une ingérence à sa vie privée L'accès aux services en français prend deux fois plus de temps (que ce soit pour avoir les services en français ou que ce soit la traduction) Manque de formation en français pour les professionnels de la santé	
Manque de services qui affectent de façon négative la santé des femmes en général	Les services de prévention sont ignorés, inexistent ou sous-financé		
	Coupures dans le financement gouvernemental des organismes de femmes	Ne peuvent plus offrir les services	
	Manque de services de garderie	Pour les femmes malades ou celles qui sont aidantes naturelles	
	Différents niveaux de coupures	Coupures dans les services existants selon la province	
	Centralisation des services	Services moins personnalisés (Télésanté remplace des services régionaux qui répondaient de façon plus personnalisée aux besoins)	
	Appui insuffisant (ou inexistant)		Pour les femmes malades Pour les aidantes naturelles Pour celles qui passent des examens ou qui attendent les résultats Pour celles en convalescence
		Listes d'attente	

Ces questions sur les facteurs qui ont un impact négatif sur la santé des femmes ont définitivement été répondues de façon spontanée et elles ont provoqué une variété de réponses.

Une critique fréquente portait sur le sous-financement du système de santé ainsi que sur l'augmentation des coûts reliés aux services de santé. Les participantes ont aussi cité des situa-

tions qui pénalisent spécifiquement les femmes tel que l'arrêt de leur accès au régime d'assurance médicale (associé à l'emploi ou le plan de retraite) de leur mari lorsque ce dernier a 65 ans et qu'il accède au plan médical du gouvernement fédéral pour les aînés.

Ça revient à dire nos attentes, les attentes que la société met sur nous autres, les attentes qu'on se met sur soi-même, les attentes que notre mari met sur nous autres, les attentes que nos enfants mettent sur

nos épaules. Il y a des journées que je me demande comment est-ce que les femmes font pour tout faire puis tout réussir. Il doit y avoir des manques à quelque part!

Les participantes ont aussi beaucoup commenté les rôles et les responsabilités attribués aux femmes, des attentes qui les accablent et qui taxent leur santé. Ces rôles impliquent surtout des sacrifices personnels de la part des femmes afin de s'occuper des membres de leur famille car elles sont considérées principales responsables pour le soin des enfants et les tâches ménagères, et ce même si elles sont actives sur le marché du travail.

Il y a un petit aspect qui me dérange peut-être un peu et puis je veux m'assurer qu'on puisse en

parler. C'est les femmes qui prennent soin de leurs parents et qui finissent par mettre leur santé en péril

***Elles travaillent
des heures
ridicules sans
pouvoir être
payées
parce qu'elles
prennent soin
d'un membre
de la famille.***

parce qu'elles font du travail pour lequel elles ne sont pas formées puis elles prennent soin de personnes qui ne sont presque plus autonomes du tout. Mais ces [femmes] finissent par être malades elles-mêmes parce qu'elles n'ont pas les outils nécessaires. Et elles n'ont pas la formation nécessaire. Elles travaillent des heures ridicules sans pouvoir être payées parce que [elles prennent soin d'un] membre de la famille. Donc, je pense que c'est un aspect extrêmement important. Tu as le côté de la personne même qui est chez elle et puis tu as la personne qui en prend soin qui finit par être dans le système elle aussi [car elle s'épuise et nuit à sa propre santé]. Et qui vit dans la pauvreté souvent parce qu'elle ne peut pas se faire payer pour le travail qu'elle fait.

Santé et ruralité

Bien des répondantes ont spontanément commenté l'impact positif de l'environnement en milieu rural ou éloigné.

De plus, elles ont particulièrement souligné la qualité des rapports sociaux et l'existence de réseaux sociaux au sein des petites communautés. Ces liens plus forts et plus personnels entre les résidents d'un même village ou d'une même ville de même que l'esprit et l'appartenance communautaire mènent aussi à des communautés plus sécuritaires et à de meilleures interactions avec les professionnels

de la santé, du moins ceux qui se sont engagés à demeurer à long terme dans la communauté.

Surtout, mais même dans nos petits villages, tu remarqueras que les gens, on doit compter beaucoup sur du bénévolat. Et puis souvent, la vie est quand même plus active. Tu vas retrouver des organismes, des regroupements que tu ne retrouves pas ailleurs. Je vais juste prendre comme exemple après des funérailles, il y a tout un réseau pour recevoir les familles puis ça se fait automatiquement. Mais ça prend des gens, ça prend de l'engagement, ça prend du temps, etc. Et puis tu retrouves plus le mouvement scout dans les petites paroisses et puis l'engagement au niveau du hockey dans les petits centres.

Tableau 5 Réponses des femmes francophones à la question : *Quelles manques de services et règlements menacent votre santé ou celle de vos clientes?*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails
Atouts spécifiques à la vie en milieu rural ou éloigné	Environnement	Qualité de l'air
		Espace
		Paisible
	Style de vie/Exercice	Exercice, travailler ou passer du temps dehors
		Ressources pour faire des activités de plein air (pistes de ski, de randonnée...)
		Sur la ferme, c'est du travail physique et à l'extérieur
	Propriétaire de sa maison	
Petites communautés/ Proximité géographique	Courtes distances aux services locaux, plus pratique; peut marcher partout quand on vit dans le village/petite ville; courtes distances à faire en voiture	
Qualité des rapports sociaux; réseaux sociaux	Connaître ses voisins et les membres de la communauté	
	Appui familial et social	
	S'impliquer, faire du bénévolat	
Moins de stress (comparativement à la vie urbaine)	Participation aux activités de la communauté; esprit communautaire	
	Pas de congestion/trafic	
	Rythme semble plus lent	
Ressources spécifiques à la ruralité	Information/communication	Peu de services, mais la communication est efficace — on connaît ce qui existe en français
Services spécifiques au milieu rural ou éloigné	Nouveau modèle intégré de services/ Centre de santé communautaire	Davantage accès et un meilleur accès aux services
	Qualité des soins	Quand une professionnelle de la santé décide de s'établir et de rester dans une communauté rurale, elle connaît tout le monde; elle semble plus dévouée

Pour moi, une grosse force, c'est concentré dans notre région, c'est notre Centre de santé communautaire avec les services en français et des personnes disponibles pour nous aider. Les gens sont connus, le personnel est connu de la communauté, ce qui fait une grosse différence. On accueille des gens et le vouloir d'aider. Alors, je pense que les personnes de la communauté se sentent à l'aise d'aller demander des questions, même si c'est juste une question à l'infirmière publique : « Est-ce que je devrais aller voir le médecin? »

Mais un autre point, moi, je trouve qui est positif, c'est que les gens en milieu rural — que ce soit dans les petites communautés ou sur les fermes — se connaissent entre eux. Donc, il y a les aidants naturels qui sont des appuis, qui font que les gens se rendent service. Les gens s'entraident et puis c'est un point rassurant. Je pense qu'au point de vue santé, ça ôte un stress.

Les femmes ont noté que certains programmes ont été élaborés soit pour offrir des services de

santé en milieu rural et éloigné ou pour améliorer l'accès pour tous.

Le service le plus spécifique pour les femmes, il faut qu'on le mentionne, c'est la mammographie ambulante qui va d'une communauté à l'autre à tous les deux ans. Ça fait que ça, c'est un atout. Dans notre communauté rurale, à tous les deux ans, le gros trailer arrive pour une semaine, deux semaines. Alors, ça permet aux femmes qui ne conduisent pas d'y avoir accès. Surtout que le service d'autobus est beaucoup moins fiable depuis à peu près cinq ans, alors, il n'est pas aussi régulier. Alors, il y a tout ça qui joue. C'est un aspect positif, et je sais que dans ma communauté, ça a eu des effets bienfaisants. Des jeunes femmes ont trouvé tout de suite qu'elles avaient le cancer du sein. Elles avaient 32, 35 ans, et on ne l'aurait probablement pas trouvé si la roulotte n'était pas venue, elles n'auraient peut-être pas été se faire vérifier aussi vite.

Elles ont aussi démontré leur appréciation pour le modèle de services de santé intégré tel que les CLSC ou les nouveaux centres de santé communautaire ou les foires de services, en particulier pour les francophones minoritaires.

Les one-stop shop où les personnes peuvent parler à un ergothérapeute, une physiothérapeute, une nutritionniste, une infirmière en santé publique, d'aller de kiosque en kiosque pour aller chercher de l'information.

Pour moi, une grosse force, c'est notre Centre de santé communautaire avec les services en français et des personnes disponibles pour nous aider.

Tableau 6 Réponses des femmes francophones à la question : *De quelles façons spécifiques est-ce que vivre en milieu rural ou éloigné influence positivement votre santé ou la santé de ceux dont vous vous occupez?*

Type d'avantage	Exemples	Explications ou détails
Barrières spécifiques au milieu rural ou éloigné	Distance	Coûts financiers supplémentaires
		Stress
		Trop loin des centres de décision
		Prendre des journées de congé pour se déplacer aux services
		Trouver des gardiennes
	Urbanisation/membres de la famille quittent la région	Pour éviter les complications du déplacement, attendre plus longtemps avant de se faire soigner (mais il peut-être alors trop tard)
		Liste d'attente pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste (patients laissent tomber)
		Quitter sa région pour être soigné (i.e. traitement de cancer, chirurgie)
		– Perdre son support social
		– Coûts supplémentaires pour ceux qui accompagnent, pour les aidantes naturelles
Moins d'accessibilité pour les personnes avec des contraintes physiques	Devoir quitter la région rurale	Température/saisons; risques d'accident lors des déplacements; annuler des rendez-vous à cause du mauvais temps veut dire être relégué au bas de la liste d'attente
		Des services de langue française (généraux ou spécialisés)
		Coûts élevés de nourriture (fruits, légumes...)
Logement	Manques de ressources pour les francophones	Distance des enfants et de la famille cause de la peine aux femmes et nuit à la santé émotive et mentale
		– Les enfants quittent pour la ville
		– Autres membres de la famille partent de la région
		Ceci est difficile pour la morale et la santé émotionnelle/mentale des femmes
		Personnes âgées déménagent en ville pour s'établir près des services spécialisés
		Chaises roulantes
		Moins de logements spécialisés pour les personnes âgées, mais population vieillissante en région rurale
		Coûts élevés des centres spécialisés pour personnes âgées ou non autonomes
		Moins de logements spécialisés pour diverses populations (maisons d'hébergement, personnes avec des handicaps mentaux...)
		Piètre qualité des logements
		Institutions, organisations...

Tableau 7 Réponses des femmes francophones à la question : *Quelles sont les barrières spécifiques en milieu rural ou éloigné pour votre santé ou la santé de ceux dont vous vous occupez?*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails
Barrières spécifiques au milieu rural ou éloigné	Emplois saisonniers	On ne veut pas manquer de journées de travail en période d'emploi pour avoir accès aux services de santé
		Attendre jusqu'à ce que le problème devienne urgent
		Faible revenu annuel
	Isolation	Ennui, santé mentale
		Veuves seules (surtout celles qui ne conduisent pas)
		Difficulté de s'intégrer dans un village quand on n'est pas du village/région, spécialement pour les mères à la maison avec de jeunes enfants et sans moyens de transport
	Difficultés économiques des communautés	Peu d'emploi pour les femmes
		Faible revenu des femmes
Fermes	Le travail n'est jamais terminé; semaines de plus de 40 heures; blessures et accidents de travail	
Confidentialité est compromise	Les professionnels de la santé et autres employés des institutions de services de santé connaissent les patients Les patients vivent un stigma relié à certaines questions de santé, donc ils ou elles n'ont pas recours aux services de santé (i.e. santé mentale, contraception...)	
Faible niveau d'éducation	Analphabétisme	
Attitudes spécifiques au milieu rural et éloigné	Attentes sociales à l'égard des femmes	Les femmes assument la responsabilité de leur famille et du réseau social plus large (de façon encore plus accentuée dans les régions rurales et éloignées qui sont plus conservatrices)
		Il y a trop d'attentes à l'égard des aidantes naturelles
		Femmes demeurent dans de mauvaises relations; problèmes d'estime de soi
	Croyances et attentes religieuses et morales à l'égard des femmes et des jeunes filles	Attitudes en matière d'éducation sexuelle (sujets tabous : maladie vénérienne, avortement, homosexualité, contraception)
Manque d'appui pour les adolescentes enceintes		
Règles spécifiques aux milieux rural et éloigné	Remboursements pour les déplacements pour les soins de santé	Ne sont pas offerts dans toutes les provinces
		Le remboursement tarde (de longs délais avant de recevoir le chèque)
		Ne couvrent pas tous les frais

Tableau 8 Réponses des femmes francophones à la question : *Quelles sont les barrières spécifiques en milieu rural ou éloigné pour votre santé ou la santé de ceux dont vous vous occupez? (suite)*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails
Manques de services en milieux rural et éloigné	Manque d'information	Pour faire face à des enjeux de santé spécifiques (c.-à-d. comment vivre avec le cancer du sein)
		Au sujet de l'état de santé des populations rurales (afin de mieux planifier les services de santé)
	Manque de services de santé	Pas d'accès aux groupes d'appui spécialisés (c.-à-d. cancer)
		Manques de services de langue française en santé mentale
		Longues listes d'attentes pour les services spécialisés (quand les spécialistes se déplacent en région)
		Manque de professionnels de la santé (surtout de médecins de familles, mais aussi d'infirmières et autres); problèmes de recrutement et de rétention
		Manque de services spécialisés (diététique...)
		Les patients et patientes sont otages du plan de traitement d'un médecin ou professionnel de la santé; pas d'occasion d'obtenir une 2 ^e opinion
		Manque de coordination entre les différentes agences de soins de santé
		Perte des services locaux en raison de la restructuration provinciale et de la centralisation (télé-santé provinciale plutôt que régionale)
	Pas de services de transport	Pour les femmes qui n'ont pas de voiture ou de permis de conduire
		Quand il n'y a qu'un véhicule pour la famille et que le mari l'utilise pour se rendre au travail
Inexistence de transport en commun : – Annulation des services de trains – Peu d'autobus et seulement pour de longues distances; pas de services à l'intérieur de la communauté ou de la région – Les billets d'avion coûtent trop cher		
Manque de services en français		Population francophone disparate et dispersée, donc moins de services
	Professionnels de la santé qui parlent français ne l'annoncent pas	
	Manque de professionnels de la santé capables de s'exprimer en français	
	Quand il y a des services en français, ils sont rapidement surchargés	
Manque de services de garderie	Manque d'espace en garderie réglementée	Piètre qualité des services de garderie

Tableau 9 Réponses des femmes francophones à la question : *De quelles façons spécifiques est-ce que vivre en milieu rural ou éloigné influence négativement votre santé ou la santé de ceux dont vous vous occupez?*

Type de désavantage	Exemples	Explications ou détails
Manques de services	Manque de services de prévention ou plus grande distance à parcourir pour avoir accès à de tels services	Moins de variété pour la pratique de l'activité physique Pas de centre de conditionnement physique, pas de piscine... Moins de sports organisés
	Manque de qualité de services	Qualité n'est pas équitable aux services en régions urbaines – Pas le choix des spécialistes et même de médecins de famille – Obtenir un service dépend de qui l'on connaît Les spécialistes ne sont pas nécessairement conscients des conséquences de la distance et du déplacement pour les patients – Voyager pour obtenir des résultats, après un premier déplacement pour les examens, pour se faire dire qu'il n'y a pas de problème – Faire différents déplacements pour différents examens plutôt qu'un déplacement pour tous les examens

Toutes les participantes ont noté l'impact important et inévitable de la distance des services de santé spécialisés. Les premières réactions des participantes à cette question renvoyaient aux problèmes de transport, de déplacement et à la plus grande distance qu'elles doivent parcourir pour avoir accès aux services de santé spécialisés. Le manque de service de transport complique le problème de la distance. Les femmes francophones des régions rurales et éloignées ont mis l'accent sur le coût financier, le stress et les difficultés entraînées par le déplacement sur de longues distances et par la séparation de leur famille et de leur soutien communautaire. Une question sur laquelle il y a eu un consensus parmi les femmes interviewées, a été l'effet considérable et inévitable de la distance entre elles et les fournisseurs de soins de santé spécialisés. (L'accessibilité aux services de santé locaux pour ce qui est de la distance, n'a pas été vue comme une question qui représentait des difficultés lors des déplacements à un village ou à l'intérieur d'un village. Si une personne détient

un permis de conduire et a accès à une voiture, ce déplacement est raisonnablement facile au sein des petits villages – pas de problèmes de circulation, amplement de stationnement...)

Les gens du milieu rural sont envoyés en avion à la ville pour des chirurgies, pour n'importe quoi qui est un peu plus spécifique. Et puis ils sont ici, tous seuls, à combattre un cancer en milieu urbain, à combattre un cancer. Y'a rien. Et quand on met la langue là-dedans, bien ils arrivent ici en anglais, et c'est pas mieux non plus.

Et puis vivre ça (les traitements) seul, parce que souvent, la famille n'a pas les moyens de les suivre avec leur thérapie, c'est beaucoup. C'est dûr sur la santé des personnes. Ça leur enlève le goût de vivre, le support moral qui tombe sur leur famille.

Évidemment, souvent c'est les femmes qui donnent cet appui. Donc, elles doivent perdre du temps de travail. Elles doivent payer des frais de garderie pour pouvoir suivre la personne, pour les enfants. Donc, ça finit toujours par tomber un peu du côté financier ou du côté social sur les épaules de la femme.

L'inquiétude, le stress. Et on va retarder plus. Ah, on va attendre. Il faut que j'aille en dehors de la ville. On va attendre et on va voir.

Modératrice : *Le déplacement est fatiguant?*

Oui et de laisser notre milieu pour se dépayser complètement.

Et là, on aggrave notre cas et puis quand on décide de se rendre, bien souvent, il est trop tard parce qu'on avait pas les soins sur place.

On prend des chances et on joue avec notre santé.

Une autre chose que chez nous, on se rend compte, c'est quand il faut que tu ailles voir un spécialiste, c'est toujours loin. Et puis ces spécialistes n'ont aucun respect pour toi comme patient, le fait que tu as [fait] une grande distance. Ils peuvent te faire retourner pour cinq heures de route pour te donner le résultat de tes tests et puis pour te dire qu'il n'y avait rien, tu n'avais pas de problème. Tu vas être dans le bureau du médecin quelque chose comme cinq minutes et puis tu as voyagé cinq heures pour y aller, mais il faut que tu retournes chez toi : cinq heures. Ça fait que ça, c'est un petit peu de sensibilisation au niveau des bureaux de spécialistes.

Beaucoup de femmes ont déploré le manque de services ainsi que le manque de professionnels de la santé disponibles dans leur communauté locale en raison des distances des régions rurales et éloignées à faible densité aux plus grands centres de service.

C'est ça, et on ne peut même plus avoir notre médecin de famille chez nous. On n'a même plus accès à un médecin de famille. Je dirais qu'il y a peut-être 25 pour cent seulement de la population de notre région qui a un médecin de famille. Là, aujourd'hui, tu vois lui et demain, tu vas aller voir l'autre et puis là, ils te disent, bien tu iras à l'urgence. Mais là, à l'urgence, c'est quatre heures d'attente.

... parce qu'on a déménagé puis ça nous a pris presque trois ans pour avoir un médecin de famille. Puis même avec les médecins qu'on voyaient ici qui essayaient de nous en trouver, ils n'avaient pas les moyens de [nous trouver quelqu'un].

Moi, je te dirais qu'il y a un manque de services. Il y a des listes d'attente si tu veux te faire voir en santé mentale. Nous autres, on ne prend plus de clients en santé physique. On est à capacité. (...) Si tu veux des services, surtout un service — comment je pourrais dire ça — des services spécialisés, que ce soit un spécialiste que tu veux voir, tu ne peux pas le voir en dedans de deux semaines. Donc, il faut que tu attendes, être sur une liste d'attente. Tu vas attendre ton rendez-vous. Tu veux avoir un scan : tu vas

attendre six semaines ou deux mois, trois mois avant d'avoir ton rendez-vous.

Et moi, ça me fait peur parce que nous, on arrive à la vieillesse et le monde sont vieillissants. Les enfants sont aux prises avec les personnes âgées. Et là, tu arrives et puis des fois, moi j'y pense. Je me dis « Q'est-ce qui nous attend? Qu'est-ce qui nous attend? » Parce que veut, veut pas, ça ne sera pas facile. (...) Oui, je suis à la retraite. Mon mari aussi. Et puis c'est un autre stage. Et quand tu es en santé, ça va bien. Mais là, et quand tu es aidante puis tu vois tout, tout, tout ce qui se passe, tu dis « Ah, qu'est-ce qui nous attend, nous autres, au point de vue... » À tous les niveaux, au point de vue aidante, aider et puis aussi au point de vue médical. Il manque de tout, là. Il manque d'infirmières, il manque de spécialistes, il manque de médecins.

Certaines femmes ont évoqué le problème de la distance par rapport à l'éloignement de leurs enfants et des membres de la famille qui quittent les milieux rural et éloigné pour s'établir en ville.

Deuxièmement, je pense que l'autre aspect négatif, c'est qu'en vieillissant, il y a moins de famille autour. Nos enfants ne peuvent pas rester dans les communautés rurales. Alors, eux manquent le lien familial. Mais nous, je fais juste me comparer, moi, je suis dans la même communauté que ma mère et puis c'est moi qui s'occupe de voir que les choses se fassent pour sa santé. Mais j'ai six enfants puis je n'aurai pas un enfant dans ma communauté qui va faire le suivi parce qu'ils vivent ailleurs. Peut-être que je vais être chanceuse et qu'il y a quelqu'un qui va revenir. Il y a toujours des possibilités parce qu'il y a quand même des choses qui pourraient les ramener, mais c'est pas probable. Et puis ça, c'est un élément qui manque. Alors, il y a l'ennui je pense surtout aux femmes âgées parce qu'elles vivent plus longtemps. La seule chose qui sauve, c'est le réseau d'amitié et de communauté.

Éloigné de vos enfants. Ils sont jeunes. Ils partent à 17, 18 ans.

Oui, et il n'y a pas vraiment... je n'ai pas d'espoir de les revoir à XXX. Ils ont tous fait des métiers qui les empêcheront de revenir à XXX. (...) Il n'y a pas d'occasion pour les jeunes de revenir, même s'ils font des métiers qu'ils pourraient œuvrer dans la région. Il n'y a pas de travail pour eux.

Par ailleurs, les attitudes conservatrices quant à la sexualité contraignent l'accès des jeunes aux services de santé.

Si je peux encore rajouter quelque chose, je pense qu'il y a les problèmes des tabous pour tout ce qui touche la santé de la femme; la contraception, les maladies vénériennes, juste ce côté-là. Et ce que j'entends des jeunes femmes, c'est que dans une communauté rurale, tu ne sens pas que tu as l'anonymat puis la confidentialité que tu as en ville où tu peux aller dans une clinique où ton médecin ne le sait même pas. Tu vas quelque part qu'il n'y a pas nécessairement dans la communauté rurale. Elles n'iront pas, ce qui peut causer des gros problèmes. Ou elles n'iront pas nécessairement chercher certains services. Puis elles n'ont pas les moyens ou elles n'ont pas la disponibilité de pouvoir se déplacer pour aller les chercher [les services ailleurs où elles seront anonymes]. Et quand elles y vont, des fois il est un petit peu trop tard. Donc, il y a cette inquiétude. Elles ne seront pas prêtes à organiser quelque chose non plus, une session d'information, justement à cause de ce tabou encore à parler de certains sujets.

Les communautés rurales et éloignées sont souvent aux prises avec des problèmes économiques car elles dépendent parfois d'une seule industrie.

L'économie, dans les régions rurales et éloignées, l'économie n'est pas bien, bien... Par chez nous, on vit du tourisme et de la pêche. Deux industries qui fonctionnent juste à l'été. L'hiver, la majorité, la grande majorité des personnes qui sont sur le chômage.

Dans ces régions, il y a peu d'emplois pour les femmes et quand ces dernières ont accès au marché du travail, elles ne gagnent souvent que des salaires peu élevés. Les femmes sont donc moins autonomes et plus dépendantes de leur conjoint. De telles conditions économiques peuvent malheureusement contribuer à l'incidence des problèmes de violence contre la femme et de violence familiale.

Les petites communautés ayant peu de services et de programmes mènent à l'implication bénévole plus importante des femmes, mais ce dans un contexte de besoins et de pression constante à assumer plus de responsabilités. En effet, les femmes sont bien conscientes que si elles ne s'impliquent pas, personne d'autre ne le fera et l'activité ou le service n'existera pas. C'est ainsi que l'implication communautaire des femmes est aussi associée aux attentes sociales à l'égard des femmes et peut mener à l'épuisement des bénévoles.

C'est très vrai. Puis spécialement dans des milieux minoritaires, il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de bénévolat. Puis encore là, le bénévolat n'est souvent pas valorisé. Puis dans presque trois-quarts du temps, ce sont des femmes qui mènent ces organismes. Si je regarde comme les levées de fonds qu'ils ont faits ici pour bâtir le foyer pour les personnes âgées, le trois-quarts des personnes sur le comité, c'était des femmes qui travaillaient pour ça. Beaucoup des choses, des regroupements, toutes les églises, les comités de bien-être et toutes ces choses, c'est toutes des femmes qui sont membres de ces organismes pour aider les organismes de charité. Pour une communauté qui marche beaucoup sur le vouloir des bénévoles puis la participation des bénévoles, c'est encore plus taxant pour les femmes dans des milieux ruraux comme ça parce qu'elles savent que si elles ne s'impliquent pas, ça veut dire qu'il n'y aura pas de services. Puis pour faire des levées de fonds en milieu rural, c'est beaucoup plus difficile. Encore là, pour les femmes qui veulent des services pour leurs enfants ou des choses, ça veut souvent dire des efforts additionnels pour avoir accès à un service que des gens dans les villes prennent pour acquis qu'ils peuvent avoir accès gratuitement.

En conclusion, c'était si on regarde nos communautés, tout ce qui a affaire avec les services à la famille ou le bien-être de la famille en général, c'est les femmes qui mènent les dossiers. Quand on parle de décisions politiques, c'est encore mené par les décideurs principaux qui sont encore les hommes dans [c]es dossiers. Mais quand on parle de bien-être de la famille en général, c'est les femmes qui sont impliquées.

D'abord, les personnes qui font beaucoup de bénévolat sont de notre âge. Veut, ne veut pas, on s'épuise à faire du bénévolat. Pourquoi? Et nous autres, on le vit et les autres organismes aussi. Le monde ne veut plus... Il n'y a plus de monde qui veut s'impliquer et prendre des postes et tout ça. Pourquoi? Parce qu'ils ne sont plus capables. Ils sont épuisés. Tu as tout le phénomène, tu es aidante chez vous puis autant que tes parents, tes enfants aussi qui te demandent beaucoup. Bon bien là « Pourrais-tu venir garder? Il faut que j'aille avec une chez le dentiste. Il faut que j'aille... » Tu as tout ça. Moi, ce que je dis souvent à ma mère, je dis à l'âge que j'ai aujourd'hui, toi, tu partais avec Papa, tu nous appelais : « Bon, je pars pour deux, trois jours. Inquiétez-vous pas. » Mais là, nous autres, on ne peut pas le faire, ça. Tu le fais, mais tu te sens toujours coupable parce que tu sais que ta mère a besoin d'aide.

Ruralité

Tableau 10 Réponses des femmes francophones à la question : *Quand vous pensez à l'idée de vivre en milieu rural, qu'est-ce qui vous vient à l'idée?*

Ruralité : Petites communautés, faible densité de population	Exemples	Explications ou détails
Aspects positifs	Vie simple	
	Propriétaire de sa maison	La maison payée, les personnes âgées peuvent vivre plus longtemps chez eux
	Liberté	
	Paix	Comparativement aux bruits, aux sirènes, au trafic et à la foule de la ville
	Sérénité	
	Communautés unies	Coopération Esprit communautaire
	Air frais	
	Espaces verts et ouverts	Champs, campagne Océan, mer Grandes cours et propriétés Forêt Distance entre les maisons et les voisins
	Sécurité	Comparativement aux taux de criminalité et de crimes violents des régions urbaines
	Mentalité et expériences distinctes de la ville	Un endroit où élever ses enfants de sorte à les « protéger » et où ils ne seront pas exposés aux « problèmes urbains »
	Fermes	De vraies vaches, des animaux
	Aspects négatifs	Manque de vie privée
Moins de services		Eau, égouts...
Devoir s'impliquer		Épuisement des bénévoles Si tu ne le fais pas, ça n'existera pas
Compromis		Pour profiter des aspects positifs de la ruralité, on accepte le compromis de ne plus avoir un accès facile et aisé à une variété de services

Distinction entre la ruralité et le milieu rural

Ruralité : Densité de population peu élevée (villages, petites villes) et moins de services.

Milieu éloigné : Grande distance géographique des centres de service et des services spécialisés.

Nous autres, quand on part de [notre village], on a juste une direction à aller. Nous autres, à côté du village, c'est les montagnes. Il y a des montagnes et des montagnes et des montagnes. Puis de ce côté-ci, c'est la mer. Puis de ce bord-là, c'est le parc national

puis on n'a pas accès au parc national. Quand on part, on peut toujours aller par-là. Le sud-ouest, tout le monde va par là. Puis c'est dispendieux pour nous autres qui avons une famille parce que si on a des enfants qui jouent du hockey, il faut toujours voyager loin. Si on se déplace pour des réunions, c'est loin. Les médecins, c'est loin. Nous autres, la vie nous coûte toujours deux et trois fois plus que les personnes qui vivent dans la région urbaine, par exemple, où leurs enfants peuvent jouer au hockey dans un petit rang de peut-être 10, 15 minutes de tous les côtés. Puis ça peut aller à l'université une heure au plus, puis c'est rendu à l'université. Nous autres, moi, les miens, c'est à

Tableau 11 Réponses des femmes francophones à la question : *Quand vous pensez à l'idée de vivre en milieu éloigné, qu'est-ce qui vous vient à l'idée?*

Éloigné : Distance des centres de services	Exemples	Explications ou détails
Aspects positifs	Tous les mêmes que ceux aux tableaux de la ruralité	
	Beauté et régions sauvages	
Aspects négatifs	Isolement*	Loin des services
		Loin des services en français ou des autres francophones
		Seulement une direction à prendre
		Tout est trop loin
	Coût de la vie plus élevé	Il faut se déplacer pour tout (sports organisés, université, soins de santé...)
	Départ des enfants	Quant ils partent pour l'université, ils ne reviennent plus vivre dans la région

***Relatif : dépend des caractéristiques de la femme (est-ce qu'elle a un permis de conduire, possède-t-elle une voiture...) et des besoins perçus**

l'université de Moncton, ou Mount Alison à Sackville, Halifax. C'est deux jours. C'est une journée pour y aller et une journée pour s'en revenir : les hôtels, les restaurants, c'était très dispendieux. Nous autres, la vie [dans notre village], c'est dispendieux.

Dans certains cas, l'éloignement peut être associé à des communautés plus grandes (population de 10 000 ou plus). Même si les femmes de ces communautés ne se considèrent pas rurales, elles se considèrent éloignées en raison des services limités disponibles dans la communauté et de la grande distance à parcourir pour avoir accès à une plus grande variété de services.

Mais même le rural, dans ma tête à moi, a complètement une différente connotation parce que pour moi, tu es rural même si tu es dans un village qui est rural parce que tu es loin des services. Même je dirais que si je prends ma ville, tu as des services de base. Mais le fait que tu es moins de 10 000 de population ou si tu es dans la ville voisine, qui est à environ 6 000 de population, souvent tu as un chirurgien mais pas d'anesthésiste ou tu as un anesthésiste mais pas de chirurgien. Ça fait que ça, ce sont des réalités de milieu semi-rural qui n'a pas assez de monde pour faire vivre tout ce beau monde-là [professionnels de la santé]. Parce que ce n'est pas comme quand tu es

proche d'un grand centre, il va faire trois jours chez vous puis trois jours dans son grand centre. Mais là, tu es assez rural qu'il ne vient pas chez toi.

Chez les femmes francophones, il appert que même des femmes vivant en milieu urbain se considèrent éloignées lorsqu'elles discutent des soins de santé car elles doivent voyager de grandes distances pour obtenir des services en français (c.-à-d. grande région urbaine comme Vancouver et Regina). Ainsi, ces femmes conceptualisent l'éloignement en fonction de l'accès aux services de langue française plutôt que le simple accès aux services puisque l'obtention de services en français est leur préoccupation première. L'éloignement dépend donc de la proximité aux services et aux organisations francophones ou au minimum à la possibilité d'interactions en français. Dans les provinces de l'Ouest, si l'éloignement est conçu ainsi, presque toutes les femmes francophones sont éloignées, quelles vivent en milieu rural ou urbain. Il est intéressant de noter aussi que dans plusieurs provinces, à l'exception du Québec, ce sont, dans certains cas, les femmes vivant en milieu

rural – où les francophones sont nombreux ou majoritaires et où il existe un nombre d’institutions francophones – qui auront un accès plus aisé aux services en français (du moins pour les services de base) que les femmes vivant en milieu urbain majoritairement anglophone. L’urbanité n’est donc pas un avantage pour les francophones si elles cherchent à obtenir des services en français et à vivre en français. En effet, la ruralité peut être un avantage lorsque la population francophone représente une forte concentration de la population permettant l’établissement de services en français. Toutefois, les services spécialisés en français ne sont disponibles qu’au Québec. Très peu de services spécialisés sont offerts dans les autres provinces.

Les régions rurales et éloignées partagent les mêmes bénéfices environnementaux et sociaux qui contribuent à une meilleure santé (qualité de l’air, appui social, implication communautaire). Toutefois, les communautés rurales, et surtout les communautés éloignées, sont inévitablement désavantagées dans leur accès aux soins de santé en raison de leur distance géographique des centres de services.

L’éloignement des communautés est, selon toutes les participantes, un concept relatif. La perception de l’éloignement dépend de l’accès aux moyens de transport (permis de conduire, voiture; disponibilités des autobus et des trains; coûts des vols) et dépend des besoins ressentis par les femmes « éloignées » (services de garderie, prendre un congé du travail, problèmes de santé, isolation...). Par exemple, la construction du Pont de la Confédération qui relie l’Île-du-Prince-Édouard au Nouveau-Brunswick a décidément facilité les déplacements des femmes de l’Île en réduisant le temps du déplacement et en offrant la possibilité de traverser plus à sa guise en voiture. Ainsi, les femmes de l’Île ne se sentent pas aussi éloignées que lorsque la seule façon de quitter l’Île était par traversier ou par avion.

Par ailleurs, le niveau d’interactions sociales des femmes, que ce soit face à face ou par téléphone ou Internet, influence aussi le sentiment d’éloignement. En effet, plus le niveau d’interactions sociales augmente, moins les femmes se sentent isolées.

Tableau 12 Réponses des femmes francophones à la question : *Vous concevez-vous comme une femme qui vie en région rurale? En région éloignée? Les deux?*

Type de communauté	Nombre total de participantes
Rurale	18
Rurale et éloignée	6
Urbaine	6 (mais certaines se disent éloignées par rapports aux services de santé en français)

Une distinction que les femmes ont proposée en se déclarant rurales mais non éloignées renvoi à l’idée qu’elles ne se sentaient pas isolées car elles sont très impliquées dans leur communauté, elles ont accès à une voiture et à différents modes de communications (téléphone, Internet) et elles vivent dans un milieu francophone.

Moi, je ne me sens pas vraiment éloignée parce que je suis en contact avec du monde partout sur mon

ordinateur. Puis je vois du monde et je suis un petit peu partout. Mais s’il y a une femme qui est là-bas, la seule francophone... Souvent les francophones qui ne demeurent pas dans notre région doivent se sentir beaucoup plus éloignées parce que tes voisins ne sont pas des francophones. Mais en tout cas, je ne me sens pas vraiment éloignée. C’est juste à cause que je suis beaucoup impliquée. Mais ça peut être différent pour les femmes qui n’ont pas d’auto, qui n’ont pas de moyen de transport, etc.

Agenda politique

Tableau 13 Réponses des femmes francophones à la question : *Si vous pouviez obtenir l'attention des décideurs clés en matière de santé afin de parler de l'état de santé des femmes dans votre communauté, quels enjeux aborderiez-vous?*

Enjeux	Exemples	Explications ou détails
Accessibilité	Augmenter le nombre de professionnels de la santé	Permettre aux médecins et autres professionnels de la santé immigrants au Canada de pratiquer Encourager les professionnels semi-retraités à continuer
	Encourager les professionnels de la santé à demeurer dans les régions rurales et éloignées	Améliorer leur salaire
	Augmenter le nombre et les responsabilités des infirmières praticiennes	
	Réduire les coûts des médicaments	
	Offrir des services sur une base de rotation	
	Offrir les services dans les régions rurales et éloignées	Créer des centres de services régionaux
	Offrir des services à domicile	
	Offrir des services en français	Proactifs (plutôt que de forcer les francophones à demander/exiger) Améliorer la qualité
	Offrir des services de transport	Transport en commun ou autre pour permettre aux femmes d'avoir accès aux services
Fournir de l'aide financière à ceux dans le besoin	Arrêter de couper ou de réduire les programmes et services sociaux	Aider les plus pauvres
Améliorer l'économie et les conditions socio-économiques	Accroître le revenu familial des personnes âgées, des mères seules, etc.	
Information/communication	Conscientiser les spécialistes au sujet de la situation des régions rurales et éloignées	
	Les différentes agences devraient mieux communiquer entre elles pour savoir qui offre quoi	
	Les femmes dans les regroupements ont accès aux informations, mais les femmes qui ne sont pas impliquées dans les regroupements n'ont pas accès à l'information	
	Promouvoir les échanges intergénérationnels; transmettre le savoir des plus vieux aux plus jeunes	
	Éduquer les femmes pour qu'elles aident leur famille	Réseaux d'échange d'information



Tableau 14 Réponses des femmes francophones à la question : *Si vous pouviez obtenir l'attention des décideurs clés en matière de santé afin de parler de l'état de santé des femmes dans votre communauté, quels enjeux aborderiez-vous? (suite)*

Enjeux	Exemples	Explications ou détails	
Accroître les services	Accroître le financement du système de santé		
	Services de santé mentale		
	Services à domicile	Offrir ces services Aider les aidantes naturelles	
	Meilleur appui aux victimes de violence et à ceux qui dépendent de l'assistance sociale		
	Prévention et activités/ services de promotion		Créer des centres de santé des femmes partout au pays
			Services pour la famille et la petite enfance
			Planifier à long terme (et non plus à court terme)
			Maintenir/augmenter les services spécialisés de prévention (orthophoniste)
			Politiques, programmes et services pour améliorer et changer le style de vie
			<ul style="list-style-type: none"> – Prévenir l'épuisement; changer les conditions de travail car les travailleurs sont débordés (ne plus demander à une personne de faire le travail de deux ou trois personnes) – Raccourcir la semaine de travail pour aider les parents à mieux s'occuper des enfants, à préparer des repas nutritifs... – Diète – Activité physique – Éducation physique et programmes parascolaires – Arrêter de fumer

Tableau 15 Réponses des femmes francophones à la question : *Si vous pouviez obtenir l'attention des décideurs clés en matière de santé afin de parler de l'état de santé des femmes dans votre communauté, quels enjeux aborderiez-vous? (suite)*

Enjeux	Exemples	Explications ou détails
Cliniques de santé multi-disciplinaires	Centres de services intégrés	Pour considérer la personne comme un tout
Informers les politiciens et les décideurs de la réalité spécifique des femmes et des francophones		
Financer et faire de la recherche sur la santé des francophones en milieu rural et éloigné	L'évaluation de l'état de santé de la population rurale et éloignée, et de la population francophone, est nécessaire pour planifier et offrir des services adéquats	
Revoir les priorités de financement	Prévention c. Services spécialisés	
Améliorer la situation de la femme	Financière	Équité et la parité salariale Rémunérer les mères au foyer et les aidantes naturelles Offrir des services de garderie
	Sociale	Reconnaître la contribution du travail des femmes (le travail invisible autre que sur le marché du travail)
	Politique	Besoin d'une voix plus forte (les corporations et les compagnies pharmaceutiques ont trop de poids) – Prendre des décisions en tenant compte des revendications des communautés, des femmes, des groupes de femmes – Avoir plus de politiciennes et de femmes membres du cabinet, mais ces femmes doivent critiquer le système et non seulement le reproduire
Changer le discours	D'un discours sur la santé « médicalisée » qui se préoccupe de guérir la maladie à une perspective plus holistique qui se préoccupe aussi de la prévention et de la santé alternative	Offrir/rembourser les services de santé alternatifs; résoudre les conflits entre les médecins et les professionnels de la santé alternative (c.-à-d. les chiropraticiens)

Les participantes ont mis l'accent sur le besoin pressant d'agir tôt pour améliorer le système de santé. Elles exprimaient un sentiment d'urgence face à une crise imminente des services de santé (si nous ne sommes pas déjà

en état de crise?!) et insistaient sur le fait qu'il est important d'intervenir immédiatement pour mettre en œuvre les recommandations du rapport Romanow.

Les deux enjeux les plus importants qu'ont soulevés les femmes renvoient à l'amélioration de l'accès aux services de santé et à l'accroissement de l'offre de services de santé. La question de l'accès inclus d'une part la recherche de solutions pour offrir les services spécialisés dans les communautés rurales et éloignées plutôt que d'imposer les déplacements aux patients malades et vulnérables. D'autre part, l'accès renvoie aussi à l'amélioration/accroissement de moyens de transport lorsque le déplacement est inévitable.

Le financement, je me dis que même si on était bien financé, je me dis qu'on paie tous le même montant de taxes, qu'on soit éloigné, rural éloigné ou n'importe quoi. On a droit à nos services sur place. C'est ça que je me dis. On paie les mêmes taxes que les personnes des grandes villes. Pourquoi est-ce qu'on n'a pas droit aux mêmes services que ces grosses villes? Quand tu tombes à 3 000 ou 4 000 de population, je me dis que le gouvernement devrait gérer un peu le programme santé aussi pour qu'on puisse avoir nos services sur place.



Je pense que c'est plus facile de déplacer un médecin que de déplacer 20 patients qui vont devoir faire cinq, six heures de route pour aller voir le même médecin. Ça serait peut-être beaucoup moins onéreux et puis ça rendrait bien plus service, puisqu'on est en milieu éloigné, que le système prévoit que les services soient donnés proches ou à moins de deux heures de route.

Les médecins et les infirmières, tout ce qui touche à la santé, quand ils arrivent ici, ils ne reconnaissent pas leurs diplômes et tout ça. Mais moi, je me dis qu'ils leur paient une formation et puis qu'ils leur fassent passer un examen puis qu'ils les acceptent. Je me dis « on est en pénurie ». C'est quoi là de toujours bloquer et bloquer? Tu as de bons médecins, ceux qui arrivent de l'extérieur [de la province, du pays] seraient prêts à venir travailler ici.

Les femmes ont aussi accentué le besoin pour davantage de ressources axées sur la prévention et la promotion de la santé. En accordant la priorité à la prévention, les participantes revendiquaient un système de soutien social

plus élargi ainsi que de meilleures conditions de travail et socio-économiques car elles considèrent que ces dernières influencent considérablement la santé.

Mais il y a de la prévention de santé à faire. Et si tu regardes où l'argent est mis tout de suite, il n'est pas mis sur la promotion de la santé. Puis la promotion de la santé en milieu rural est encore plus importante qu'elle l'est en milieu urbain parce que les gens en milieu rural n'ont pas accès aux services que les gens des milieux urbains ont à leur disposition. Donc, je vois que s'il y avait plus d'argent d'investi dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie, d'ici 30 ans c'est sûr, on ne serait pas dans le pétrin

qu'on est. On n'aurait pas à verser autant d'argent pour le système de santé qu'on met actuellement. Puis ça s'empire.

Moi, je pense qu'il y a un autre aspect qu'il faut que le gouvernement regarde, puis c'est la charge des travailleurs et des travailleuses. Pas rien que dans le domaine de la santé mais dans tout. Je regarde les coupures

qu'on fait dans les institutions d'éducation, de la santé, les entreprises où on coupe le personnel. Alors, les personnes qui restent font le boulot de trois personnes parce (...) qu'on n'a pas réduit l'output. On avait huit employés puis on est rendu à trois, puis on est supposé produire autant, si pas plus. Plus avec moins. Mais moi, je pense que quand même, il y a énormément de stress dans le domaine du travail des gens. Et puis ça, ça affecte la santé. Il y a plus de journées de maladie de prises. Il y a plus de burn-outs et puis c'est quelque chose qu'on a de la misère à reconnaître. C'est que souvent les gens se font laisser aller avant qu'ils puissent embarquer sur les plans de santé qu'ils ont payé parce qu'on interprète d'une différente façon et puis après ça, nos gens sont...

Elles ont par ailleurs noté le besoin d'améliorer la qualité des soins offerts en régions rurale et éloignée.

On n'a pas le choix des spécialistes. S'il y en a un qui décide, je ne sais pas comment c'est arrangé au Collège des médecins, mais s'il y a un spécialiste qui vient en région, bien c'est lui qu'il faut aller voir. Si on veut en voir un autre, c'est nous autre qui doit s'y

rendre. Et puis souvent, ils [les spécialistes] sont obligés d'en faire du travail en région. Je pense qu'à un moment donné, au niveau de la loi, quand ils sortent de l'école des médecins, ils sont obligés. Ils ne sont pas toujours intéressés, ces médecins-là, à nous servir.

Les participantes revendiquent aussi un rôle dans les processus de prise de décision. Les femmes se préoccupent de la santé et elles ont d'ailleurs beaucoup d'expérience et de connaissances dans ce domaine car elles sont responsables de la santé des leurs et elles sont aussi majoritaires dans les rangs des professionnels de la santé (surtout dans les sciences infirmières, les soins à domicile...). Non seulement veulent-elles avoir droit de parole, mais elles insistent aussi sur le besoin d'élargir le discours dominant de la santé qui met l'accent sur le traitement des maladies pour adopter une perspective plus holistique qui tient compte aussi de la santé alternative.

C'est un peu inquiétant — et je sais que je sors du sujet — mais c'est un peu inquiétant ce qui se passe présentement parce que les étudiantes qui sortent dans la francophonie, c'est toujours le même modèle. Puis nous autres, on est toujours à la traîne en arrière, en train de dire non, ce n'est pas ça qu'on veut. C'est que les femmes, c'est elles non seulement qui utilisent les services mais on travaille dans le milieu et puis on n'a pas de crédibilité dans ce qu'on dit et puis c'est inquiétant parce qu'on va être encore en train d'essayer de défaire ce qui va être mis en place, si on n'a pas notre place.

Je pense qu'il y a encore un problème. Ils ne comprennent pas, mais ils pensent qu'un groupe de femmes représente seulement les femmes et ne

réalisent pas que les décisions qui sont prises, qui affectent les femmes, affectent la société au complet. Je pense qu'il y a encore cette image-là de libéralisme féministe et ils ne réalisent pas jusqu'à quel point l'impact des décisions des opinions des femmes affecte la société au complet, la famille, leur conjoint, l'éducation — ça affecte absolument tout. Et je pense qu'ils ne comprennent pas encore ça. Je ne sais pas

ce que ça prend, mais ils ne comprennent pas. Ça fait que c'est vraiment vu comme la perspective d'un groupe cible et puis il faut prendre ces décisions pour représenter la communauté au complet.

Moi, je suis tannée qu'on se fasse voir comme un « interest group ». Ne viens pas me dire que Bombardier n'est pas un « interest group »! Ne viens pas me dire que Ipsco n'est pas un « interest group ». C'est vraiment... C'est pareil comme si à cause qu'on est des femmes ou qu'on est un groupe de francophones, on est un « interest group » puis on est des sangsues. On suce juste le

sang de la société et on ne contribue pas, et c'est vraiment l'inverse.

Puis surtout en milieu rural, ces femmes ont encore moins de voix. Les communautés sont petites. On le voit. Ce que tu disais pour ce qui était dans les situations où il y a de l'abus, les femmes ne veulent pas parler. Bien, c'est la même chose. Quand les femmes sont dans des couples exogames ou tout simplement dans une petite communauté, elles n'iront pas revendiquer rien en français. On va se faire pointer du doigt. Être francophone minoritaire, ça veut pas dire qu'on est des activistes puis qu'on est des militantes. Puis déjà d'être féministes, on se fait pointer du doigt. S'il faut qu'on aille au bureau de poste en plus puis commencer à demander un service en français...

Moi, j'ai vu des cas où ils appelaient le concierge parce que c'était le seul francophone qu'ils connaissaient pour venir faire de la traduction. Moi, j'appelle pas ça un service de qualité.

Tableau 16 Réponses des femmes francophones à la question : *Quel est votre niveau de satisfaction de la qualité de la santé et des soins de santé pour les femmes et les filles de votre région?*

Niveau de satisfaction	Exemples	Explications ou détails
Satisfaites	Relativement facile d'obtenir un rendez-vous avec le médecin local (si l'on a un médecin de famille!)	
	Information fournie dans la communauté	
	Les professionnels de la santé peuvent être plus dévoués, ils connaissent la population	
	L'introduction des infirmières praticiennes est une amélioration	
	L'état de santé de la population s'est, de façon globale, amélioré	
	Accessibilité de l'information sur les services de base	
	Il y a aujourd'hui plus de services et de programmes spécifiques aux régions rurales et éloignées (plutôt que d'avoir à se déplacer dans les grands centres)	Roulotte pour les mammographies
Insatisfaites	Manque de services et pauvre qualité des services disponibles	Personnes âgées
		Information
		Manque de service, sans compter la qualité!
		Les jeunes quittent les régions rurales en partie à cause du manque d'accès et du manque de qualité des services
		Services en français n'existent pas ou ils sont de piètre qualité
	Manque de professionnels de la santé	Erreurs de diagnostic
		Santé mentale
		Épuisement des professionnels de la santé
		Pas d'accès à un médecin de famille
		L'introduction des infirmières praticiennes a mené à la réduction du nombre de médecins
Manque d'appui financier	On ne pourvoit pas aux postes de professionnels de la santé	
	Les spécialistes et professionnels de la santé sont surchargés	
Manque d'appui financier	Des groupes et associations francophones Pour offrir les services en français	
Listes d'attente		
Manque de services et de ressources pour la prévention	Diète, exercice, cigarette...	
Problèmes spécifiques de santé sont en hausse	Obésité	

Les professionnels de la santé sont surchargés et font ce qu'ils peuvent pour offrir de bons services mais ce n'est pas suffisant.

Ça fait que quant aux services de santé, bien, moi, je trouve qu'on fait du mieux qu'on peut avec les ressources qu'on a. Mais on ne donne certainement pas des soins de santé qui sont Cadillac, bien loin de là. (...) Je regarde, on travaille et on a une pleine

charge de patients puis j'ai six infirmières sur la route à chaque jour. J'ai du travail pour sept à huit infirmières. J'ai des filles qui sont en train de se brûler parce qu'on n'a pas suffisamment de ressources. J'ai une ergothérapeute qui a 60 patients. Imaginez-vous avoir 60 patients à desservir dans des maisons. Puis dans des maisons et les écoles.

Tableau 17 Réponses des femmes francophones à la question : *Est-ce que vous pensez que la qualité des soins de santé pour les femmes de votre région a changé au cours des cinq ou deux/dernières années? Pour le mieux ou pour le pire? Donnez des exemples.*

Niveau de satisfaction	Exemples
Pour le mieux	Davantage de programmes spécifiques pour les femmes (c.-à-d. mammographie)
	Plus de cliniques et d'informations (c.-à-d. éducation sexuelle des adolescentes)
	Plus de services (nouvelles machines/technologies pour les diagnostics; infirmières praticiennes)
	Nouveaux centres de santé communautaire pour les francophones
	Certains gens adoptent des comportements de prévention (arrêter de fumer, meilleure diète...)
Pour le pire	Manque de prévention (On s'occupe des problèmes trop tard)
	Plus informé mais pas assez de changements de comportements (exercice, diète, cigarette...)
	Moins de professionnels de la santé (réduction du personnel)
	Il y a eu des coupures budgétaires, il y a maintenant moins de services (services régionaux ont été centralisés en services provinciaux et ne sont plus anonymes, c.-à-d. service d'information par téléphone; réduction des services en français; réduction des services de physiothérapie)
	Manque de professionnels de la santé qui peuvent communiquer en français
	Population vieillissante, donc besoin d'accroître les services de santé
	Listes d'attente

La mise sur pied de centres de santé communautaire pour les francophones a été applaudie en tant qu'amélioration considérable de la prestation des services de santé.

L'accessibilité disons pour le moment aux soins de santé, en ayant le centre de santé dans la région, dans le local. Et puis ce qui rassure beaucoup les femmes, c'est que nous avons une infirmière et un infirmier praticien sur place continuellement. Aussi, il y a des activités qu'on fait et puis il y a une infirmière qui vient prendre la pression des personnes et ça rassure

beaucoup, beaucoup les femmes. Nous autres, c'est plus que les femmes. Moi, je travaille plus avec les personnes âgées et puis c'est ça pour le moment qui s'est amélioré dans notre patelin, disons.

Alors que les femmes reconnaissent les gains offerts par les nouveaux modèles de services de santé et le meilleur accès aux informations concernant les enjeux spécifiques à la santé des femmes, elles constatent aussi les coupures et la réduction des services offerts.

Agenda de recherche

Comment est-ce que vous définissez « votre communauté »? Y a-t-il des questions sur la santé des femmes dont il vous faut plus de renseignements pour assurer un suivi concret au sein de votre communauté ou de votre région?

Tableau 18 Réponses des femmes francophones à la question : *Comment est-ce que vous définissez « votre communauté »?*

Type de communauté	Exemples
Communauté géographique	Quartiers
	Village
	Petite ville
	Région/comtés
Communauté linguistique/culturelle	Acadienne (provinciale ou locale/régionale)
	Francophone (provinciale ou locale/régionale – francophones des Prairies)
Selon les intérêts, activités	Activités des enfants (p. ex. le soccer)
	Travail
	Communauté des femmes
Engagement/liens	Famille
Religion	Paroisse

Les participantes ont surtout spontanément fait référence à leur communauté géographique (qui parfois représente la même chose que la paroisse), à la communauté francophone et à la famille.

Pourquoi est-ce que malgré toute l'information, toutes les connaissances qu'on a disons sur le tabagisme, pourquoi est-ce que dans le milieu rural, le taux des gens, des femmes qui fument, continue à augmenter, surtout parmi les jeunes femmes? Pourquoi?

Tableau 19 Réponses des femmes francophones à la question : *Est-ce qu'il y a des enjeux concernant la santé des femmes qui méritent d'être mieux connus afin de concevoir les actions appropriées pour votre communauté ou votre région?*

Type d'enjeux	Exemples
Offrir de meilleurs services	Pourquoi, en dépit de leurs connaissances des informations récentes, les gens ne changent pas leurs habitudes de vie (diète, cigarette...)?
	Que faire pour encourager les gens à adopter de meilleures habitudes de vie?
	Trouver des façons plus créatives d'offrir des services en milieu rural et éloigné
	Comment rejoindre les femmes et leur fournir l'information? (surtout les femmes qui ne sont pas impliquées dans les groupes francophones et les groupes de femmes)
	Les soins de santé à domicile et la question de la compétence/formation des femmes comme aidantes naturelles. Plus de recherche sur le rôle des aidantes naturelles.
Problèmes de santé	Ménopause et hormones : Impact à long terme de la pilule contraceptive
	Nutrition (adapté aux circonstances particulières)
	Vitamines
	Cancer (pourquoi le taux de cancer est-il plus élevé dans les régions rurales); cancers spécifiques aux femmes (p. ex. sein)
	Impact de l'environnement sur la santé (c.-à-d. sel sur les routes, la pollution de l'eau et de l'air; allergies, asthme...)
	Problèmes cardiovasculaires chez les femmes
	Impact des médicaments
	Conditions génétiques chez certaines populations (p. ex. Acadiens)
	Effets de l'alcool et des drogues
	Santé mentale (femmes, adolescentes)
	Prise de poids et obésité
	Santé alternative
	Boulimie et anorexie
Dépression post-partum	
Facteurs sociaux et économiques	Âgisme et accès aux services
	Réalités diverses des femmes (âge, statut socio-économique...)
	Pauvreté des enfants
	Isolement (comment les femmes le vivent et son impact sur leur santé)
	Impact de la langue sur la santé et sur les soins de santé (quand on ne peut obtenir des soins dans sa langue maternelle)
Recherche comparative	Femmes / hommes
	Santé de la population des communautés rurales avec un meilleur accès aux services de santé comparativement à la santé de celle des communautés qui ont un accès difficile aux services de santé

Cette question était plus difficile à répondre car il ne s'agit pas d'un enjeu auquel les participantes avaient déjà réfléchi. Ce sont surtout les femmes travaillant dans le domaine de la santé qui ont offert des réponses d'une façon plus spontanée. Et les thèmes de recherche qu'elles ont nommés se rapportent surtout à la

question de savoir comment aider à changer les comportements et mieux servir la population plutôt que de faire de la recherche pour trouver des cures ou accroître notre connaissance des problèmes de santé spécifiques surtout évoquées par les autres participantes.

Pourquoi est-ce que malgré toute l'information, toutes les connaissances qu'on a d'habitude sur le tabagisme, pourquoi est-ce que dans le milieu rural, le taux des gens, des femmes qui fument, continue à augmenter, surtout parmi les jeunes femmes? Pourquoi? Vous avez l'information. Vous savez. C'est quoi qui vous empêche d'arrêter de fumer ou de changer vos habitudes? (...)

Peut-être se pencher sur tout ça.

Pourquoi vous ne changez pas vos habitudes alimentaires? Pourquoi vous ne changez pas vos habitudes d'activité physique?

Le comportement, comment changer les habitudes de vie, c'est plus ça qu'il faudrait étudier, plus que OK, on sait que ce n'est pas bon pour vous à cause de ça, ça, ça, et ça.

Tableau 20 Réponses des femmes francophones à la question : Les Centres d'excellence effectuent de la recherche qui implique les membres de la communauté dès la conception des projets de recherche. Avez-vous des suggestions pour améliorer ce modèle?

Inquiétude quant à la duplication des études
Recherche appliquée : Études qui peuvent être « utilisées » et qui portent sur des thèmes « utilisables »
Recherche action, impliquer les femmes, les groupes de femmes et les communautés
Produire des rapports, documents, livres que les femmes peuvent lire et utiliser; les études doivent mener à des finalités concrètes
Recueillir des données d'un plus grand nombre de femmes
Se rendre dans les régions rurales et éloignées pour la cueillette des données
Centres d'excellence devraient fournir la documentation et les services en français
Inclure les femmes francophones
Inclure une plus grande diversité de femmes (femmes qui ne s'impliquent pas dans les associations, femmes qui sont moins privilégiées)
Continuer à favoriser les collectes de données qui mènent à l'interaction
Des interviews plutôt que des questionnaires
Conscientiser les femmes à travers ces recherches et interactions

Certaines participantes ont mis beaucoup d'accent sur l'idée d'effectuer de la recherche appliquée qui sera utile aux femmes, aux groupes de femmes, aux communautés et aux professionnels de la santé en milieu rural et éloigné.

Moi, j'aurais tendance à faire une recherche appliquée. Ça veut dire que j'aurais tendance à proposer un genre de projet pilote qui aurait comme objectif ce que moi j'ai proposé, mais c'est sûr que beaucoup de gens seraient d'accord avec ça, ce qui est prévention, éducation populaire, échange entre les générations et tout ça, prendre une communauté et se dire dans cette communauté-là, on va appliquer cette approche-là. On va faire de la prévention, on va faire de l'éducation populaire, on va essayer de créer des échanges entre les générations pour que les expériences se transmettent. On va essayer d'appliquer cette façon de travailler plus sur l'individu que sur le système. Et plus particulièrement, dans une communauté.

Elles ont déclaré avoir profité du processus d'interaction de cette collecte de données par interview de groupe et ont souligné qu'elles semblaient avoir mieux contribué par ce processus en plus d'avoir bénéficié de la discussion avec les autres femmes. Elles ont aussi noté qu'un nombre trop limité de femmes était consulté et que celles qui ont participé aux interviews avec les francophones sont déjà impliquées dans leur communauté. Elles ont donc réitéré le besoin d'inclure davantage de femmes et de poursuivre la collecte d'information auprès de groupes de femmes plus diversifiés.

Il y a aussi que quand des consultations qui sont faites, je pense que ça suscite en groupe la question d'une ou la réponse d'une va susciter : « Ah tiens, oui, j'avais pas pensé à ça. » Mais il y a ça aussi. Ça fait que ça crée automatiquement une sensibilisation dans la communauté. Quand il y a des sondages sur

place avec pas seulement les pourvoyeurs de services — si je peux les appeler de même — mais les personnes qui reçoivent ou les usagères. Et je pense que c'est là parce que je me rends compte à cause de comités où je siège qu'on n'a pas du tout la même interprétation de la santé ou les besoins des personnes selon qu'on est un pourvoyeur de santé ou une usagère. Je pense qu'en tout temps, si on veut

avoir quelque chose qui est représentatif, il faut que tu aies les deux groupes assis à la même table et puis il ne faut pas qu'il y ait un groupe qui soit beaucoup plus nombreux...

J'ai l'impression d'avoir contribué plus efficacement que de remplir nos petits questionnaires puis les mettre à la poste.

Commentaires généraux

1) Enjeux de la santé des femmes c. enjeux de la santé en milieu rural et éloigné c. enjeux de la santé des francophones

Les discussions avec les participantes vivant dans des communautés à prédominance anglophone ont révélé que les enjeux quant à la santé en milieu rural et éloigné ainsi que les questions d'accès à des services de santé en français représentent les préoccupations les plus pressantes des femmes plutôt que les enjeux liés spécifiquement à la santé des femmes. En raison de la distance géographique et de la faible densité des populations de ces régions, elles s'inquiètent surtout des contraintes et des limites d'accès à une variété de services de santé (spécialisés ainsi qu'alternatifs – plutôt que juste biomédicaux) de qualité. Ce problème d'accès appert fondamental pour l'ensemble de la population des régions rurales et éloignées. Le deuxième problème majeur qu'ont souligné ces femmes est l'importance d'avoir accès à des services de qualité **en français**. Ces constats suggèrent que les préoccupations pour la santé des femmes ne peuvent émerger qu'une fois

que de telles préoccupations primordiales quant aux services de santé semblent relativement réglées, comme si de se préoccuper de la « santé des femmes » était un luxe que les participantes de ces régions rurales et éloignées ne peuvent se permettre.

Il y a aussi une rotation qui se fait. Alors, il n'y a pas toujours un médecin de disponible, ou le médecin qui parle français, bien, c'est pas son tour. La même chose pour les infirmiers et les infirmières. Et ça, c'est tant à

l'urbain qu'au rural. C'est très, très difficile d'accéder aux services en français. Puis s'il y a un médecin francophone, il est tout de suite surchargé. Sa besogne devient presque intolérable. Alors, il y en a qui laissent. Il y en a qui quittent.

Sauf que moi, je suis en région urbaine. Et j'aurais probablement un meilleur service en français dans le village que j'en aurais en ville, ici. Je sais que si je vais à l'hôpital, dans le village, les chances sont que je pourrais avoir une infirmière qui parle français, tandis qu'en ville, c'est une autre histoire. Si on regarde du côté francophone, c'est complètement différent. Je dirais que c'est l'inverse de ce que c'est normalement.

Si tu demandes je veux parler en français, est-ce que vous parlez

français? Ah non, excuse-moi, une minute. Là, elle te met de la musique. Et tu écoutes un beau concerto de je ne sais pas quoi. Bien moi, je te dirais que ça me choque, ça. Je ferme la ligne parce que quand je veux écouter de la musique, je ne téléphone pas. J'ouvre la

Les femmes considèrent aussi qu'il y a actuellement trop de guerres de pouvoir entre les médecins et les professionnels de la santé alternative tel que les chiropraticiens

radio. Quand j'appelle, moi, c'est pour parler à quelqu'un. Puis ça, je comprends que c'est moins dispendieux qu'un employé, mais appuyez sur 1 pour le service, appuyez sur 2 pour tel autre et puis le service en français. Là, tu appelles au service en français et ils veulent savoir quel département. Encore, c'est une boîte vocale. Et puis là, ils te font attendre. Tu es en attente continue. Et là, ne quittez pas pour garder votre priorité d'appel.

Votre appel est important pour nous.

On la sait, cette petite chanson-là. L'autre jour, j'ai attendu 17 minutes. J'ai rappelé et là, j'ai réussi à parler en anglais. Et là, j'ai dit je veux un service en français, dans la même heure, s'il vous plaît. (...)

Oui, mais ton personnel français, quand tu es obligé d'aller le chercher à l'autre bout de l'hôpital, il faut que tu attendes.

Ceux qui parlent anglais et qui disent : « Ah bien, laisse faire. Je n'attendrai pas une heure, je vais te parler en anglais. » Ça, ça fait-tu plaisir aux anglophones, ça, hein. Moi, ça me fâche, ça. « Ah, vous l'avez le service français. » On n'a pas à se plaindre, on l'a le service français. Mais ne regarde pas la qualité du service français qu'on a, là.

Puis il ne faut pas oublier la confidentialité parce que quand on demande à une autre personne de traduire pour nous autres, il y a toute la dignité du client. Puis ça souvent, c'est pas pris en considération. Moi, j'ai vu des cas où ils appelaient le concierge parce que c'était le seul francophone qu'ils connaissaient pour venir faire de la traduction. Moi, j'appelle pas ça un service de qualité. J'appelle pas ça un accès, pas le même niveau d'accès que les anglophones peuvent avoir.

Pour les femmes vivant en milieu éloigné, l'accès aux services de santé de qualité est un enjeu fondamental alors que pour les femmes du milieu rural qui ne se considèrent pas éloignées, cette question se pose, mais de façon moins imposante et cruciale que chez les femmes vivant en milieu éloigné.

Lors des interviews avec les femmes vivant dans des communautés francophones ou à forte concentration francophone, la question de la langue des services de santé n'a émergée que lorsque nous l'avons nous-même soulevée à la fin des entretiens. Ce n'est que lorsque l'absence d'identification de cet enjeu a été noté comparativement aux interviews avec

les femmes en milieu minoritaire que les participantes provenant des milieux surtout francophones ont expliqué que l'accès à des services en français est, pour elles, un acquis. Si elles n'avaient pas mentionné cette prémisse, c'est que le « problème » ne se posait pas pour elles – les services en français sont disponibles dans leur communauté locale. Ceci n'implique toutefois pas que les services spécialisés sont offerts en français pour toutes ces femmes. D'ailleurs, dans certaines provinces, il n'y a aucun accès à des services spécialisés de langue française.

Pour ces participantes habitant en milieu rural à forte concentration francophone, les enjeux de la santé des femmes ont émergé de façon plus spontanée car elles considèrent que les services de santé (en français ou non) sont disponibles dans les milieux urbains à proximité relative. Les femmes des communautés francophones se considèrent chanceuses et bien servies en terme de service de santé de base en français. Elles reconnaissent toutefois que leur expérience est une exception chez l'ensemble des francophones minoritaires.

Au départ, nous autres, on a un hôpital, puis je peux te dire qu'on a beaucoup de difficulté avec le français. Tout de suite en rentrant, on en a une qui n'est même pas bilingue à l'entrée, à la réception. (...) Mais tout de suite là au départ, c'est une barrière, la langue, tout de suite là. Ça refroidit un malade, ça, qui rentre et qui n'est pas capable de dire qu'est-ce qu'il veut dire. Puis ce n'est pas qu'on ne se bat pas pour ça, mais [maintenant] quand on est malade on est content parce que c'est une française qui est [à la réception]. [La réceptionniste qui ne parle pas français] a eu un bébé et elle a pris son année [de congé]. Aie, imagine-toi que le monde était content d'avoir une française au bureau en rentrant, à la réception. Je trouve ça dommage. Et puis tout de suite là, tu as une barrière là qui est vraiment. (...) Oui, et puis quand tu es souffrante et puis que tu es obligée d'aller courir pour un interprète ou qu'il faut qu'ils aillent à l'autre bout de l'hôpital pour chercher une garde pour t'interpréter, bien durant ce temps-là, c'est toi qui pâties. J'en ai fait l'expérience, ça fait que je peux te le dire.

2) La santé en tant que responsabilité individuelle c. l'impact des déterminants de la santé (biologique, environnementaux, sociaux...)

L'analyse des entrevues révèle un paradoxe intéressant puisque les participantes ont conjointement articulé deux perspectives différentes quant à la cause/source de la bonne/mauvaise santé. D'une part, les femmes ont exprimé des préoccupations quant à l'influence des comportements individuels (diète, vie sédentaire, cigarette...) sur la santé qui semblent s'insérer dans la perspective qui souligne la responsabilité de chacun pour sa propre santé. Toutefois, d'autre part, elles ont émis beaucoup de revendications pour de meilleures conditions socio-économiques (c.-à-d. équité, prévention, revenu, sous-financement du système de santé) ainsi que quelques craintes quant à l'influence de l'environnement (p. ex. pollution) et des caractéristiques biologiques (prédispositions génétiques) qui s'apparentent à l'approche qui accentue l'influence des déterminants de la santé. En effet, les participantes supposent que la santé n'est pas qu'exclusivement déterminée par les choix et les comportements des individus, mais qu'elle est aussi favorisée ou menacée par les conditions sociales, institutionnelles et biophysiques plus larges. Les femmes manifestent ainsi une compréhension de la santé qui présume qu'un ensemble complexe d'interaction entre les pratiques, comportements, valeurs et cultures des individus, de la famille et de la communauté, et les déterminants de la santé dont certains peuvent être gérés (déterminants sociaux) et d'autres semblent « inévitables » (mais peut-être « contrôlables », c.-à-d. déterminants biologiques et environnementaux).

3) Importance de la prévention et de la promotion de la santé pour ainsi favoriser une planification à long terme des services de santé plutôt que de strictement orienter les interventions vers la guérison/traitement de la maladie.

Cette préoccupation pour un changement de paradigme afin de concentrer davantage des ressources à la prévention et à la promotion de la santé entrecroise les deux préoccupations précédentes quant à la responsabilité individuelle et l'impact des déterminants de la santé.

Toutefois, cette préoccupation est aussi manifestée dans les critiques du discours médicalisé actuel prédominant qui privilégie le traitement des maladies. Les femmes revendiquent plutôt une approche holistique de la santé et de l'individu qui est basée sur la prévention et sur l'ouverture aux pratiques de la santé alternative. Les femmes ont répété le besoin d'un virage vers la considération de l'individu dans son ensemble plutôt que de se pencher de façon exclusive sur les problèmes de santé singuliers.

On a fait notre AGA de l'année passée, on a fait un atelier santé et ce que les femmes disaient, c'est qu'elles dénoncent le fait que justement, c'est un modèle médical partout qui leur est offert et quand elles demandent un service plus holistique, qu'elles soient traitées comme un tout, ça ne passe pas. Donc, si elles découvrent la perle qui va le faire, elles seraient peut-être prêtes à faire des distances, je suppose pour ça. C'est ce qu'on essaie, nous autres, de promouvoir au sein de nos organismes puis c'est pour ça qu'on veut être autour des tables. C'est pour le dire et pour que ce soit reconnu.

Mais je pense aussi qu'il faut éduquer les médecins à utiliser des soins de santé qui sont autres que les services à pilules.

Moi, je leur dirais, je leur demanderais et leur dirais de cesser d'investir de l'argent, d'écouter les compagnies pharmaceutiques, d'écouter les faiseurs de machines super sophistiquées puis de justement aller du côté de la prévention. Mais aussi de voir, de cesser de traiter le bobo pour le bobo, mais de voir la personne justement d'une approche holistique, de voir que la personne, c'est un tout et puis de commencer de ce côté-là. Puis en faisant de la prévention par rapport à la santé de la personne, la santé sociale aussi, que d'investir dans le social puis d'investir dans les structures qui font que les communautés sont solides, sont en santé et que les individus qui sont dans ces communautés-là vont être en santé. Qu'on cesse d'écouter tout le lobby de pilules et puis de machines, on verrait une grosse différence.

C'est aussi bien qu'il fasse des centres de femmes partout au pays.

Des centres de santé familiale ou des centres de femmes où les personnes peuvent aller et avoir accès à une multitude de professionnels qui travaillent sous le même toit, je pense que ça pourrait certainement pas faire tort plutôt que d'être obligé de s'en aller et de visiter silo par silo. On traite pas la famille dans son ensemble. Ils sont pas rendus là encore.

Il fut aussi noté que le système de santé actuel (sinon tout le système sociopolitique actuel) favorise une dépendance des « professionnels » et qu'il serait temps et important que les femmes se réapproprient leur santé ainsi que leurs décisions en matière de santé.

Mais je trouve que ce n'est pas fou de parler de ça, dans notre monde d'aujourd'hui, c'est les systèmes aussi qui veulent ça, on nous rend de plus en plus dépendant de systèmes, que ce soit le système de santé et autres. Un système de production, par exemple. En ville, on est totalement autonome dans le système de production. Alors moi, je pense que la santé des femmes dans le milieu éloigné, moins elle doit être autonome de ces systèmes-là, plus elles vont être solides. C'est sûr que des femmes qui vivent dans des milieux éloignés depuis des générations en

générations et qui ont conservé ces habitudes de production autour d'elles, de suivre sa santé, d'être capable de faire les accouchements, par exemple, s'il y a des urgences, être capable de soigner les enfants, les femmes qui possèdent ça sont plus autonomes. Moi, j'ai fait partie des groupes de sages-femmes très anciens. Maintenant, je ne le fais plus parce que maintenant, on se dit récupéré par le système de la santé, mais j'ai déjà fait partie des groupes de sages-femmes. Et moi, faire partie d'un groupe de sages-femmes quand j'étais toute jeune et que j'avais mes premiers enfants, ça m'a redonné ce que moi j'appelle le pouvoir de ma santé.

Et moi, je pense que rendu à un certain âge, que ce soit rural ou pas, le système maintient les personnes pour qu'elles soient toujours accrochées à des médicaments. Quand tu vas voir un médecin — moi, j'y vais souvent, j'y vais très souvent — et à chaque fois que tu vas voir le médecin, il rajoute une pilule. Il en enlève une et il en rajoute une. Tu dis « coudons, là ». Je regarde juste mon mari. Il a 61 ans. Je veux bien croire qu'il est cardiaque. Il a 13 pilules le matin, toutes en ligne, et il les prend.

4) Les absentes et les oubliées – les populations à risques.

Par un dernier commentaire, à la fin des interviews, les femmes ont reconnu n'avoir que très peu discuté des enjeux concernant les populations à risques (itinérantes, démunies, femmes victimes de violence et d'abus, femmes monoparentales, filles-mères, travailleuses du sexe, travailleuses saisonnières sur les fermes...) ainsi que tous les problèmes reliés aux personnes invalides, handicapées, lesbiennes ou gais, etc. Bien qu'elles aient soulevé les enjeux de la pauvreté sur la santé des membres de leurs communautés, elles n'avaient pas nécessairement d'expérience ou de connaissance des groupes les plus défavorisés.

Notes en fin de chapitre

-
1. Nous tenons à remercier Ivy Bourgeault, PhD, pour certaines sections de l'Introduction et des Méthodes.

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

Résultats des groupes de réflexion tenus en anglais auprès des femmes habitant les collectivités rurales et éloignées au Canada

Préparé par :
Ivy Lynn Bourgeault, PhD* en collaboration avec
Kelly White et Karima Hashmani*****

Projet n° 5 de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé
relatifs aux femmes en milieux rural et éloigné au Canada

* Programme d'études sur la santé et le Département de sociologie
McMaster University

** Centre de la santé et du bien-être, University of Western Ontario

*** Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu,
York University

Table des matières

Remerciements	G3
Introduction	G4
Objectifs clés et questions de recherche	G4
Méthodes	G5
Guide du sondage et des interviews	G5
Recrutement des participantes	G5
Tenue des groupes de réflexion	G7
Analyse des données du groupe de réflexion	G8
Résultats	G8
Description des participantes	G8
Autres commentaires sur les participantes	G15
Données des interviews	G16
A. Les effets de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé	G16
Avantages	G16
Inconvénients	G20
B. Les effets de la vie en milieux rural et éloigné sur les services de soins de santé	G25
Avantages	G25
Inconvénients	G26
Accès à l'information	G28
Quantité des services de soins de santé	G30
Qualité des services de soins de santé	G34
C. Définition et les expériences de la vie en milieux rural et éloigné	G36
Questions de structure	G36
Questions d'ordre social	G38
D. Recommandations en matière de changements aux politiques	G40
E. Recherche	G45
Résumé et réflexions	G48
Annexe	G52

Liste des figures

Figure 1.	Catégorie d'âge des participantes	G8
Figure 2.	Dernier niveau de scolarité réussi	G9
Figure 3.	Catégories de revenu familial des participantes	G9
Figure 4.	Profession des participantes	G10
Figure 5.	État civil des participantes	G11
Figure 6.	Participantes mères	G11
Figure 7.	Nombre d'enfants par participante	G12
Figure 8.	L'âge des enfants des participantes	G12
Figure 9.	Populations estimées par les participantes de chaque région	G13
Figure 10.	Résidente et employée de la même région géographique	G13
Figure 11.	Distance de la maison au lieu de travail	G14
Figure 12.	Durée du trajet	G14
Figure 13.	Distance du parcours au praticien de soins de santé le plus près	G15



Résultats des groupes de réflexion tenus en anglais auprès des femmes habitant les collectivités rurales et éloignées au Canada

Remerciements

Le présent projet a été un travail de collaboration entre l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes, parrainé par Santé Canada par le truchement du Bureau pour la santé des femmes. Le projet a également reçu une aide financière supplémentaire des Instituts de recherche en santé du Canada.

Les membres du comité directeur national de la recherche ont joué un rôle essentiel dans ce projet de recherche et comptent parmi d'autres, les personnes suivantes : Ivy Bourgeault, Barbara Clow, Christine Dallaire, Lorraine Greaves, Karima Hashmani, Margaret Haworth-Brockman, Catherine

Kulisek, Marlene Larocque, Guylaine Leclerc, Marilou McPhedran, Barbara Neis (présidente), Lilliane Sabiston, Lynn Skillen, Rebecca Sutherns et JoAnne Zamparo.

Les facilitatrices des groupes de réflexion ont, elles aussi, joué un rôle déterminant sur l'efficacité de la tenue de l'étude; elles sont : Deborah Barron-McNabb, Aimee Clark, Noreen Johns, Glenna Laing, Gail Lush, Edith McPhedran, Coleen Purdon, Lynn Skillen, Lana M. Sullivan.

Nous tenons à remercier toutes les femmes qui ont participé aux groupes de réflexion mentionnés dans cet ouvrage.

Introduction

Les décideurs en matière de politiques et les planificateurs de soins de santé au Canada ont porté une attention accrue aux ressources accordées pour répondre aux besoins en matière de soins de santé en milieu rural et éloigné dont les plus importantes sont renfermées dans le rapport récemment publié par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Tout en tentant de tirer au clair les effets d'une restructuration et de l'offre d'un accès équitable aux soins offerts aux habitants des collectivités rurales et éloignées, nous nous devons de prendre en considération les questions qui touchent les hommes et les femmes, et la santé des femmes pour pouvoir se dresser un tableau plus complet des besoins en matière de santé, de la prestation des services et de leur utilisation.

Pour répondre à cette question extrêmement importante, un comité directeur national de la recherche (CDNR) sur la santé des femmes en milieu rural et éloigné a été créé des membres du réseau de chercheurs associés à l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF). Une des premières tâches effectuées par le CDNR a été de mandater une étude de la littérature sur les connaissances actuelles de la santé des femmes en milieu rural. De plus, le CDNR a initié la tenue de plusieurs petits groupes de réflexion composés de femmes habitant les régions rurales et éloignées des quatre coins du Canada entre le mois d'avril 2002 et le mois de janvier 2003. Le présent rapport résume les conclusions de 20 groupes de réflexion ayant eu lieu en anglais et composés de femmes des milieux ruraux et éloignés à l'échelle du Canada.

Objectifs clés et questions de recherche

Les questions clés qui ont dirigé l'orientation générale de l'Étude nationale sur la santé et les soins de santé relatifs aux femmes en milieu rural et éloigné à l'échelle du Canada comprennent les suivantes :

Sur le plan de la santé...

- Quels sont les facteurs qui favorisent la santé des femmes qui habitent les régions rurales et éloignée du Canada?
- Quels sont les facteurs qui menacent la santé des femmes qui habitent les régions rurales et éloignée du Canada?

Sur le plan des soins de santé...

- Quel est le degré de satisfaction des femmes relatif à la qualité des soins de santé offerts dans leurs régions?

Sur le plan de la vie en milieu rural et éloigné...

- Quels sont les facteurs qui déterminent que la vie des femmes soit rurale ou éloignée?

- Comment la santé des femmes des milieux ruraux ou éloignés est-elle précisément affectée?

Sur le plan des politiques qui répondraient aux questions susmentionnées...

- Quelles sont les questions en matière de politique qui préoccupent les femmes habitant les régions rurales ou éloignées?
- Quelles sont les modifications qu'elles désirent qui favoriseraient davantage leur santé?

Enfin, sur le plan de la nécessité de recherches ultérieures...

- Existe-t-il d'autres questions qui portent sur la santé des femmes en milieu rural et éloigné qui demandent plus de renseignements pour inciter l'exécution de changements pertinents?

Méthodes

Guide du sondage et des interviews

Une fois que les objectifs de recherche clés énoncés ci-dessus ont été établis, Madame Rebecca Sutherns, sous la direction du CDNR, a élaboré un bref sondage démographique (annexe D) et un guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion (annexe E). Les versions définitives des lignes directrices et des questions formulées pour les fins des facilitatrices en avril 2002 ont été approuvées par le CDNR après avoir fait l'objet d'une étude pour assurer l'emploi d'un langage clair et simple (voir l'annexe F pour toutes les directives à l'intention des facilitatrices).

Une étude de déontologie a été effectuée par l'université York à l'aide d'une demande présentée par Marilou McPhedran et Suzanne MacDonald. Des études de déontologie ont également été menées par d'autres universités associées à certaines des facilitatrices. Chaque centre a été chargé de la coordination des processus de déontologie pour les facilitatrices de cette région.

On s'attendait à ce que les facilitatrices respectent les lignes directrices et les domaines thématiques des questions fournies. Des questions supplémentaires ont été fournies aux facilitatrices pour inciter la discussion à l'intérieur d'un groupe de réflexion au besoin. Certaines facilitatrices ont reformulé les questions et leur format dans le but de simplifier le langage. Le CDNR a approuvé, en principe, une telle souplesse conformément aux principes d'une recherche qualitative et pertinente; c'est-à-dire, le comité était d'accord pourvu que l'intention et le contenu de la question n'étaient pas considérablement modifiés par rapport aux paramètres approuvés par le groupe chargé de l'étude de déontologie. De plus, certaines questions du questionnaire ne s'avéraient pas pertinentes pour certaines participantes. Par exemple, le premier questionnaire touchait sur la question du revenu annuel familial, la catégorie la plus faible se situant à 15 000 \$ et plus. Mais le revenu annuel familial de plusieurs des femmes en milieu rural et éloigné se situe à un niveau appréciablement inférieur à 15 000 \$.

Recrutement des participants

Chaque centre d'excellence pour la santé des femmes a parrainé un certain nombre de groupes de réflexion régionaux en Colombie-Britannique, des provinces des Prairies et de la côte Atlantique. Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu à titre d'organisme national, a invité la Table féministe francophone, un partenaire communautaire du Réseau pancanadien pour animer les groupes de réflexion des femmes francophones en milieu minoritaire (les résultats de ces groupes sont discutés en détail dans la section intitulée *Synthèse des résultats des groupes de réflexion des femmes francophones en milieu rural*

et éloigné par C. Dallaire et G. Leclerc¹). Ivy Bourgeault a également obtenu un financement supplémentaire de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada pour mener des groupes de réflexion supplémentaires, soit cinq en Ontario et un en Alberta.

Les difficultés entraînées par le déplacement pour se rendre aux femmes en milieu rural et éloigné ou pour les rassembler en vue de participer aux groupes de réflexion ont varié à l'échelle du Canada, tout comme les frais. Par conséquent, vers la fin de 2002, le comité directeur de la recherche et le comité directeur

national ont été en mesure de financer plus de groupes de réflexion à l'aide des fonds du budget. Un deuxième groupe de réflexion a été tenu en Saskatchewan dans la région centrale agricole à la suite d'une récolte accablante. Le Réseau pancanadien a invité l'Organisation nationale anti-pauvreté (ONAP) à mener des groupes de réflexion auprès des femmes des Territoires du Nord-Ouest. Cette

facilitatrice a proposé que la tenue d'interviews par téléconférence et par téléphone seraient les moyens de communiquer avec les femmes constituant la diversité la plus importante. Consultez le tableau 1 ci-dessous pour une description complète des endroits des divers groupes de réflexion et le nombre de participantes de chaque groupe.

Tableau 1 Lieux géographiques des groupes de réflexion++		
Endroit	Facilitatrice	Nombre de participantes
Creston (C.-B.)	Lana Sullivan	8*
Port Alice (C.-B.)	Lana Sullivan	9*
Tumbler Ridge (C.-B.)	Lana Sullivan	5*
Vermillion (Alb.)	Glenna Laing	6*
Clive (Alb.)	Edith McPhedran	13*
Fort Chipewyan (Alb.)	Lynn Skillen	10*
Yorkton (Sask.)	Noreen Johns	10*
Watrous (Sask.)	Noreen Johns	11*
Oakbank (Man.)	Deborah Barron-McNabb	7*
Lion's Head (Ont.)	Coleen Purdon	4*
Markdale (Ont.)	Ivy Bourgeault	4*
Woodstock (Ont.)	Ivy Bourgeault	5*
Woodstock (Ont.)	Ivy Bourgeault	4*
Cobourg (Ont.)	Ivy Bourgeault	6*
Forteau/Port Hope Simpson/ Mary's Harbour (T.-N. et Lab.)	Gail Lush	9*
Marystown (T.-N. et Lab.)	Gail Lush	6*
Fort Smith (T. N.-O.)	Aimee Clark	16+
Hay River (T. N.-O.)	Aimee Clark	9+
Inuvik (T. N.-O.)	Aimee Clark	15+
Yellowknife (T. N.-O.)	Aimee Clark	7+

* indique les groupes de réflexion dont les propos textuels sont inclus dans l'analyse des thèmes

+ ces catégories comprennent plusieurs groupes composés de deux à sept personnes.

++ Veuillez noter qu'un autre groupe a eu lieu à Nain, Nunatsiavut (T.-N. et Lab.) avant l'élaboration du guide des groupes de réflexion et de l'outil de sondage démographique, donc il n'a pas fait partie de l'analyse de ce rapport.

À l'intérieur de chaque collectivité susmentionnée, les participantes ont été choisies à l'aide de diverses méthodes. Dans les T. N.-O., par exemple, la facilitatrice a envoyé, par télécopieur, les renseignements sur les groupes de réflexion à chaque centre de santé des T. N.-O. invitant ainsi la participation des femmes intéressées. Elle a assuré le suivi par des appels téléphoniques. À Fort Smith, l'invitation des participantes a été faite au moyen du poste de radio CBC North. Des feuilles de renseignements ont également été laissées au bureau de poste où les participantes pouvaient passer les prendre. Des annonces ont également été affichées sur les divers tableaux d'affichage communautaires du village. Dans plusieurs situations, les personnes qui connaissaient la facilitatrice ont été invitées à participer ou ont été demandées de proposer des participantes.

Dans d'autres situations, les organismes de santé et de services sociaux ont été demandés d'organiser des groupes. Certains de ces organismes comprenaient des groupes de soutien sociaux existants tels que les groupes sur la santé cardiovasculaire. En général, toute personne qui s'intéressait à participer a été incluse; par ailleurs, ce projet a fait l'objet d'un intérêt accru. Par contre, bon nombre de personnes intéressées n'ont pas pu y participer en raison de questions d'horaire ou de restrictions en matière de déplacement. Par conséquent, notre échantillon a été formé plutôt pour des raisons pratiques. Bien que ce fait puisse limiter l'application générale de nos conclusions, nous croyons que les thèmes soulevés par les participantes soient tout aussi pertinents aux femmes habitant les collectivités rurales et éloignées.

Tenue des groupes de réflexion

La tenue de tous les groupes a commencé avec une explication précise de l'étude suivie d'une explication du contexte général de l'étude nationale. Les participantes ont ensuite été demandées de signer un formulaire de consentement (annexe G) et de remplir le questionnaire démographique elles-mêmes. Il n'y avait aucune marque d'identité sur les questionnaires et les participantes ont été assurées que le fait de remplir un questionnaire constituait un acte volontaire et que le caractère confidentiel des renseignements contenus serait respecté.

Une fois le questionnaire rempli, la facilitatrice mettait en marche le magnétophone et posait les questions du guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion. Pendant la tenue des interviews de groupe enregistrés, les femmes pouvaient demander que leurs

commentaires soient rayés du procès-verbal. La durée des groupes de réflexion était d'entre une heure et demie et trois heures. Dans certaines situations, la durée n'était pas suffisante pour aborder tous les sujets thématiques.

Tous les propos enregistrés des groupes de réflexion ont été transcrits à des fins d'analyse par la même spécialiste à l'exception du groupe de réflexion de Fort Chipewyan, des groupes francophones et des groupes qui ont eu lieu dans les Territoires du Nord-Ouest, qui se sont déroulés séparément. Veuillez noter que les procès-verbaux des groupes de réflexion des T. N.-O. n'ont pas été reçus à temps pour qu'ils soient inclus dans le présent rapport. Les données qui ont figuré dans les rapports des facilitatrices ont été incorporées dans le rapport dans la mesure du possible.

Analyse des données du groupe de réflexion

Les données démographiques renfermées dans le présent rapport ont été tirées des calculs préparés par Karima Hashmani du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.

Les procès-verbaux de 16 des 20 groupes de réflexion, comprenant 117 des 164 femmes, ont été analysés par thèmes à l'aide d'un système de codage élaboré en fonction d'un groupe d'interviews menés par Ivy Bourgeault et révisés ou élargis par les membres du comité directeur national de la recherche. Le système de codage a suivi de près les questions du guide d'interviews, mais se voulait un reflet plus général des catégories notionnelles. Ce système de codage a ensuite été appliqué aux mots, aux expressions et aux phrases pertinentes des procès-verbaux par Kelly White,

assistante de recherche qualifiée, avec la collaboration du programme d'analyse des données qualitatives NUDIST. Ivy Bourgeault a effectué des renvois de code à un sous-échantillon des interviews pour assurer la fiabilité et la validité de l'application des codes thématiques. Au besoin, des révisions ont été apportées à des segments codés.

La présentation suivante des données commence par une description de la situation démographique des femmes. Elle est ensuite suivie d'un résumé des thèmes clés soulignés par les femmes lors de la tenue des groupes de réflexion et ils sont divisés en cinq grandes catégories notionnelles qui comprennent leurs points de vue sur : la santé, les soins de santé, la ruralité et leurs recommandations en matière de politique et de recherche.

Résultats

Description des participantes

Les figures 1 à 4 présentent l'âge, le niveau de scolarité, le revenu et les professions des

femmes participant aux groupes de réflexion anglophones.

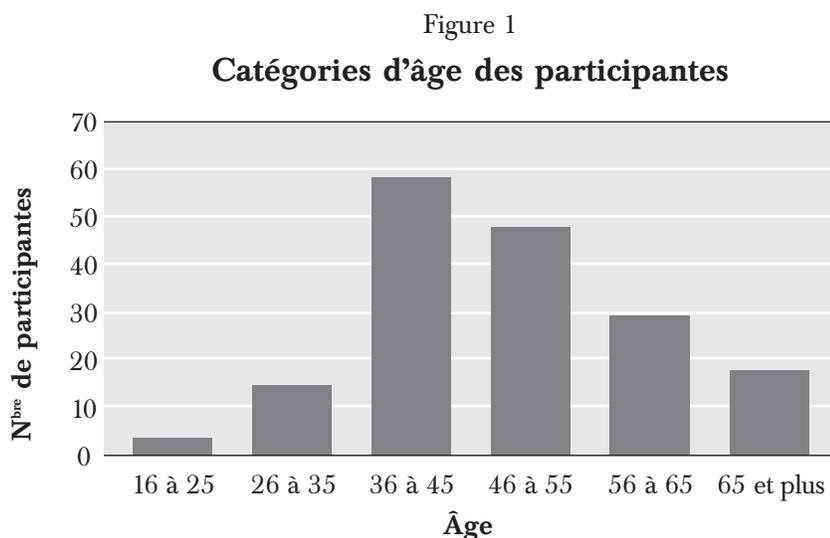


Figure 2

Dernier niveau de scolarité réussi

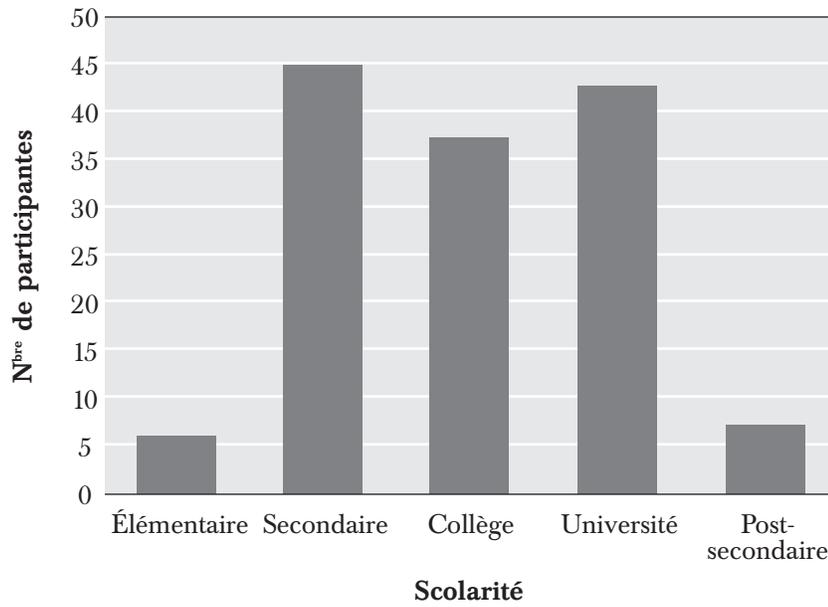


Figure 3

Catégories de revenu familial des participants

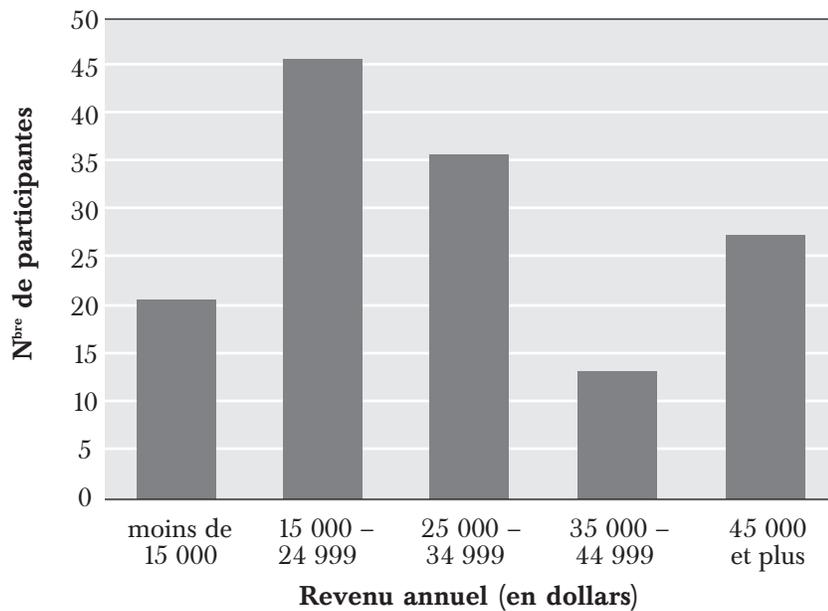
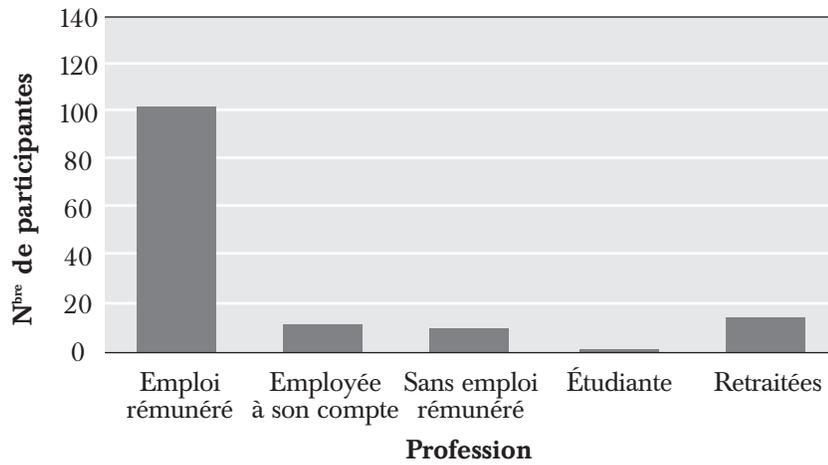


Figure 4

Profession des participantes



Les figures 5 à 8 renferment des données sur l'état civil des participantes et sur le nombre d'enfants et leur âge. La plupart des femmes qui ont participé à cette étude étaient mariées

(76 %) et avaient des enfants (87 %). La moyenne de l'âge des enfants de ces femmes était de 23,5 ans, ce qui est un reflet important de l'âge des participantes.



Figure 5
État civil des participantes

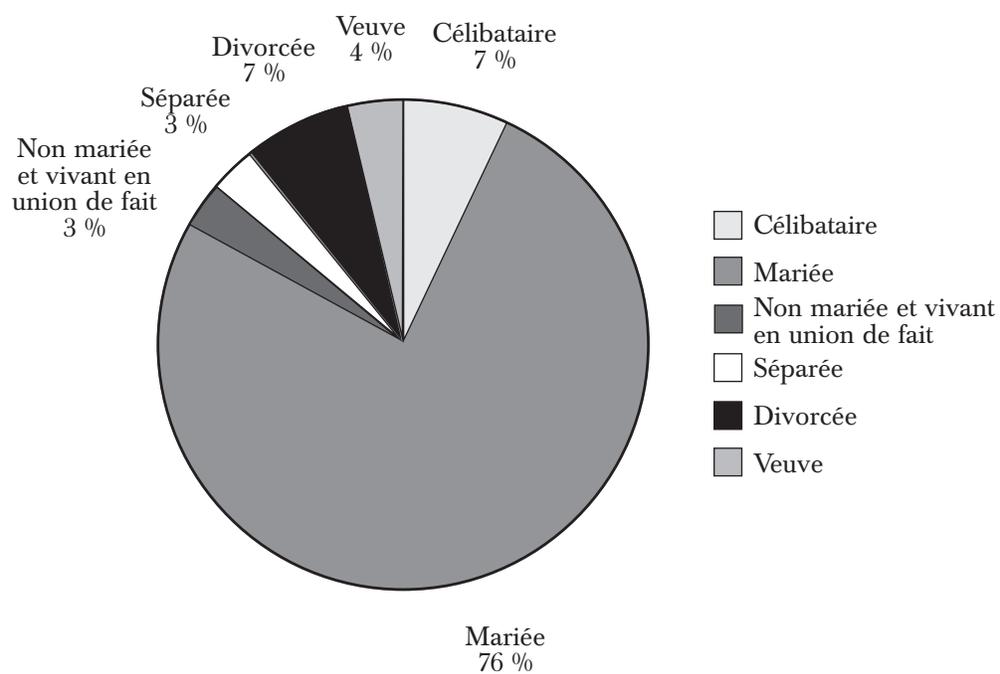


Figure 6
Participantés mères

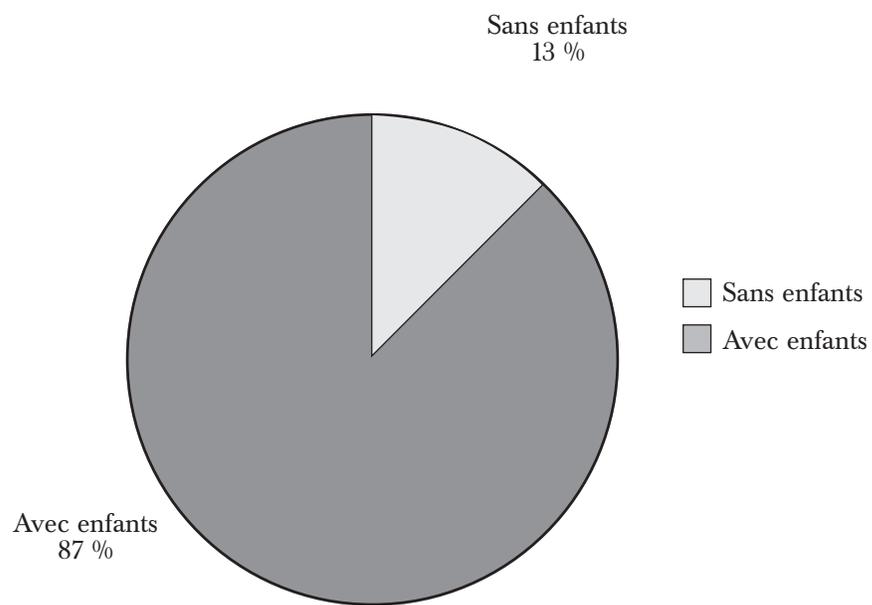


Figure 7

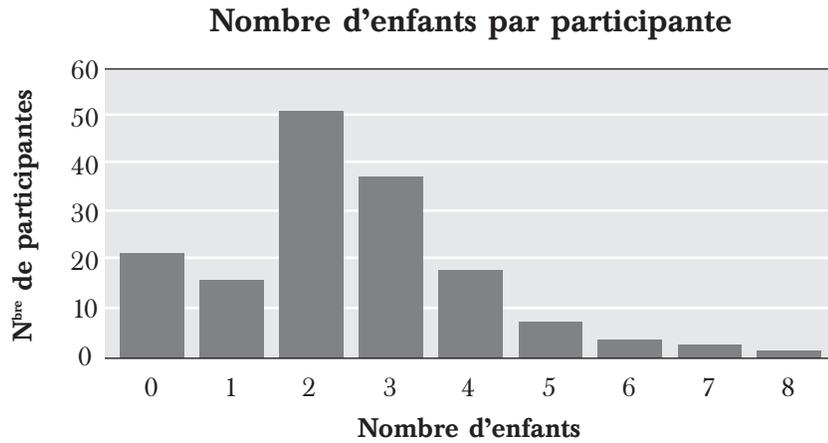
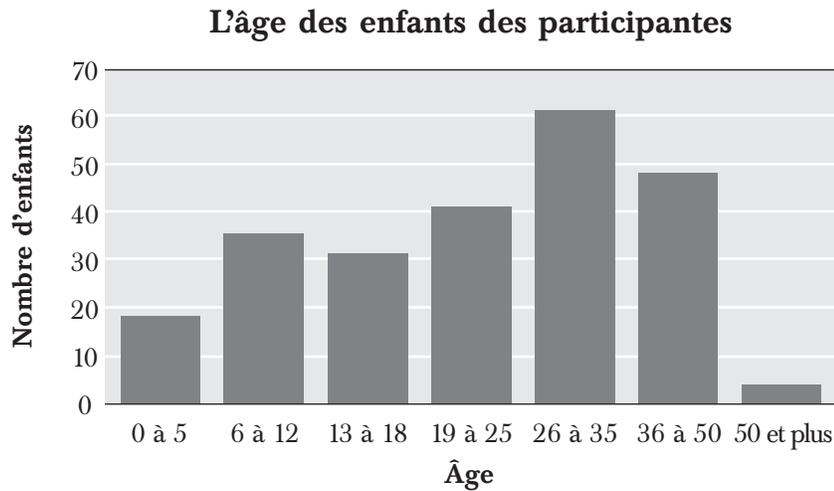


Figure 8



Les figures 9 à 11 présentent l'éventail du nombre total des populations pour les collectivités habitées par les diverses participantes, aussi bien que la distance de la maison au lieu de travail si elles travaillent à l'extérieur de leurs collectivités. De ces données, nous

constatons un écart important des groupes « au foyer », mais la plupart se situent sous le seuil de 2000. La plupart des femmes travaillent à l'intérieur de leur collectivité, mais le trajet de celles qui voyagent à l'extérieur de leur collectivité n'est pas long.

Figure 9

Populations estimées par les participants de chaque région

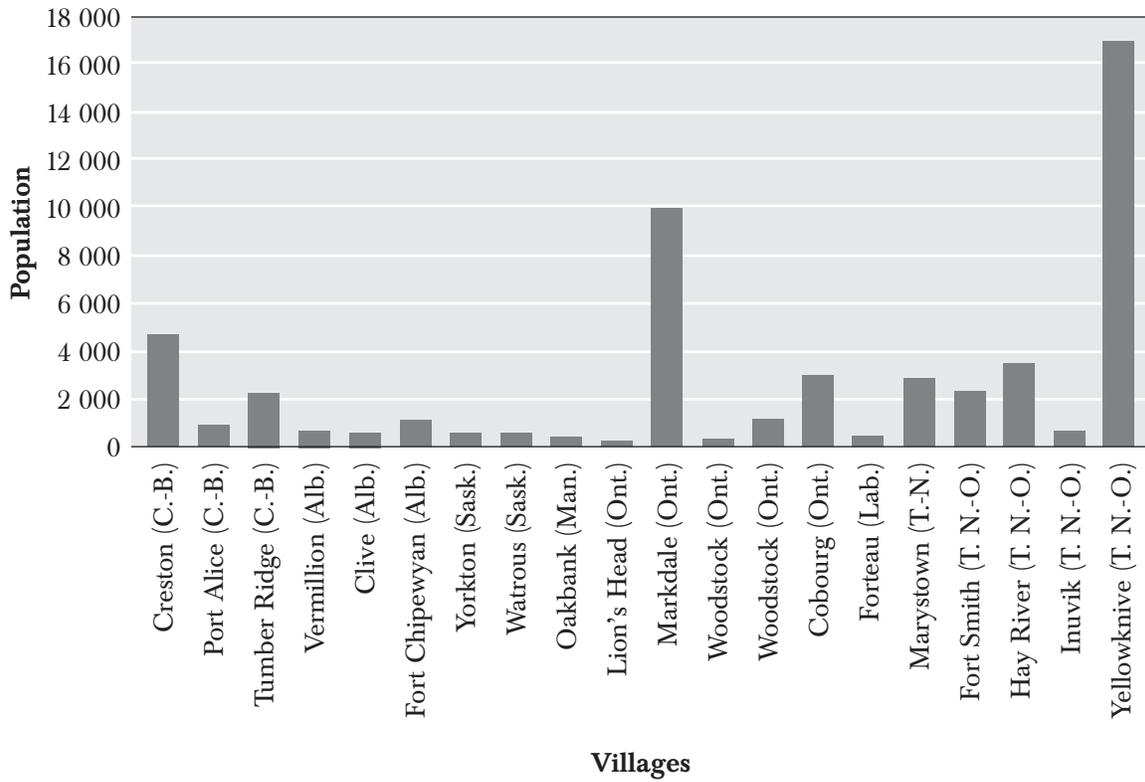


Figure 10

Résidente et employée de la même région géographique

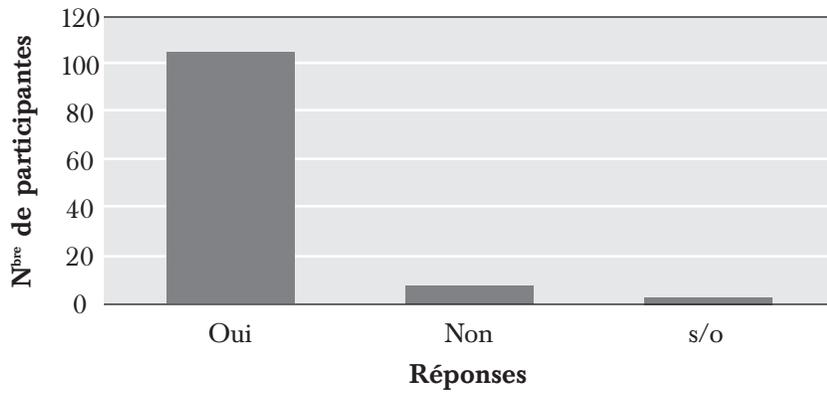
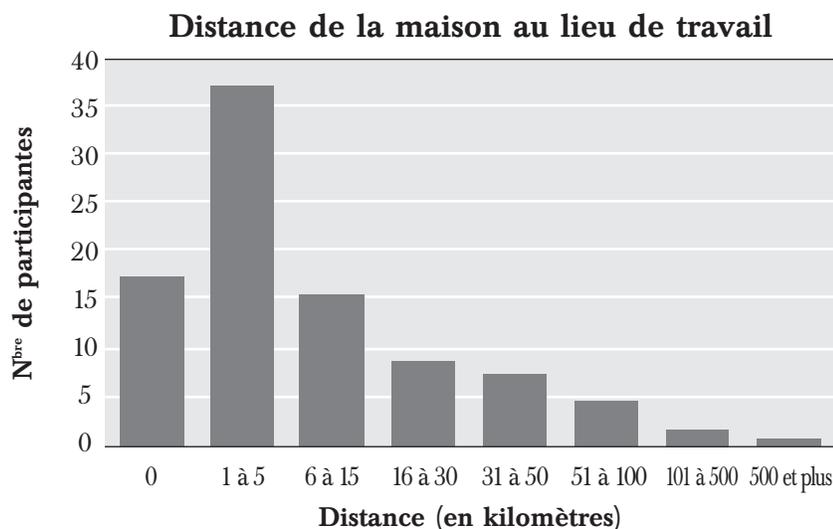


Figure 11



Nous avons demandé aux participantes quelle serait la distance qu'elles auraient à parcourir pour obtenir des soins de divers fournisseurs de soins de santé, y compris une infirmière, une infirmière praticienne, un médecin, un médecin spécialiste et des fournisseurs de soins alternatifs (au sens large). Par les données présentées dans la figure 12 et le tableau 2, nous constatons l'ordre descendant suivant

pour ce qui est l'accès aux spécialistes : infirmière, médecin, infirmière praticienne, fournisseur de soins de santé et spécialiste. Nous constatons également que le fournisseur de soins de santé le moins accessible aux participantes est l'infirmière praticienne et que la durée du trajet, en moyenne, est de deux heures pour visiter les spécialistes.

Figure 12

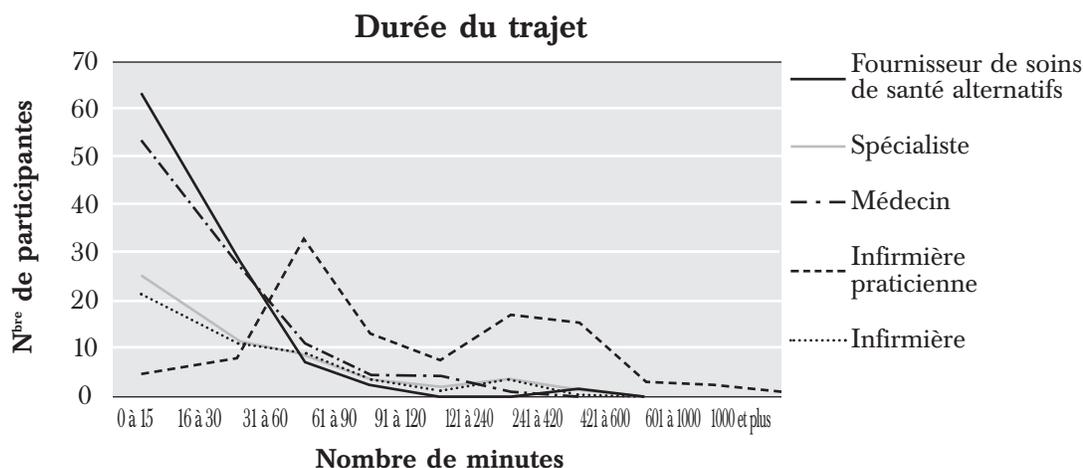


Tableau 2 Durée du parcours aux divers fournisseurs de soins de santé

Fournisseurs de soins de santé	Nombre de répondantes	Durée moyenne du trajet (en minutes)
Infirmière	104	19,28
Infirmière praticienne	57	42,8
Médecin	103	26,38
Spécialiste	99	148,11
Fournisseur de soins de santé alternatifs	77	87,17

Figure 13

Distance du parcours au praticien de soins de santé le plus près

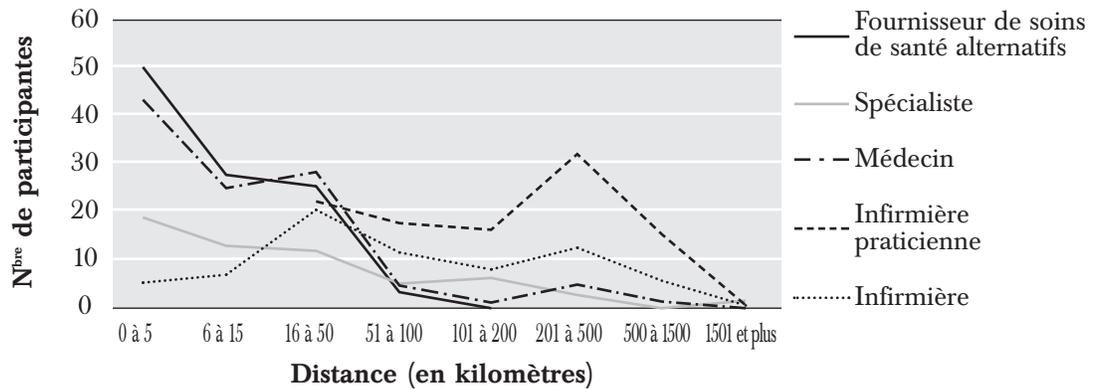


Tableau 3 Distance du parcours aux divers fournisseurs de soins de santé

Fournisseurs de soins de santé	Nombre de répondantes	Distance moyenne (en km)
Infirmière	106	12,97
Infirmière praticienne	60	69,86
Médecin	109	39,35
Spécialiste	106	285,18
Fournisseur de soins de santé alternatifs	70	206,35

Tel qu'il est indiqué à la figure 13 et au tableau 3, la durée du trajet est calculée en fonction de

la distance de chez la patiente aux praticiens en soins de santé.

Autres commentaires sur les participantes

Bien qu'aucune donnée exacte n'ait été obtenue sur le groupe ethnique des participantes, les membres du comité de recherche ont activement sollicité la participation des femmes métisses qui ont assisté aux groupes de Fort Chipewyan et de Oakbank. De nombreuses interviews faites dans les Territoires du Nord-Ouest ont compris des femmes des Premières nations. Le premier groupe de réflexion qui a été organisé par Pauktuutit (un organisme de femmes inuites) et tenu lors de son assemblée générale annuelle à Nain (Labrador), était composé des femmes inuites de l'extrême arctique, mais les

données de cette réunion ne figurent pas dans le présent rapport puisque le groupe de réflexion a eu lieu avant l'élaboration du guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion.

Il est également important de noter que bien qu'aucune donnée systématique n'ait été obtenue en ce sens, certaines participantes des groupes de réflexion ont été des prestataires aussi bien que des fournisseuses de soins (c'est la raison pour laquelle on fait mention de « clients » dans les questions du guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion).

Données des interviews

Tel qu'il est mentionné ci-dessus, la présentation de la transcription des données d'interviews des groupes de réflexion correspondra aux catégories notionnelles des points de vue généraux sur la santé, les soins de santé, la ruralité et les recommandations proposées par les femmes en matière de modifications des politiques et des recherches ultérieures. À l'intérieur de chaque catégorie, la présentation des données commence avec un tableau sommaire des thèmes clés soulignés par les participantes. Ces tableaux sont suivis de citations représentatives et sélectionnées des procès-verbaux des interviews qui font le point sur les thèmes. En présentant les citations, on accorde une importance de premier ordre à la voix des femmes. Les citations ne sont, par conséquent, mises en situation de façon générale et sont accompagnées de texte de soutien rédigé par l'auteure. Les commentaires des auteures sont inclus dans la section « Résumé et réflexions ».

A. Les effets de la vie en milieu rural et éloigné sur la santé

En discutant de leurs points de vue sur la santé, les femmes ont souligné les éléments positifs et négatifs de la vie en milieu rural et éloigné en faisant valoir les avantages et les inconvénients. Dans les deux cas, les aspects du milieu physique et environnemental ont été mentionnés.

Avantages

Le tableau 4 fait la liste des divers avantages de la vie en milieu rural et éloigné sur la santé des femmes et vont des questions du milieu physique d'une meilleure qualité de l'air et de l'absence de la pollution, aux questions du milieu social d'une collectivité unie.

Milieu physique

De nombreuses participantes ont noté l'importance du milieu physique des collectivités rurales et éloignées en les qualifiant souvent de « régions en plein air » qui contribuent à une bonne santé :

Je crois que dans une petite collectivité, les personnes ont un meilleur accès au plein air. Nous ne sommes pas prises dans une grande ville. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Ces propos faisaient référence à une qualité supérieure de l'air attribuable à l'absence de la pollution qui est habituellement associée à la vie urbaine :

Je crois que nous sommes situées dans un assez bon endroit. Nous n'avons pas beaucoup de grandes industries où nous sommes. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois que notre air est plus frais [...] il n'y a pas de smog. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Notre environnement est très sain ici. Nous avons de l'air frais. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Sans aucun doute, l'air ici est plus frais que celui des villes et des villages. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)



Tableau 4 Avantages sur la santé de la vie en milieu rural et éloigné

THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Milieu physique	Qualité d'air supérieure et l'absence de la pollution Plus d'arbres, de lacs, de beauté naturelle, de superbes endroits récréatifs Un meilleur accès à des activités de conditionnement physique Une meilleure diète
Milieu social	Une collectivité plus unie Des groupes sociaux et de soutien Women's Intitute (groupe de femmes de l'Église unie) Les églises rurales Des renseignements et des programmes Jouer un rôle actif et s'entraider Disposer du temps pour les activités familiales Sans perpétration de crime et sécuritaire Moins de stress, paisible Moins de congestion

Le fait d'habiter à proximité des endroits qui offrent des activités récréatives à bon prix où on y trouve des arbres, des lacs et une beauté naturelle sont des facteurs qui ont tous figurés de façon importante dans les réponses des femmes.

Je crois qu'il existe beaucoup d'occasions pour que les familles et les enfants puissent profiter d'activités de loisirs à bon prix. Le parc provincial sert d'un bon exemple. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Nous avons tous ces arbres et rochers merveilleux, et le lac, et pour moi ce sont des choses très bénéfiques. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

La question connexe d'accessibilité aux endroits qui offrent des activités de conditionnement physique a aussi été notée comme une façon de promouvoir la santé.

Vous pouvez aller faire de la course, faire une excursion ou du vélo ou quelque chose du genre. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Le fait de vivre à la campagne et d'avoir un parc tout près favorise une bonne santé puisque [...] je peux me rendre au parc. Je peux me permettre des randonnées. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Le plein air, l'exercice. Nous en avons beaucoup plus ici qu'on en aurait en ville. Bon nombre d'entre nous allons au magasin à pied. Nous nous rendons au bureau de poste à pied puisqu'il n'est pas assez loin pour y aller en voiture. C'est presque par la force des

choses. En plus, c'est sécuritaire de faire des randonnées pédestres. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Il est important de noter, cependant, que ces réponses proviennent de femmes qui habitent les villages ruraux et éloignés puisque, comme nous le verrons plus loin, certains propos de femmes des milieux agricoles témoignaient combien plus difficile c'était de se promener comme résidente d'une région rurale.

Une diète plus saine a également été mentionnée par certaines participantes.

Amplement de fruits et de légumes. Moins d'aliments vides. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Encore une fois, il se peut que ces commentaires représentent les femmes qui avaient leurs propres potagers. D'autres femmes en milieu éloignés ont fait remarquer que les fruits et les légumes frais se faisaient rares (voir ci-dessous).

Milieu social

En plus de mentionner les aspects du milieu physique, les participantes ont aussi fait valoir les éléments du milieu social des collectivités rurales et éloignées favorisant la santé. En particulier, nombre d'entre elles ont mentionné les avantages d'une collectivité unie.

Et la communauté ecclésiastique sert d'un soutien important tout comme le font de nombreuses autres personnes. Vous savez, les gens ici ne voient pas seulement à leur propre bien. Ces choses, c'est comme se faire embrasser par les membres de la collectivité. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

[Si vous] avez subi une crise cardiaque, tous les membres de la collectivité vous visiteront. Lorsque le malheur frappe ou quelque chose du genre a lieu, c'est comme une grande famille. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

L'appartenance aux groupes sociaux et de soutien unis a été décrite comme étant d'une importance critique pour certaines des femmes.

Comme par le passé, lorsque les femmes se réunissent ensemble, elles en retirent une certaine solidarité. Je cite comme exemple, le groupe de mères et de tout-petits qui existait autrefois. Il y avait beaucoup de soutien à l'intérieur de ce groupe. Il y a un mois, une femme me disait (et sa fille est maintenant âgée de 15 ans) 'Sais-tu que, pour moi, ce groupe a été l'une des meilleures choses puisque je croyais que j'étais en train de devenir folle avec mes deux enfants et j'ai découvert que j'étais comme les autres.' [...] Nous avons plus d'occasions pour créer de tels groupes à la campagne, mais je crois que nous commençons à devenir une ville au rythme accéléré. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Lorsque mes enfants étaient plus jeunes, il existait un groupe pour les parents et les tout-petits où ceux-ci pouvaient s'amuser dans une des églises du village. Et ce groupe servait de ressource importante pour les mères avec des enfants malades puisqu'elles pouvaient y rencontrer d'autres mères qui avaient vécu la même expérience. Le simple fait de partager son expérience avec d'autres parents. Et nous pouvions en apprendre des expériences des autres si nous en avons besoin. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Et je crois qu'il s'agit d'une caractéristique très solide de Port Alice, la collectivité et les membres qui s'entraident. (traduction libre) Port Alice (Colombie-Britannique)

Le soutien communautaire est formidable et je le vois beaucoup. (traduction libre) Clive (Alberta)

Un exemple particulier de ce genre de groupe est le Women's Institute, groupe des femmes des églises unies.

Nous avons tenté d'organiser des soirées de mieux-être pour les femmes puisque le groupe le plus affecté et le plus important n'est pas celui des femmes plus jeunes puisqu'elles n'hésitent pas à consulter les médecins de famille, mais plutôt, les femmes âgées qui se font suivre par le même médecin pour plus de 20 ans. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Lorsque je me suis jointe au groupe en 1964, il y avait plusieurs jeunes femmes, mais ce nombre a diminué puisque les personnes retournaient travailler ou elles n'avaient tout simplement pas le temps d'y assister lorsqu'elles étaient plus jeunes. (traduction libre) Markdale (Ontario)

Lorsqu'on discute de questions sur la condition féminine, je vous dis, 'Écoutez, à part les considérations gynécologiques, toute question concerne la femme. Les groupes du Women's Institute m'ont permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble.' (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Un des avantages d'une participation aux groupes communautaires est l'accès aux renseignements et aux programmes.

Nous prévoyons obtenir une subvention de Santé Canada destinée aux écoles et nous étudions actuellement ce qui constitue des familles et des enfants en santé; nous voulons augmenter une alimentation saine dans les écoles, étudier les politiques scolaires, augmenter les activités physiques et ce genre de choses. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Un très bon projet de Marystown est celui des groupes Enfants en santé parainnés par le gouvernement fédéral; ces clubs s'établissent à l'échelle de la péninsule. Les médecins de famille ou les infirmières renvoient les mères à ces clubs où elles se font suivre pendant leur grossesse tout en leur offrant soutien et conseils en matière d'alimentation [...] Et je vois entre 90 à 95 % environ de ces mères qui assistent aux clubs Enfants en santé allaiter leur bébé et elles se font suivre après leur départ. Pour y donner suivi, il y a le programme appelé Bright Futures auquel les mères peuvent s'inscrire où on leur offre un soutien concernant la garde des enfants et ce genre de chose. Mais l'impact le plus important que j'ai témoigné dans mes 30 ans sur la péninsule a été sur les soins prénatals. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador²)

Nous avons le programme Bon départ. Parmi les composantes de ce programme, il existe un volet qui favorise la santé, comment se brosser les dents, les

soins dentaires. Nous apprenons aux enfants comment se laver les mains. Nous organisons aussi des ateliers sur l'alimentation; un tel atelier a eu lieu hier soir pour les parents. Et nous fournissons également de la documentation d'appui, des livrets, des livres et des renseignements. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

Les groupes associés aux églises des collectivités rurales et éloignées ont aussi été mentionnés comme étant importants pour certaines, mais moins pour d'autres.

Nous avons des groupes provenant d'églises qui sont assez solides, mais nous avons aussi des réunions sur le mode de vie [...] les soirs. Les personnes peuvent se faire peser et aussi participer à des cours aérobiques ponctuels trois fois la semaine. (traduction libre) Forteau, Port Hope, Simpson et Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Je ne crois pas qu'elles participent tellement aux activités communautaires du tout à l'exception des paroissiens qui fréquentent l'église et qui [...] préconisent la vie spirituelle, mais pas plus que ça. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Bon nombre de réunions ont lieu dans le sous-sol de l'église [...] donc en ce sens, j'imagine qu'elles appuient indirectement [la collectivité] (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Donc, le rôle que jouent les églises dans la promotion de la santé des femmes en milieu rural et éloigné semble varier d'une collectivité à l'autre et d'une femme à l'autre en fonction de son rapport avec une secte religieuse établie.

Plutôt que de mentionner des groupes spécifiques offrant un soutien à la collectivité, de nombreuses participantes ont mentionné un sens d'appartenance généralisé et le fait que les membres de la collectivité savent comment se serrer les coudes.

Les gens s'occupent du bien-être des autres et il se peut que c'est comme ça parce qu'ils savent qu'ils sont les seuls qui peuvent le faire. Je ne dispose pas des grands systèmes de soutien que l'on offre à Edmonton [...] Donc lorsque le garçon de ma voisine s'est fait brûler, c'est moi qu'elle a appelée pour l'accompagner d'urgence à l'hôpital, et ce, en dépit du fait qu'elle n'avait été ma voisine que pour deux ans. Et je suis restée avec elle pendant tout le temps. C'est

ce que c'est une [petite] collectivité. Cela n'aurait pas eu lieu à Edmonton. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Le fait de pouvoir passer plus de temps en famille a été mentionné comme étant une autre forme de soutien social.

Le temps passé ensemble en famille. Du temps de qualité, oui, c'est important [...] (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Les femmes croyaient que les collectivités rurales et éloignées étaient plus sécuritaires et avaient un taux de criminalité moins élevé que les régions urbaines.

C'est une collectivité agréable et un merveilleux endroit pour élever une famille. Je parle de la famille au sens large, mais on se sent bien lorsqu'on élève sa famille dans un lieu sécuritaire. C'est une collectivité agréable. Il n'existe pas beaucoup de restaurants et autres. Pour ce qui est des loisirs, il n'existe, non plus, pas beaucoup d'occasions pour ce genre d'activités. Mais je me sens en sécurité. Mes enfants ont beaucoup d'amis et c'est propre, sain, et nous avons une merveilleuse arrière-cour. Ce n'est pas toujours la course! (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Ma sœur habite en ville et elle ne sort pas le soir ce qui est un facteur très stressant pour elle. Elle ne va nulle part seule. Où je suis, je ne connais pas ça. Je me sens en sécurité et à l'aise; je n'ai pas peur. Cela est aussi attribuable aux gens qui vivent près de la nature ce qui les rend plus à l'aise. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

L'environnement paisible que certains associaient aux milieux ruraux et éloignés était tout aussi valable pour les milieux sociaux en rendant la vie moins stressante comparé à leurs homologues urbains.

De plus, nous disposons de plus de temps sur le plan personnel. Même s'il ne s'agit que de quelques minutes pendant la journée, nous pouvons aller faire une randonnée avec les vaches et puisque personne désire nous accompagner, nous avons plus de temps pour être seules. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

C'est beaucoup mieux que d'être dans un milieu urbain où il y a beaucoup de congestion et de circulation, en plus d'une région densément peuplée. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Pour résumer, les participantes ont soulevé plusieurs aspects des milieux physiques et sociaux qui aidaient à promouvoir leur santé. Il importe de faire valoir ce point puisqu'il existe une tendance dans la littérature sur la santé et les soins de santé en milieu rural de n'étudier que les aspects négatifs. Les femmes choisissent d'habiter les collectivités rurales et éloignées, ou d'y rester, pour des raisons importantes et bon nombre de ces raisons portent sur des caractéristiques qui, selon elles, favorisent leur santé ou celle de leur famille. Ceci étant dit, les participantes ont égale-

ment fait mention de plusieurs aspects nuisibles de la vie en milieu rural et éloigné sur la santé des femmes. Ce qui est intéressant à faire remarquer, c'est que plusieurs de ces aspects nuisibles ont été qualifiés par d'autres participantes d'éléments positifs dans leur vie.

Inconvénients

Les participantes ont mentionné les inconvénients des milieux physiques et sociaux de leur collectivité. Ils figurent dans le tableau 5 ci-dessous :

Tableau 5 Effets nuisibles sur la santé de la vie en milieu rural et éloigné

THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Milieu physique	Qualité d'air inférieure Qualité d'eau inférieure Produits chimiques Sécheresse Logement inférieur Diète et coûts élevés de la nourriture Besoins en matière de transport et manque de transport en commun Effets de le météo et des saisons Accès limité aux activités favorisant la santé
Milieu social	Stress économique et agricole (effets sur les maris qui ont besoin d'attention) Isolement Attentes et attitudes sociales Manque d'une famille étendue Manque d'anonymat Toxicomanie Violence Emplois limités Effets de la restructuration Insécurité financière et faible revenu Faible taux de scolarité Alphabétisation

Milieu physique

Tandis que certaines participantes attestaient d'une meilleure qualité de l'air dans les régions rurales et éloignées, d'autres soutenaient que la qualité de l'air de certaines collectivités était inférieure.

J'aimerais voir une meilleure qualité de l'air et plus d'arbres au lieu de les voir coupés par tout le monde en citant qu'ils aident l'environnement. (traduction libre) Clive (Alberta)

Nous avons des amis qui [...] habitent au sud du village assez loin de chez nous et l'été dernier un incident est survenu; le pilote d'un avion-agricole croyait que leur terre était abandonnée en dépit du fait qu'il n'y avait aucune telle indication sur la carte et la cour sur laquelle la maison était située a été pulvérisée. Le mari a été malade par après et le lapin, l'animal domestique de cette famille, qui était dans une cage à l'extérieur, a été tué. [...] donc j'étais inquiète surtout ayant trois enfants sous l'âge de six ans, et ils aiment jouer à l'extérieur pendant l'été et il y a des avions qui passent au-dessus de notre demeure

[...] pour moi, je crois que sur le plan environnemental, il s'agit peut-être d'un des risques les plus importants qui nous fait face. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

D'autres risques à la santé liés aux milieux physiques comprennent l'emploi excessif de la pierre à chaux sur les chemins de gravier et des produits chimiques pulvérisés dans les fossés qui affectent la qualité de l'air et de l'eau.



Il s'agit d'un aspect négatif puisqu'on ne devrait pas utiliser tellement de pierre à chaux qui crée beaucoup de poussière dans notre environnement. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Certaines de ces préoccupations étaient associées à des secteurs industriels spécifiques situés dans les localités, qu'il s'agisse du secteur agricole, de l'exploitation locale d'une carrière ou d'une mine de potasse, ou d'un moulin de pâtes et de papier.

En plus des préoccupations sur la qualité de l'air, il en existait également sur la qualité de l'eau. Dans certaines situations, ces préoccupations étaient directement liées à la tragédie de Walkerton (Ontario).

Nous avons de l'eau d'une cote zéro-zéro. Toutes les bactéries de E. coli et coliformes; on se taquine entre voisins en se demandant 'Quel est votre cote cette semaine?' 'Nous en sommes toujours à zéro-zéro.' (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Nous n'avons jamais été inquiets de l'eau du village. Il n'y a pas eu, je crois qu'au cours des 25 dernières années, nous avons eu une directive de faire bouillir l'eau. Donc cette question n'a jamais posé de problèmes. Mais c'est que ce n'est pas de la bonne eau [...] je ne crois pas qu'il y ait d'agents contaminants ou chose pareille. Mais l'odeur et le goût de l'eau ne sont pas bons. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

La présence de produits chimiques agricoles dans l'eau et dans l'air est également une préoccupation importante pour certaines.

Je pense à l'agriculture, les produits chimiques, la question de l'eau. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Il y avait un temps où notre nourriture provenait de nos propres potagers puisque nous croyions que celle-ci était plus salubre. Que je cultive mon propre jardin sans produits chimiques, que j'essaie de faire, et

que l'avion-agricole passe ensuite le lendemain, tout mon potager a été détruit par les embruns de pulvérisation. Donc la qualité de la vie n'existe plus. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Et je crois qu'on verra les résultats dans les années à venir, peut-être un taux plus élevé de cancer et de maladies. (traduction libre)

Vermillion (Alberta)

La sécheresse qui a eu lieu pendant une période prolongée dans les Prairies a aussi été une question qui a mené à des discussions sur l'accessibilité de l'eau.

Oui, lorsqu'il pleut, les gens sont nombreux au village. Les personnes ont bonne mine. Nous n'avons pas vécu cette expérience cette année. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Un autre aspect du milieu physique des collectivités rurales et éloignées qui a des effets nuisibles sur la santé est le logement inférieur aux normes exigées.

Croyez-moi, il n'a pas suffisamment de logement. (traduction libre) Clive (Alberta)

Certaines des jeunes mères seules nous disent qu'elles habitent dans des appartements humides et froids en raison de leur faible revenu; elles n'ont pas le choix. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Le coût élevé d'une bonne nourriture alimentaire a été une autre question importante mentionnée par certaines participantes.

Le coût de la nourriture est plus élevé. (traduction libre) Clive (Alberta)

L'accès à la nourriture nous pose parfois un problème, c'est-à-dire, à une bonne nourriture. Nous n'avons pas le même choix ou les mêmes coûts rentables que les plus grands centres, donc il s'agit d'un effet nuisible réel. Et je sais que surtout si on est à risque, il existe très peu de formes de soutien communautaires ici. Par exemple, nous n'avons pas la même infrastructure que les villes pour appuyer les

banques alimentaires et les soupes populaires. Si vous êtes dépourvu et habitez une région rurale de l'Alberta, et n'avez aucun appui familial, vous êtes mal foutu. Vous êtes mal foutu. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Toute chose d'un poids appréciable. Les croustilles sont assez abordables, mais une pomme ne l'est pas. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

La nourriture génétiquement modifiée préoccupait certaines femmes.

La sécurité alimentaire. Je crois qu'il y a beaucoup de gens qui se préoccupent des OGM à l'échelle mondiale et si on peut se pencher sur cette question le plus tôt possible, nous en saurons plus. Mais en attendant d'en savoir plus, nous risquons de tout perdre parce qu'il sera trop tard. Il se peut que nous n'exerçons aucun contrôle sur cette question. C'est ça. Nous avons perdu le contrôle sur le Canola. (traduction libre) Watrous (Saskatchewan)

En plus du coût élevé de la nourriture et du logement inférieur aux normes exigées, de nombreuses femmes ont mentionné le manque du transport en commun dans les régions rurales et que cette lacune ajoute à leur fardeau.

Si vous êtes à Toronto, vous pourriez peut-être vous promener à pied et trouver les services que vous ne pourriez pas trouver aussi facilement dans une région rurale. Habituellement, ces services exigent une voiture et beaucoup de femmes n'ont pas de voiture. Et il vous faut de l'essence et tout le reste. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Si vous avez accès aux services de garde et au transport, aux ressources et aux soutiens offerts par la collectivité, vous êtes alors mieux placées pour prendre des décisions qui vous aideront à promouvoir la santé. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Le temps a des effets supplémentaires sur le transport et la sécurité du transport au sein des collectivités rurales et éloignées.

Nous avons connu des temps sur la côte du Sud-Est pendant lesquels il y a eu des intempéries pour des mois où tous les vols ont été annulés (arrivées et départs) pendant 20 journées. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (T.-N. et Lab.)

Le temps impose aussi des limites sur l'accessibilité aux activités qui favorisent la santé surtout en hiver. Donc, même s'il existe de nombreux aspects du milieu physique qui

favorisent la santé, il peut également exister des aspects nuisibles pour ce qui est de la santé des femmes. Comme nous le verrons dans la section suivante, le milieu social des collectivités rurales et éloignées comporte des éléments négatifs et positifs.

Milieu social

Une des questions sociales les plus importantes et nuisibles liée aux facteurs socio-économiques de la vie en milieu rural et éloigné comprend le peu d'occasions en matière d'emploi et le stress de la vie agricole.

Je crois aussi que sur le plan économique, nous faisons face à beaucoup de situations stressantes vu l'incertitude puisque nous dépendons du temps météorologique et des prix dans une collectivité agricole. Ces facteurs stressants et le fait d'avoir à établir un budget lorsque le revenu n'est pas stable, je crois que ces facteurs font que nous composons avec certaines questions économiques d'une façon différente. L'incertitude avec laquelle nous vivons; le fait de ne pas savoir si [la ferme] nous appartiendra l'année prochaine [...] je crois (traduction libre) Clive (Alberta)

La citation suivante met également en relief le lien entre le stress et le soutien communautaire.

Le nombre d'heures confié au travail, que ce soit une femme en milieu agricole ou non qui joue plusieurs rôles au sein de sa collectivité, en plus de sa famille, du travail agricole et de ses responsabilités, je crois que ce sont des heures données en retour du travail non rémunéré et effectué par bon nombres de femmes et de maris. Leur famille entière contribue à la ferme, mais cela ne signifie pas qu'ils ne réalisent pas le même travail que les membres d'autres professions. (traduction libre) Clive (Alberta)

Le fait que les femmes en milieu agricole assume la charge de leur mari ou qu'elles, par d'autres moyens, essaient de réduire le niveau de stress pour leur mari, semble ajouter au niveau de stress des femmes en milieu agricole.

Je crois que les femmes en milieu agricole, je voulais faire le point sur le fait que les femmes des milieux ruraux et agricoles ont passé une année très difficile en observant leur mari travailler d'arrache-pied. Et je crois que c'est de plus en plus difficile pour les femmes

de savoir que leur revenu sera réduit en raison d'une année difficile et elles voient le stress dans les yeux de leur conjoint. (traduction libre) Watrous (Saskatchewan)

L'autre côté de la médaille d'une collectivité unie en milieu rural et éloigné est le manque d'anonymat qui peut contribuer au stress et empêcher les gens de se chercher de l'aide s'ils en ont besoin.

Ici à St. John's bien qu'on puisse être un peu plus anonyme, on ne l'est pas. Tout le monde connaît un peu l'histoire de l'autre. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Il existe également certaines attentes et attitudes qui font partie de la vie en milieu rural et éloigné. Elles comprennent des aspects culturels tels que le respect (ou le manque de respect) des coutumes, des rituels et de la spiritualité.

Je suis employée par le ministère des Affaires du Nord qui commençait à embaucher un plus grand nombre d'Autochtones et un homme de ce groupe voulait faire brûler des herbes sacrées, mais lorsqu'il s'apprêtait à se purifier, [...] notre surveillante l'a interdit. Elle avait toutes sortes de raisons pour lesquelles il ne serait pas permis de le faire. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

L'isolement est un facteur important associé à la vie en milieu rural et éloigné. Les collectivités peuvent donner l'apparence d'être tranquilles, mais elles peuvent, parfois, être trop tranquilles.

Le taux de suicide est très élevé au sein des collectivités qui n'ont pas le même soutien que nous avons. (traduction libre) Clive (Alberta)

L'isolement et les lacunes, avec la centralisation actuelle, particulièrement dans l'Ouest. La population des villages diminue. Les services n'existent pas. On ne peut se déplacer pour profiter de tous les divers services, donc les gens demeurent très isolés. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Bien que le fait d'habiter à proximité des membres de sa famille a été mentionné comme un avantage pour ce qui est de la santé, d'autres ont mentionné le manque d'une famille étendue dans les régions rurales et éloignées qui est tout probablement dû au

déplacement des jeunes adultes vers les centres urbains pour suivre des études et pour se chercher un emploi.

[...] Il existe des endroits comme Corner Brook et St. John's où on n'a pas recours à la famille étendue pour se faire conduire à certains endroits parce que dans cette région la famille étendue est toujours assez solide. Je ne veux pas dire que c'est toujours le cas, mais je crois qu'en général, les voisins s'entraident beaucoup. Et tout le monde se connaît [...] (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Les voisins sont comme les membres d'une famille étendue. Il y en a qui travaillent, mais il n'existe pas de famille étendue pour vous aider. Les gens se connaissent dans le village. (traduction libre) Tumbler Ridge (Colombie-Britannique)

Certaines femmes ont discuté de l'abus des stupéfiants au sein de leur collectivité.

L'année dernière, on se penchait sur la question du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et on organisait deux journées de séances [...] Pour sensibiliser les gens aux dangers de l'alcool pendant la grossesse, [...] et les conseillers en orientation y étaient présents puisque cette question concerne certaines élèves; ce n'est pas les alcooliques, mais plutôt les jeunes femmes qui abusent de l'alcool les week-ends à trois ou quatre reprises et qui en sont à un mois ou deux dans leur grossesse sans le savoir. Et si elles l'admettent, elles pourraient se voir perdre la garde de leurs enfants [...] donc je crois qu'il n'existe que deux cas, un cas officiel de syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool dans la province. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

En habitant ici, il est impossible d'ignorer les effets de l'alcool et de la drogue, de l'abus sexuel, de la façon que les femmes se font traiter. (traduction libre) Inuvik (Territoires du Nord-Ouest)

L'abus de la drogue et de l'alcool est fréquent à Port Alice parce qu'il s'agit d'une collectivité bien nantie. (traduction libre) Port Alice (Colombie-Britannique)

Je ne sais pas si on qualifierait ceci comme menaçant, mais il y a beaucoup d'alcool dans les régions rurales qui passe sous silence ou qui est accepté. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Une certaine discussion a eu lieu sur la fréquence de la violence dans les collectivités rurales et éloignées.

Nous n'avons pas d'endroit, en général, je dois dire qu'il y en a très peu, il n'existe pas de besoins importants pour un endroit, un abri, puisque le taux de violence est très faible. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Il est difficile de déterminer si cette citation est un reflet de la réalité ou s'il ne s'agit que d'un point de vue présumé de la part la collectivité. C'est sûr, que si les services n'existent pas, il est difficile de mesurer le besoin. D'ailleurs, une discussion en groupe n'aurait peut-être pas été un forum propice à ce genre de discussion.

Personnellement, j'aimerais bien que les choses changent et je sais que c'est répandu, mais lorsqu'une femme décide de se retirer d'une situation abusive, le montant d'argent qu'elle reçoit est très, très minime. Et je sais que pour moi-même, ayant déjà quitté, en premier lorsqu'on déménage, il faut faire l'achat d'une bouteille de ketchup et d'un balai et [...] elles se demandent 'donc est-ce que je vais mourir de faim ou me faire battre?' Donc elles retournent. Elles retournent et cela me fait de la peine. Je veux leur dire, 'Venez chez moi.' (traduction libre) Tumble Ridge (Colombie-Britannique)

Des perspectives d'emploi limitées pour les femmes des régions rurales et éloignées ont été liées à un taux de santé mentale plus faible pour les résidentes de ces collectivités.

L'emploi [...] est un des facteurs qui contribuerait beaucoup à la santé et au bien-être ici. [...] et le soutien nécessaire devrait être offert aux femmes pour les aider à décrocher des emplois. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Bon nombre de mes amies se disent, 'Bon, je ne travaille pas pour gagner le salaire minimum. Plutôt, je deviendrai enceinte pour recevoir de l'aide sociale et ils s'occuperont de moi.' Ouen. Il n'existe pas d'emplois ici. On ne peut décrocher des emplois et on ne veut pas quitter. Si on ne quitte pas, nous sommes prises. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Cette collectivité n'a pas beaucoup à offrir [...] donc nous devons conduire et on peut conduire 20, 12 ou 40 milles pour se rendre au lieu de travail le plus près. (traduction libre) Clive (Alberta)

Le manque d'emplois était le plus évident au sein des collectivités en transition ou qui subissaient une forme de restructuration économique.

Les coupures du gouvernement provincial ont eu un effet tellement stressant sur la vie de nombreuses personnes. Et c'est tellement néfaste pour ce qui est de la santé. Mon mari, par exemple, a été mis à pied et nous étions très inquiets des conséquences. Et chaque personne que nous connaissons a été affectée d'une façon ou d'une autre par ces mises à pied, que ce soit leur emploi qui a été touché ou qu'elle se préoccupe de la situation ou que la fermeture de leur magasin aura lieu en raison du déménagement de 6 000 personnes. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

L'insécurité financière, un faible revenu, des faibles taux d'éducation et d'alphabétisation constituent plusieurs des questions importantes et connexes mentionnées par ces femmes.

La subsistance de la plupart des personnes est assurée par le gouvernement et elles comptent sur le gouvernement pour ce financement puisqu'elles ne sont plus en mesure de compter sur l'environnement naturel pour survivre. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Je me préoccupe également du fait que plusieurs de nos jeunes qui gagnent un salaire minimum n'ont pas un mode de vie sain [...] ils n'ont pas accès aux activités récréatives appropriées [...] en plus de l'alimentation ou même des vitamines et autres. (traduction libre) Clive (Alberta)

La tâche principale que nous devons réaliser est d'amener les gens à ce point; il faut mieux instruire certaines personnes de la collectivité pour qu'elles puissent revenir et mettre des groupes sur pied. Il s'agit là d'une possibilité plus réaliste. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

[Il y a] peu de temps pour l'éducation publique. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

À tout le moins, l'alphabétisation, on ne peut même pas faire de la lecture sur cette question si on ne sait pas lire. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

L'éducation, par exemple, un faible niveau d'alphabétisation qui est lié à une santé malsaine surtout parmi les personnes âgées puisque ce n'est pas qu'elles ne sont pas instruites, mais qu'avec le temps, elles ont perdu leurs compétences en matière d'alphabétisation. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Mais il y a des élèves des 11^e et 12^e années qui m'ont consultée, et je ne devrais pas en parler, mais ils ne pouvaient pas lire à un niveau de 4^e année. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

Les femmes des régions rurales et éloignées ont donc soulevé des aspects positifs et négatifs relativement à leur santé. En effet, le même facteur – qu'il s'agisse de la qualité de l'eau ou de l'air, ou du soutien communautaire – peut avoir des effets positifs et négatifs selon la région pour les différents groupes de femmes. Comme nous le verrons, des rapports qui semblent être contradictoires, occupaient également une certaine importance dans les points de vue de ces femmes sur les effets de la vie en milieu rural et éloigné pour ce qui est des services de soins de santé.

B. Les effets de la vie en milieu rural et éloigné sur les services de soins de santé

Malgré que la plupart des questions du guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion étaient liées à la question de la santé, les réponses de nombreuses femmes mentionnaient les soins de santé. D'ailleurs, les facilitatrices ont dû, dans certaines situations, pousser la question de façon considérable pour diriger la discussion

des femmes de sorte à ce qu'elle dépasse les limites des questions concernant l'obtention des soins de santé. À la lumière de ce fait, la majorité des données se classent dans cette catégorie. Comme auparavant, les données ont montré une dichotomie des aspects positifs et négatifs par rapport aux points de vue des femmes sur les effets de la vie en milieu rural et éloigné relatifs à leurs soins de santé. Il y avait une plus grande tendance parmi les femmes, cependant, de se pencher sur les lacunes des services de soins de santé des milieux ruraux et éloignés comparées à celles des régions urbaines.

Nous présenterons d'abord les avantages de la vie en milieu rural et éloigné relativement aux services de soins de santé suivis par les inconvénients.

Avantages

Bien que la discussion sur les soins de santé en milieu rural et éloigné a porté principalement sur ses lacunes, plusieurs participantes ont noté certains avantages offerts par la vie en milieu rural et éloigné en matière de services de soins de santé. Les avantages figurent dans le tableau 6 ci-dessous :

Tableau 6 Avantages de la vie en milieu rural et éloigné sur les services de soins de santé	
THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Questions structurelles	L'hôpital Moins occupé Amélioration de certains niveaux de services
Questions sociales	Le fournisseur de soins de santé de l'hôpital ou de la collectivité est connu. On peut facilement se fixer un rendez-vous avec le médecin de famille.

Un des avantages de la vie en milieu rural et éloigné en matière de services de soins de santé est que si on a accès à un hôpital, c'est parce que l'hôpital tend à être moins occupé que ceux des centres urbains. Par conséquent, certaines femmes croyaient qu'elles y obtenaient des soins de santé supérieurs.

Les meilleurs soins que j'ai reçus ont été offerts à l'intérieur d'un très petit hôpital où ni les médecins

ou les infirmières étaient surchargés et c'est le service que l'on reçoit maintenant dans les centres urbains plus petits. (traduction libre) Clive (Alberta)

Dans certaines collectivités, les services offerts avaient été améliorés étant donné le nombre élevé et un meilleur éventail des fournisseurs de soins de santé. Parfois ces améliorations étaient attribuables aux visites en rotation.

Je crois que la situation s'est améliorée puisque nous avons une infirmière pour 600 personnes [...] ensuite une deuxième et enfin une troisième; donc je crois qu'il s'agit d'une bonne augmentation. Et une infirmière en santé mentale nous a visités. Je ne suis pas certaine si les visites sont mensuelles ou trimestrielles, mais un physiothérapeute nous visite, mais comme je l'ai mentionné, je ne suis pas certaine de la fréquence de ses visites. Et un orthophoniste nous visite régulièrement maintenant. Et les visites du médecin sont plus ponctuelles qu'auparavant. Et nous avons une infirmière praticienne qui est postée ici. Donc, je crois que notre situation s'améliore. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Certaines femmes ont mentionné que le fait d'habiter une petite collectivité en région rurale ou éloignée leur permet de connaître leur fournisseur de soins de santé et qu'il était plus facile de fixer un rendez-vous avec leur médecin de famille.

Pour ce qui est des rendez-vous, j'habite Corner Brook et je crois que l'on peut obtenir un rendez-vous plus rapidement si on passe par nos infirmières comparé à chez nous. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Cependant, la grande majorité croyait qu'il était difficile d'obtenir un rendez-vous dans les collectivités où il y avait des lacunes graves en matière de services. Par exemple :

Il y a un nombre tellement élevé de patients que ce n'est pas possible de voir un médecin. (traduction libre) Clive (Alberta)

Ces lacunes, en plus d'autres, au sein du système seront discutées plus en détail ci-dessous. Il est important, cependant, de noter le peu d'avantages nommés par les femmes des collectivités rurales et éloignées concernant les soins de santé qui leur sont offerts.

Inconvénients

Les inconvénients des soins de santé ou les soins insuffisants offerts en milieu rural et éloigné peuvent être groupés sous deux catégories : les questions d'accessibilité d'ordre social et de structure et les questions de qualité. Celles-ci figurent dans le tableau 7.

Questions d'accessibilité aux soins

Un des facteurs les plus marquants des lacunes du milieu physique ou de la structure relativement aux collectivités rurales et éloignées, est la distance que les femmes doivent voyager pour obtenir des soins, notamment des soins de spécialistes. Ce fait a été relaté non seulement dans les renseignements obtenus du sondage démographique (voir les figures 12 et 13, et les tableaux 2 et 3), mais aussi par les propos de nos participantes.

Il nous semble que nous devons nous déplacer de plus en plus loin. 'Vous êtes tellement loin'. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

On peut voyager jusqu'à Edmonton pour un rendez-vous important pour ensuite émerger cinq minutes plus tard. 'Qu'est-ce qu'on vous a dit?' 'Bien, de ne rien changer.' Nous avons toute une liste de préoccupations et avons attendu un mois ou plus pour ce rendez-vous [...] sans même obtenir de réponses. On rentre à la maison plus frustrées qu'avant. Et, en plus, c'est une journée perdue. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Dans certains cas, les conséquences pourraient être sérieuses.

Plus votre résidence est éloignée de la Route 2, moins vos chances de survie sont bonnes lorsqu'il s'agit d'un accident grave. (traduction libre) Clive (Alberta)

« On rentre à la maison plus frustrées qu'avant. Et, en plus, c'est une journée perdue. »

Tableau 7 Risques en matière de santé associés à la vie en milieux rural et éloigné
Services en matière de soins — Questions d’accessibilité

THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Services	<p>Longues distances à parcourir pour obtenir des soins</p> <p>La nécessité de s’absenter pendant des périodes appréciables pour les rendez-vous</p> <p>Coûts supplémentaires de l’hébergement</p> <p>Accès limité aux soins hospitaliers</p> <p>Heures d’ouverture insuffisantes</p> <p>Accès réduit aux services d’ambulance</p> <p>Accès limité aux services et aux programmes favorisant la santé</p>
Renseignements	<p>Accès difficile aux renseignements sur la santé et les soins de santé</p> <p>Uniquement pour les questions sensibles sur la santé de femmes</p> <p>Utilisation d’Internet et d’autres médias</p> <p>Télésanté</p>

Plus il faut voyager de longues distances pour obtenir des soins, plus il faut du temps (souvent des journées de congé ou sans solde pour les rendez-vous) et plus il faut de l’argent pour avoir accès aux soins qui sont plus accessibles dans les régions urbaines. Dans certaines situations, il y avait des retards [imprévus], donc les participantes devaient également payer des coûts supplémentaires liés à l’hébergement.

Et l’aspect financier est une difficulté importante pour la plupart des femmes [...] (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Le simple fait d’avoir à faire un voyage aller-retour à Marystown exige 15 \$ pour l’essence et ensuite 25 \$ pour le chiropraticien; vous savez il y a bien des gens qui ne peuvent pas se permettre ce genre de dépenses. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve)

Il y a aussi le fait que vous devez constamment vous rendre aux quatre coins du monde pour vous prévaloir des services de santé et cela est stressant. Pour ma part, je suis très chanceuse; il n’existe pas de maladies chroniques dans ma famille. Mais si j’avais un enfant ou un mari atteint d’une maladie chronique, je crois qu’il s’agit d’un facteur très important en raison des dépenses que cela représente pour une famille en milieu rural. Je crois que les résidents des villes n’ont aucune idée de ce que c’est de quitter son milieu de travail. Ce n’est pas une question d’aller vite se mettre le nez dans le bureau d’un spécialiste. Il s’agit d’une journée entière. On y passe la nuit.

Lorsque ma plus jeune a été transportée à Edmonton par avion lors de sa naissance, j’ai dû, littéralement, faire mes bagages et déménager à Edmonton pendant deux semaines. Nous n’avions aucun autre moyen à notre disposition. Il y avait des bébés abandonnés à l’hôpital Royal Alex et ils l’étaient parce que les parents habitent Fort St. John ou un tel endroit. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Il s’agit de dépenses qui sont directement assumées par les femmes et leurs familles – c’est-à-dire, en général, ce ne sont pas des dépenses qui sont couvertes par l’assurance médicale.

En plus des distances géographiques, dans de nombreuses situations, l’accessibilité aux soins offerts par l’hôpital de la localité était limitée puisqu’il n’était pas ouvert 24 heures sur 24 ou n’offrait pas les services nécessaires, qu’il s’agisse des soins d’urgence ou de maternité.

Je crois que Markdale est ouvert 24 heures sur 24, donc il offre ce service. Après 21 heures, il faut sonner. Oui, mais le service y est. Oui. Le médecin est-il présent ou est-ce qu’il faut le faire venir? Je crois qu’ils le font venir. Je crois qu’ils sont toujours là. (traduction libre) Lion’s Head (Ontario)

On ne peut accoucher à Port Alice que si on a attendu trop longtemps et on se présente à la porte. (traduction libre) Port Alice (Colombie-Britannique)

Dans plusieurs cas, le fait que les services sont réduits dans les hôpitaux des localités fait en

sorte que c'est difficile d'attirer ou de retenir des fournisseurs de soins de santé dans les régions rurales et éloignées (pour une discussion plus détaillée, voir la section suivante sur le manque de fournisseurs).

Pour ce qui est des difficultés causées par les distances, certaines collectivités ont élaboré un programme de conducteurs bénévoles pour conduire les femmes et leur famille aux rendez-vous. Cet arrangement aide surtout les femmes âgées qui ne peuvent pas conduire. D'autres programmes comprennent les spécialistes itinérants.

Ils se déplacent d'une collectivité à l'autre à l'échelle du district de santé. Des spécialistes itinérants. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Dans certaines collectivités, les services d'ambulance sont relativement inaccessibles et exigent souvent que les utilisateurs aient à payer directement.

Semblerait-il que nous n'avons même pas d'ambulances ici. Je crois qu'il y en a une à Warton et une à Tobermory [des collectivités situées à 30 ou 45 minutes dans deux directions opposées], si je ne m'abuse. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

Nous venons d'acquérir le service 911 cet automne. Si quelqu'un aurait besoin d'une ambulance, vous seriez mieux de les transporter dans un véhicule si possible pour les conduire à un hôpital au lieu d'attendre que l'ambulance se rende pour ensuite voyager la même distance. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Une des choses que je veux critiquer c'est le coût du service d'ambulance [une discussion est comprise sur le fait que le coût est couvert s'il s'agit d'un voyage aller-retour, mais pas pour un aller ou un retour] [...] bien, pourriez-vous vous imaginer quelqu'un qui reçoit de l'aide sociale payer pour un tel service? (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

En plus des préoccupations sur les services d'urgence, les femmes ont également exprimé leur déception du manque d'accessibilité aux services et aux programmes qui favorisent la santé.

L'accessibilité aux programmes qui sont offerts dans les villes ou ailleurs; ces programmes devraient être offerts partout. Les programmes offerts à Winnipeg devraient également être offerts dans les régions rurales et éloignées. Peut-être à petite échelle, mais ils devraient être offerts.

(traduction libre)
Oakbank (Manitoba)

Il se peut qu'il existe de nombreux services, mais il y a des obstacles qui empêchent que ces services soient accessibles : le fait de ne pas savoir qu'est-ce qui est offert, le coût d'accès à ces services, le manque d'uniformité dans la prestation des

services (qui et quand), le manque de choix [...] (traduction libre) Fortsmith (Territoires du Nord-Ouest)

Pour résumer, il est évident qu'il existe des obstacles physiques et systémiques considérables qui limitent l'accessibilité aux services de soins de santé au sein des collectivités rurales et éloignées. Il existe également des obstacles sociaux.

Accès à l'information

Le manque d'accès à des renseignements fiables sur les soins de santé fut une question importante qui a fait l'objet des discussions des femmes au sein des groupes de réflexion.

Il semble que le message de la société entière est 'c'est à vous de vous charger de votre propre santé' et cela constitue un changement. Il y a vingt ans, c'était le médecin qui était chargé de ma santé. Mais de nos jours, c'est moi qui dois m'en occuper. Donc les renseignements qu'il me faut doivent me parvenir. (traduction libre) Clive (Alberta)

Nous n'avons aucune connaissance des renseignements qui existent. Même pas une idée. Du tout. Seulement des renseignements sur les services offerts.

L'accessibilité aux programmes qui sont offerts dans les villes ou ailleurs; ces programmes devraient être offerts partout.

Il se peut que nous ne connaissons pas les services offerts par le gouvernement et peut-être que le gouvernement espère que ces services ne seront pas connus. On pourrait vouloir s'en prévaloir. Et nous ne nous sommes pas renseignées, les représentants gouvernementaux se disent 'si personne n'a demandé ces services, nous cesserons de les offrir. Nous ferons autre chose.' Bien, si on n'en savait rien, comment pouvons-nous les demander? (traduction libre) Clive (Alberta)

Étant donné que notre région géographique est tellement répandue, il nous faut plus de renseignements pour appuyer les gens. Nous aurions besoin d'un groupe de liaison, par exemple. Nos collectivités ont actuellement des groupes de liaison avec les services de santé mentale de notre région. Peut-être si nous avions un genre de groupe de liaison de femmes qui veillerait aux préoccupations de n'importe qui, même celles des représentants du milieu médical. Si j'ai un client qui a un besoin pour de plus amples renseignements sur le diabète ou la surdité, existe-t-il un groupe ou des groupes qui pourraient me venir en aide? Un comité de liaison serait en mesure de nous diriger à une certaine personne, à un certain endroit, à certains renseignements. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Je crois que si nous aurions accès à tous les renseignements, on serait en mesure de se sensibiliser à ces questions, qu'il s'agisse de la santé mentale ou de l'état de l'eau, les services sociaux ou de toute autre question. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Plus précisément, les femmes désiraient obtenir des renseignements sur les questions plus sensibles en matière de la santé des femmes.

Si nous avons en poste ici une infirmière des soins de santé publics, quelqu'un pourrait se charger de la tenue de séances d'information sur les questions qui portent sur la santé des femmes ou démarrer un programme sur l'alimentation ou le conditionnement physique auquel les femmes pourraient participer; je crois aussi que ce serait des moyens pour réduire le niveau de stress dans leur vie. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

En premier lieu, quelqu'un qui, bien sûr, est connaissant des questions qui affectent les femmes. Par exemple, je me rends compte qu'il existe des lacunes importantes sur les questions sur la condition féminine et certainement sur la promotion de la santé.

Les femmes ont besoin de renseignements qui portent sur les règles, les parties du corps et leurs fonctions et quel effet elles ont sur les jeunes femmes et les femmes adultes. (traduction libre) Hay River (Territoires du Nord-Ouest)

L'accès à l'information sur les questions de la santé des femmes a été mentionné par une participante comme étant important surtout pour les jeunes filles.

Mon mari enseigne également et il s'est penché sur certaines questions qui concernent les adolescents. Dans la salle de classe, ce sont des questions embarrassantes pour eux. Mais il en parle [individuellement] avec eux et ils se sentent à l'aise avec lui. J'ai beaucoup d'expérience avec les jeunes et bon nombre d'entre eux ne se présenteront pas à une clinique. Ils n'aiment pas demander de l'aide. Ils, plusieurs d'entre eux, préfèrent se fier aux renseignements obtenus d'autres adolescents — des renseignements faux. Par contre, lorsqu'ils écoulent M. X en salle de classe, par exemple, il m'a fait savoir qu'à plusieurs reprises ils sont incroyables. Il leur donne des renseignements qu'ils ignoraient. Donc il y a un manque d'éducation au sein de la coll civit , oui. Et je crois que les adolescents se voient mal se présenter à une clinique pour obtenir ces renseignements. (traduction libre) Markdale (Ontario)

Une certaine partie de cette discussion de l'accès limité ou à l'accès de l'information mal coordonné a été liée à l'accessibilité limité aux ordinateurs et à l'accès Internet.

Mais dans les régions rurales, cet accès n'existe pas. Vous auriez pu vous rendre à un centre plus important pour y avoir accès, sauf si vous possédez un ordinateur de nos jours et pouvez effectuer la recherche sur Internet, mais ce n'est pas un moyen accessible à tous. (traduction libre) Clive (Alberta)

Mais j'ai rencontré tellement de gens dans ce village qui ne savent même pas mettre un ordinateur en marche. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

[...] si vous possédez un ordinateur de nos jours et pouvez effectuer une recherche sur Internet, mais ce n'est pas un moyen accessible à tous. (traduction libre) Clive (Alberta)

L'accès existe maintenant puisque les bibliothèques publiques l'offrent, la plupart des bibliothèques l'offrent. Croyez-vous que les gens s'en serviraient pour obtenir des renseignements sur la santé? Je crois que oui. Il est probable que les gens qui ont le plus besoin

de ces renseignements ne sauraient pas comment mettre un ordinateur en marche. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

La ligne de partage numérique. N'est-ce pas de quoi il s'agit? Il faut faire le pont entre ces deux groupes. Si vous n'avez les moyens pour vous acheter un ordinateur ou ne pouvez pas voyager pendant deux, cinq ou six heures, si vous habitez un village tout petit ou une petite collectivité. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Mais d'autres se souciaient de la qualité de l'information obtenue sur Internet.

Lorsque je suis à l'ordinateur, comment est-ce que je peux distinguer entre un article fiable et un article qui ne l'est pas? Comment est-ce que je peux savoir si l'article a été rédigé par une personne connaissante? (traduction libre) Clive (Alberta)

Le manque d'accès à l'information a aussi été lié aux niveaux d'alphabétisation (tel qu'il est mentionné dans la section qui figure plus haut).

À tout le moins, l'alphabétisation, on ne peut même pas faire de la lecture sur cette question si on ne sait pas lire. On peut pas chercher les renseignements. Tout le monde dit 'Consultez Internet'. Mais si on ne sait pas comment utiliser un ordinateur, si on ne se sent pas à l'aise avec les ordinateurs, on n'est pas en mesure de consulter Internet pour se trouver des réponses. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Télésanté a été mentionné comme un service précis qui aide à contrecarrer les obstacles structurels et sociaux pour accéder aux

renseignements de qualité en matière de soins de santé. Mais pour de nombreuses personnes, ce service ne leur était pas offert.

À l'heure actuelle, ce service n'est pas offert, mais peut-être qu'il est temps de mettre ce service sur pied maintenant que nous nous dirigeons vers un accès facile aux ressources à l'aide des technologies à notre disposition, que nous devons utiliser les moyens technologiques, quel que soit le moyen employé, que ce soit le service télésanté ou autre. (traduction libre) Clive (Alberta)

En plus de ces questions sur l'accès aux soins de santé ou à l'information sur les soins de santé, les femmes des groupes de réflexion ont discuté d'autres lacunes associées avec la vie en milieu rural ou éloigné relatives à la quantité et la qualité des services. Leurs commentaires sont mentionnés dans le tableau 8 qui figure ci-après et dans la section suivante.

Quantité des services de soins de santé

Les femmes ont mentionné les inconvénients de la vie en milieu rural ou éloigné relativement aux services de soins de santé en soulignant les maintes lacunes. Elles commençaient ordinairement en notant le manque de médecins.

À la base, c'est qu'il existe une pénurie de médecins. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

J'ai entendu qu'il existait des familles qui avaient demeuré ici il y a plus de six ans et qui n'ont toujours pas de médecin de famille. (traduction libre) Cobourg (Ontario)



Tableau 8 Les lacunes des services de soins de santé en milieux rural et éloigné —
Questions de quantité et de qualité

THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Questions de quantité	<p>Un manque...</p> <ul style="list-style-type: none"> de médecins (qui a une influence sur le choix et le fait d'obtenir un avis d'un deuxième médecin) d'infirmières praticiennes de sages-femmes de dentistes d'optométristes de services en santé mentale de services de réhabilitation de services de soins à domicile de services destinés aux besoins spéciaux <p>Délais, listes d'attente, périodes d'attente Coupures budgétaires, fermetures imminentes Effet négatif de la restructuration</p>
Questions de qualité	<p>Médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> trop occupés, épuisés manque de connaissances des questions sur la santé des femmes, trop brutes peu sensibles, attitudes stéréotypées envers les femmes, Attitudes condescendantes relativement aux femmes en milieu rural, c.-à-d. pas intelligentes Trop connues du médecin (p. ex., trop connues pour divulguer des renseignements sensibles) inquiètes du non respect de la confidentialité Manque d'engagement au sein de la collectivité Manque de continuité et de cohérence

Dans certaines situations, les conséquences étaient graves.

Le mois dernier j'ai fait une fausse couche, mais l'expérience m'a tellement secouée. J'ai commencé à faire une hémorragie le samedi et [...] mon mari m'a conduite à l'hôpital ici et l'infirmière semblait inquiète me voyant seigner comme ça, et le médecin n'avait pas l'air moins inquiet donc ils ont fait venir une ambulance puisqu'il n'y avait de médecin ici. Le médecin était absent ce week-end. L'anesthésiologiste était absent ce week-end. Et ils m'ont transportée d'urgence à Lloydminster. Et le pire c'était après, bien lorsque l'infirmière et le médecin m'ont tellement effrayée que j'ai demandé si j'étais pour mourir de cette hémorragie. D'abord, ma première inquiétude c'était de perdre mon bébé. Et ensuite je me suis demandée 'est-ce que je vais en mourir?' et lorsque je suis arrivée à Lloyd j'ai resté assise en attendant de

*16 h 30 à 17 h sur la civière. (traduction libre)
Vermillion (Alberta)*

De nombreuses femmes avaient une bonne appréciation des raisons qui contribuent à la pénurie de médecins.

Ce n'est pas uniquement une question d'argent, c'est aussi le fait qu'il n'y a personne pour prendre la relève lorsque les médecins sont sur demande. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Et ceux qui quittent actuellement, le font tout probablement parce que des remplaçants ne veulent pas être ici ou parce ce que d'autres quittent, d'autres si disent 'bien je n'arriverai pas à étudier avec cette charge de travail lourde.' Nous ne sommes pas très vendables. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Du même coup, cependant, elles ressentent les conséquences de la pénurie de médecins, y compris le peu de choix et les difficultés d'obtenir un avis d'un deuxième médecin sur les soins médicaux.

Parfois nous n'avons pas le choix, donc nous devons continuer à visiter un médecin qui ne nous plaît pas parce qu'il n'y en a pas d'autres. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Si vous n'êtes pas satisfaite de ce qui vous est offert la plupart du temps, c'est dommage. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

D'autres ont été plus précises en notant la pénurie de femmes médecins ou de femmes infirmières praticiennes. Ce point était vu comme étant important, notamment pour les questions de santé féminine sensibles (voir les autres commentaires ci-après dans la section qui porte sur la qualité).

Les questions qui seraient relevées si nous aurions plus de femmes médecins et de femmes infirmières praticiennes.' (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Peut-être qu'on pourrait envoyer un plus grand nombre d'infirmières praticiennes dans les collectivités et ainsi réduire les difficultés, le niveau de stress de nos employés du milieu médical comme les bureaux de médecins. (traduction libre) Clive (Alberta)

Certaines s'intéressaient à pouvoir accéder les services offerts par les sages-femmes aux services des soins de maternité.

Quels sont les services que nous n'avons pas? Sages-femmes. Les services d'une sage-femme seraient formidables. Et cela réduirait le niveau de stress des médecins. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois vraiment que les sages-femmes sont actuellement acceptées au Canada. Cela a pris du temps. Et je crois qu'elles devraient être, de plus en plus, être placées dans les collectivités plus petites parce qu'un médecin assiste rarement aux accouchements, tandis qu'une sage-femme ne fait que ça. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

C'est évident que les femmes désirent plus de services des sages-femmes, mais nous n'en sommes toujours pas là. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Un manque d'accessibilité aux services dentaires a également été souligné. Pour ce qui est des services dentaires, les distances limitent l'accès ainsi que le manque d'assurances dentaires parmi les résidents des milieux ruraux et éloignés.

J'ai dû m'absenter toute une journée de mon travail uniquement pour visiter le dentiste. (traduction libre) Tumble Ridge (Colombie-Britannique)

Le fait qu'il n'existe aucun régime d'assurance dentaire. Donc les problèmes de santé dentaire les plus graves sont parmi les enfants des milieux ruraux. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Le dentiste est au bureau tous les quinze jours pendant deux journées et il a également conclu un contrat avec le bureau de la santé Nunee. Et on ne parvient pas à le voir. [...] La queue est tellement longue. Et il accorde la priorité aux cas de traités³ parce qu'il se fera rémunéré pour la semaine entière. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

Des commentaires semblables ont été entendus pour ce qui est de l'accès aux optométristes et à d'autres oculistes.

Qu'en fait-on des gens qui se privent de soins oculaires parce qu'ils ne sont pas en moyen de se payer un examen de la vue. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Le manque de services en matière de santé mentale a été une question particulièrement importante pour de nombreuses femmes des groupes de réflexion.

Nous éprouvons une pénurie importante de soins thérapeutiques ici. Une personne nous visite pour deux journées, des demi-journées, mais les listes d'attente sont tellement chargées que nous n'arrivons pas à obtenir un rendez-vous. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

[Il y a de] très, très longues listes d'attente pour qu'elles puissent parvenir à visiter les spécialistes du domaine de la santé mentale. [...] Les personnes qui éprouvent des maladies mentales doivent pouvoir visiter quelqu'un à l'intérieur d'une semaine ou dans quelques jours après leur départ de l'hôpital sinon elles risquent de rechuter et d'être hospitalisées tout en répétant le cycle [...] Les personnes qui souffrent de maladies mentales n'ont pas, faute d'un meilleur mot, le savoir-faire pour sortir et se chercher des ressources. Donc, elles ont besoin de personnes [...] qui leur tendent la main au sein de nos collectivités. (traduction libre) Clive (Alberta)

Je crois que la liste d'attente est telle qu'il faut un délai d'un minimum de huit mois pour visiter un spécialiste en matière de santé mentale sur la Péninsule Burin. C'est ça la liste d'attente. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

On qualifiait souvent d'excessif les services de réadaptation. Bien que certaines femmes et leur famille avaient un accès limité à ces services, c.-à-d., en rotation ou par visite, il y a même une pénurie sévère de ces services.

Et nous avons un physiothérapeute, mais nous n'avons pas l'équipement nécessaire et le physiothérapeute n'a pas beaucoup d'espace pour effectuer son travail. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Pour de nombreuses femmes qui s'occupaient des soins d'un membre de famille malade ou handicapé, le manque de services de soins à domicile se faisait sentir de façon marquée.

La situation des soins à domicile ici est déplorable. [...] Les soins à domicile n'existent pas. Pour l'instant, elle paie beaucoup pour ce service elle-même, de son propre revenu. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Et le gouvernement ne payera pas pour des soins à domicile 24 heures sur 24 ou pendant le temps nécessaire. Il n'y a pas de membres de la famille qui pourraient fournir ces soins et il ne sont pas en moyen de les payer eux-mêmes. Donc, on fait ce qu'on peut. Les deux personnes donc, c'est évident que leur santé en souffre. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Certains soins infirmiers que l'on peut payer soi-même ne sont pas offerts dans les régions rurales. (traduction libre) Clive (Alberta)

D'autres services en matière des besoins spéciaux ont aussi été décrits comme étant mal coordonnés et ayant d'autres lacunes.

Et c'est des histoires de sottises pendant des années et des années, pas seulement avec les besoins spéciaux, mais avec tous les aspects des services sociaux. [...] Lorsque j'ai commencé à consulter les services sociaux au sein de cette collectivité pour mon fils ayant des besoins spéciaux, le monsieur se déplaçait. Il était très gentil et je le plaignais. Mais ça ne faisait pas partie de mes fonctions. Ma fonction était d'être la cliente et il été obligé de se déplacer pour aider notre famille. Et il est venu nous visiter chez nous et

nous a fait savoir qu'il avait plusieurs rôles à jouer, qu'aujourd'hui il était le représentant des Affaires du Nord et qu'une autre journée il représentait autre chose et le dossier des besoins spéciaux lui est tout nouveau et qu'on aurait peut-être à l'aider, et qu'en passant, il lui fallait des foyers nourriciers. Il nous faut des foyers nourriciers. Et il s'agissait de notre première visite avec ce type et lorsqu'il est venu le temps de quitter, je lui offrais plus de réponses et ainsi de suite. Ça c'était avant et maintenant les choses n'ont pas changé. Nous vivons le même scénario en tentant d'y ajouter un peu d'honnêteté. Et je croyais que c'était moi jusqu'à ce que le fournisseur de services me dise 'Voilà ce qu'ils ont dit et je sais que ce n'est pas vrai. Je sais par leurs propos qu'ils essaient de nous faire passer un sapin.' Et je lui ai répondu que je croyais la même chose. Et c'est la situation avec laquelle nous avons à composer. Donc, les services sociaux dans le Nord, surtout dans une collectivité isolée, que ce soit les Affaires du Nord, les questions sur la condition féminine, les besoins spéciaux pour adultes ou enfants, sont nuls, complètement nuls. (traduction libre) Tumbler Ridge (Colombie-Britannique)

Le manque de fournisseurs de soins de santé causent des délais appréciables, des listes d'attente et des périodes d'attente plus longues.

J'ai dû attendre au service d'urgence plusieurs fois par le passé et je vous dis que le service est incroyable. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Le fait de ne pas avoir accès aux soins en temps opportun amoindrit les chances du dépistage précoce des problèmes de santé.

Je crois qu'une autre difficulté pour les femmes en milieu rural c'est que de nombreux cancers peuvent être traités si le dépistage est précoce. Mais ici qui est-ce qui le fera? D'abord, je crois qu'on doit sensibiliser les femmes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître des problèmes de santé éventuels. Ensuite, il faut être en mesure de les envoyer quelque part pour régler le problème. Et il y a plusieurs étapes de ce processus qui n'existent pas ici. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

De nombreuses femmes ont également mentionné qu'au lieu d'améliorer le système de santé, la restructuration des soins de santé par des coupures budgétaires et des fermetures imminentes a fait en sorte qu'une mauvaise situation s'est aggravée.

Pour celles d'entre nous des régions rurales, on vit sous la menace de la perte des services existants. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Dans les collectivités rurales, nous vivons continuellement sous la menace de la perte de nos hôpitaux. (traduction libre) Clive (Alberta)

Avec les coupures qui ont été imposées et d'autres encore, les médecins ne voudront pas travailler ici. Et cela nous effraie. Nous savons que nous n'avons pas les spécialistes [...] Nous avons fait ces choix. Mais c'est inquiétant de savoir que les médecins ne peuvent pas pratiquer à titre d'anesthésistes ou de chirurgiens. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

En plus des retombées du manque des fournisseurs de soins de santé relatives à l'obtention d'un avis d'un deuxième médecin, aux périodes d'attente et aux délais de toutes sortes, les femmes en milieu rural et éloigné se sont clairement prononcées sur les conséquences de leur situation sur d'autres aspects des soins de qualité.

Qualité des services de soins de santé

L'opinion des femmes était partagée sur la question de la qualité des services offerts dans les régions rurales et éloignées par comparaison à ceux offerts dans les régions urbaines. Par exemple, une femme a noté ce qui suit :

La qualité y est, c'est plutôt une question d'accessibilité. (traduction libre) Clive (Alberta)

D'autres croyaient que la qualité n'était pas comparable. Par exemple, une participante affirmait ce qui suit :

La qualité du personnel infirmier n'y est pas en raison du nombre réduit d'infirmières. (traduction libre) Clive (Alberta)

La pénurie des fournisseurs de soins de santé fait en sorte que les fournisseurs que nous avons sont trop occupés et une femme a résumé les retombées sur la qualité des soins ainsi :

Il y a un homme là qui est chargé d'un groupe de patients depuis 20 ans; il ne peut pas être juste envers ce nombre de patients élevé puisqu'ils essaient tous de communiquer avec lui. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

De nombreuses femmes ont également mentionné qu'il y a un manque de connais-

sances des questions sur la santé des femmes de la part des médecins des collectivités rurales et éloignées qui, pour la plupart, sont des hommes. Dans certains cas, ces participantes percevaient les médecins comme étant très indifférents en affichant souvent des attitudes stéréotypées envers les femmes. De nombreuses participantes ont également mentionné qu'on les traitait d'un air condescendant et qu'elles se sentaient « bêtes » à titre de femmes d'un milieu rural ou éloigné.

Je me rends compte qu'il existe des lacunes importantes sur les questions qui touchent les femmes et certainement sur la promotion de la santé. L'attitude semble plutôt être 'bien voici une pillule' ou 'tu te fais des idées' au lieu de chercher davantage les causes. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

[Les médecins ne] comprennent pas les préoccupations que les femmes partagent avec eux. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Mon médecin est extrême. Il se lève avant que j'ai même fini. Il est à la porte. Il termine la visite [même si je suis toujours là]. Il ne veut que connaître les symptômes physiques [...] mais pour le reste, [laissons faire]. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Dans certaines situations, les femmes voyagent loin pour obtenir les soins d'une femme. Une femme racontait qu'elle avait voyagé quatre heures pour que son test de PAP soit effectué par une femme.

Pour mon test de PAP, je me rends, imaginez-vous, à Midway puisqu'il y a là une femme qui a accepté de me voir, et elle est très [...] et c'est une distance que je suis prête à voyager puisque je ne veux pas voir un homme et c'est un choix que j'ai fait. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

J'ai du mal à m'imaginer qu'un homme médecin comprendrait quand mes ovaires sont sensibles ou quelque chose du genre. Il ne sait pas ce que je ressens. Au moins, je me sens à l'aise avec une femme. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Je n'aime pas vous donner l'idée que j'ai des préjugés, mais je crois qu'une femme médecin ou une infirmière praticienne aurait une bien meilleure compréhension des problèmes de santé des femmes. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois que les femmes médecins comprennent nettement mieux les questions qui touchent les

femmes, alors qu'un homme, j'ai presque l'impression qu'ils se raccrochent désespérément à un semblant d'espoir, d'accord, essayons ceci.' 'C'est ça, essayons ceci.' Et c'est comme, 'non, je n'ai pas l'intention de servir de cobaye.' (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Un bon nombre de participantes croyaient qu'elles recevaient de meilleurs soins des fournisseurs de soins de santé qui sont des femmes.

Je crois que ma santé s'est toujours améliorée grâce aux services obtenus d'autres femmes. Il semble y avoir plus d'empathie et plus de temps accordé. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

Certaines femmes cherchent à se prévaloir des services de praticiennes alternatives lorsque possible.

Si les médecins nous envoient promener sans nous donner l'aide dont nous avons besoin, il nous faut donc nous diriger vers une médecine alternative, une praticienne alternative ou quelqu'un qui est en mesure de nous aider et peut-être nous donner l'aide qu'il nous faut ou qui a l'effet voulu. (traduction libre) Clive (Alberta)

En plus des préoccupations sur le sexe de leurs médecins, certaines femmes se préoccupaient également du rapport entre elles et leur médecin.

C'est-à-dire que bien que certaines participantes croyaient que le fait de bien connaître son médecin était un élément positif de la vie en milieu

rural et éloigné, d'autres croyaient qu'il était parfois plus difficile de partager des renseignements sensibles surtout si elles se faisaient suivre par le même médecin que d'autres membres de leur famille.

Vous savez, si vous rencontrez le médecin lors de fonctions sociales. Si le médecin est un ami de vos parents ou s'il fait partie du milieu social. J'ai dû subir

beaucoup de tests de PAP par le passé en raison d'un cancer du col de l'utérus. Donc, je me sens tellement plus confortable avec une femme d'abord, et avec quelqu'un qui ne fait pas partie de mon milieu social. Pour moi, c'est important. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

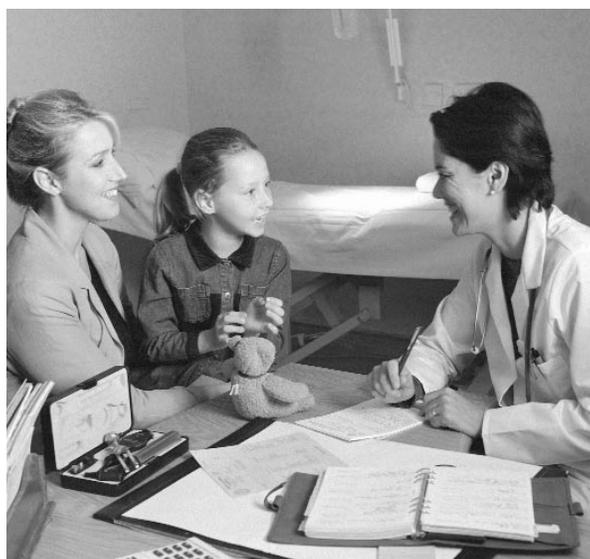
D'autres ont soulevé des préoccupations sur la confidentialité.

Je crois que dans un petit village, la question de la confidentialité est une préoccupation, mais on en parle pas. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Je crois que l'autre grande difficulté au cours des années a été celle du non respect de la confidentialité puisque si on se rendait au bureau de l'infirmière, presque tout le monde du village l'avait appris après quelques journées. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

Le taux de roulement élevé des fournisseurs de soins de santé dans certaines collectivités remettait en question, pour certaines participantes, leur engagement communautaire.

Les médecins nous quittent continuellement. (traduction libre) Vermillion (Alberta)



Nous avons un taux de roulement important relatif aux médecins, tandis que les infirmières en régions sont des femmes qui ont habité le même lieu pendant de nombreuses années, pour la plupart, et elles font partie de la collectivité. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Le taux de roulement élevé a soulevé d'autres préoccupations liées à la continuité et à la cohérence en matière de soins de santé.

Il y avait un spécialiste qui venait nous visiter, ensuite quelque chose est survenu et nous n'avions plus de spécialiste; ensuite nous en avons un, mais ce n'était pas le même médecin, et après un bout de temps, il y a un manque de cohérence. Il en arrive que d'un mois

à l'autre, on ne sait plus quel médecin est libre.
(traduction libre) Vermillion (Alberta)

Nous éprouvons des difficultés dans certaines collectivités pour ce qui est de la continuité relative aux médecins de famille. [...] donc, tous les six mois environ, le médecin pouvait être remplacé par un autre. Donc, il n'y a pas de moyen pour assurer la continuité. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Je dirais qu'elles vont des années sans subir de tests de PAP et que pour les raisons que vous citez, le taux de roulement des médecins tous les six mois, le médecin ne leur recommandera pas de revenir pour subir ce test. Et la plupart des femmes ne questionneraient pas le médecin sur de telles questions. Donc, je crois que dans une large mesure, cet aspect est négligé et les tests ne sont pas effectués. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

En même temps, cependant, elles ont noté que le taux de roulement était attribuable au fait d'être trop occupé et au taux d'épuisement élevé chez les fournisseurs de soins de santé.

Les taux de roulement et d'épuisement élevés du personnel des intervenants de première ligne influent sur la continuité des soins de santé. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Somme toute, la situation qui nous a été présentée sur l'état des soins de santé offerts aux femmes des régions rurales et éloignées était plutôt sombre. Elles s'affrontent à une pénurie de fournisseurs de soins de santé dans tous les domaines de spécialisation et les services dont elles disposent ont été perçus, dans certains cas, comme étant insuffisants et indifférents par rapport aux besoins des femmes. Les femmes des groupes de réflexion ont déployé énormément d'efforts en temps et en argent pour obtenir des soins que ce soit des services de base ou des services offerts par une autre femme. Elles comprenaient les raisons de ces défis, mais elles espéraient toutefois qu'un meilleur service pourrait leur être offert. Dans la section suivante, qui porte sur les points de vue des femmes des milieux ruraux et éloignés, ces expériences en matière de santé et de soins de santé y seront accordées une place importante.

C. Définition et les expériences de la vie en milieux rural et éloigné

Les femmes qui ont participé à nos groupes de réflexion avaient une très bonne idée de ce que c'était d'habiter une collectivité en milieu rural ou éloigné. Leurs réponses ont été divisées en deux catégories à savoir les aspects positifs et négatifs tout comme l'ont été leurs réponses sur l'effet de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé. La première catégorie porte sur les questions de structure, y compris la distance géographique entre les clientes et les services et autres personnes, les divergences entre « agricole » et « rural », « village » et « rural » et entre « rural » et « éloigné. » La deuxième catégorie porte sur les questions sociales qui découlent du fait d'être connue de tous, d'avoir à se tirer d'affaire et des attitudes stéréotypées envers les femmes des régions rurales. Ces questions figurent dans le tableau 9.

Questions de structure

Les distances et le voyage sont des éléments importants de la vie en milieux rural et éloigné tout comme ils le sont des soins de santé en milieu éloigné. En effet, souvent la première réponse offerte par les participantes lorsqu'on leur demandait ce que signifiait pour elles la vie en milieu rural ou éloigné, c'était le fait de « conduire. » Dans certaines collectivités rurales, les femmes ont noté un autre obstacle, soit d'avoir à se déplacer par avion pour se rendre où que ce soit. N'importe le milieu, un nombre élevé de voyages était associé à la vie en milieux rural et éloigné.

Il faut voyager pour toute chose. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois que le fait d'être éloigné des services. [...] Je vous dis qu'il n'y a rien ici, donc il faut se déplacer pour obtenir toute chose. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

Il faut voyager cent kilomètres pour se rendre en ville pour aller au marché. Ensuite, c'est votre enfant qui joue au hockey. Donc, cela représente d'énormes voyages. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Tableau 9 Vue d'ensemble de la vie en milieux rural et éloigné

THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
Questions de structure	Les distances La solitude, le silence et l'espace La sécurité L'isolement Ferme comparée au village Milieu rural comparé au milieu éloigné Choix en matière de transport Communications
Questions d'ordre social	Vous êtes connue de tous Votre maison vous appartient La pauvreté Être capable de se tirer d'affaire et mener une vie simple Discrimination de la part des résidents de la ville au sud Les « bleds » de la campagne L'effet sur l'estime de soi Migration de la ville à un milieu agricole ou rural

Pour certaines femmes qui n'avaient pas leur permis de conduire, cela posait des problèmes importants.

Bon nombre de personnes n'ont pas accès à un moyen de transport. Par exemple, parmi les personnes âgées, il y en a beaucoup qui n'ont pas de voiture. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

C'est vous qui est chargé de vous rendre. (traduction libre) Clive (Alberta)

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

Associés aux questions des distances à parcourir pour se rendre chez d'autres ou pour se prévaloir de services, étaient des sentiments d'isolement, de silence et d'espace.

Vous n'entendez pas vos voisins. Vous savez, il n'y a pas tous les bruits et les sons de la circulation des villes qui me taperaient sur les nerfs. C'est plus facile de vivre près des veaux lorsque vient le temps du sevrage que d'écouter les querelles du voisin. (traduction libre) Clive (Alberta)

Être en mesure de sortir et de se promener sans s'inquiéter de la circulation. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

L'espace et la liberté que nous et nos enfants avons. (traduction libre) Clive (Alberta)

Pour bon nombre de personnes, ces sentiments représentaient une certaine sécurité.

Vous êtes en sécurité si vous voulez faire des promenades au sein de la collectivité [...] au contraire des villes où on serait peut-être inquiètes de se faire agresser, etc. (traduction libre) Tumbler Ridge (Colombie-Britannique)

De l'autre côté de la médaille, cependant, était le sentiment d'être isolé, seul et vulnérable.

Une partie des problèmes de la vie en milieu rural relativement aux attitudes, c'est que de nombreuses personnes se sentent seules ou isolées ou déprimées. (traduction libre) Clive (Alberta)

Si vous n'avez pas de voiture ou de permis de conduire, le sentiment de l'isolement peut surgir si vous habitez une région rurale. (traduction libre) Markdale (Ontario)

Je crois qu'il existe un énorme besoin d'affronter le sentiment d'isolement que les femmes ressentent en milieu rural. Nous parlons beaucoup de la collectivité et tout ce que cela représente, mais le fait d'être isolée signifie que notre milieu nous offre une beauté

naturelle abondante, mais comporte également la possibilité d'être terrassé. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Sans doute, la question structurelle des distances a des retombées sur l'isolement social (voir ci-après pour une pleine discussion des aspects sociaux de la définition de la vie en milieu rural et éloigné).

D'autres questions structurelles portent sur les différences entre le milieu agricole et le village et qu'un plus grand nombre de femmes équivalent la vie en milieu rural à la vie en milieu agricole. Par exemple :

Mais la notion rurale signifie être à la campagne éloignée d'autres personnes sur son propre terrain. (traduction libre) Clive (Alberta)

Le fait d'habiter une collectivité composée de groupes nous donne peut-être le sentiment de ne pas être en milieu aussi rural que si nous serions sur certaines de ces grandes fermes. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Ma notion de la campagne c'est d'être agriculteur et de toucher la terre de ses propres mains [...] J'aime conduire un tracteur dans un champ et de voir que derrière moi, la terre est cultivée et l'odeur, et les verres, les mouettes et les aigles. Lorsque je travaillais dans le champ une fois, il y avait 11 aigles qui ont volé au-dessus de moi pendant toute la journée. Et j'ai une aigle que j'ai nommée Margaret. Je l'ai nommée ainsi en souvenir de ma mère. [...] dans un de mes champs où je travaille, elle se perche juste là et attend que mon tracteur l'atteigne et comment pouvez-vous vivre une telle expérience [en ville]. Et nous avons tous eu nos moments mélancoliques parfois en conduisant ou en se promenant à pied dans la forêt et tout à coup, un chevreuil nous surprend. Il n'y a pas de meilleur sentiment que de se sentir appuyé par la nature lors de tels moments et quelque chose nous arrive et on sait, je crois, que c'est le fait d'être capable de toucher la terre de ses propres mains. (traduction libre) Clive (Alberta)

Toutefois, de nombreuses personnes ont noté que les milieux agricoles n'étaient pas nécessairement idylliques.

Je crois qu'on risque beaucoup plus de se faire blesser sur une ferme que dans une de ces cours la grandeur de mon pouce. (traduction libre) Clive (Alberta)

La question des personnes qui se sont déplacées des villes aux régions agricoles ou rurales a été soulevée dans cette discussion.

Un grand nombre de nos fermes ont été achetées par des personnes venues des villes, etc. [...] On achète ces fermes pour servir de résidence tranquille. [...] Donc, je crois qu'il y en a parmi nous qui se sentent rurales oui, mais l'agriculture est plutôt un passe-temps qu'un gagne-pain. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Si on regarde bien, tous les résidents de la collectivité sont venus de la ville. (traduction libre) Markdale (Ontario)

En général, les participantes ont fait la distinction entre le milieu rural et le milieu éloigné.

Je crois qu'il existe une différence importante entre le milieu rural et le milieu éloigné. Nous sommes à sept milles du village [...] le fait d'être en milieu éloigné pour moi c'est lorsqu'on habite à des centaines de milles d'un centre. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois que la vie en milieu éloigné favorise aussi le sens des responsabilités. On commence à se fier à ses propres ressources et on sait que c'est à nous qu'il incombe de se tirer d'affaire. [...] Vous devez être autosuffisant. (traduction libre) Clive (Alberta)

St. Lawrence est probablement un endroit éloigné puisqu'il n'y a pas d'accès Internet là-bas puisqu'ils n'existent pas de lignes téléphoniques [...] C'est ce qui fait qu'ils sont éloignés. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Lorsque je pense à des milieux éloignés, je pense à des collectivités qui ne sont accessibles que par transport aérien. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Par conséquent, les choix en matière de l'infrastructure du transport et des communications jouent un rôle important dans les définitions des notions « rural » et « éloigné » des participantes.

Questions d'ordre social

Les femmes que nous avons rencontrées avaient tendance à faire le lien entre la vie en milieu rural ou éloigné et le sentiment d'appartenance à un endroit.

Comment définissons-nous notre collectivité? C'est tout simplement d'être chez nous. Donc, la collectivité est votre chez-vous. Et nous essayons d'en profiter au maximum. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

L'appartenance peut signifier que tout le monde se connaît, ce qui peut avoir des retombées positives et négatives.

Je crois que ce qui est bien ici c'est que je sais qu'en ville, les personnes sont pratiquement des numéros. Au moins ici, on nous connaît par notre nom [...] et si vous avez vécu ici pendant une assez longue durée et vous connaissez d'autres gens, vous avez un nom et une famille, et les autres familles ont été associées à la vôtre d'une façon ou d'une autre [...] mais cela peut être quelque chose de positif ou de négatif. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Lorsque j'habitais XXX, mon fils a perdu la vie dans un accident et tous les gens y étaient; tous. Je ne crois pas qu'on aurait eu cette expérience dans une ville. (traduction libre) Clive (Alberta)

Un sens d'appartenance. Être très affable [...] il existe un aspect plus humain ici. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Tout le monde connaît l'histoire de l'autre que ce soit les soins de santé, votre situation financière ou ce que vos enfants ont fait la nuit dernière. Cela n'a pas d'importance. De l'autre côté, en étant résident de cette collectivité, tout le monde élève vos enfants. (traduction libre) Port Alice (Colombie-Britannique)

La pauvreté est un aspect social trop courant dans les milieux ruraux et éloignés.

Mais pour être des gens de la collectivité et de grandir et faire partie de la collectivité, et dès le départ, nous vivons dans la pauvreté [...] d'être élevé sur les terres et de se nourrir de la terre. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Donc, bien des choses que nous avons apprises sont associées à la pauvreté, mais tout le monde a besoin de ces valeurs pour ensuite devenir un adulte autonome qui contribue à la collectivité, à la famille et à la société. Et nous avons, en quelque sorte, associé tout cela à la pauvreté et nos jeunes cherchent à être plus en moyen pour ne pas avoir à faire toutes ces choses. La Saskatchewan en est un bon exemple. On y est actuellement dans le dénuement presque complet. (traduction libre) Woodstock (Ontario)

[Nous devons] reconnaître qu'il existe certaines gens dans le dénuement le plus complet qui n'ont même pas les installations ou la capacité ou les connaissances de base. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Les effets sociaux de la pauvreté, les services locaux limités et d'autres risques à la santé, ont parfois été aggravés par les contraintes de temps qui accompagnent le travail saisonnier des régions rurales et éloignées et ce qui en

résulte c'est un sens généralisé qu'il faut se tirer d'affaire.

Ce que vous désirez n'est pas toujours offert. Et c'est, pour nous, une réalité de la vie rurale; parce qu'on est agriculteur, il y a certaines périodes de l'année où on doit rester chez soi [...] on ne peut rien faire au mois de mars parce que c'est le temps des veaux. Donc, si vous êtes malade, c'est soit la salle d'urgence ou rien du tout. Si c'est pendant la récolte, c'est la même chose. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Certaines ont donné une optique plus positive au manque de services et à l'isolement en relatant que cela contribuait à simplifier la vie et à se faire à des revenus plus faibles.

Le manque de divertissements, de commerçants, et, j'imagine, beaucoup de facteurs ici que vous auriez dans la plupart des centres. Mais, je crois que nous sommes bien compensés dans d'autres domaines. [...] Nous cueillons nos propres baies et nous cultivons nos propres potagers, ce genre de chose que vous ne feriez pas si vous étiez dans un plus grand centre. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

C'est moins cher vivre ici. J'ai donc dû travailler à temps plein lorsque j'habitais Vancouver. Et je ne gagne même pas la moitié de mon salaire précédent et je travaille à temps partiel; c'est un rythme de vie plus lent, moins stressant et avec plus de temps pour les loisirs. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Vous n'êtes pas aussi stressé et ne vivez pas à un rythme accéléré; vous avez, par conséquent, une meilleure santé puisque vous vous sentez mieux et vous êtes plus à l'aise. Vous jouissez davantage de la vie. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

J'adore le jardinage. J'adore notre arrière-cour. J'adore nos arbres [...] C'est excitant de cueillir les fruits et d'en faire des conserves ou des tartes ou chose pareille. Cela me plaît. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Bon nombre de femmes ont mentionné les diverses attitudes stéréotypées envers la vie en milieu rural et éloigné. Certaines ont témoigné qu'elles ou d'autres avaient subi un traitement discriminatoire lorsqu'elles voyageaient pour se rendre « en ville » ou au « Sud » pour se prévaloir de soins de santé et d'autres services.

Pour moi, un milieu rural signifie la tranquillité, de l'espace et mon propre terrain où la vie devrait être moins stressante. Ce n'est pas toujours le cas puisque beaucoup d'autres facteurs doivent entrer en jeu; si vous êtes agriculteur, oubliez ça. (traduction libre) Clive (Alberta)

Ils ignorent que des gens des collectivités éloignées, qui n'ont peut-être jamais quitté la collectivité, se sentent précisément comme ces étrangers et qu'on devrait leur accorder une certaine considération et attention. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Je n'aime pas l'admettre, mais beaucoup de mes expériences dans des hôpitaux urbains me font croire que je suis perçue comme étant un peu moins intelligente, un peu plus stupide. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Ils croient que par votre simple présence, vous n'êtes pas tellement instruit. (traduction libre) Markdale (Ontario)

Je crois que les femmes qui sont salariées portent une tenue soignée et lorsque nous sommes à la tâche à la maison sur la ferme, nous portons [...] je n'ai jamais vu une femme avec une bêche dans son jardin en talons hauts. Donc, je crois, qu'en partie, c'est lié aux attitudes que les autres se font de nous ou à leur perception de nous. Ils croient qu'on s'habille ainsi parce que nous négligeons notre tenue, que nous ressemblons à des gens dépourvus et que vraiment, je crois que puisqu'ils ne nous voient pas bien habillées, que nous devons être dépourvues d'intelligence et de vêtements. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

En même temps, cependant, certaines des femmes des milieux ruraux avaient des attitudes stéréotypées d'elles-mêmes.

Une femme d'un milieu rural est quelqu'un qui fait beaucoup de pâtisseries [...] beaucoup d'édredons. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

Dans l'ensemble, les définitions de la vie en milieux rural et éloigné des femmes tendaient vers une image d'autosuffisance - d'avoir à subvenir à leurs propres besoins en adoptant une vie plus simple, à voyager beaucoup et à travailler davantage pour soi-même ou pour sa famille tout en étant mal comprises ou mal vues par les personnes de la ville ou du Sud.

D. Recommandations en matière de changements aux politiques concernant les questions sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné et leurs soins de santé

Une fois que les participantes avaient décrit les retombées de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé et les questions des soins de santé, nous leur avons demandé de nous faire part de leurs points de vue sur les changements de politiques possibles de façon à ce qu'elles puissent mieux affronter leurs problèmes. Ces points de vue figurent dans le tableau 10 ci-après qui comprend les catégories générales suivantes : l'amélioration de l'accessibilité; une sensibilité accrue; l'amélioration de l'accès aux renseignements et aux groupes cibles; l'élargissement de l'éventail des services axés sur l'âge; un soutien accru; la promotion de la compréhension des effets de la réforme en matière des soins de santé; et, en général, des rôles plus influents pour les femmes des collectivités rurales et éloignées relativement aux questions portant sur la santé et sur les soins de santé.

Bon nombre des commentaires des participantes dans nos groupes de réflexion sur un meilleur accès aux services de soins de santé portaient sur l'augmentation du nombre de médecins dans les collectivités rurales et éloignées. Plusieurs associaient la pénurie de médecins à d'autres lacunes des soins de santé en milieux rural et éloigné telles que l'épuisement des fournisseurs des soins de santé et la surcharge de travail.

Si on avait un nombre suffisant de médecins au sein d'une collectivité, il n'existerait pas de problèmes relatifs à la surcharge de travail dans une région rurale. Et si on voudrait se rendre en ville avec son épouse pour un week-end, il y aurait d'autres médecins dans la collectivité qui pourraient les remplacer. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

D'autres ont proposé qu'on devrait permettre aux médecins ayant reçu leur formation à l'étranger de pratiquer.

Nous entendons que des représentants du secteur de la santé du gouvernement canadien étudient la question des médecins étrangers qui arrivent, et c'est

malheureux qu'ils ne l'ont pas fait pendant des années et des années. (traduction libre) *Lion's Head (Ontario)*

D'autres voulaient qu'un plus grand nombre de médecins formés au Canada soient encouragés à pratiquer au sein des collectivités rurales et éloignées.

J'aimerais bien que certains médecins formés au Canada soient placés ici. Je ne sais pas pourquoi ils se dirigent tous vers les villes. Pourquoi [...] nous dépendons des sommes d'argent importantes, nous dépendons tous le même montant sur les universités à titre de contribuables et je crois qu'il devrait nous

revenir un certain nombre de médecins. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Une autre suggestion a été d'encourager la participation des médecins semi retraités.

C'est un autre service que nous avons, celui des médecins semi retraités qui se rendent ici une fois la semaine ou une fois chaque quinze jours ou autre pour effectuer des tâches spéciales. (traduction libre) Lion's Head (Ontario)

En effet, les participantes d'une collectivité de Markdale en Ontario, a noté qu'il s'agissait d'une tentative qui avait bien fonctionné dans sa région.

Tableau 10 Recommandations des modifications en matière de politique en vue d'améliorer la santé des femmes et les questions de soins de santé en milieu rural et éloigné

THÈMES	EN DÉTAIL
Amélioration de l'accès	Laisser pratiquer plus de médecins formés à l'étranger Encourager les médecins semi-retraités de contribuer Utiliser davantage les femmes médecins et les infirmières praticiennes Faire une rotation des services à distance afin d'augmenter l'accessibilité des soins Plus près de chez-soi (telles les cliniques Bien-être femmes) Services de santé mentale
Sensibilité accrue	Services culturellement adéquats Plus de soins de santé par les femmes Plus de temps
Meilleure communication des renseignements (aux groupes cibles)	Réduire les frais de scolarité, Services
Élargissement de l'éventail des services axés sur l'âge	Jeunes enfants Garderie Questions relatives aux jeunes et aux adolescents Le sexe et les grossesses chez les adolescents Toxicomanies Jeunes adultes (non inscrits à une école) Jeunes parents, Parents seuls Personnes entre deux âges, la ménopause Le vieillissement, les questions relatives aux personnes âgées
Amélioration du soutien	Victimes d'agression La pauvreté, les prestataires d'aide sociale
Meilleure compréhension des effets des réformes en matière de santé	Coupures budgétaires La régionalisation Le temps accordé aux voyages et les coûts
Accorder un rôle plus important aux femmes en milieu rural	Le désir de se faire mieux entendre La prise de décision sans l'apport communautaire

De nombreuses participantes s'intéressaient non seulement à l'augmentation des effectifs des médecins, mais elles soulignaient également l'importance d'augmenter l'accessibilité aux femmes médecins et aux infirmières praticiennes.

D'abord, il nous faut plus de femmes médecins pour que les femmes et les filles de la collectivité se sentent plus à l'aise de leur parler. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Le fait d'avoir plus de femmes médecins ferait en sorte que les femmes se sentiraient plus à l'aise lors des visites et elles s'y rendraient probablement plus souvent. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

D'autres ont mentionné qu'elles pourraient mieux se prévaloir des services existants au sein des collectivités rurales et éloignées; ce point était lié principalement aux pharmaciens.

Dernièrement, il était question de permettre aux pharmaciens de faire des ordonnances sans consulter les médecins. Et je crois qu'on pourrait également mettre cette idée à l'essai. Répartir cette responsabilité un peu puisque bon nombre de pharmaciens connaissent très bien leurs clients. Étant donné qu'ils les connaissent très bien, essayons cette idée. (traduction libre) Clive (Alberta)

Une autre stratégie qui a été lancée dans le but d'améliorer l'accessibilité, comprenait celle de la rotation des services et des efforts de sensibilisation tels que les cliniques pour le mieux-être des femmes et d'autres soins spécialisés pour éviter les longs trajets et situer les soins plus près des clients.

Nous avons besoin d'un plus grand nombre de services de sensibilisation dans le domaine de la santé mentale aussi. [...] Il nous faut plus de spécialistes en santé mentale au sein de la collectivité. (traduction libre) Clive (Alberta)

Lorsque nous sommes malades, c'est bien d'avoir accès à de bons soins de santé à proximité. Et c'est pour cette raison que les fermetures des centres de soins de santé communautaires et ce genre de services ne me plaît pas. (traduction libre) Clive (Alberta)

Comme nous l'avons vu plus haut, les services en matière de santé mentale ont été mentionnés de façon précise.

En plus des suggestions visant un accès amélioré, d'autres ont mentionné le besoin

d'une sensibilité accrue de la part des fournisseurs de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées. Pour ce qui était de la question de la santé mentale, certaines ont mentionné qu'une meilleure connaissance et qu'une impartialité des questions de santé mentale étaient également nécessaires au sein des collectivités rurales et éloignées.

Nous devons donner juste valeur aux questions de santé mentale et élaborer des programmes et des services solides pour répondre à ces besoins. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Un plus grand nombre de personnes devraient être formées de sorte à ce qu'elles soient plus compatissantes en traitant des personnes en situation de crise. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

À cette question est lié le besoin de services appropriés qui tiennent compte des cultures, notamment ceux destinés aux femmes autochtones et leurs familles.

On leur demande de travailler avec des clients autochtones, mais on ne leur permet pas d'aborder les questions culturelles. Mon opinion sur les questions culturelles et ethniques, pour donner suite aux propos de (nom), c'est qu'il est possible d'avoir des collectivités à l'intérieur des collectivités. Les Allemands et autres organisent probablement leur journée allemande spéciale, donc c'est en quelque sorte avoir une collectivité au sein d'une collectivité ou, peut-être au sein de notre groupe, les catholiques y étaient aussi, mais ils constituent également une collectivité à l'intérieur d'une collectivité. (traduction libre) Watrous (Saskatchewan)

D'autres participantes ont également mentionné le besoin d'un meilleur accès aux renseignements sur la santé et sur les soins de santé, y compris des efforts en vue de mieux cibler les groupes clés et la réduction des coûts des services en matière d'éducation.

L'éducation peut certes se faire à l'aide de séances en groupe, de l'infirmière des soins de santé publics, mais certainement en suivant le modèle de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Et l'éducation devrait être premièrement offerte, de préférence, aux enfants d'âge scolaire ou plus jeunes encore. L'éducation comprend pas seulement les enfants, mais les parents également. Permettez-moi de vous donner un exemple. Lorsque j'ai proposé qu'on mette sur pied un programme d'alimentation

dans notre école, la nutritionniste et l'infirmière des soins de santé publics m'ont répondu que bon nombre de parents s'opposaient à ce que les boissons gazeuses et les croustilles soient interdites à l'école. Et je leur ai demandé ce que cela signifiait. Cela nous confirme que les programmes d'éducation doivent commencer avec les parents; nous devons leur apprendre l'importance d'une alimentation saine. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Les secouristes opérationnels⁴ sont excellents, mais il nous faut d'autres moyens de subvenir à nos besoins en matière de santé de base tels que des programmes d'éducation sur l'alimentation, le conditionnement physique et le stress. Ce sont ces domaines qui devraient être améliorés par des moyens éducatifs. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

D'autres ont noté l'importance des services axés sur l'âge destinés aux femmes et aux filles des collectivités rurales et éloignées. Une discussion portant sur les services destinés aux jeunes enfants et à leurs mères a mené à cette idée.

Je désirais un centre pour enfants au sein de la collectivité. Un centre pour enfants? Qu'est-ce qu'un tel centre offrirait? Il offrirait [des programmes] Bon départ, de garderie, de soins aux nouveaux-nés. [...] (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

On a aussi souligné l'importance des services destinés aux jeunes et aux adolescents.

Nous aimerions qu'une attention particulière soit accordée, surtout lorsqu'il s'agit des jeunes, parce que ce sont ces personnes que nous devons joindre. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

En partie, ces commentaires s'adressaient aux questions de sexualité, de grossesse et parentales.

La promotion des moyens de contraception et de la planification familiale, destinés surtout aux jeunes femmes. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Ils ont un effet sur les filles les encourageant à abandonner la cigarette, à porter attention à l'alimentation et à une meilleure santé; on leur apprend de bons soins prénatals et les sensibilise à l'allaitement et à d'autres choses. Mais cela a un énorme effet positif sur elles. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

Il y a toute une panoplie de programmes destinés aux jeunes femmes pour les apprendre à être de bonnes mères de famille. Donc, c'est très stressant pour la famille. Elles n'ont aucun appui. Elles doivent se rendre ailleurs pour obtenir un soutien. (traduction libre) Oakbank (Manitoba)

D'autres croyaient que les services sur la santé des femmes qui devraient être étoffés étaient ceux axés sur l'âge, notamment les femmes en âge d'avoir des enfants jusqu'à la ménopause.

Et celles qui sont passées l'âge d'avoir des enfants, mais qui n'en sont pas rendues à la ménopause. C'est aussi un groupe qui est négligé. (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

En plus de services précis destinés aux femmes et axés sur l'âge, de nombreuses participantes ont mentionné qu'il existe un énorme besoin pour de meilleurs soutiens aux victimes d'agression et aux prestataires de l'aide sociale.

Et deuxièmement, il faut savoir reconnaître tôt les signes d'abus et avoir des endroits où les personnes affectées par ce genre de problème peuvent être hébergées et profiter des programmes d'éducation. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

Ce qui a découlé de cette question, c'est le besoin de mieux comprendre les effets des projets de réforme en matière de santé et d'autres tentatives de restructuration sur la vie des femmes au sein des collectivités rurales et éloignées et de commencer à répondre à ces besoins.

Personnellement, je suis touchée, mais de façon plus générale, les coupures budgétaires du gouvernement provincial ont fait en sorte que la vie de nombreuses personnes est devenue énormément plus stressante. Cela a des effets nuisibles à la santé. (traduction libre) Creston (Colombie-Britannique)

Les femmes se préoccupaient également de la question des toxicomanes non seulement pour les adolescents, mais pour de nombreuses collectivités rurales et éloignées.

Pour les questions non médicales telles que la santé mentale, l'abus de l'alcool et de la drogue, il n'y a pas assez de services de suivi; la période d'attente pour ces services peut être longue ou c'est parfois une question d'un accès limité à ces services. (c.-à-d., on ne peut rester dans le centre de réadaptation que pour 30

journées) ce qui est sans bon sens et a des effets néfastes. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Je ne sais pas si on qualifierait ceci comme étant menaçant, mais il y a beaucoup d'alcool dans les régions rurales qui passe sous silence ou qui est accepté. Je crois que c'est plutôt accepté. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

L'exemple de la régionalisation des services des soins de santé a été mentionné en particulier (et précisément par les femmes de l'Alberta) comme étant une politique qui devrait faire l'objet de modifications.

La politique également. Par exemple, la nouvelle région ne serait peut-être pas en faveur des conseillers en lactation au même degré, donc en bout de ligne nous perdons le financement d'un tel service. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois qu'ils sont en train de réduire le nombre d'hôpitaux moins importants nous forçant ainsi à nous rendre à un plus grand centre; même lorsqu'on se rend à Red Deer, s'il n'y a pas le spécialiste qu'il nous faut ou même un omni, la liste d'attente est longue et vous devez attendre là aussi; donc on peut nous renvoyer à de plus grands centres, mais une fois rendus, c'est une autre liste d'attente de six mois. (traduction libre) Clive (Alberta)

Ils ont tout décentralisé et cela n'est pas correct. Je crois qu'ils auraient dû laisser ouverts les hôpitaux qui étaient moins grands. (traduction libre) Clive (Alberta)

Les femmes des collectivités rurales et éloignées ont demandé que l'on reconnaisse davantage l'énorme temps exigé pour voyager et les coûts élevés qu'elles doivent payer pour se prévaloir des soins de santé, et qu'idéalement elles soient compensées.

Le coût d'un voyage mensuel ou bimensuel aller-retour à St. John's et si vous n'avez pas de parents pouvant vous héberger, vous avez le coût supplémentaire de l'auberge et des repas, et si la personne en question n'a pas d'assurance médicale, le coût

pourrait représenter un obstacle important. Et je crois qu'il s'agit là d'une question très importante qui devrait figurer dans toute enquête qui vise l'amélioration de la santé des femmes. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Il m'est arrivé quelque chose qui m'a obligée à retourner à l'hôpital trois fois par jour pour une injection intraveineuse et la dernière journée on m'a demandé d'où j'étais et je leur ai répondu que j'étais à une heure et trois-quarts. On m'a dit qu'on aura pu envoyer une infirmière des soins de santé publics pour effectuer cette tâche. Mais j'en étais maintenant à ma quatrième journée trois fois par jour. Je ne crois pas que le personnel des régions urbaines comprend ce qu'est le fait rural. Ils croient que vous êtes à 10, 15 minutes de route et que vous pouvez facilement aller et revenir. (traduction libre) Clive (Alberta)

Enfin, une des recommandations clés en

matière de politique proposée par les participantes de nos groupes de réflexion a été d'améliorer de façon générale le degré d'influence exercé par les femmes des collectivités rurales et éloignées sur les décisions qui affectent leur santé et leurs soins de santé.

Bien sûr, elles désiraient qu'une plus grande importance soit accordée à leur voix.

Les politiques font obstacles à nos voix et à nos efforts pour réduire le taux du diabète et du stress au sein de nos collectivités, et de s'entraider; et [il nous faut] une représentation égale du Nord. Une reconnaissance politique. C'est ça. Nous voulons que le Nord ait à sa propre place. Une voix. Et qu'elle soit entendue. Oui. Et je suis certaine que l'on parle de consensus de toutes les décisions, même celles qui ont déjà été tranchées sans l'apport communautaire. (traduction libre) Hay River (Territoires du Nord-Ouest)

Le traitement des femmes — nous ne sommes pas des esclaves — nous sommes sur un pied d'égalité. (traduction libre) Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Les préoccupations des femmes en milieu rural et éloigné en matière de santé et de soins de santé doivent être clairement définies...

On peut aider les femmes à changer et à s'épanouir, mais les attitudes courantes au sein des collectivités, de la région, des Territoires, doivent nous appuyer.
(traduction libre) *Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)*

Les femmes sont dénuées de pertinence ou d'importance. (traduction libre) *Waltrous (Saskatchewan)*

Somme toute, si les politiques sont pour bien répondre aux besoins des femmes des milieux ruraux et éloignés en matière de santé et de soins de santé, ces femmes doivent avoir leur mot à dire dans l'élaboration de ces politiques et celles-ci doivent être formulées en fonction des réalités auxquelles s'affrontent les femmes. Les préoccupations des femmes en milieu rural et éloigné en matière de santé et de soins de santé doivent être clairement définies pour permettre un accès amélioré, des renseignements améliorés, des services de soutien et des services axés sur l'âge destinés aux femmes,

de divers groupes ethniques et culturels, et avec des besoins divers.

E. Recherche

En plus d'avoir sondé l'opinion des participantes sur les modifications aux politiques qui répondraient efficacement aux questions de santé et de soins de santé relevées des discussions des groupes de réflexion, nous les avons également questionnées sur les domaines de recherche prioritaires qui pourraient mener à une meilleure compréhension des questions de santé et de soins de santé des femmes en milieu rural et éloigné. La plupart des participantes nous ont communiqué, et ce, de façon dominante, qu'elles préféreraient l'action plutôt que la recherche; toutefois, les femmes de nos groupes ont proposé des domaines de recherche future très importants. Ceux-ci figurent au tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 Domaines de recherche proposés pour répondre aux questions en matière de santé et de soins de santé des femmes en milieu rural et éloigné	
THÈMES CLÉS	EN DÉTAIL
L'importance de l'âge sur l'accessibilité aux services	L'accès refusé aux femmes plus âgées
Préoccupations précises des collectivités rurales et éloignées	Préoccupation de l'effet de la drogue et de l'alcool Impression négative créée par les médias
Comparaison de la santé de femmes en milieu urbain par rapport au milieu rural	Une approche urbaine aux soins de santé s'applique-t-elle aux gens ruraux? Questions sur les fournisseurs de soins La valeur du travail des femmes
Transfert des connaissances, diffusion	La recherche devrait être « utile » ou être effectuée sur des sujets « utiles » et les résultats diffusés Préoccupation du dédoublement des études de recherche Le mentorat

Plusieurs participantes s'intéressaient à en savoir davantage sur les effets de l'âge sur l'accessibilité aux services.

Il existe des cliniques en ville qui n'acceptent de nouveaux patients que si on appartient à un certain groupe d'âge. L'âge maximum est de 19 ans environ. Ils acceptent tout nouveau client sous l'âge de 19 ans. Mais si vous souffrez de la même maladie que quelqu'un de 19 ans et vous avez 20 ans environ,

vous serez refusé. [...] Pourquoi est-ce qu'on vous refuserait les mêmes soins de santé pour la même condition parce que vous êtes âgé d'un an de plus?
(traduction libre) *Oakbank (Manitoba)*

Certaines de ces préoccupations s'appliquaient aux difficultés éprouvées par des femmes âgées ou plus âgées qui désiraient certains soins.

La seule chose qui me vient à l'esprit c'est qu'au fur et à mesure que les gens vieillissent, ils sont moins en

mesure de voyager étant donné qu'ils sont à la campagne et qu'un médecin leur conseille de ne pas voyager, ou leur famille croit que le fait d'être sur la route pose un certain danger. Et je crois qu'il s'agit là d'un obstacle aux résidents de la campagne. Il se peut qu'il y ait des obstacles plus importants en ville. (traduction libre) Clive (Alberta)

D'autres préoccupations spécifiques concernaient la réorientation de la recherche vers les programmes d'abandon de la cigarette et de stupéfiants avant que les jeunes femmes des collectivités rurales et éloignées soient exposées à ces dépendances.

C'est ce que je vous dis. Peut-être que la recherche devrait plutôt porter sur les moyens d'inciter les jeunes femmes à refuser la cigarette, de ne pas commencer à fumer ou si elles fument, de leur apprendre comment l'abandonner au lieu d'effectuer une recherche sur les effets de la cigarette sur les jeunes femmes. Et ce n'est pas seulement la cigarette. C'est la drogue et plein d'autres choses. (traduction libre) Cobourg (Ontario)

Certaines s'intéressaient à une recherche axée sur l'impression négative des collectivités rurales et éloignées créée par les médias.

Il serait peut-être encore plus important pour les personnes chargées du sondage de se rendre compte et de reconnaître les aspects positifs des régions rurales et non pas seulement les aspects négatifs. Je crois que nous avons de nombreux systèmes qui sont bien, peut-être organisés de façon officieuse, mais nous avons, tout de même, des choses qui fonctionnent dans les petits villages qui ne seraient pas du tout réussies dans les grandes villes. Et je crois, que dans le cadre d'une étude telle que celle-ci, ce fait devrait être reconnu parce nous nous penchons trop souvent sur les aspects négatifs. Nous n'entendons pas parler des aspects positifs et ils sont oubliés. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Je dirais que les seules fois que nous faisons les manchettes c'est lorsqu'il survient quelque chose de négatif et les reportages des médias sont exagérés lorsque chaque élève du secondaire échoue au test de mathé dans le cadre des tests de rendement provinciaux qui ont lieu. (traduction libre) Fort Chipewyan (Alberta)

Cette discussion a aussi relevé des questions de comparaison entre les milieux urbain, rural et éloigné pour ce qui est de la santé des femmes

et des soins de santé. Beaucoup ont remis en question le fait qu'une approche urbaine aux soins de santé corresponde aux besoins des gens en milieu rural.

Ils ont besoin de savoir que les besoins des femmes en matière de santé sont tout aussi importants que ceux des femmes dans les villes. Les femmes en milieu rural ne sont pas différentes. Il nous faut les mêmes installations. Il nous faut un accès au même genre de personnes. Il nous faut le même enseignement. Et on doit nous les offrir. Il nous faut ces services ici pour qu'on ait pas [...] C'est beaucoup plus facile de faire venir une ou deux personnes pour traiter cent personnes que ça ne l'est d'envoyer cent individus à deux personnes. (traduction libre) Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador)

Certaines autres participantes ont mentionné que la recherche devrait englober des questions qui portent sur l'offre des soins et la valorisation du travail effectué par les femmes.

Donc appuyer les fournisseurs de soins de santé. Oui, absolument. Parce que c'est nous qui dispensons les soins. Dans une famille, ce n'est pas le père qui dit 'Je crois que,' c'est ordinairement la mère. Et lorsque les enfants sont malades, c'est habituellement la mère, fournisseuse de soins, qui reste à la maison. Donc, si elle est employée, elle reste à la maison. Si elle n'est pas employée, sa routine est tout de même bouleversée pendant cette période de temps. (traduction libre) Vermillion (Alberta)

Certains organismes qui appuient le besoin de renseignements obtenus au moyen de la recherche doivent faire passer leurs messages et nous croyons que cette recherche en vaudrait la peine. Un autre [message] c'est la juste valeur économique du travail de la femme en milieu agricole pour confirmer sa valeur en vue de justifier le soutien financier des paliers gouvernementaux. Nous croyons qu'il s'agit d'une ressource importante qui n'est pas reconnue. (traduction libre) Yorkton (Saskatchewan)

D'autres commentaires sur les besoins en matière de recherche portaient sur la présentation aussi bien que sur le contenu. Par exemple, les participantes ont souligné que toute recherche effectuée devrait être « utile » ou être effectuée sur des sujets « utiles » et les résultats diffusés.

S'il n'y a aucun changement dans les pratiques et si les résultats ne sont pas diffusés dans un langage que les femmes en milieu rural comprennent.
(traduction libre) Clive (Alberta)

Si la recherche n'est pas mise en œuvre au niveau communautaire, elle n'a aucune valeur pour nous...
(traduction libre) Vermillion (Alberta)

Je crois que les gens devraient offrir un soutien financier à la recherche, qu'ils devraient être chargés de la diffusion des résultats et s'assurer qu'ils soient intégrés aux politiques dans les prises de décision, et qu'ils soient utilisés pour trancher sur des questions en matière de soins de santé. (traduction libre)
Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

Par conséquent, les femmes accordaient beaucoup d'importance au transfert de la recherche. D'autres préoccupations en matière de recherche portaient sur le dédoublement des études de recherche.

Je crois également qu'il faut que les [conclusions] soient diffusées, qu'elles soient communiquées et qu'on puisse voir des résultats. Et il faut être branché pour éviter que deux personnes ne mènent pas une même recherche aux deux bouts du pays. Il doit sûrement y avoir un groupe qui permet de mener une recherche collectivement et peut-être accélérer le travail. (traduction libre) Clive (Alberta)

Si vous avez déjà une étude et que c'est une bonne étude, utilisez les résultats de cette étude. N'allez pas dépenser de l'argent sur une autre étude pour ne couvrir que les mêmes questions. (traduction libre)
Vermillion (Alberta)

D'autres, comme on le voit plus haut, désiraient se concentrer davantage sur l'action au lieu de la recherche.

On peut mener des recherches et la documentation ne va pas plus loin que le bureau d'une personne. Le fait d'être connaissant, même si nous sommes au courant des faits, si le gouvernement ou une certaine société publique n'est pas pour se servir des conclusions de la recherche, quel est donc notre objectif en matière de recherche? (traduction libre) Marystown (Terre-Neuve et Labrador)

En somme, les femmes qui ont participé à cette étude ont relevé des questions très importantes sur le contenu et la présentation des recherches futures qui portent sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné et sur leurs soins de santé. Il est d'une importance primordiale que l'on réponde à leurs besoins.

...si le gouvernement ou une certaine société publique n'est pas pour se servir des conclusions de la recherche, quel est donc notre objectif en matière de recherche?

Résumé et réflexions

Somme toute, dans le cadre de ces 20 groupes de réflexion menés à l'échelle du Canada rural et éloigné, 164 femmes ont relevé plusieurs points communs aussi bien que des défis spéciaux. Certains de ces points clés peuvent être résumés ainsi :

I. Les effets de la vie rurale et éloignée sur la santé

- Les effets de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé des femmes peuvent être à la fois positifs (c.-à-d. les avantages) et négatifs. (c.-à-d. les effets nuisibles);
- Les caractéristiques physiques et sociales de la vie en régions rurales et éloignées peuvent influencer sur la santé;
- Une seule caractéristique peut avoir des effets positifs et négatifs;
- Donc, la vie en milieux rural et éloigné peut comporter des avantages et des inconvénients pour ce qui est de la santé des femmes.

Avantages de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé des femmes

- *Avantages du milieu physique* : la qualité de l'air, l'absence de la pollution, les arbres, les lacs, la beauté naturelle, les loisirs, lieu propice au conditionnement physique et à une meilleure alimentation;
- *Avantages du milieu social* : l'appartenance à une collectivité unie, l'accès aux groupes sociaux et de soutien, y compris les groupes de femmes des églises rurales, y compris le Women's Institute; l'accès aux renseignements et aux programmes offerts par ces groupes, le fait de participer et de se serrer les coudes, le temps passé auprès des membres de sa famille, l'absence du crime, la sécurité, moins de stress et de congestion, plus de tranquillité.

Effets nuisibles de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé des femmes

- *Effets nuisibles du milieu physique* : une faible qualité de l'air et de l'eau, la présence des produits chimiques agricoles, les effets de la sécheresse, un logement inférieur aux normes exigées, un coût élevé de la nourriture, l'absence de transport en commun, les effets du temps météorologique et du travail saisonnier, et un accès limité aux activités qui favorisent la santé.
- *Effets nuisibles du milieu social* : la conjonction économique stressante de la situation agricole et liée à cette situation, la préoccupation d'offrir un soutien à son mari, l'isolement, les attentes et les attitudes sociales, l'absence d'une famille étendue, le manque d'anonymat, la dépendance aux toxicomanes, la violence, le peu d'emplois, les collectivités faisant l'objet d'une transition ou subissant les effets négatifs d'une restructuration économique, l'insécurité financière, un faible revenu, des taux d'éducation et d'alphabétisation faibles.

Réflexions

Les groupes de réflexion ont établi un assez juste équilibre des aspects positifs et négatifs de la vie en milieux rural et éloigné sur la santé des femmes. Il se peut que ce fait soit attribuable au degré d'importance accordée à ces questions par les femmes des collectivités rurales et éloignées ou aux questions posées lors de la tenue des groupes de réflexion. De toute façon, nous avons pu obtenir des données de qualité sur cette question.

II. Les effets de la vie rurale et éloignée sur les services de soins de santé

- Bien que la plupart des questions renfermées dans le guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion portaient sur la santé des femmes, la majorité des participantes ont formulé leurs réponses en abordant la question des soins de santé. À la lumière de ce fait, la majeure

partie des données se classent dans la catégorie des services de soins de santé.

- Une dichotomie semblable des caractéristiques positives et négatives notée dans les points de vue des participantes pour ce qui est des effets de la vie en milieu rural et éloigné, a également été très prononcée dans leurs discussions des soins de santé, mais la plupart des discussions étaient liées à divers éléments sur le manque de services de soins de santé en milieu rural et éloigné. De nombreuses femmes ont comparé leurs services de soins de santé directement à ceux qu'elles croyaient être offerts dans les régions urbaines.

Avantages

- Pour ce qui est des questions en matière de structure, on estimait que les hôpitaux n'étaient pas aussi occupés et que, par conséquent, on y offrait une meilleure qualité de services de soins de santé. D'autres participantes ont fait remarquer que certains services s'amélioraient.
- Pour ce qui est des questions sociales, les chances sont meilleures de connaître son fournisseur de soins de santé au sein de la collectivité et dans certaines situations, il peut donc être plus facile d'obtenir un rendez-vous avec le médecin de famille.

Inconvénients

- *obstacles structurels* : le fait d'être éloigné des services, d'un accès aux services hospitaliers et d'ambulance aussi bien que des services et des programmes favorisant la santé.
- *obstacles sociaux* : les obstacles mentionnés étaient surtout liés à l'accès limité aux renseignements, notamment ceux qui portent sur les questions sensibles de la santé féminine, et comprenaient des discussions sur l'emploi d'Internet et d'autres moyens de communication.
- Les femmes ont discuté des projets locaux qui avaient été mis sur pied dans le but

d'atténuer certains de ces obstacles dont les suivants : les programmes de conduite bénévoles, les visites de spécialistes en rotation et le service de télésanté, le cas échéant (voir plus de détails dans la section sur les politiques ci-après).

- Pour ce qui est de la quantité des services, on citait la pénurie de médecins, d'infirmières praticiennes, de sages-femmes, de dentistes, d'optométristes, de services en matière de la santé mentale, de services de réadaptation, de services de soins à domicile, de besoins spéciaux et des praticiens alternatifs. Les pénuries limitent les choix et les chances d'obtenir un avis d'un deuxième médecin, et augmentent les délais, les listes d'attente et les périodes d'attente. Les coupures budgétaires récentes et la restructuration semblent avoir aggravé ces lacunes au sein du système de santé.
- Pour ce qui est de la *qualité* des services, les femmes ont mentionné que les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé étaient très occupés dans leur région en suggérant que leur charge de travail a contribué à l'épuisement de certains fournisseurs de soins de santé et au manque de continuité et de cohérence des soins. D'autres ont noté des lacunes dans les connaissances de certains médecins des régions rurales et éloignées sur les questions de la santé des femmes. Dans certaines situations, on a noté un manque de sensibilité aux préoccupations des femmes et même des attitudes stéréotypées envers elles de la part des médecins qui fait que certaines femmes des régions rurales ont subi un traitement condescendant, c.-à-d., qu'on les pensait moins intelligentes. D'autres préoccupations mentionnées, étaient que le fait de connaître son médecin rendait difficile le partage de renseignements confidentiels et d'autres se préoccupaient du non respect de la confidentialité.

Réflexions

L'équilibre entre les aspects positifs et négatifs de la vie en milieu rural et éloigné sur la santé de femmes ne s'est pas reproduit dans l'opinion des femmes sur les soins de santé en milieu rural et éloigné. Il se peut que cette observation colle à la réalité, mais il importe de savoir qu'il n'y avait pas de questions spécifiques cherchant à relever les aspects positifs des soins de santé en milieu rural et éloigné. D'ailleurs, il est intéressant que la seule question officielle sur les soins de santé portait sur la question de la satisfaction. Dans plusieurs cas, les femmes se disaient satisfaites, mais passaient ensuite à des remarques cinglantes sur les services dont elles disposaient. Ce phénomène de « *satisfaite, mais* » se mérite une étude plus poussée. Il se peut qu'il soit lié aux attentes des gens qui habitent les régions rurales (voir les commentaires sommaires ci-dessous).

III. Définition et témoignages de la vie en milieu rural ou éloigné

- Ces femmes avaient une idée très ferme de ce que constituait la vie en milieu rural ou éloigné.
- Leurs réponses ont été classées en deux grandes catégories, soit les questions de structure et sociales, et chaque catégorie a ensuite été subdivisée en deux autres sous-catégories, c'est-à-dire, les aspects positifs et négatifs.
 - *Questions de structure* : les services éloignés et les différences entre les régions agricoles et rurales, les villages et les régions rurales et entre les régions rurales, et éloignées.
 - *Questions sociales* : le fait que les résidents se connaissent tous (que ce soit vu comme un aspect positif ou négatif), qu'ils sont obligés à se tirer d'affaire, la vie « simple, » et les diverses attitudes stéréotypées envers les femmes des régions rurales (c-à-d., pauvres, insouciantes et peu intelligentes).

IV. Recommandations en matière de politique

Les participantes ont été capables de déterminer plusieurs moyens de modifier les politiques de sorte à mieux répondre à leurs questions de santé et de soins de santé dont les suivantes :

- un accès amélioré, notamment aux médecins au moyen de diverses mesures, y compris le recrutement d'un plus grand nombre de médecins formés à l'étranger et l'encouragement d'un plus grand nombre de médecins formés au Canada à pratiquer leur profession;
- une sensibilisation accrue des fournisseurs de soins de santé en milieu rural et éloigné aux questions féminines et culturelles;
- un accès amélioré aux renseignements sur la santé et sur les soins de santé;
- un meilleur soutien aux personnes victimes d'agression et pauvres;
- une meilleure compréhension des effets des réformes en matière de soins de santé sur la santé des femmes en milieu rural et éloigné;
- une importance accrue et généralisée accordée aux rôles des femmes des collectivités rurales et éloignées relative aux questions de santé et de soins de santé.

V. Recommandations en matière de recherche

Les femmes qui ont participé à notre étude ont fait plusieurs recommandations sur les recherches futures et sur leur contenu et présentation qui voici :

- le facteur de l'âge sur l'accessibilité aux services de soins de santé;
- des préoccupations précises des collectivités rurales et éloignées, y compris les dépendances et les attitudes stéréotypées de la vie en milieu rural et éloigné;
- une recherche comparée entre les régions urbaines, rurales et éloignées en vue

d'endiguer l'application des approches urbaines inappropriées aux collectivités rurales et éloignées en matière de soins de santé;

- une meilleure communication des connaissances en matière de recherche aux collectivités qui pourraient en profiter le plus.

Quelques réflexions sur des recherches futures

Bien que la tenue des groupes de réflexion a donné plusieurs conclusions importantes, il existe, toutefois, des lacunes dans nos connaissances sur les questions de la santé des femmes en milieu rural. Précisément, nous avons abordé les questions plus générales sur la santé et les soins de santé, mais très peu les questions sur *les questions de santé et des soins de santé des femmes en milieu rural tout au long de leur vie*. Bien que nous pourrions, dans des sondages ultérieurs, tenter de faire ressortir les questions que affectent les participantes tout au long de leur vie pour qu'on puisse, même si nous n'aurions pas de jeunes femmes participantes (nous devrions faire des efforts pour assurer la participation de ces groupes d'âge), répondre à certaines des questions suivantes sur :

- les femmes adolescentes en milieu rural;
- les jeunes femmes adultes en milieu rural;
- les jeunes mères en milieu rural, etc.

Une telle orientation nous permettrait d'explorer les questions de la sexualité et de santé génésique chez les jeunes, les questions de santé en milieu de travail (tout au long de la vie), les questions de soins de maternité et de soins d'enfants, de sexualité et de santé génésique chez les femmes d'âge mûr, les questions des soins des personnes âgées et du troisième âge, la planification et les programmes en matière de santé destinés aux femmes. Il serait intéressant d'obtenir des données qui nous permettraient de savoir si les enfants adultes sont à proximité (et les raisons). Ces données pourraient avoir des retombées importantes sur les soins et la durabilité des collectivités rurales.

En plus, il serait bien d'organiser des groupes dont les membres discuteraient de questions précises telles que *l'agression contre les femmes des collectivités rurales* puisque des groupes composés de femmes agressées et de femmes non agressées (ou qui ne désirent pas déclarer qu'elles l'ont été) ne sont pas des forums qui favorisent la divulgation du genre de renseignements qui seraient d'une grande utilité lors de l'élaboration de politiques et de programmes de recherche sur cette question. Il en est de même pour les *questions de santé mentale* et les questions qui portent sur *l'abus des toxicomanes*. Les *questions sur les incapacités* devraient également être étudiées – les femmes atteintes d'incapacités des régions rurales et éloignées, et les femmes qui soignent des membres de leur famille atteints d'incapacités. En fait, il nous faut obtenir davantage de données précises sur l'offre des soins. Nous savons que les personnes qui soignent un enfant ou un parent malade ou atteint d'une incapacité se sentent très isolées, mais en quoi constitue cette expérience des milieux ruraux et éloignés de façon précise? L'isolement est-il aggravé ou accentué par une « collectivité unie »?

Les données relatives aux groupes ethniques des participantes n'ont pas été rassemblées, mais il s'agit d'un élément qui mérite d'être considéré dans le cadre de recherches futures. En outre, une attention toute particulière devrait être portée à la participation de groupes d'équité clés tels que les femmes autochtones, les femmes des minorités visibles, les femmes mennonites et huttérites des régions rurales et éloignées. On devrait aussi essayer, dans la mesure du possible, de faire le tri entre les notions suivantes : *rural et village*, *rural et agricole* et *éloigné*, (peut-être inclure les milieux éloignés accessibles par voie routière et par transport aérien) pour faciliter une analyse des données qui permettrait de relever les différences clés et les points communs. Une telle approche demanderait un certain sondage par choix raisonné dans le cadre de recherches de suivi.

Annexe

Brèves descriptions des localités

Creston (Colombie-Britannique) est situé sur la route n° 3 à 28 km au sud du lac Kootenay et à 11 km au nord de la frontière américaine. Un groupe d'industries diversifiées s'y est installé au cours de la dernière décennie et la population est en croissance. Bien que Creston ait été officiellement incorporé en 1924, les premiers colons blancs ont adopté cette région comme lieu de résidence en 1891. En 1896, cette localité était un village de mine d'or bien établi avec une population de 1 500. En dépit de sa richesse naturelle, Creston a toujours eu une économie plus ou moins diversifiée comprenant les secteurs du tourisme, de brasserie, d'agriculture, du bois et de mine. Ce fait a contribué à la croissance de la stabilité économique et de la population, et à une attitude plus certaine de l'avenir du village.

Port Alice (Colombie-Britannique) est situé sur la pointe Nord de l'île de Vancouver et est à 45 minutes de route environ de Port McNeill et Port Hardy, et à cinq heures de route de Nanaimo. Le village a d'abord été établi pour héberger les travailleurs d'une usine de pâtes employés par Colonial Pulp et la Paper Company en 1917. Une partie importante du premier village a été ravagée par des feux de forêts en 1941 et en 1960, et ensuite par une barre provoquée par un séisme en Alaska en 1964; le village actuel est donc à quatre milles du premier emplacement. Les résidents ont toujours été dépendants de l'industrie forestière. L'accès (entrées et départs) est assez limité. Le dernier accouchement a eu lieu à Port Alice il y a douze ans; depuis, les femmes enceintes doivent se rendre à l'extérieur du village pour accoucher de leurs enfants. À la fin février 2002, les services de l'hôpital ont été coupés d'un service de 24 heures sur 24 à un service de 12 heures sur 24.

Tumbler Ridge (Colombie-Britannique) est situé dans le nord-ouest de la Colombie-Britannique à environ une heure de route de Chetwynd et Dawson Creek et à cinq heures de route environ de Prince George. Établi en 1981, Tumbler Ridge a été créé pour appuyer les activités locales de deux compagnies de mine de charbon soit Denison Mines et Teck Corporation. Le développement de la ville a découlé du dernier mégaprojet de ressource naturelle. Par conséquent, le revenu annuel des habitants de Tumbler Ridge est considérablement plus élevé comparé à la moyenne provinciale des revenus. Plusieurs personnes croient qu'on est sur le point d'annoncer la fermeture de la ville étant donné l'épuisement récent de la source du charbon.

Vermillion (Alberta) est situé à deux heures d'Edmonton (le centre de soins tertiaires le plus près) à l'est et est à une heure de Lloydminster (Saskatchewan). Son économie dépend presque entièrement du secteur agricole, y compris le collège agricole local. Ce lieu a été choisi en vue d'aider à faire le point sur la question de la ferme et de la sécheresse, ainsi que pour ses lacunes en matière de services médicaux. Il existe dans cette ville un hôpital général qui comprend des services d'urgence et de soins de maternité. Les médecins sont des personnes immigrantes qui proviennent presque exclusivement de l'Afrique du Sud.

Clive (Alberta) est situé au centre de l'Alberta, dix milles à l'est du réseau principal des routes provinciales entre Edmonton et Calgary. Clive est situé à deux heures de route de ces deux dernières villes. Le troisième centre urbain en importance est Red Deer qui est situé à environ 45 minutes ou une heure de route. Tous les spécialistes sont situés à Calgary, à Edmonton ou à Red Deer. Lacombe, une ville à 20 minutes de Clive, offre les services d'omnipraticiens et d'un hôpital régional. La région dépend largement du secteur agricole et inclut des compagnies d'exploitation de bétail importantes et compréhensives. Bon nombre des fermes familiales existent depuis trois ou quatre générations. L'activité du secteur du pétrole et du gaz est également très solide, les usines à gaz les plus importantes en Amérique du Nord sont présentes à l'échelle locale.

Fort Chipewyan (Alberta) est une collectivité métisse située dans le nord de l'Alberta. Nul autre renseignement sur cette collectivité n'a été fourni pour le rapport de la facilitatrice.

Yorkton (Saskatchewan) a été choisi comme le lieu central de toutes les participantes agricoles. Nul autre renseignement sur cette collectivité n'a été fourni pour le rapport de la facilitatrice. Parmi les participantes, on comptait des femmes du Manitoba et du nord-ouest de la province, et une femme seulement de Yorkton et de Kelliher, ce dernier étant un village à une heure de route.

Watrous (Saskatchewan) est situé à une heure et demie au sud-est de Saskatoon. Il existe un petit hôpital qui offre principalement des soins de longue durée et de relève et qui comprend également une salle d'urgence. L'agriculture et les mines de potasse constituent les industries principales. L'eau de la plage de Manitou est reconnue pour ses propriétés curatives et attirent les personnes âgées tout en servant de station thermale. Les participantes représentaient plutôt un groupe communautaire et elles provenaient d'un rayon de 30 milles.

Oakbank (Manitoba) Nul autre renseignement sur cette collectivité n'a été fourni pour le rapport de la facilitatrice.

Lion's Head (Ontario) est situé à 30 minutes au nord de Owen Sound et à trois heures et demie ou quatre heures au nord de London (Ontario), le centre de soins tertiaires le plus près. Son économie comprend les secteurs d'activités récréatives (étant donné son emplacement sur la péninsule Bruce qui fait partie du parc national) et agricole. Comme Markdale, ce lieu a été choisi en raison de la distance aux soins de santé, notamment en hiver.

Markdale (Ontario) est situé à 30 minutes au sud de Owen Sound et à deux heures et demie ou trois heures au nord de London (Ontario), le centre de soins tertiaires le plus près. L'économie dépend largement du secteur agricole. Ce lieu a été choisi en raison de la distance aux soins de santé, notamment en hiver lorsque les conditions météorologiques sont particulièrement aggravées étant donné son emplacement dans la Ceinture de neige. Ce lieu est également près de Walkerton (Ontario) et de ce fait, la question de la sécurité de l'eau représentait une importance spéciale.

Woodstock (Ontario) est situé à 45 minutes à l'est de London (Ontario) et à 90 minutes à l'ouest de Toronto. La route 401 mène à cette ville. À l'intérieur de la ville, il existe une industrie de moindre importance (usine de pièces automobiles, une carrière située près des limites de la ville, etc.), mais à l'extérieur de la ville, il existe une communauté agricole considérable (laiterie, cultures commerciales - maïs, tabac, etc.). La ville abrite un des sites de fermes expérimentales de l'université de Guelph et est le lieu de l'exposition agricole en plein air. Ce lieu a été choisi pour son lien agricole et pour la pénurie extrême de son personnel médical. La population de la ville compte également un nombre considérable de personnes âgées.

Cobourg (Ontario) est situé à 90 minutes à l'est de Toronto sur la route 401. Son économie comprend les secteurs d'activités récréatives (situé tout près du lac Ontario avec plusieurs autres lacs à l'intérieur du district), agricole et une communauté appréciable de personnes retraitées (de Toronto). Comme Woodstock, ce lieu a été choisi en raison de la pénurie du personnel médical, sa population élevée de personnes âgées et de son économie mixte, c.-à-d. d'activités récréatives et agricoles.

Forteau, Port Hope Simpson, Mary's Harbour (Terre-Neuve et Labrador) Nul autre renseignement sur cette collectivité n'a été fourni pour le rapport de la facilitatrice.

Marystown (Terre-Neuve) Nul autre renseignement sur cette collectivité n'a été fourni pour le rapport de la facilitatrice.

Fort Smith (Territoires du Nord-Ouest) Cette région englobe le Grand lac des Esclaves d'où l'appellation de la région de South Slave. Fort Smith est un village où il existe un hôpital. Tous les services sociaux et de santé sont offerts à l'intérieur de cet établissement. Fort Smith est situé au bout du chemin tout en étant situé sur la frontière de l'Alberta. On peut s'y rendre par voie routière à l'intérieur du Parc national Wood Buffalo (qui chevauche la frontière).

Hay River (Territoires du Nord-Ouest) englobe une région au sud du Grand lac des Esclaves d'où l'appellation de la région de South Slave. Le village de Hay River représente la collectivité la plus importante au sud du lac. Il existe un hôpital, un accès routier, une ligne ferroviaire et un aéroport. La commission communautaire de santé de Hay River dessert Enterprise et la réserve Hay River. Les médecins sont employés selon le régime de la rémunération des services. Hay River est reconnu pour son secteur d'entreprise.

Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) Cette région englobe la région au nord du Grand lac des Esclaves qui longe le fleuve MacKenzie et au nord jusqu'à l'océan Arctique. Le village d'Inuvik est la deuxième collectivité en importance au nord du lac. Il existe un hôpital régional. Les services régionaux sociaux et de santé desservent les 13 collectivités suivantes :

Inuvik	Coleville Lake	Aklavik
Paulatuk	Holman	Tsiigehctchic
Fort Good Hope	Norman Wells	Deline
Tuktoyaktuk	Tetlik Gwich'in	Sachs Harbour
Tulita	(Fort McPherson)	

Il existe trois régions très distinctes l'une de l'autre : la mer de Beaufort, la vallée du MacKenzie et le Delta du MacKenzie. Inuvik est situé dans le Delta du MacKenzie. D'Inuvik au Yukon, la route Dempster sert d'accès routier. Il existe un grand aéroport. L'accès par voie navigable fournit un accès aux autres collectivités de la région. Pendant l'hiver, les routes praticables l'hiver sont utilisées.

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) Cette région englobe la région au nord du Grand lac des Esclaves. Elle est entre la région de South Slave et la région Inuvik. Pour les fins du présent projet, les régions de Deh Cho et de Dogrib ont été incluses avec Yellowknife, la ville capitale. Il existe une commission des services sociaux et de santé dans la ville et un hôpital régional appelé Stanton. Stanton est l'hôpital le plus important et sert de centre de services sociaux et de santé - pour le mieux ou pour le pire.

Il existe un total de 18 collectivités dans ces trois régions :

Deh Cho	Dogrib	Yellowknife
Fort Simpson	Wha Ti	Yellowknife
Kakisa	Wekweti (Snare Lake)	Dettah
Lac Trout	Rae	Fort Resolution
Fort Liard	Edzo	Lutsel'k-e
Nahanni Butte	Rae Lakes	Dettah
Jean Marie River		
Wrigley		
Fort Providence		

Notes en fin de chapitre

-
1. Section D du présent rapport
 2. Veuillez noter qu'il s'agit d'un service gratuit.
 3. Un renvoi à une personne des Premières nations (Indien inscrit pour reprendre la terminologie renfermée dans les lois fédérales)
 4. Le personnel de mesures d'urgence

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

Association Pauktuutit des femmes inuites

**par Pauktuutit en collaboration avec
Margaret Haworth-Brockman**

Table des matières

Introduction	H3
Méthodes	H4
Réponses	H4
Annexe	H7



Association Pauktutit des femmes inuites

Introduction

En octobre 2001, les Centres d'excellence organisaient une table ronde¹ pour discuter de la santé des femmes en milieux rural et éloigné du Canada. Les participantes ont été invitées à commenter la suggestion de la tenue d'un projet national.

Madame Veronica Dewar, la présidente de l'association Pauktutit des femmes inuites, fut une invitée et une participante aux discussions de la table ronde. À la suite de la rencontre, M^{me} Dewar a informé les Centres d'excellence que l'association Pauktutit prévoyait tenir son

assemblée générale annuelle dans un mois à Nain, Nunatsiavut (Labrador). Il s'agirait d'une occasion tout indiquée de tenir un petit groupe de réflexion composé de femmes provenant de plusieurs régions de l'extrême arctique et de faire valoir les questions qui préoccupent les femmes inuites. Le Bureau pour la santé des femmes et Santé Canada ont accordé un financement spécial à l'association Pauktutit dans le but d'assurer la meilleure représentation possible lors de son assemblée générale annuelle.



Méthodes

Étant donné le peu de temps dont disposait pour effectuer les préparatifs avant l'assemblée générale annuelle, seul un groupe de questions très élémentaires n'a pu être élaborées pour le groupe de réflexion². Le comité directeur national de la recherche n'avait toujours pas été formé et le comité gestionnaire national a élaboré un guide tenant compte du genre de questions qui feraient éventuellement partie du protocole officiel des groupes de réflexion.

Puisque le guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion ou la façon d'enregistrer les réponses ne correspondaient pas au format utilisé au sein des groupes de réflexion qui auraient lieu ultérieurement

(à compter du mois d'avril 2002), les résultats de ce premier groupe de réflexion n'ont pas été inclus dans le codage ou dans les analyses des groupes de réflexion anglais ou français (les sections F et G). Cependant, les résultats de ce premier groupe de réflexion sont inclus dans les discussions portant sur les priorités en matière de recherche (section K) et sur les recommandations en matière de politique (section L).

Le texte suivant résume les notes qui ont été prises lors de l'assemblée générale annuelle de l'association Pauktuutit des femmes inuites tenue en novembre 2001.

Réponses

Quatorze participantes ont contribué aux réponses de chaque question qui figure ci-dessous. Dans certaines situations, les questions ont dû être divisées en plusieurs questions plus petites et modifiées par souci de clarté.

1. Décrivez-nous les soins de santé qui vous sont offerts dans votre lieu de résidence.

- Deux sur 14 ont un hôpital dans leur collectivité.
- Douze sur 14 ont un centre de soins de santé.
- Trois sur 14 habitent une collectivité où un médecin est toujours présent.
- Il y a des médecins régionaux dans chaque région (dans le centre régional).
- Il y a des infirmières dans toutes les quatorze collectivités.

2. Êtes-vous en mesure d'obtenir des examens ponctuels? Choisissez-vous de le faire? Donnez-en les raisons. Quels sont les soins d'urgence?

- Dix sur 14 se font suivre régulièrement.
- Toutes les 14 veulent se faire suivre régulièrement.

- Pour quatre sur 14, les examens ponctuels ne sont parfois pas possibles; parfois, elles ne peuvent pas subir un examen lorsqu'elles ont leurs règles.
- Toutes les quatorze femmes peuvent se présenter au centre de santé en tout temps s'il s'agit d'une urgence.
- Toutes les quatorze collectivités sont munies d'un service aérien d'évacuation pour les urgences qui nécessitent les services qui ne sont pas offerts au sein de la collectivité.

3. Croyez-vous que les soins que vous obtenez sont de bons?

Avez-vous accès à de bons soins de santé (pour vous-même)? Huit sur 14 ont répondu dans la négative et cinq dans la positive; une s'est abstenue en disant que les professionnels en soins de santé ne lui expliquent pas bien les détails; certaines personnes n'abordent pas la question de leurs problèmes de santé.

4. Au cours des dix dernières années, les soins de santé se sont-ils améliorés ou détériorés au sein de votre collectivité?

Au cours des dix dernières années, deux sur 14 affirmaient que les soins de santé s'étaient

améliorés; sept ont dit qu'ils s'étaient détériorés; quatre se sont abstenues et une expliquait qu'elle était nouvellement arrivée dans une nouvelle collectivité et qu'elle ne se présente que rarement au centre de santé, mais que les soins offerts par le centre régional étaient bons là où elle habitait avant. Les femmes qui se sont abstenues nous disaient que les infirmières et les médecins changent souvent et que certains étaient meilleurs que d'autres.

5. Quels changements aimeriez-vous voir aux soins de santé de votre collectivité?

Les améliorations voulues étaient :

- des examens médicaux plus fréquents; la mise en place d'examens annuels accompagnés d'appels téléphoniques aux femmes leur confirmant les détails du rendez-vous;
- un accès plus fréquent aux spécialistes puisque les médecins ne sont pas formés dans tous les divers domaines;
- des politiques régionales normalisées de sorte à ce que l'offre des programmes puisse se faire de façon uniforme;
- l'offre de plus amples renseignements par les médecins, notamment sur les médicaments (p. ex., une femme et son époux ont reçu les mêmes médicaments pour des conditions différentes);
- l'étude des maladies mortelles tôt dans leur avancement au lieu d'attendre qu'elles ne s'aggravent;
- on devrait accorder une plus grande importance à la santé au lieu du financement; au dire du gouvernement du Nunavut, le financement est insuffisant, tandis que les médecins et les infirmières disent simplement que nous sommes *sous l'emploi d'un état alcoolique*, mais nous devons payer des impôts; un montant accru devrait être affecté aux soins de santé;
- améliorer l'équipement d'oxygène puisque les masques ne sont parfois pas confortables;
- donner des examens médicaux complets; *depuis que j'ai donné naissance à mes enfants, le seul examen que je reçois c'est un examen utérin;*

- une meilleure appréciation du fait que les femmes sont en mesure de comprendre les renseignements médicaux; *ils croient peut-être que nous ne sommes pas assez éduquées; on nous laisse à nous-mêmes.*
- rendre les services de soins à domicile plus accessibles; *les femmes sont toujours les personnes qui soignent les malades en phase terminale; on sabre sans cesse le financement fédéral même dans les autres régions du Canada;*
- des services et des installations améliorés à l'intention du peuple inuit;
- augmenter davantage la sensibilisation publique; nous nous penchons beaucoup sur le traitement des maladies;
- fournir une orientation culturelle aux infirmières et aux médecins nouvellement arrivés; chercher des engagements à long terme; renseigner le nouveau personnel de santé sur les questions de santé qui ont eu lieu au sein des collectivités avant leur arrivée;
- faire preuve de courtoisie en répondant à nos questions; s'ils ne sont pas en mesure de nous fournir des réponses tout de suite, qu'ils nous en donnent plus tard;
- améliorer le diagnostic (p. ex., il existe un nombre trop élevé de diagnostics incorrects);

Solutions des femmes :

- *nos députés sont ceux qui coupent le financement; nous devons nous faire entendre par les gouvernements; nous devons faire des revendications auprès des gouvernements et des députés; les politiques nous empêchent d'être entendues;*
- *que faisons-nous pour réduire le taux du diabète et du stress au sein de nos collectivités et pour nous permettre de s'entraider?*
- *que pouvons-nous faire pour assurer qu'un nombre accru d'Inuits suivent une formation dans le domaine de la santé étant donné que ce nombre est insuffisant?*
- promouvoir davantage l'autogestion de la santé et la santé en générale;
- fournir à chaque région une coordonnatrice ou une spécialiste de la santé des femmes.

6. Quelles sont vos préoccupations les plus importantes concernant votre santé ou celle des membres de votre famille?

Parmi les préoccupations les plus importantes sont :

- la pénurie de médecins et de spécialistes;
- un manque de soins offerts (p. ex., on administre que des médicaments antidouleur);
- le déplacement des femmes qui doivent accoucher; les femmes quittent pendant un mois et plus sans leur conjoint; elle devraient pouvoir quitter plus près de la date de naissance;
- un besoin d'un plus grand nombre d'examen utérins et des seins;
- un sentiment de ne pas être bienvenue ou sur un pied d'égalité lors de visites au centre de santé;
- des piqûres de Depo-Provera administrées aux filles âgées de 15 ans et moins sans l'approbation de leurs parents;
- un besoin d'hôpitaux plus grands munis d'installations chirurgicales, et ce, plus près de leur lieu de résidence;
- le fait d'envoyer les personnes d'urgence par avion d'évacuation est parfois bouleversant;
- les membres de la famille ne veulent parfois pas être admis à l'hôpital;
- les plus âgées doivent être en mesure de prendre leur retraite si elles ont des problèmes de santé;
- la ménopause;
- les hystérectomies;
- l'éloignement d'autres centres;
- le tabagisme et l'alcool et les femmes enceintes;
- les longues périodes d'attente pour des tests diagnostiques ou autres peuvent affecter la santé d'une personne (p. ex., le fait de ne pas avoir accès à des renseignements qui permettraient d'en apprendre davantage sur sa condition et comment se soigner);
- le besoin de changer la politique des mammographies puisqu'il semble que seules les femmes âgées de 40 et plus ont droit à ce test;
- le besoin de plus amples renseignements donnés aux patients et aux familles sur les procédures médicales;
- le besoins de plus de recherche sur le cancer du sein, notamment dans la région de Qikitaaluk (Baffin);
- la toux causée par la fumée; plusieurs personnes âgées en souffrent et ne reçoivent que des remèdes pour la toux; il faut que plus de renseignements soient diffusés sur cette question;
- les jeunes sont de plus en plus affectés par le tabac; ses effets sur la santé d'une personne seront davantage manifestés à l'avenir;
- certains patients âgés ne supportent pas les sédatifs qu'ils reçoivent sur les avions d'évacuation;
- les femmes ont besoin de plus de renseignements sur les règles, l'anatomie et les fonctions du corps (et comment ces renseignements peuvent influencer sur les jeunes femmes ou les femmes adultes);
- les patients doivent savoir, au préalable, quelles seront les interventions qu'ils subiront, p. ex., avant une hystérectomie et d'autres interventions chirurgicales, les personnes ont besoin de prendre connaissance des documents qu'elles signent lorsqu'on leur présente les formulaires de consentement; elles ont besoin de savoir qu'elles ont droit à certains renseignements précis avant qu'elles ne soient autorisées à quitter l'hôpital;
- la santé mentale et les signes avant-coureurs des difficultés familiales; l'Alzheimer; l'état des aidants naturels, leur santé et leur bien-être;
- le besoin de soutien en matière de soins de longue durée pour les personnes âgées au sein de leur résidence dans toutes les collectivités et non pas seulement dans les centres régionaux ou au Sud;
- les déplacements sur de longues distances pour accéder à des soins de santé; cette situation doit être améliorée.

Annexe

Guide des questions à l'intention des groupes de réflexion sur les femmes et la santé

Association des femmes inuites

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont amorcé un projet de petite échelle sur la santé des femmes qui habitent les régions rurales et éloignées du Canada. Les rencontres avec des petits groupes de femmes pour discuter de leur propre santé et de leurs préoccupations sur les soins de santé ont fait partie de ce projet. Nous sommes très reconnaissantes de cette occasion qui nous permet d'entendre vos opinions sur certains sujets et nous aimerions les inclure dans un rapport qui orientera la nouvelle recherche; vos commentaires faciliteront également les changements futurs en matière de politiques et sur les moyens de prestation des soins de santé à l'intention des femmes dans le Nord.

Veuillez commencer en notant dans un dossier les collectivités de provenance des femmes participantes.

Ces questions sont fournies dans le but de diriger vos discussions.

1. Décrivez le type de soins de santé qui vous est offert dans votre collectivité d'origine.
Pouvez-vous obtenir des examens ponctuels? Choisissez-vous de le faire? Donnez-en les raisons. Quels sont les soins d'urgence qui vous sont offerts?
2. Croyez-vous recevoir de bons soins de santé?
3. Les soins de santé ont-ils connu une amélioration ou une détériorisation au cours des dix dernières années?
4. Quels changements souhaiteriez-vous voir aux soins de santé au sein de votre collectivité?
5. Quelles sont vos préoccupations les plus importantes relativement à votre santé et à celle des membres de votre famille?



Notes en fin de chapitre

-
1. Voir la section C et l'annexe A du présent Rapport définitif
 2. Voir l'annexe de la présente section

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

La consultation nationale

**par Margaret Haworth-Brockman
et Karima Hashmani**

Table des matières

Introduction	I3
Mode de déroulement de la consultation : champ libre	I4
La consultation nationale	I5
Domaines de priorité pour l'amélioration de la santé des femmes	I5
Annexe	I11



La consultation nationale

Introduction

La première proposition du projet de l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes intitulé *La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche*, comprenait des plans pour la tenue d'une consultation nationale. L'intention était de convoquer une réunion rassemblant des femmes provenant de divers établissements, collectivités et gouvernements dans le but d'étoffer la compréhension de la vie des collectivités rurales, éloignées et nordiques, et des circonstances qui affectent la santé de ces femmes. En mars 2003, une rencontre de deux journées réunissant plus de 50 femmes de tous les coins du pays a eu lieu à Saskatoon (Saskatchewan). Cette rencontre, qui a été couronnée de succès, se voulait l'étape finale du projet.

L'intervention et la participation des citoyennes ont constitué un aspect important et de premier ordre de la consultation nationale. Les centres d'excellence sont reconnaissants pour les généreuses contributions à cet événement du Bureau pour la santé des femmes, du Bureau de la santé rurale, de Santé Canada, de l'Institut de la santé des femmes et des hommes, et des Instituts de recherche en santé du Canada. Leur aide supplémentaire a rendu possible la participation des femmes des collectivités isolées côtières et de l'extrême arctique aux discussions et aux résultats.

Étant donné que le nombre de groupes de réflexion avait augmenté par rapport au nombre prévu au début, une membre de chaque groupe de réflexion a été invitée aussi

bien que toutes les facilitatrices des groupes de réflexion. Les femmes étaient issues de contextes sociaux très divers, y compris les régions dont l'industrie première est la pêche, la foresterie et l'agriculture en plus de représentantes francophones, déniées, métisses et inuites. Pour certaines femmes, il s'agissait de la toute première fois qu'elles participaient à une réunion d'une telle envergure. En dépit du fait que certaines participantes ont dû mettre plus de temps à voyager (aller-retour) que le temps passé en réunion à la consultation, les femmes ont affirmé qu'elles ont apprécié la chance d'avoir pu y assister et l'intérêt sincère porté à leurs propos une fois rendues.

La consultation nationale a également profité de la participation de représentantes des gouvernements et des programmes en matière de politique qui ont pu fournir leur expertise. Enfin, les membres des comités gestionnaire

et de la recherche étaient présentes et ont offert leur expertise puisée de leurs acquis personnels et en matière de recherche¹.

Une ébauche du rapport sommaire a été élaborée en français et en anglais à l'intention des femmes ayant assisté à la consultation. Ce rapport comprenait les études intégrales de la littérature et certains des premiers résultats des groupes de réflexion. Suivant un format non traditionnel pour ce qui est de la tenue d'une conférence, les femmes qui se sont rendues à la consultation nationale ont discuté des résultats, mais ont également collaboré pour offrir des nouvelles façons de comprendre. Ce qui a été particulièrement important, c'était le travail effectué ensemble par les femmes en vue d'énoncer les changements possibles aux politiques, y compris les étapes nécessaires, qui assureraient l'efficacité de ces changements dans l'amélioration de la santé des femmes des milieux rural, éloigné et nordique du Canada.

Mode de déroulement de la consultation : champ libre

Pour assurer que les discussions des participantes à la consultation nationale soient efficaces, le processus de facilitation employé a été celui de type champ libre². Les réunions de type champ libre constituent une pratique axée sur le leadership dans laquelle tous les participants sont invités et encouragés à participer à la discussion de façon équitable. Plutôt que de suivre le mode plus classique qui consiste d'orateurs suivis de commentaires, les participants des réunions de type champ libre prennent part aux discussions de groupes (séances de travail simultanées) qui ont un thème central. Les « spécialistes » de tous les domaines, les activistes communautaires, les chercheurs et les décideurs peuvent se sentir à l'aise et contribuer aux discussions. Ce processus exige que les participants déterminent leur engagement relatif aux résultats et au suivi³.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- un consensus solide parmi les participantes, en particulier, les femmes des régions rurales et éloignées, sur les priorités en matière de changements juridiques et de politique qu'elles estimaient comme étant nécessaires;
- des objectifs réalisables et un ensemble de conclusions communes;
- un milieu qui permet à tous les groupes de se sentir à l'aise tout en assurant que tout sujet de discussion qui suscite un intérêt soit discuté;
- une sensibilisation au contexte politique qui s'impose;
- une idée claire des changements clés nécessaires en matière de politique et de recherche, et des idées sur comment et où les femmes pourraient participer.

Les réunions de type champ libre commencent avec les participants assis en formant un grand

cercle pour ensuite se présenter (« pour favoriser un sens d'égalité parmi tous les participants »)⁴. On demande ensuite aux participants de proposer des sujets de discussion. On organise ces sujets à l'aide d'un tableau et les participants choisissent ensuite les sujets de discussion auxquels ils veulent se joindre ou qu'ils désirent animer. Les discussions sont d'une durée maximale d'une heure et un membre se charge de noter les commentaires par écrit. Les commentaires de chaque discussion sont introduits dans un système informatisé qui permet à tous les participants d'y avoir accès. À la fin de la journée, chaque

participant reçoit un dossier de toutes les discussions. Après un certain temps de réflexion, les participants se rassemblent la journée suivante et commencent à mettre les sujets de discussion en ordre d'importance. Le facilitateur encourage un certain regroupement des nombreux sujets en les organisant dans des catégories plus générales. Enfin, les participants déterminent les stratégies à suivre pour les étapes suivantes. La réunion se termine officiellement avec les participants assis en cercle pour partager leurs derniers commentaires.

La consultation nationale

La consultation nationale a eu lieu à l'hôtel Delta Bessborough situé à Saskatoon, en Saskatchewan, du 17 au 19 mars 2003. L'interprétation simultanée a été offerte à toutes les activités de la réunion de deux jours. L'ouverture de la réunion a eu lieu en fin de journée le 17, les présentations et les mots de bienvenue étant offerts dans les deux langues officielles par les codirectrices de l'étude, Margaret Haworth-Brockman et Marilou McPhedran. Barbara Neis, la présidente du comité directeur national de la recherche, a souligné l'importance du projet national, de la consultation et des objectifs. La conférencière invitée, Marie DesMeules de Santé Canada, a

présenté les résultats préliminaires d'un projet imminent de Santé Canada qui comprendrait des données quantitatives sur le profil de la santé des femmes des régions rurales et éloignées⁵.

La facilitatrice, Kim Martens, s'est adressée en français et en anglais au cours de la consultation. La question posée au début de la première journée complète de la consultation a été : « *Quels sont les défis et les occasions qui se présentent au sein de votre collectivité qui portent sur les moyens d'assurer le meilleur état de santé possible des femmes?* » (traduction libre)

Domaines de priorité pour l'amélioration de la santé des femmes

Les femmes ont proposé vingt-quatre sujets de discussion pour les séances de travail tenues au cours de la journée. Chaque femme est passée d'une séance à l'autre (tenue en français ou en anglais), pour participer aux discussions. Les notes des discussions ont été introduites dans les ordinateurs portatifs fournis et des copies ont été distribuées à toutes les participantes de la consultation à la fin de la journée⁶. (Après le

déjeuner, une courte interruption a eu lieu en raison d'une fuite d'eau de l'étage supérieur qui a trempé le rapport et les ordinateurs. Heureusement, grâce à la présence d'esprit de certaines, tous les rapports de séances ont pu être récupérés, sauf un.)

- Stratégies pour augmenter la participation et la prise de décision parmi les femmes des collectivités rurales et éloignées.

- L'alphabétisation et la culture dans la prestation des soins de santé
- L'offre des soins et les femmes : Comment pouvons-nous aider?
- La pauvreté comme question de santé
- La promotion de la recherche dans le domaine des thérapies complémentaires
- L'accès aux soins de santé dans les collectivités inuites
- Comment se faire entendre?
- Les aspects positifs de la vie en milieu rural au Canada
- Comment faire des recommandations en matière de politique?
- La diversité
- Des conseils sur le rapport définitif
- L'éducation
- L'accessibilité accrue du personnel aux soins primaires autre que les médecins
- Filles et jeunes femmes en santé en dépit de la grande diversité
- Centre d'excellence des régions nordiques et éloignées
- Aider aux collectivités rurales à s'occuper du fait de la diversité
- L'intégration de l'étape suivante
- La santé mentale des femmes des collectivités rurales et éloignées
- La santé des femmes autochtones – des modèles holistiques et culturels
- La santé mentale et son rapport avec la maladie : la liaison
- Les moyens par lesquels on définit le mérite de la femme au sein de la société
- La santé des femmes dans le milieu de travail

La journée suivante, les femmes ont accordé un ordre de priorité aux sujets de discussion

qu'elles estimaient être les plus critiques et qui devraient faire l'objet d'études au cours des six à douze mois suivants pour assurer le meilleur état de santé aux femmes. Le tableau 1 contient les dix premiers sujets choisis par les participantes. ***Il est important de noter que la question qui préoccupait le plus les femmes de la consultation nationale était celle de la pauvreté parmi les femmes et ses effets sur la santé de celles-ci.***

Le groupe a procédé ensuite au regroupement des sujets connexes. Les six domaines consolidés et de première importance pour les femmes, aussi bien que les premières étapes menant au changement sont résumés ci-dessous. Les commentaires et les messages clés qui y figurent proviennent des premières séances de travail et des rapports sur le regroupement des sujets. Les recommandations formulées par les femmes sur le changement en matière de politique ou sur les nouvelles façons d'agir font également partie de la discussion de la section L du présent rapport.

Amélioration des soins de santé primaires

Au cours de la consultation nationale, les femmes ont discuté de façons et de moyens qui permettraient d'obtenir de meilleurs soins de santé primaires à l'aide des ressources actuelles au sein de leurs collectivités, y compris les centres de santé communautaires, l'amélioration des moyens préventifs et de promotion de la santé, et les praticiens alternatifs.

Les thérapies complémentaires doivent être intégrées à notre système de soins de santé primaire actuel de sorte à ce que le client ait un rôle à jouer dans le choix du traitement et qu'il accepte une responsabilité accrue de sa santé. (traduction libre)

[Nous avons besoin de] contributions et d'investissements communautaires pour trouver et mettre en œuvre des stratégies qui augmenteraient l'accessibilité aux sages-femmes, aux infirmières praticiennes, aux travailleurs sociaux, aux promoteurs de la santé, aux personnes qui exercent les anciennes méthodes de guérison, aux travailleurs de développement communautaire et aux thérapeutes complémentaires. (traduction libre)

L'emploi des centres de santé autochtones en Ontario comme modèle [...] Ces centres emploient une approche holistique à la santé et dans un seul centre, on y trouve des médecins, des infirmières, des conseillers en santé mentale. Ils offrent des ateliers sur la maîtrise de la colère, la violence familiale, la prévention du suicide, et des groupes de cuisson, de soutien aux personnes dans le deuil [...] des cours de yoga et de thishi. (traduction libre)

Les étapes suivantes comprennent :

- l'utilisation des ressources existantes pour sensibiliser davantage les personnes aux centres de santé communautaires;
- l'encouragement des centres d'excellence à évaluer les soins primaires et les modèles de soins de santé primaires destinés aux femmes;
- l'offre de thérapies alternatives (non médicales) plus abordables;
- l'augmentation de la recherche sur les thérapies complémentaires.

Changement de la politique à l'aide de moyens concrets

Les femmes participant à la consultation nationale ont souligné l'importance de ce projet national sur la santé des femmes des milieux ruraux et éloignés dans l'élaboration des stratégies futures.

Ne pas présumer qu'il existe un secteur bénévole dont les membres disposeraient du temps nécessaire à la communication de ce message [...] travailler avec d'autres qui approuveront et qui accepteront ce message — qui d'autres a intérêt à faire passer ce message? (traduction libre)

Il existe un besoin urgent voulant que les décideurs puisent à fond les collectivités pour demander aux femmes ce qu'il leur faut au lieu de leur dire ce qu'il leur faut. Nous devons travailler en collaboration avec les [décideurs] pour assurer qu'ils adoptent une optique communautaire pour comprendre les questions. (traduction libre)

[Donner des] exemples de situations qui fonctionnent bien. Les politiques doivent être agencées, efficaces et doivent rendre des comptes aux collectivités; elles doivent aussi inclure un plan d'action en vue de leur mise en œuvre. (traduction libre)

Clarifier les messages, déterminer le groupe cible, utiliser divers moyens, élaborer des plans de diffusion spécifiques. (traduction libre)

Rassembler les conclusions de la recherche qualitatives et quantitatives pour les fins des décideurs. (traduction libre)

Les femmes étaient d'accord qu'une bonne diffusion des résultats de la présente étude et des discussions communautaires demanderait des ressources et un financement adéquats.

Les groupes principaux pourraient travailler en partenariat avec les centres d'excellence en vue d'élaborer des propositions futures en matière de politique aux divers paliers gouvernementaux. (traduction libre)

Les étapes suivantes comprennent :

- la création de stratégies de revendication relatives aux recommandations découlant de la recherche;
- l'élaboration d'un rapport définitif [le présent rapport sommaire] qui renfermerait des recommandations aussi précises que possible;
- l'élaboration de renseignements et de trousseaux documentaires conviviaux à des fins d'éducation et à l'intention de groupes porte-parole de la localité;
- la diffusion et la communication centralisées des recommandations en matière de politique découlant du présent rapport;
- le concours de représentants appropriés des gouvernements provinciaux.

Étoffer le rôle des collectivités locales

Les participantes à la consultation nationale ont souligné le besoin de travailler au niveau communautaire pour améliorer la vie des femmes en milieu rural, éloigné et nordique. Les femmes ont fait valoir le besoin d'acquérir, pour elles-mêmes et pour d'autres, les habiletés nécessaires et de trouver les forums qui favoriseraient une meilleure participation au processus décisionnel pour les femmes.

Les groupes de femmes des régions rurales, éloignées et nordiques sont moins branchés qu'ils ne l'étaient et, s'ils existent, ils disposent de moins de ressources. Il nous faut des renseignements sur les façons que l'on dépense nos impôts — quelle proportion bénéficie les femmes et de quelle façon. [...] Faire en sorte que nos représentants élus nous répondent. (traduction libre)

Trouver des moyens qui font intervenir la collectivité, notamment les jeunes gens. (traduction libre)

Les étapes suivantes comprennent :

- la formation destinée aux femmes;
- l'éducation des femmes et l'encouragement de celles-ci à participer au processus décisionnel et au système de soins de santé;
- l'élaboration de modèles de mentorat, la conception d'ateliers communautaires accompagnées d'une sensibilisation;
- le recrutement et l'encouragement des femmes à prendre part aux activités politiques;
- l'offre d'un soutien fédéral à la formation des membres de la collectivité sur l'analyse comparative entre les sexes;
- l'offre de nouvelles ressources aux femmes rurales dans le but de financer des projets de recherche axés sur la collectivité.

Services en matière de santé et les problèmes systémiques

Bien qu'il figure maintenant dans la rubrique ci-dessus, ***les participantes à la consultation nationale ont fait valoir de façon claire et nette que le problème systémique le plus important qui influe sur la santé des femmes, c'est la pauvreté.*** En plus des questions de pauvreté, les femmes de la consultation nationale ont également inclus dans leurs discussions antérieures portant sur la violence contre les femmes, la valeur et la diversité des femmes à l'intérieur du système de santé. Par conséquent, les femmes ont relevé les liens d'interdépendance de ces facteurs relativement à la santé des femmes.

Un des facteurs déterminants de la santé c'est le facteur socio-économique, mais nous ne nous attaquons pas aux besoins de subsistance des femmes et de leur famille, par exemple, la nourriture, l'hébergement, l'accessibilité à une éducation et à une formation, et à une bonne qualité de vie [...] Il existe une réticence énorme de répondre aux besoins en matière de pauvreté de façon holistique, et il n'existe pas de stratégies qui permettraient d'effectuer les changements nécessaires qui mèneraient à l'amélioration de la vie des femmes pauvres et de leur famille. (traduction libre)

Les contributions des femmes aux soins de leur famille, le travail bénévole au sein de leur collectivité ne sont pas valorisés dans une collectivité qui est axée sur le salaire. (traduction libre)

Les femmes ignorent constamment leurs besoins en matière de santé et retournent travailler pour subvenir aux besoins matériels de leur famille. (traduction libre)

Lorsque les projets [subventionnés par le gouvernement] sont réussis, un financement à plus long terme qui améliorerait la vie des femmes et leur santé, n'est pas offert [...] Les services sont mutés au niveau local sans l'appui financier qui permettrait de soutenir des services de qualité. (traduction libre)

Il faut qu'une étude nationale et publique soit menée sur les programmes de soutien au revenu et sur les politiques de salaire minimal pour déterminer comment ils peuvent subvenir aux besoins de subsistance et comment ces programmes peuvent jouer un rôle complémentaire efficace à d'autres programmes d'aide sociale. (traduction libre)

Les questions autres que les questions régionales et linguistiques doivent être intégrées dans l'analyse pour éviter l'approche qui convient au plus grand nombre dans l'élaboration de nos politiques. Si nous ne posons pas les questions appropriées et n'approchons pas les divers groupes de femmes, nous risquons de continuer en perpétuité les interprétations erronées, [...] d'aider à formuler des politiques qui assistent certaines femmes en milieu rural, éloigné et nordique tout en aggravant la situation d'autres femmes. (traduction libre)

Il y a un manque de services en santé mentale dans les régions rurales et lorsqu'il en existe, ils ont été sévèrement affectés par les coupures budgétaires. Quel est l'effet de ces coupures sur la collectivité : une augmentation du taux des crimes moins graves, de dépendances, de violence et d'abus? (traduction libre)

La prévention de la violence contre les enfants et les femmes constitue une question prioritaire en matière de santé tout comme l'est de bons moyens d'identification et un soutien aux victimes. (traduction libre)

Les fournisseurs de soins de santé ont un rôle extrêmement important à jouer, mais il faut qu'ils soient sensibilisés davantage et qu'on leur apprenne les protocoles sur les façons de procéder. (traduction libre)

L'accessibilité aux services de promotion de la santé et de la prévention des maladies offerts par un moyen

convivial et en Inuktitut est toujours un problème dans les collectivités [...] Souvent le personnel des soins de santé ne peut expliquer les questions et les problèmes médicaux dans un langage qui serait compréhensible aux femmes inuites [...] Les femmes inuites demandent un plus grand nombre de centres de naissance dans leurs collectivités ce qui aiderait à intégrer les pratiques traditionnelles inuites aux services de soins de santé modernes.
(traduction libre)

Pour s'assurer que l'on accorde une attention suffisante à ces problèmes systémiques, les femmes ont proposé une diffusion des renseignements aux niveaux local, provincial et fédéral en utilisant un forum de justice sociale. Les étapes suivantes comprennent :

- des revendications auprès des gouvernements pour les sensibiliser davantage sur le lien direct entre les problèmes systémiques et la santé;
- la mise en place d'un financement à long terme pour les programmes et l'élaboration de la documentation en vue de campagnes de médias et des séances de formation.

Centre d'excellence des régions nordiques et éloignées

Le dernier groupe a discuté de la possibilité d'un centre d'excellence pour la santé des femmes dans une région nordique ou éloignée. Les femmes croyaient qu'il existait un besoin de mieux représenter les femmes des territoires aussi bien que les questions qui les touchent, et que le mandat actuel des centres devrait inclure les collectivités éloignées, rurales et nordiques. Ceci augmenterait la reddition des comptes des centres et leur capacité de répondre aux besoins des femmes, et ferait en sorte que le mandat d'un tel centre englobe la notion de la reddition des comptes et réponde aux besoins des femmes inuites, métisses, des régions du Nord et des Premières nations. Le but serait de renforcer les partenariats entre les organismes dont le travail est semblable et de créer des réseaux qui favoriseraient l'échange de renseignements.

Il existe un besoin pour des services destinés aux femmes et aux enfants, et aux abuseurs inuits, qui dans la plupart des cas, sont des membres de la collectivité. (traduction libre)

Évaluer l'efficacité des centres de santé communautaires des Autochtones. (traduction libre)

Actuellement, il n'existe aucun centre d'excellence (pour la santé des femmes) qui dessert le Nord ou qui est situé dans le Nord. Il n'existe aucun organe d'archivages central où les dossiers des conclusions de la recherche, les ressources et le matériel pourraient être conservés. Les résidents du Nord en ont assez de faire l'objet de recherches, notamment la recherche effectuée sans qu'ils soient consultés ou qu'ils y participent, et la recherche qu'ils n'ont pas la chance de commenter ou de discuter. Les décideurs sont loin des réalités, des obstacles, des collectivités, des clients ou des patients, de la culture et de la langue. Par exemple, il existe des collectivités dans le Nord dont 99 % des résidents sont francophones et le gouvernement ne se fait aucune idée du fait linguistique. La perception est que les francophones habitent le Québec.

Les étapes suivantes qui ont fait l'objet de discussion sont les suivantes :

- amorcer la discussion d'un nouveau centre;
- former des groupes de travail qui fourniraient des rapports d'étape;
- créer des stratégies et élaborer une liste de personnes-ressources des nouveaux partenaires qui seraient inclus.

Conclusion

La consultation nationale s'est terminée au courant de l'après-midi du 19 mars suivant le cercle de clôture où les femmes ont exprimé leur plaisir d'y avoir assisté et participé; elles ont également exprimé leur reconnaissance des nouveaux renseignements obtenus et un optimisme face au progrès futur du projet sur la santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique. Les participantes ont pu puiser de

leurs propres expériences et connaissances pour déterminer les domaines de priorité en matière de la santé des femmes des régions rurales, éloignées et nordiques. Les renseignements échangés pendant les deux journées ont fourni aux femmes l'occasion de participer à l'élaboration de méthodes favorisant le changement de l'état de la santé des femmes en milieux ruraux.

Tableau 1 Les dix sujets de discussion en ordre de priorité

1. La pauvreté comme question de santé
2. Les stratégies visant à augmenter la participation des femmes des régions rurales et éloignées au processus décisionnel
3. Comment faire des recommandations en matière de politique
4. La santé mentale des femmes des collectivités rurales et éloignées
5. La santé des femmes autochtones — des modèles holistiques et culturels
6. L'accessibilité accrue du personnel aux soins primaires autre que les médecins
7. Filles et jeunes femmes en santé en dépit de la grande diversité
8. L'éducation
9. L'offre des soins et les femmes : Comment pouvons-nous aider?
10. Comment se faire entendre



Annexe A

Liste des participantes à la consultation nationale tenue à Saskatoon en mars 2003.

Julia Allen	Chandra Hovde
Colette Arsenault	Noreen Johns
Deborah Barron-McNabb	Catherine Kulisek
Madeline Boscoe	Glenna Laing
Aline Bourgeois	Guylaine Leclerc
Nancy Caron	Lisa McCallum
Francine Chenier	Molly McCracken
Amanda Chirico	Carolyn McDonald
Aimee Clark	Edith McPhedran
Barbara Clow	Marilou McPhedran
Rose Colledge	Marielee Nault
Christine Dallaire	Barbara Neis
Marie DesMeules	Wendy Nelson
Bernice Dubec	Mary (Mae) O'Hagan
Janet Dumaresque	Madeleine Paquette
Marie Dussault	Ann Pederson
Gail Erickson	Colleen Purdon
Mary-Anne Gauthier	Charline Roy
Avis Gray	Lilliane Sabiston
Lorraine Greaves	Lynn Skillen
Winnie Greenland	Lana Sullivan
Faye Grose	Rebecca Sutherns
Paule Giguere	Helle Tees
Karima Hashmani	Sylvie Thauvette
Joanne Havelock	Annette Willborn
Margaret Haworth-Brockman	



Notes en fin de chapitre

1. Voir l'annexe pour consulter la liste des participantes à la consultation nationale.
2. SALTERS, M., *Mega Space Consulting*, le 27 novembre 2002.
3. Ibidem
4. STARFIELD CONSULTING. « Leadership tips for the event », mars 2003.
5. DESMEULES, M., C. LAGACE, R. PITBLADO, R. BOLLMAN, et R. PONG. 2003. L'évaluation de la santé des femmes en milieu rural dans le cadre d'un projet de recherche national (les collectivités rurales du Canada et la compréhension de la santé et des facteurs déterminants en milieu rural).
6. Des copies des rapports originaux des discussions sont conservées dans les dossiers du Réseau pancanadien pour la santé des femmes et le milieu.

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

La synthèse des thèmes

par Rebecca Sutherns, PhD

Table des matières

Introduction	J3
La situation dans son ensemble	J3
Au Canada, quelle est la signification des mots « rural », « éloigné » et « nordique »?	J4
La vie en milieu rural	J6
La santé comme synonyme de soins de santé	J8
Les divergences des renseignements communiqués	J12
Résumé	J13



Synthèse des thèmes

Introduction

La présente section synthétise les conclusions qui ont découlé de toutes les sources de données relatives à ce projet : les deux études de la littérature, les deux résumés des groupes de réflexion et la consultation nationale. Les deux sections suivantes énoncent les recommandations en matière de recherche et de politiques qui proviennent de ces conclusions.

En général, on a constaté qu'il existait un haut niveau de cohérence à la fois à l'intérieur des groupes de réflexion et entre ceux-ci aussi bien que dans les priorités de la consultation nationale et les conclusions des études de la littérature. Là où une question avait été fortement soulignée ou qu'elle avait été mise en valeur dans un certain domaine de la collecte de données, mais pas dans d'autres, ce fait a été noté dans le texte.

La situation dans son ensemble

En ce qui concernait les questions générales en matière de santé et de ruralité, les femmes ont témoigné du « défi du double emploi » et des concessions mutuelles qu'elles ont rencontrées en composant avec les conséquences

personnelles subies en raison de structures et de systèmes insuffisants. Les femmes qui ont participé aux groupes de réflexion ont relevé quatre questions principales qui étaient également renfermées dans les études de la

littérature, et qui ont servi de toile de fond à des observations plus détaillées dont voici :

1. *Les femmes en milieu rural sont, en grande partie, invisibles aux décideurs.*

Les participantes se sentaient ignorées et mal comprises par les décideurs qui fonctionnent habituellement dans des contextes urbains. Pareillement, la littérature comprend peu de recherche sur les femmes en milieu rural au Canada.

2. *La perception est qu'il y a insuffisamment de fonds accordés au système de santé et qu'il se détériore.*

Les femmes à l'échelle du pays ont décrit le système de santé comme étant tendu, vulnérable, peu fiable et n'ayant pas les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins. Cette perception cadre avec les préoccupations que l'on trouve dans la littérature concernant le manque d'accessibilité aux services en matière de santé des régions rurales.

3. *Les efforts déployés dans le processus de la restructuration du système ont aggravé plutôt qu'amélioré une situation déjà vulnérable.*

Selon les participantes et la littérature, les coupures de services qui font partie intégrante des réformes du système de santé ont mené à plus de déplacements, plus de stress et à moins de soins personnalisés pour les résidents des régions rurales et nordiques.

4. *L'insécurité financière, due principalement au chômage, à l'insécurité en matière d'emploi, aux faibles salaires ou aux emplois saisonniers, sont des facteurs déterminants clés de la santé des femmes rurales et de leurs familles.*

Plusieurs endroits ruraux sont composés de villages monoindustriels et dépendent beaucoup de la production saisonnière des ressources primaires telles l'agriculture et la pêche. Les apports continus de revenu sont fréquemment limités ou imprévus, et les incidences sur la santé sont d'une grande portée. Elles comprennent, sans s'y limiter bien sûr, un niveau de stress et d'isolement accru et un taux d'accès plus faible aux services de santé.

Malgré les préoccupations profondes de l'état des soins de santé en milieu rural, les participantes ont souligné les avantages de la vie rurale en matière de santé. Comme le faisait remarquer une participante, « *Nous avons tous ces arbres et rochers merveilleux, et le lac, et pour moi ce sont des choses très bénéfiques.* » (traduction libre) Les soins de santé en milieu rural sont peut-être en état de crise, mais pour bon nombre de femmes, la santé en milieu rural ne l'est pas. Quoiqu'il en soit, la ruralité est un facteur déterminant qui influe sur la santé des femmes que ce soit de façon positive ou négative. La façon que ces tendances se manifestent précisément varie en fonction de la grande diversité des peuples ruraux.

Au Canada, quelle est la signification des mots « rural », « éloigné » et « nordique » ?

Définitions

Dans la majeure partie de la littérature sur la santé en milieux rural et éloigné, la définition des termes fait l'objet d'une controverse appréciable. En raison de la diversité des critères, de degrés d'analyse et de méthodologies employés, il en résulte qu'il n'existe aucune définition normalisée des notions

« rurale », « éloignée » ou « nordique » dans les ouvrages de politiques, de recherche ou de planification. Ce fait est davantage embrouillé puisque la façon de « définir » la notion de ruralité dans les documents d'études de recherche et de politiques est souvent faite de manière implicite et non explicite¹.

Étant donné ce débat continu, nous n'avons pas amorcé le présent projet en dressant un glossaire des définitions précises des notions « rurale », « éloignée », « nordique » et « santé ». Cela a été un élément voulu de la conception du projet puisque nous désirions fonder nos connaissances sur les définitions présentées par les participantes sur la signification de ce que c'est être une femme vivant en milieu rural, éloigné ou nordique et de ce que cela laisse entendre. Cette approche a engendré une certaine ambiguïté pour les femmes puisqu'elles semblaient s'attendre à ce qu'on leur fournisse des définitions de ces termes reçues par les chercheurs.

Bien qu'en bout de ligne les participantes n'aient pas établi de définitions précises pour les notions de ruralité et de santé, elles possédaient quand même une connaissance de sens commun de ce qu'elles entendaient par ces termes. Dans le cas d'un groupe de femmes métisses, elles s'opposaient catégoriquement aux étiquettes « rural », « éloigné » et « nordique » en précisant qu'elles préféreraient être connues uniquement comme « femmes du Fort Chipewyan »². Bon nombre d'autres femmes se considéraient comme femmes rurales, bien que certaines se soustrayaient de cette catégorie puisqu'elles ne demeuraient pas sur des fermes. Peu d'entre elles se percevaient comme étant en milieu éloigné. Elles entendaient par « éloigné » des endroits qui étaient complètement isolés, citant souvent les collectivités accessibles par transport aérien, par voies routières limitées et démunies de service téléphonique. Dans bien des cas, on équivalait la notion du mot « rural » au temps de déplacement et au fait d'avoir à conduire une certaine distance pour se rendre à un lieu peuplé. Cette notion a également été associée à de faibles densités de population, à des services répandus ou limités, à un mode de vie près de la nature et au fait de connaître ses voisins et d'être connues d'eux. La distinction entre les termes « ferme » et « village » était appréciable à l'intérieur de la catégorie rurale

puisque les expériences des femmes en milieu rural avaient été définies par ces termes. Bien qu'il y ait eu moins de discussion sur le mot « nordique », dans certaines instances on décrivait des endroits qui n'étaient pas ruraux ou éloignés, mais qui, toutefois, posaient leurs propres défis relatifs à la santé des femmes.

Après mûre réflexion, les participantes ont commencé à questionner la notion de l'éloignement en demandant « de quoi » ou « de qui » une telle région serait éloignée. Par exemple, de nombreuses participantes francophones se sentaient éloignées en raison de la distance qui les séparait des services de santé et des services sociaux en langue française³. D'autres exprimaient un sentiment d'éloignement lorsque les membres de leur famille et leurs amis n'habitaient pas près d'elles ou lorsqu'aucun accès Internet était offert. On ne comprenait donc pas toujours de la même façon la notion de l'éloignement relative à un point de repère fixe (urbain).

À la recherche d'une culture rurale

Bien que nous n'avons pas parvenu à une définition précise de la ruralité, les participantes ont démontré que, sur le plan individuel, elles avaient une idée claire et nette de ce que représentait cette notion pour chacune d'entre elles. Aux quatre coins du pays, les femmes ont décrit la culture rurale de façon cohérente même si ses caractéristiques étaient variées. Pour certaines, la vie rurale était caractérisée par un sens d'autonomie et qu'on devait « se contenter » des ressources à sa disposition sans se plaindre. Pour d'autres, les membres des collectivités rurales étaient soit des « bleds » ou étaient venus d'ailleurs. Pour d'autres encore, il n'existait aucune distinction entre la culture rurale et leur patrimoine ethnique ou linguistique. Dans tous les cas, les femmes ont souligné le besoin de la prestation de soins de santé qui respecterait de façon appropriée chaque culture. Y a-t-il donc une culture rurale au Canada? Oui et non. Il y a des *cultures* rurales. Comment sont-elles caractérisées? Cela dépend. Les analyses doivent respecter

les divers contextes et il nous faut plus de recherche pour déterminer les facteurs qui influent sur le rapport entre la culture rurale et la santé des femmes.

Contradiction sous un autre nom

Le fait de comprendre que la culture rurale est à la fois importante et diversifiée joue un rôle clé dans l'interprétation qu'on donnera aux résultats du présent projet. À première vue, les résultats semblent ne pas concorder les uns avec les autres; ce qu'une personne qualifiait de paisible, l'autre qualifiait d'isolé. Ce qu'une femme interprétait d'appui utile des membres de sa famille et de ses amis, une autre percevait comme indiscret. Sur certains plans, la vie rurale peut être plus sécuritaire et plus dangereuse. Les soins offerts en milieu rural par un médecin qui connaît ses patients peuvent être jugés à la fois inférieurs et supérieurs. Certaines familles en milieu rural ont un meilleur accès à une nourriture saine; d'autres familles en milieu plus éloigné nous communiquent qu'elles ont très peu de choix nutritifs abordables. Pour certaines femmes, la vie en milieu rural signifie qu'elles doivent se rendre partout à pied, tandis que pour d'autres les distances des régions rurales rendent presque impossible le déplacement à pied n'importe la destination. Dans certaines provinces, la vie dans le Nord signifie « *la même chose que la vie dans d'autres régions, mais plus froid encore,* » (traduction libre) alors qu'à

d'autres endroits, la différence entre la vie dans le Nord et la vie dans le Sud est plus prononcée.

Que doit-on comprendre de ces tensions? Elles posent certainement un défi au processus de l'élaboration de politiques. Elles ne devraient pas, cependant, rendre ces conclusions moins convaincantes; bien au contraire. Ces conclusions, qui semblent être contradictoires, sont la preuve de la *diversité* qui existe dans les milieux ruraux. Il existe une culture identifiable dans les régions rurales, sauf que cette culture se transforme selon son contexte. La vie en milieu rural, par exemple, n'est pas pareille pour les femmes métisses qu'elle ne l'est pour les femmes francophones ou pour les femmes de l'Île Baffin, ou encore pour celles qui habitent les régions avoisinantes de Toronto et qui font la navette tous les jours, ni n'est-elle forcément pareille pour les femmes à l'intérieur de chacune de ces régions. La culture rurale doit, par conséquent, toujours être prise en ligne de compte, mais ces résultats soulignent le besoin d'étudier cette culture à l'échelle locale pour que ses caractéristiques distinctes puissent éclairer les politiques appropriées. Pour ce qui est de la recherche en milieu rural et de l'élaboration des politiques au Canada, une seule approche ne convient pas pour tous les groupes.

La vie en milieu rural

Dans le cadre de ce projet, les femmes ont discuté longuement des aspects positifs et négatifs de la vie en milieu rural. Dans la présente section, leurs observations seront discutées en fonction des milieux physiques et sociaux des endroits ruraux.

Les aspects positifs

Dans les groupes de réflexion menés dans les deux langues aussi bien que dans le cadre de la consultation nationale, les femmes ont

souvent discuté de l'influence positive que la vie en milieu rural a eu sur leur santé. Leurs commentaires sont en contraste directe avec la littérature publiée sur la santé en milieu rural qui se penche presque exclusivement sur les lacunes de ces milieux.

Bon nombre de commentaires des participantes s'adressaient au milieu physique. Par exemple, elles nous parlaient de la vie dans des régions « jolies », « propres », « paisibles »,

« sécuritaires » et « tranquilles ». Elles nous communiquaient que comparées à leurs homologues urbaines, elles jouissaient de plus de temps et qu'il y avait moins de circulation routière. Plus précisément, elle témoignaient que leurs hôpitaux étaient moins occupés. Elles valorisaient leur accès facile au grand air, à la faune, à la beauté et aux loisirs. Une femme de Creston (Colombie-Britannique) s'est exprimée ainsi : « *Cet endroit me plaît [...] je me sens très en sécurité. Mes enfants ont beaucoup d'amis et c'est propre, sain, et nous avons une merveilleuse arrière-cour. Nous avons de l'espace et suffisamment de temps pour être ensemble. Ce n'est pas toujours la course!* » (traduction libre)

Les propos de plusieurs participantes ont été semblablement positifs lorsqu'elles commentaient les milieux sociaux des régions rurales. Elles parlaient d'un niveau de stress moins élevé, d'un esprit communautaire solide et des avantages dont elles jouissaient de se sentir proches de leurs

voisins. Au dire d'une femme métisse,

« *Lorsque survient une tragédie, c'est une grande famille ici.* »

(traduction libre) Elles ont aussi fait remarquer les avantages de la participation aux groupes communau-

taires en milieu rural. Voici les propos d'une femme de Vermillion en Alberta :

« *Comme par le passé, lorsque les femmes se réunissent ensemble, elles en retirent une certaine solidarité. Je cite comme exemple, le groupe de mères et de tout petits qui existait autrefois. Il y avait beaucoup de soutien à l'intérieur de ce groupe. Il y a un mois, une femme me disait (et sa fille est maintenant âgée de 15 ans) 'Sais-tu que, pour moi, ce groupe a été l'une des meilleures choses puisque je croyais que j'étais en train de devenir folle avec mes deux enfants et j'ai découvert que j'étais comme les autres.' [...] Nous avons plus d'occasions pour créer de tels groupes à la campagne, mais je crois que nous commençons à devenir une ville au rythme accéléré.* » (traduction libre)

Pour certaines, cet aspect positif du milieu social se transformait en un meilleur système de santé de qualité qui était attribuable au fait que les fournisseurs des soins de santé connaissaient leurs patients et à un engagement à long terme à la collectivité.

Les aspects négatifs

Certains aspects négatifs de la vie rurale qui figurent de façon importante dans la littérature ont été confirmés par les femmes participant à la présente étude, bien que mitigés par les descriptions positives énoncées ci-dessus.

Leurs préoccupations étaient liées à l'absence ou à la fragilité de l'infrastructure communautaire dont les suivantes : l'insuffisance des services de garde d'enfants, le manque de transport en commun, des installations d'hébergement insuffisantes (notamment pour les personnes âgées et celles ayant des invalidités), des occasions en matière d'éducation limitées à l'échelle locale et peu d'emplois. Le

manque de services en matière de soins de santé a été mentionné souvent et cette question sera discutée séparément. Comme une résidente d'Oakbank au Manitoba l'expliquait, « *Si vous avez accès aux services de garde et au*

transport, aux ressources et aux soutiens offerts par la collectivité, vous êtes alors mieux placées pour prendre des décisions qui vous aideront à promouvoir la santé. » (traduction libre)

D'autres préoccupations portaient sur le milieu physique, y compris les questions sur la qualité de l'air et de l'eau, sur les hivers durs et la sécheresse. Une agricultrice de l'Alberta s'exprimait ainsi :

« *Nous vivons dans l'incertitude [...] je crois tout de même que nous vivons beaucoup de situations stressantes que les autres n'ont pas à composer avec. Ils n'ont aucune idée de ce que c'est de voir la totalité de leur revenu annuel dans un champ recouvert de*

Ils n'ont aucune idée de ce que c'est voir la totalité de leur revenu annuel dans un champ recouvert de neige.

neige. Je crois que nous avons recours à certains moyens de se tirer d'affaire que d'autres ne connaîtront jamais. (traduction libre)

Les participantes ont également discuté de façon négative des éléments sociaux de la vie rurale. Certaines ont mentionné les dépendances aux drogues et à l'alcool, et la violence familiale. Selon une femme des Territoires du Nord-Ouest, « *En habitant ici, il est impossible d'ignorer les effets de l'alcool et de la drogue, de l'abus sexuel, de la façon que les femmes se font traiter.* » (traduction libre) D'autres exprimaient comment elles se sentaient seules lorsque les membres de leur famille quittent la région ordinairement pour des raisons d'éducation ou d'emploi. Certaines se sentaient isolées sur le plan social puisqu'elles n'étaient « pas de la place » en dépit du fait que, dans certains cas, elles avaient habité ce lieu pendant plusieurs années. Bon nombre de femmes nous ont communiqué qu'elles se sentaient invisibles, mais, en même temps, leur petite collectivité ne les permettait pas d'être anonymes. Ce manque de respect de la confidentialité a été lié aux stigmatisations et aux tabous surtout parmi les jeunes, ce qui les mène à quitter la collectivité ou à renoncer aux services offerts de peur qu'ils soient déclarés. Coakes et Kelly (1997) ont décrit ces tensions de la façon suivante : « *pour contrecarrer le fait d'être trop connu [dans les petites collectivités], les habitants s'éloignent l'un de l'autre sur le plan affectif ce qui, en revanche, accentue le sentiment de l'isolement. En fait, les individus sont à la fois trop intimes et trop détachés.* » (traduction libre)

Les questions de l'égalité des sexes ont été soulignées comme étant une autre caractéristique négative de la vie rurale. À maintes reprises, la société en milieu rural a été caractérisée par son attitude conservatrice envers les attentes des femmes. Le stress, le lourd fardeau des rôles et l'épuisement parmi les femmes en milieu rural a été mis en valeur plusieurs fois. Les femmes ont exprimé qu'elles étaient fatiguées d'avoir à effectuer des tâches multiples à l'intérieur et à l'extérieur du foyer, ou qu'elles se sentaient frustrées par les limites imposées sur les rôles qu'on leur permettait ou leur obligeait à jouer. Plus précisément, elles mentionnaient « *l'épuisement du bénévolat* » et l'attente des petites collectivités « *de participer activement faute de quoi le travail ne se ferait pas.* » Ce double emploi a été lié au phénomène « d'être trop occupée pour se permettre d'être malade » ou pour se prévaloir de soins de santé. Une participante francophone a résumé le lourd fardeau des rôles ainsi : « *En bout de ligne, c'est à nous qu'il incombe d'exprimer nos attentes, et celles imposées par la société, par nous-mêmes, par nos maris et par nos enfants. Il y a des journées où je me demande comment les femmes réussissent.* » (traduction libre) Une autre femme a mis l'accent directement sur le stress des aidants naturels ainsi :

Les femmes qui s'occupent de leurs parents finissent par compromettre leur propre santé puisqu'elles effectuent des tâches pour lesquelles elles n'ont reçu aucune formation [...] Ces femmes finissent par être malades elles-mêmes puisqu'elles ne disposent pas des outils ou de la formation nécessaire. Elles travaillent un nombre d'heures fou sans rémunération [...] et elles aboutissent à la pauvreté. (traduction libre)

La santé comme synonyme de soins de santé

Une autre conclusion qui revenait le plus souvent était la tendance chez les femmes de voir la santé comme synonyme de soins de santé. Ce fait, en soi, n'est peut-être pas surprenant puisqu'il s'agit d'une des grandes tendances que l'on trouve dans la littérature

sur la santé en milieu rural et dans les médias. Ce qui est encore plus frappant c'est le fait que les femmes en milieu rural caractérisent leur santé et leur mode de vie comme étant positif, mais qualifient d'extrêmement inadéquats les soins de santé en milieu rural. Dans la même

mesure où les chercheurs et les médias se penchent exclusivement sur les soins de santé aux dépens d'une compréhension plus large de la santé, les caractéristiques positives de la santé en milieu rural risquent de passer inaperçues.

Quantité des soins

Sans exception, le manque d'accès aux services en matière de santé a été mentionné dans chaque groupe de réflexion, à la consultation nationale et ce fait figure également dans la littérature. Les femmes étaient conscientes des difficultés auxquelles doivent s'attaquer les travailleurs et les décideurs du domaine de la santé pour répondre aux besoins des résidents en milieu rural. Par conséquent, elles semblaient souvent ne pas vouloir communiquer leur mécontentement sans le contrebalancer en exprimant également leur appréciation des efforts déployés pour dispenser les soins de santé. Dans l'ensemble, cependant, les participantes étaient très préoccupées par le niveau de services dont elles pouvaient facilement se prévaloir.

Ce qui était remarquable à l'intérieur de ce thème, c'était le manque d'importance accordée aux médecins. Elles ont témoigné du besoin d'un plus grand nombre de dentistes, d'optométristes, de sages-femmes, de travailleurs en soins à domicile, de travailleurs en santé mentale et de physiothérapeutes. Elles désiraient un meilleur accès aux praticiens complémentaires ou alternatifs. Elles faisaient le point sur le peu de services d'ambulance ou le coût élevé de ceux-ci. Elles ont discuté du stress qu'elles ressentaient lorsque les services locaux en matière de santé cessaient d'être offerts ou lorsqu'on parlait de fermetures. Elles se sont dites frustrées face au manque d'accès aux renseignements sur la santé. Elles ont reconnu le manque de médecins, mais ont vite dirigé la conversation à un autre sujet.

Lorsqu'elles ont discuté de médecins, les participantes revenaient souvent sur le manque d'accessibilité aux médecins de famille au

Canada⁵. Elles ont mentionné le peu de spécialistes en milieu rural et les longues listes d'attente. Ce qui est peut-être plus intéressant, les femmes ont discuté des conséquences de la pénurie de médecins sur leur vie : en plus d'avoir à se déplacer, ce qui sera discuté dans la section suivante, le nombre restreint de médecins limite le choix. Nombre de femmes ont discuté vivement de leur préférence de se faire suivre par une femme médecin, une préférence trouvée dans la littérature⁶, mais elles ont rarement ce choix en milieu rural. D'autres se sont penchées sur la question de vouloir l'avis d'un deuxième médecin, mais lorsqu'il est difficile de se trouver un médecin, il est presque impossible d'en consulter un deuxième.

Qualité des soins

L'accès aux services de soins de santé est étroitement lié à la perception de la qualité de ces services. Pour plusieurs en milieu rural au Canada, la satisfaction de la qualité des soins de santé est vue comme étant excessive là où il n'existe pas de soins primaires. Lorsqu'il n'y a aucune possibilité de choisir un médecin, cela ne sert à rien d'évaluer les services offerts par celui-ci.

Néanmoins, beaucoup de femmes ont nommé quatre préoccupations principales de la qualité de leurs services de soins de santé. La première était la lourde charge des travailleurs en soins de santé. Le fait d'être tellement occupé a plusieurs conséquences, y compris de longues attentes, des soins livrés à toute vitesse et l'épuisement du personnel professionnel de la santé. Une femme de l'Alberta nous racontait que « *Les meilleurs soins que j'ai reçus ont été offerts à l'intérieur d'un très petit hôpital où ni les médecins ou les infirmières étaient surchargés.* » (traduction libre) La deuxième préoccupation communiquée par les femmes était la pénurie des fournisseuses de soins de santé et son effet sur la qualité des soins. Elles citaient en exemple leur hésitation de discuter de questions sensibles avec un homme médecin. Elles ont également partagé des exemples de traite-

ment indiscret ou condescendant de la part d'hommes médecins. La troisième préoccupation concernait le fait d'être trop bien connues par les médecins de la localité. Bien que certaines femmes affirmaient que le fait d'être bien connues par leur médecin menait à un service plus personnalisé, plusieurs autres femmes ont exprimé qu'elles se souciaient du non respect de la confidentialité ou d'une approche moins professionnelle. Dans certains endroits ruraux, les femmes ont mentionné qu'elles ressentaient un manque d'engagement de la part des médecins qui n'avaient pas l'intention de demeurer dans la collectivité pendant une période prolongée et que ce fait contribuait à un manque de continuité dans la prestation de soins de santé.

De façon plus générale, certaines femmes ont fait part de leur préoccupation de la qualité des politiques en matière de santé rurale. Elles se disaient trop éloignées des décideurs en milieu urbain qui ne pouvaient pas apprécier dans quelle mesure les modèles de prestation de soins de santé devaient être adaptés à la réalité rurale. Elles soulignaient, par exemple, que la convention de marquer la distance en reliant deux points ne servait pas d'un bon outil lors de la planification des soins de santé en milieu rural. Étant donné que la distance est devenue un thème qui survenait souvent, elle mérite d'être discutée séparément ci-dessous.

Lorsque les femmes se disaient satisfaites des soins de santé à leur disposition, leur expression de satisfaction était souvent suivie de « *mais* », ou elle semblait être le reflet du peu d'attentes qu'elles avaient du système de santé au lieu d'une attente de soins de santé de qualité. Le modèle du centre de santé communautaire a été l'exception spéciale aux préoccupations mentionnées sur la qualité



des soins de santé en milieu rural. Ce modèle a été mentionné au sein de plusieurs groupes et les femmes ont parlé favorablement de son approche holistique et du fait que ce modèle soit bien installé au sein de collectivités rurales.

En contraste, la littérature sur la santé des femmes en milieu rural au Canada n'est pas très parlante relativement aux questions qui portent sur la qualité, mais elle se limite plutôt à la question de l'accès aux services. Il existe un montant appréciable de recherche sur la qualité des soins de santé et sur les rapports de satisfaction, mais elle ne traite pas expressément des préoccupations des femmes en milieu rural.

Les effets de la distance

Une des caractéristiques types de la vie en milieu rural est la nécessité du déplacement du lieu de résidence pour se prévaloir de tout genre de service. Les femmes ont discuté longuement de la portée des conséquences d'un tel déplacement que certaines n'interprétraient que de simple inconvénient. Elles ont discuté des coûts financiers, affectifs et sociaux de se prévaloir des soins de santé. Le coût d'essence et d'un billet d'avion est élevé tout comme l'est le coût des chambres d'hôtel, du stationnement, de la nourriture, des soins de garderie sans compter la perte de son salaire. Elles ont également communiqué un niveau de stress élevé entraîné par l'absence de leur famille, surtout en période de crises de santé, et par les préparatifs qu'il faut effectuer pour aider les membres de leur famille et les employeurs à composer avec leur absence.

Pour la plupart, ces coûts et ces inconvénients multiples sont assumés par les femmes puisqu'elles sont souvent chargées de l'organisation des horaires, du maintien de la maison et de la surveillance du climat affectif de la

famille. Au dire d'une participante francophone, « *De toute évidence, c'est la femme qui fournit l'appui nécessaire. Elles s'absentent du travail, paient la gardienne et se déplacent. Donc, que ce soit sur le plan financier ou social, ces tâches sont toujours du ressort des femmes.* » (traduction libre)

En outre, le coût associé aux distances géographiques doit être déboursé que les résultats du rendez-vous aient été utiles ou non. Certaines femmes rapportaient que leur rendez-vous avait été annulé une fois rendues sur place ou qu'elles avaient voyagé toute une journée pour un rendez-vous de cinq minutes. Elles ressentaient que leur temps était moins valorisé que celui des fournisseurs de soins de santé dont la plupart ne prenait pas en considération les difficultés causées par le seul fait de se rendre au rendez-vous. Une femme de Vermillion en Alberta, par exemple, nous racontait son histoire ainsi : « *On peut voyager jusqu'à Edmonton pour un rendez-vous important pour ensuite émerger cinq minutes plus tard.*

'Qu'est-ce qu'on vous a dit?' 'Bien, de ne rien changer.' Nous avons toute une liste de préoccupations et avons attendu un mois ou plus pour ce rendez-vous [...] sans même obtenir de réponses. On rentre à la maison plus frustrées qu'avant. Et, en plus, c'est une journée perdue. » (traduction libre)

Une autre femme qualifiait les maladies chroniques « *d'énormes dépenses pour les familles en milieu rural.* » (traduction libre) Elle a fait le point ainsi :

Je crois que les résidents des villes n'ont aucune idée de ce que c'est de quitter son milieu de travail. Ce n'est pas une question d'aller vite se mettre le nez dans le bureau d'un spécialiste. Il s'agit d'une journée entière. On y passe la nuit. Lorsque ma plus jeune a été transportée à Edmonton par avion lors de sa naissance, j'ai dû, littéralement, faire mes bagages et déménager à Edmonton pendant deux semaines. Nous n'avions aucun autre moyen à notre disposition. (traduction libre)

Les conséquences de ces coûts sont évidents et dépassent les coûts financiers. Bon nombre

de femmes ont admis ne pas avoir poursuivi des soins de santé jusqu'à ce qu'elles ne deviennent très malades pour éviter ce chambardement. Par conséquent, les rendez-vous à caractère préventif sont rares.

D'autres aspects des distances portaient sur la météo et le transport. Bien qu'un centre régional offrant des services en matière de santé ne semble pas éloigné sur une carte, à certains temps de l'année, il peut s'avérer presque inaccessible en raison des intempéries hivernales.

Puisque le transport en commun est rarement accessible dans les régions rurales, si les femmes ne disposent pas d'un véhicule, elles ne sont pas en mesure de se rendre à un centre qui offre des services même si elles ne sont pas très éloignées. Comme le disait une participante des groupes de réflexion, « *Malgré le fait que je ne suis qu'à cinq minutes du bureau du médecin, puisque je ne conduis pas, je dois compter sur quelqu'un à l'extérieur de la famille pour me conduire quitte à ce que mon mari s'absente du travail.* » (traduction libre)

Les emplois saisonniers ont également des retombées sur l'accessibilité des soins de santé des endroits ruraux. Étant donné que de nombreux résidents des milieux ruraux sont des employés saisonniers, ils préfèrent ne pas s'absenter de leur résidence pour obtenir des soins de santé pendant les périodes des pointes telles que le temps de la récolte pour s'assurer, dans la mesure du possible, de ne pas perdre de revenu pendant cette période. Si les services étaient offerts dans la région, les emplois saisonniers auraient moins d'effets sur l'accessibilité.

Ces conclusions démontrent l'importance de l'utilisation des données qualitatives pour arriver à comprendre les tendances en matière du comportement de santé. Les espaces et les distances sont clairement des phénomènes sociaux et physiques. À l'heure actuelle, la littérature canadienne qui porte sur les comportements favorisant la santé et sur la santé socio-géographique est limitée.

Les divergences des renseignements communiqués

De façon générale, il y a eu un niveau de cohérence élevé dans les propos des diverses étapes de la collecte de données dans le cadre de la présente étude. Cependant, il y a eu des instances où nous avons remarqué certaines divergences tellement prononcées qu'elles méritent d'être discutées séparément. Les raisons des divergences ne sont proposées qu'à titre de possibilités seulement.

Par exemple, lors de la consultation nationale, les participantes ont accordé le plus d'importance aux sujets qui comprenaient les effets de la pauvreté et de la violence sur la santé. Bien que ces facteurs déterminants de la santé en matière de structure figurent dans la littérature de façon importante, au sein des groupes de réflexion, leur importance a été beaucoup moindre. Ce fait est peut-être attribuable à la composition des groupes de réflexion et au fait qu'une plus grande importance ait été accordée au caractère confidentiel des renseignements connus, et, par extension, à la sécurité des participantes, qu'au caractère saillant des vraies questions.

De même, dans la littérature comme dans les groupes de réflexion, la pénurie des médecins fut un fil conducteur. Dans le cadre de la consultation nationale, cette question n'est pas survenue. Encore une fois, l'absence de toute mention de cette question ne correspond probablement pas au degré d'importance qu'on y accorde. Dans cette situation, il se pourrait que les participantes aient voulu concentrer leurs énergies sur les changements qu'elles croyaient être plus fondamentaux et plus réalisables. La pénurie des médecins est un fait bien documenté; il est temps que de nouvelles idées et de nouvelles perspectives se dégagent de la polémique de la santé en milieu rural.

La littérature sur la santé en milieu rural, bien qu'elle ne soit pas largement biomédicale, se concentre beaucoup sur des maladies et des

conditions précises. Celles-ci ont très rarement été soulevées au sein des groupes de réflexion de même que dans le cadre de la consultation nationale. Il se peut qu'en groupes, les participantes n'aient pas cru qu'une condition qui leur était importante ne serait aussi pertinente à tous les membres du groupe. Cette divergence peut également être attribuable au fait que les femmes désirent se pencher sur les principales causes et sur les questions qui traitent de la situation dans son ensemble relativement à la santé en milieu rural plutôt que de choisir comme point de départ des maladies précises; il s'agit d'une approche qui correspond aux modèles de soins de santé communiqués le plus souvent par les femmes comme étant l'approche préférée.

La littérature sur la recherche accorde aussi une plus grande importance aux définitions des questions que celle manifestée par les femmes elles-mêmes. Les participantes avaient un sens défini, presque intuitif, de ce qu'était la signification des mots « rural » et « éloigné », et elles s'intéressaient à faire avancer assez rapidement la discussion au-delà de ces définitions.

Inversement, la littérature sur la santé en milieu rural au Canada est peu révélatrice des aspects positifs de la vie en région rurale. Les participantes des groupes de réflexion et de la consultation ont discuté beaucoup plus librement et longuement des aspects qui leur étaient attrayants de la vie en région rurale. Certaines ont voulu faire le point sur le fait qu'elles avaient délibérément choisi de vivre en milieu rural sans ignorer les compromis qui s'imposaient.

Dernièrement, le besoin d'un centre de recherche qui étudierait les préoccupations des femmes des milieux éloignés et nordiques a été soulevé dans le cadre de la consultation nationale. La littérature sur la recherche qui vise les femmes en milieux éloigné et nordique au Canada est limitée, mais le besoin d'un centre de recherche du Nord n'a été mentionné que brièvement au sein des groupes de réflexion.

Résumé

Les messages clés de la présente étude peuvent être résumés ainsi :

- La ruralité est un facteur déterminant considérable de la santé des femmes. Son influence doit être explicitement considérée dans la recherche et la planification en matière de santé.
- La ruralité constitue plus qu'une notion géographique. Il s'agit également d'une notion culturelle, et cette culture peut avoir un effet généralisé et puissant sur la vie des femmes.
- Le Canada rural est très diversifié. Les effets précis des milieux ruraux et des cultures rurales sur la santé doivent donc être étudiés dans leurs contextes, et les modèles de prestation de soins doivent être modifiés en conséquence.
- La question de la santé en milieu rural est composée d'aspects positifs et négatifs. Les

femmes croient fermement que les deux aspects doivent être pris en considération.

- Bien que les femmes comprennent que la santé dépasse les normes des soins de santé, les deux notions sont souvent perçues comme étant interchangeables. Les soins de santé en milieu rural sont vus d'un très mauvais œil surtout en ce qui concerne l'accessibilité aux services.
- La sécurité financière, l'aide sociale et le sexe s'ajoutent à la ruralité pour en faire des facteurs déterminants ayant des effets sur la santé.

Les thèmes décrits plus haut reviendront dans les deux sections suivantes d'abord, leur influence sur les priorités en matière de recherche et enfin, leurs conséquences sur l'élaboration de politiques.



Notes en fin de chapitre

-
1. Voir www.hc-sc.gc.ca/english/ruralhealth/paper.html, une communication publiée par le Bureau de la santé rurale de Santé Canada qui porte sur les définitions de « ruralité ».
 2. SKILLEN, L. (2003). *We're Fort Chipewyan Women*, des réflexions sur la santé et les soins de santé par des femmes métisses, rapport définitif non publié, University of Alberta, groupe de réflexion mené dans le cadre de l'étude nationale.
 3. Puisque la tenue des groupes de réflexion des femmes francophones n'a pas toujours eu lieu dans des milieux ruraux et que certaines des participantes n'habitaient plus en région rurale, il se peut que ces femmes ne soient pas aussi éloignées des services que d'autres femmes qui habitaient des milieux plus éloignés n'importe la langue parlée. Par conséquent, leur isolement se définissait plus en fonction de la langue qu'en fonction de la géographie.
 4. COAKES, S. J., et G. J. KELLY. (1997). Community Competence and Empowerment: Strategies for Rural Change in Women's Health Service Planning and Delivery, *Australian Journal of Rural Health*, 5, p. 27.
 5. Puisqu'on a pas posé directement la question aux participantes à savoir si elles avaient un médecin de famille, nous n'étions pas en mesure de déterminer si elles nous communiquaient des expériences personnelles sur la question du manque d'accès aux soins primaires. On prévoit obtenir ces renseignements de façon explicite au cours de l'étape suivante du présent projet.
 6. Voir l'exemple de THORNE, S. (1994). Women Show a Growing Preference for Treatment by Female Physicians, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 150, (9), 14667.

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

Priorités en matière de recherche

par Rebecca Sutherns, PhD

Table des matières

Introduction	K3
Sujets de recherche	K4
Utilisation et utilité de la recherche	K6
Modèles de recherche	K7
Résumé	K8



Priorités en matière de recherche

Les politiques et les stratégies visant à améliorer la santé et les soins de santé dans les petites collectivités n'ont pas été fondées sur des données probantes ou des recherches solides. Jusqu'à récemment, la recherche sur la santé en milieu rural au Canada a été morcelée et limitée à des projets à petite échelle. Pis encore, la plupart des données recueillies ou diffusées à l'échelon fédéral, provincial et territorial n'ont bien souvent pas, en dépit de leur abondance, une présentation qui favorise la recherche et l'analyse en profondeur... Et ... les liens entre décideurs et chercheurs sont ténus. On peut donc dire que les politiques, les stratégies, les programmes et les pratiques de la santé en milieu rural n'ont pas été aussi efficaces qu'ils auraient pu l'être.

– Roy Romanow,

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final, 2002

Introduction

Un des objectifs de ce projet a été d'établir un programme de recherche sur la santé des femmes en milieux rural et éloigné au Canada. Les lacunes en matière de recherche ont été déterminées de deux façons : par des études complètes de la littérature existante et canadienne, menées en français et en anglais,

sur les questions liées à la santé des femmes en milieu rural; et par une sollicitation des opinions des femmes obtenues directement de celles-ci sur les besoins en matière de recherche lors des groupes de réflexion et de la consultation nationale. Les sujets de discussion renfermés dans la littérature

déterminaient plutôt la recherche qu'il reste à effectuer, alors que les participantes s'intéressaient plus aux types de recherche

actuellement menée et les applications de ses résultats.

Sujets de recherche

Dans la présente section sont énoncés les principaux domaines de recherche qui pourraient être effectuée par les établissements et les organismes communautaires. Nous proposons comme point de départ, les principaux sujets qui se sont dégagés.

1. Tout renseignement sur les femmes en milieu rural au Canada

Il a été généralement reconnu que les femmes en milieu rural au Canada ont été, pour la plupart, invisibles aux chercheurs et aux décideurs. Il existe une tendance de ne pas inclure les femmes ou les faits ruraux, ou les deux, dans la littérature de la recherche sur la santé. Dans les situations de recherche canadienne où on fait appel aux habitants ruraux, leurs contributions sont rarement analysées séparément et l'analyse comparative entre les sexes est très peu souvent menée. Même le présent projet ne peut être considéré comme un premier effort. Par conséquent, presque n'importe quel aspect de la santé des femmes en milieu rural au Canada qui ferait l'objet d'une analyse explicite de l'importance du milieu géographique, de la culture et du sexe serait un sujet approprié pour une recherche ultérieure.

2. Des modèles de prestation de services en matière de santé rurale faisant preuve d'imagination

Les participantes s'intéressaient à la résolution des problèmes d'accessibilité aux services en matière de santé dans les régions rurales par des moyens non traditionnels. Elles s'étaient également engagées à trouver des solutions particulièrement rurales pour relever les défis présentés par les soins de santé. Elles

étaient donc d'accord avec toute recherche qui aurait pour but d'élaborer des modèles de prestation de soins de santé ciblés sur les habitants ruraux. Plus précisément, leurs idées comprenaient des modèles de soins de santé qui réduiraient la dépendance sur les praticiens, des modèles de soins itinérants, des modèles de télésanté préconisés par les femmes et de nouvelles approches de promotion de santé et de prévention de maladies au sein des milieux ruraux.

3. Les effets de l'isolement sur la santé

L'isolement géographique et social est une caractéristique commune de la vie en milieu rural au Canada et constitue un effet profond sur la santé individuelle et communautaire. À l'heure actuelle, les effets positifs et négatifs précis d'un endroit sur la santé ne sont pas pleinement appréciés. Quelques idées concrètes qui découlent de ce domaine comprennent la santé mentale des femmes, les effets de l'éloignement des enfants adultes sur la santé, les effets du peu de services en matière de santé et les effets sociaux des distances géographiques.

4. L'importance des valeurs culturelles sur la santé

À l'exception possible de la santé des Autochtones où la recherche sur la conjonction de la culture et de la santé n'en est qu'à ses débuts, la recherche des caractéristiques des diverses cultures canadiennes rurales se fait rare. Plus précisément, les moyens par lesquels les valeurs culturelles favorisent ou minent une santé saine et les modèles de prestation de soins de santé axés sur la culture dans les milieux ruraux demandent plus d'étude.

5. *Les facteurs qui affectent les effets de la ruralité sur la santé*

Selon les résultats de ce projet, il est évident que la ruralité est un facteur déterminant de la santé et qu'il joue un rôle influentiel; ce fait se manifeste souvent de façon contradictoire. D'autre recherche doit être effectuée pour déterminer les raisons qui font que la vie rurale peut à la fois entraîner des facteurs déterminants positifs et négatifs en matière de santé. Quels sont les facteurs ou les mécanismes qui déterminent en quoi la ruralité est susceptible d'affecter la santé des résidents? D'autre recherche pourrait porter sur un sujet connexe tels l'effet cumulatif ou le rapport entre la ruralité, le sexe et d'autres facteurs déterminants sur la vie des femmes.

6. *Le besoin de passer de l'information à l'action*

Les participantes insistaient vivement sur le besoin de passer de l'information à l'action, notamment pour ce qui est de mettre la recherche en matière de politiques en pratique et de convertir les connaissances en matière de santé en un comportement personnel changé, surtout dans le domaine des dépendances et de l'inactivité. Elles ont manifesté un intérêt dans des recherches ultérieures en vue de réduire l'écart entre l'information et l'action qui existe chez les décideurs et les résidents ruraux.

7. *Les questions liées à la santé du cycle complet de la vie*

Nous avons besoin davantage de recherche sur les expériences des femmes en matière de santé à des étapes précises de leur vie et de déterminer le lien entre ces expériences et celles qui pourraient se manifester à diverses étapes de leur vie. Le recherche sur les enfants, les adolescents et les jeunes femmes des milieux ruraux est particulièrement rare.

8. *Les questions de santé relatives à des résidents ruraux spécifiques*

C'est évident qu'il existe des trous dans la recherche actuelle visant à étudier les

préoccupations en matière de santé de certains sous-groupes de femmes en milieu rural. Ils incluent, sans s'y limiter, les jeunes femmes, les immigrantes, les femmes des régions côtières, les femmes métisses, inuites et des Premières nations, les femmes mennonites ou huttérites, les femmes souffrant de dépendances et les femmes qui font l'objet de violence. La recherche qui porte sur les praticiens ruraux en matière de santé qui ne sont pas médecins ou infirmières est également très limitée.

9. *Le fait d'aller au-delà des rapports de satisfaction*

Il existe considérablement de littérature sur la santé. Cette littérature remet en question la validité de bon nombre de sondages sur la satisfaction étant donné leur tendance à n'obtenir que des réponses positives. De la même façon dans le cadre du présent projet, lorsque les participantes ont été questionnées sur leur degré de satisfaction, la plupart d'entre elles se sont dites satisfaites de leurs soins de santé. Les méthodes interactives qui ont été choisies pour mener ce projet cependant, permettaient aux femmes de poursuivre leurs commentaires et les propos positifs de la plupart se terminaient par « mais [...] ». Compte tenu de ce phénomène d'une « satisfaction pondérée », la question de la satisfaction s'agirait d'un domaine de recherche riche relatif à la santé en milieu rural. De même, les liens communiqués entre la satisfaction, la qualité des soins et les attentes des soins en milieu rural demandent que d'autres études soient menées.

10. *Les définitions et les représentations rurales*

La littérature existante ne définit pas la ruralité, la définit différemment ou la définit, mais sans l'analyser. La ruralité est souvent traitée comme un fait homogène et simple, et comme ayant ordinairement un effet négatif sur la santé. De même, les participantes ont exprimé une préoccupation des façons négatives et stéréotypées

employées par les médias et par d'autres intervenants de la culture populaire lorsqu'ils décrivent les résidents ruraux ou la vie rurale. Il existe un manque d'attention portée à la diversité qui caractérise le Canada rural aussi bien qu'un besoin d'une analyse plus soignée des effets de cette diversité sur une vie saine. Comme le disaient Howatson-Leo et Earl (1995) :

Les endroits non métropolitains au Canada sont souvent et tout simplement qualifiés de régions rurales canadiennes sans porter suffisamment d'attention à leurs différences internes. Il est évident que le Canada non métropolitain ne peut être vu comme étant homogène. Il faut mener davantage de recherches pour faire ressortir cet aspect de diversité pour faire en sorte que les

politiques sur la société peuvent être conçues pour répondre aux besoins des résidents des régions non métropolitaines du Canada.
(traduction libre)

11. La santé et la sécurité professionnelles en matière de santé

Les professions exercées par les femmes qui habitent les régions rurales, notamment celles qui ne font pas partie du secteur agricole ou de l'industrie de la pêche, n'ont pas fait l'objet de beaucoup de recherches au Canada. Les expériences des femmes qui jouent plusieurs rôles, y compris celui de fournisseuse de soins de santé, mère et employée rémunérée, méritent également plus d'attention.

Utilisation et utilité de la recherche

De façon implicite et explicite, les participantes non universitaires de ce projet ont exprimé qu'elles ne s'intéressaient que peu à la recherche. Bon nombre d'entre elles avaient participé à des projets de recherche, mais peu de participantes étaient conscientes de la contribution apportée par la recherche. Les résultats n'avaient pas été communiqués ou mis en œuvre à l'échelle locale. Les femmes voyaient la recherche comme un moyen menant à un but; elles désiraient des recherches qui donnaient des résultats précis et qui mèneraient à des changements sociaux. Elles s'intéressaient plus à réduire l'écart qui existe entre les connaissances et le comportement qu'au fait d'initier de nouvelles connaissances. Comme le disait une femme : « *Nous en savons assez! Il est temps de passer à l'action!* » (traduction libre)

En contraste, de nombreux chercheurs voient la recherche comme étant bénéfique en soi

puisqu'elle crée de nouvelles connaissances et ne sert pas simplement d'outil pour effectuer des changements immédiats. Cette perspective concorde avec la littérature qui existe sur la santé des femmes en milieu rural au Canada.

Lorsque leurs commentaires portaient directement sur les besoins en matière de recherche, les femmes exprimaient le besoin d'une recherche appliquée et utile. Celle-ci devrait éviter le chevauchement et devrait être communiquée de façon qui soit efficace et accessible aux diverses groupes. Une indication que cette approche n'avait pas été suffisamment employée a été mise en évidence par le fait que les participantes ont proposé certains sujets de recherche précis qui avaient déjà été assez bien recherchés, ce qui nous mène à croire que les chercheurs en matière de santé rurale n'ont pas été jusqu'au bout pour communiquer leurs résultats aux résidents des collectivités cibles.

Modèles de recherche

Les participantes ont applaudi l'engagement des représentantes du projet à solliciter activement la participation des femmes au projet de recherche axée sur la collectivité. Elles ont affirmé le besoin de modèles de recherche qui permettent que leur voix soit bien entendue et qui leur offrent des occasions d'intervenir, de travailler ensemble et d'écouter les points de vue d'autres femmes, de faire partie intégrale du processus de recherche. Au dire d'une participante, « *Lors de la tenue de consultations, la question posée par une personne ou la réponse d'une personne a l'effet d'encourager quelqu'un d'autre [...] Ce processus a l'effet d'accroître la sensibilisation au sein de la collectivité.* » (traduction libre) **Encore une autre** disait, « *J'ai l'impression d'avoir plus contribué de cette façon que si j'avais rempli et posté un questionnaire.* » (traduction libre)

À un niveau, les études de la littérature font montre du besoin d'une participation directe de la part des femmes aux projets de recherche. Une bonne part de la littérature provient des instances gouvernementales (surtout la littérature française) ou des travailleurs en matière de soins de santé, souvent sans y retrouver les propos des femmes. Mais à un autre niveau, la littérature sur la santé en milieu rural canadien est largement composée d'études à petite échelle qui permettent des témoignages personnels. Ce qu'il nous faut, ce sont des études statistiques ou épidémiologiques sur l'état de santé en milieu rural menées à l'échelle nationale, aussi bien que des travaux menés sur les axes longitudinaux. Les parties manquantes qui nous permettraient de voir la situation dans son ensemble, proviendront d'un programme de recherche national continu appelé « *Les collectivités rurales au Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants.* » Cette étude multidisciplinaire est menée en partenariat avec Santé Canada, l'Initiative sur la santé de la population de l'Institut canadien d'informa-

tion sur la santé et le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord de l'Université Laurentienne. Elle passe en revue l'état de santé, les facteurs déterminants en matière de santé et l'utilisation des services en matière de santé des Canadiens ruraux comparés à leurs homologues urbains. Ce programme a pour objectif d'apporter une contribution importante à notre compréhension de la santé rurale au Canada axée plus précisément sur la santé de la population.

Le présent projet a également souligné les avantages que l'on peut tirer d'une expertise universitaire et communautaire dans les projets de recherche. La rigueur des processus de recherche universitaires telle que l'accès aux ressources et aux bases de données indexées sur les résumés de recherche a été ajoutée aux caractéristiques pratiques et accessibles de la recherche axée sur la collectivité ce qui a donné une richesse d'échanges entre les participantes et sur les études de la littérature. La mise en valeur des multiples façons d'acquérir des connaissances est une priorité importante pour les modèles de recherche futurs qui porteront sur la santé des femmes en milieu rural.

Les femmes ont également fait valoir que les modèles de recherche doivent nécessairement être conçus de sorte à ce que la vie complète d'une femme soit prise en considération au lieu d'être concentrés que sur une seule dimension moins importante. Par exemple, elles se disaient être d'accord avec la recherche qui portait sur le sens large de la santé et non seulement sur les maladies ou la mortalité. Dans cet ordre d'idées, les participantes s'intéressaient aux questions de recherche qui ne laissaient pas croire que la vie en milieu rural constituait d'une façon ou d'une autre un inconvénient. Elles favorisaient l'exploration de toute la gamme d'expériences rurales dans des projets de recherche.

Les participantes ont proposé que la définition des termes soit plus claire dans les projets de recherche ultérieurs de sorte à ce que les questions relatives aux villages ruraux, aux fermes rurales, aux collectivités nordiques, éloignées et accessibles par voie routière ou par transport aérien puissent se distinguer l'une de l'autre.

Dernièrement, les projets de recherche ultérieurs doivent employer des approches multidisciplinaires et multiculturelles qui permettent de capter la diversité rurale de façon adéquate.

Résumé

La recherche en matière de santé rurale au Canada prend de l'ampleur à l'intérieur comme à l'extérieur des Instituts de recherche en santé du Canada. Les sujets qui figurent dans cette section servent de points de départ solides aux chercheurs qui s'intéressent à combler les lacunes en matière de renseignements sur la santé des femmes en milieu rural.

Ce qui est peut-être plus important encore que les sujets, cependant, sont les propos des femmes concernant les modèles et l'application de ces recherches. Les propos des femmes doivent figurer dans les stratégies de recherche en matière de santé qui sont actuellement en cours d'élaboration au Canada. Les femmes doivent participer à la conception des stratégies et à nous renseigner sur ce que ces stratégies devraient nous apprendre en bout de ligne.

Les nouvelles études quantitatives sur l'état de la santé en milieu rural sont louables puisqu'elles augmenteront évidemment nos connaissances. Cependant, les descriptions qualitatives telles que celles qui figurent dans le présent rapport, sont essentielles pour

assurer que les sondages quantitatifs soient pertinents et que les recommandations en matière de politiques qui en découlent correspondent à la vie de tous les jours des femmes.

Bien qu'il existe une certaine valeur à la recherche menée uniquement à des fins de recherche, les participantes de la présente étude ont clairement indiqué qu'elles s'intéressaient à la recherche qui mène au changement social. Ce point de vue accorde une plus grande importance à la communication claire et en temps opportun des conclusions de la recherche au niveau local pour que celle-ci soit vue comme étant pertinente à la vie des femmes qui l'ont rendu possible. Ces mêmes conclusions doivent également être communiquées par des moyens efficaces aux décideurs qui ont l'autorité de les utiliser en vue d'éclairer les changements pertinents en matière de politiques favorisant les femmes en milieu rural. Dans la section suivante, nous discuterons des propositions pouvant mener à de telles orientations en matière de politiques.

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

Recommandations en matière de politique

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

Table des matières

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

Avant-propos

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

La présente étude intitulée *La santé des femmes en milieux rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche*, se veut un reflet des efforts investis dans un processus grandement consultatif auprès des femmes dans le but d'établir des objectifs clairs et réalisables en puisant les connaissances des femmes qui ont passé leur vie dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. Le fait de placer un tel accent sur le « processus » peut être perçu de deux façons distinctes : comme un problème encombrant ou comme une méthodologie essentielle qui fait partie d'une solution. La présente étude fournit des données qualitatives essentielles qui ne peuvent être obtenues que par un processus d'enquête par lequel les sujets sont interrogés. Munies de faits probants qui continueront à être produits par l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes et par d'autres projets de recherche, nous devons créer des politiques et des stratégies en vue d'améliorer la santé des femmes des milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada si nous voulons effectuer des changements au sein de ces régions. Nous avons maintenant une réponse à la question souvent entendue, « Qu'est-ce que les femmes désirent? » **Elles désirent créer un réseau de collaboration sur le changement en matière de politique axé sur l'analyse comparative entre les sexes et les régions (ACSR) à l'aide de partenariats, qui auraient un intérêt réciproque, entre les femmes canadiennes des milieux ruraux, éloignés et nordiques et les décideurs à chaque palier gouvernemental¹. La priorité transversale** des participantes de la consultation nationale tenue dans le cadre de la présente étude, est d'avoir un vrai rôle à jouer qui les ferait ainsi intervenir dans le changement des politiques axé sur l'analyse comparative entre les sexes et les régions tout en utilisant les données sur les facteurs déterminants sociaux de la santé des femmes de ces régions. **Les trois priorités principales en matière de changement, accompagnées de onze stratégies connexes, viennent éclairer nos recommandations sur les mesures concrètes :**

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

Introduction

Les politiques et les pratiques actuelles relatives à la santé ne tiennent pas entièrement compte des connaissances et de l'expertise des femmes qui habitent les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. La présente étude intitulée *La santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique : Orientations en matière de politiques et de recherche* a été conçue dans le but de fournir des renseignements utiles sur les changements en matière de politique nécessaires à l'heure actuelle, de jeter les bases à l'étape suivante (actuellement en cours²), et de compléter les autres projets de recherche. Dans la présente étude qui comprend les femmes habitant les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada (et d'autres projets de recherche), l'organisme des Centres d'excellence pour la santé des femmes étudie comment influent sur la santé les facteurs tels que la culture, le groupe ethnique, le revenu et l'éducation lorsque ceux-ci sont conjugués aux facteurs hommes-femmes. Le résultat est clair : des objectifs réalisables en matière de changement obtenus des connaissances des femmes qui ont fait leur vie dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada³.

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

L'intégration de la sagesse féminine

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

données d'un grand éventail de femmes et de collectivités. L'étude a commencé par une étude de la littérature et une analyse des lacunes qui ont été présentées lors de la tenue de la table ronde nationale sur invitation en octobre 2001 et ont été suivies des bibliographies par thèmes en français et en anglais. De novembre 2001 à janvier 2003, 28 groupes de réflexion communautaires ont eu lieu au sein des collectivités rurales, éloignées ou nordiques. Un rapport provisoire a été élaboré en vue de la consultation nationale tenue à Saskatoon (Saskatchewan) réunissant les femmes des groupes de réflexion aussi bien que les décideurs et les chercheurs spécialistes dans ce domaine. À mi-chemin dans ce processus, le comité directeur national de la recherche a tenu une séance sur l'exécution de la politique auprès des experts en matière de politique dans le but de déterminer les domaines qui offriraient des occasions de communiquer les résultats de cette étude à un groupe qui se spécialise en politique⁴.

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

L'effet sur la politique publique

L'intervention des femmes des collectivités

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

Qu'est-ce que l'on comprend exactement par « politique publique » et comment est-ce que des femmes comme nous pouvons l'influer? (traduction libre) Il n'existe aucun système législatif chargé de l'élaboration de la politique; par contre, pendant des décennies, la dynamique du pouvoir qui sous-tend l'élaboration de la politique au sein du contexte gouvernemental au Canada, a fonctionné de sorte à maintenir le caractère général du processus de la politique publique qu'un expert a comparé à « tant un marché de travail chaotique qu'un système planifié⁵. » (traduction libre)

Efforts, résultats...réalité

Bien qu'elles n'avaient pas tendance à utiliser un vocabulaire de politique, certaines participantes de l'étude ont noté que leurs « efforts en matière de politique » antérieurs ont peu souvent réussi à produire des « résultats en matière de politique. » Elles décrivaient également comment les politiques nécessaires avaient été accommodées – ou minées – par le momentum créé par des décisions gouvernementales déjà prises. Pour que les changements désirés soient réussis, il faut l'appui des politiciens et des établissements pour « le momentum d'une direction en matière de politique et les tendances au chapitre des dépenses⁶. » Les femmes de la consultation ont indiqué divers efforts en matière de politique tels que les sondages sur l'opinion publique, les rapports personnels, les politiques partisanes, la création de réseaux et les services de courtage en bloc auprès des instances au pouvoir par les particuliers et les collectivités. Le consensus qui s'en est dégagé

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

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

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

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

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

ses responsabilités pragmatiques, ses intérêts directs et ses connaissances spécialisées⁷. » Les particuliers et les groupes à l'intérieur des communautés de politique qui sont près des personnes qui contrôlent les ressources nécessaires à la mise en œuvre des politiques, constituent un « sous-gouvernement », tandis que ceux qui sont activement préoccupés ou affectés par certaines politiques mais qui ne sont pas « près » des initiés, ont été qualifiés de « public attentif⁸. »

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

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

des Territoires du Nord-Ouest ont affirmé que 80 % des femmes hébergées dans les maisons cette journée étaient victimes de violence et les autres avaient été admises pour des raisons qui n'étaient pas liées à la violence telles que des problèmes d'hébergement. Parmi les femmes admises pour des raisons de violence, le nombre de femmes qui quittaient des situations d'abus physique était deux fois plus élevé que le nombre de femmes qui quittaient des situations d'abus psychologique et 67 % de ces deux groupes étaient accompagnés d'enfants; 71 % de ceux-ci étaient âgés de moins de dix ans⁹.

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

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

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

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

statistiques des femmes « rurales ». Par exemple, si on utilise les codes postaux des régions rurales (qui n'est qu'une des six définitions du mot « rural » employées par Statistique Canada), 28,7 % de la population canadienne sont ruraux et 50,8 % de ce pourcentage sont composés de femmes¹⁰. Cependant, ce jeu statistique ne devrait pas être utilisé pour justifier le peu ou l'absence d'analyse comparative entre les sexes dans l'élaboration de politiques, puisque sous n'importe quelle optique que l'on voudrait donner aux statistiques qui portent sur la population, les femmes constituent une partie importante sinon la majeure partie de la population des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. De plus, elles sont tellement nombreuses que si on veut que les politiques et que la mise en œuvre des stratégies soient efficaces, les femmes et la diversité de celles-ci doivent être prises en ligne de compte. Malheureusement, une analyse récente des efforts en matière de politiques provinciales et fédérales nous brosse un tableau différent.

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

entendre que très peu d'efforts ont été faits pour assurer l'utilisation d'une analyse comparative entre les sexes qui aurait éclairé la planification en matière de santé à ces niveaux¹². Les renseignements sur les besoins en matière de santé ont rarement été ventilés en fonction du sexe et les consultations auprès des groupes de femmes à titre d'intervenantes clés faisaient l'exception plus que la règle. Lorsqu'on faisait mention des besoins des femmes en matière de santé, ils étaient souvent étroitement liés au système de reproduction de la femme ou aux responsabilités présumées de la femme par rapport à la santé et aux soins de leur famille. Ce n'est pas dire que les représentants et les ministères des organismes du Manitoba et de la Saskatchewan s'opposaient vivement aux questions de la santé des femmes. En fait, le rapport se veut plutôt un exemple de la difficulté qu'ont les concepteurs de politique qui manifestent un intérêt personnel acharné à surmonter les omissions inhérentes et systémiques dans l'élaboration de la politique¹³.

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

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

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

La première décision à faire serait donc de déterminer si une politique conçue en fonction des conclusions de la recherche doit exclure l'analyse comparative entre les sexes et les données qualitatives sur les femmes et obtenues d'elles¹⁴. Il ne sera possible de considérer les priorités en matière de politique de la présente étude que si les décideurs choisissent d'aller au-delà du premier niveau tout en élaborant des politiques qui leur permettent de le faire, et que s'ils choisissent ensuite d'insister sur des options précises en matière de politique et des stratégies connexes qui englobent l'analyse comparative entre les sexes accompagnée de données sur les hommes et les femmes. Si on veut passer à l'action sur la priorité première énoncée dans la présente étude, c'est-à-dire, un réseau de changement de politique d'ACSR, il faut que les concepteurs de politiques fassent avancer le processus décisionnel au second, ou au niveau supérieur. En se faisant, les recommandations qui découlent de cette étude sont alors situées dans un contexte d'élaboration de politique avant même qu'ait lieu une plus grande discussion des recommandations individuelles de chacune des trois priorités en matière de politique.

Omission fédérale

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

tive entre les sexes dans l'élaboration de leurs recommandations en matière de politique¹⁵. De fait, pas un seul document d'information soumissionné par le rapport Romanow, a compris un effort sérieux d'intégrer une analyse comparative entre les sexes. Bien que M. Romanow ait énoncé une vue partagée par les participantes de notre étude lorsqu'il recommandait des moyens novateurs de prestation de services en soins de santé aux petites collectivités et l'amélioration de la santé de ses membres, il en a très peu ajouté sur ce qu'il comprenait par l'innovation.

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

À l'intérieur des groupes de réflexion, des tables rondes et de la consultation nationale, les femmes décrivaient le stress et la fatigue chez les personnes entre deux générations qui dépendent d'elles pour leurs soins sans, toutefois, être rémunérées ou recevant une rémunération très faible. Malgré la recommandation de M. Romanow de « donner de la formation et du soutien aux aidants naturels dans le rôle qu'ils jouent en milieu rural¹⁶ », il a passé sous silence le fait que ces « aidants naturels » étaient habituellement des femmes. Dans son analyse du rapport Romanow, le groupe national coordonnateur sur la réforme de la santé a soulevé une préoccupation qui revenait souvent au cours de cette étude dont la suivante :

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

plus probable, de former ces femmes dans le but de fournir une plus large gamme de services spécialisés tout en continuant à retenir une compensation pécuniaire¹⁷. » (traduction libre)

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

L'atteinte des normes nationales et internationales

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

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

en considération par les concepteurs de politiques lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques et des programmes. Il ne peut y avoir des formules qui conviennent au plus grand nombre dans la promotion de l'égalité des sexes. Pour pouvoir déterminer ce qui fonctionne, il faut que les intervenants soient consultés – les hommes et les femmes – sur les questions et les façons clés de procéder. [...] pour améliorer l'efficacité de l'élaboration des politiques, les questions qui portent sur les sexes doivent faire partie intégrante de l'analyse, de la conception et de la mise en œuvre des politiques¹⁸. » (traduction libre)

Une autre perspective internationale nous vient de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), un traité important de l'ONU sur les droits de la personne qui porte sur les femmes, publié à la demande de l'Assemblée générale des Nations Unies il y a plus de 20 ans¹⁹. L'Article 14 de CEDAW porte sur les femmes en milieu rural et il se fait l'écho de la vision et des valeurs communiquées par les participantes de notre étude en mettant l'accent sur les facteurs déterminants sociaux de la santé, y compris un accès équitable aux services et au pouvoir²⁰.

Pourquoi s'en préoccuper?

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

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

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

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

santé, des aidants naturels (rémunérés et non rémunérés). Puisque les femmes sont sous-représentées parmi les politiciens élus et les autres décideurs, leur « avantage politique » n'est pas valorisé²¹.

- Les questions de la santé des femmes ne sont pas les mêmes que celles des hommes en partie pour des raisons biologiques et pour des raisons sociales. Bien que les raisons biologiques semblent évidentes, les concepteurs de politique doivent également considérer la sous-représentation chronique des femmes dans plusieurs études antérieures. Quoiqu'il y ait eu une amélioration indéniable²², beaucoup des renseignements nécessaires à de bons soins de santé pour les femmes n'existent toujours pas.
- Presqu'un tiers des Canadiens – plus de neuf millions de personnes sur 31 millions – habitent les régions rurales et éloignées. Ces Canadiens contribuent de façon importante à la richesse et à la prospérité du pays par leur participation aux secteurs primaires des ressources du Canada (y compris les industries de la pêche, forestières, minières et agricoles), l'industrie touristique et les petites entreprises²³.
- En dépit du fait que la *Loi canadienne sur la santé* assure un accès universel pour ce qui est de la prestation des soins de santé aux régions rurales, éloignées et nordiques, il n'en reste pour autant que le Canada connaît des lacunes chroniques en matière de services de soins de santé primaires aigus (maladies) et de soins de santé primaires (bien-être) qui comprennent la prévention des maladies, la promotion de la santé et les soins de santé communautaires. L'écart entre les régions rurales et urbaines est aggravé de plusieurs façons. Par exemple, les divergences en matière de revenu sur le plan géographique semblent faire montre d'un changement lent, mais progressif, c'est-à-dire, les divergences provinciales d'autrefois se sont transformées en divergences entre les régions rurales et urbaines accompagnées de regroupements persistents catégorisés en divisions de faible revenu dans des régions marginalisées et nordiques. Cette divergence a été plus prononcée en 1999 qu'en 1992²⁴.
- Le travail produit et reproduit par les femmes, aussi bien que leurs préoccupations en matière de santé, est souvent subsumé dans une catégorie englobante par les concepteurs de politique, et ce, souvent même par les femmes. Les questions qui portent sur la santé des femmes sont traitées au même titre que les questions qui portent sur la famille. Bien qu'on ne présume plus que les « agriculteurs » soient uniquement des hommes, la contribution des femmes aux foyers ruraux est littéralement sous-valorisée au chapitre de la statistique ou au sens figuré, au chapitre de leur valeur sociale.
- Les femmes des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada sont souvent défavorisées de trois façons : le sexe, le lieu géographique et les interactions entre ceux-là. Les occasions sont rares qui permettraient que leur voix soient entendues. Pour les femmes autochtones et les femmes faisant obstacle aux questions racistes, économiques ou d'éducation, les effets négatifs sur leur santé peuvent être multipliés davantage.

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

Priorités

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

Les résultats qui découlent des décisions gouvernementales et des décisions gouvernementales de ne rien changer constituent tout autant des politiques que les décisions qui mènent à l'action²⁵.
(traduction libre)

Un réseau en matière de politique a été décrit comme étant un groupe de personnes qui communiquent régulièrement et qui participent directement au processus d'une politique. Les membres de ces réseaux se distinguent des membres de la collectivité par leur objectif commun relatif à la documentation ou aux intérêts mesurables tels que les budgets²⁶. Une facilitatrice d'un des groupes de réflexion a réussi à capter un message transversal destiné aux concepteurs de lois et de politiques que voici :

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

La notion d'un « réseau de changement en matière de politique » issue de la présente étude figure également dans bon nombre des « rapports sur la convergence » élaborés pendant les réunions de type champ libre à la consultation nationale à Saskatoon²⁷. Par exemple, le deuxième rapport soumis par un groupe bilingue portant sur les moyens d'assurer aux femmes de nos collectivités le meilleur état de santé, énonçait les étapes de

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

- faire des recommandations claires et en ordre de priorité;
- assurer que chaque recommandation soit accompagnée d'un suivi concret;
- élaborer une trousse et un guide destinés à l'utilisateur qui soient conviviaux et qui comprendraient des communiqués, des documents préparatoires, des feuilles de renseignements généraux, des notes de présentation, une liste de personnes-ressources et d'organismes clés avec lesquels on peut entrer en communication et qui peuvent être inclus;
- créer un bureau central doté d'un ou de deux membres de personnel qui veilleraient à la mise en œuvre du plan d'action, à la stratégie de la diffusion des renseignements et à la continuité du travail²⁸.

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

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

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

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

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

Les participantes de la consultation nationale ont insisté pour que la pauvreté soit considérée comme étant un facteur déterminant important de la santé des femmes. Les femmes mentionnaient les « effets progressifs » de dix ans de coupures budgétaires de l'aide fédérale à l'éducation et aux services sociaux. Les décideurs ont intégré l'examen des choix relatifs à la santé en matière de politique à tous les paliers gouvernementaux (régional, provincial et fédéral), et ces choix sont agencés à de faibles cadres financiers qui mettent l'accent sur les programmes de recouvrement des coûts ou de neutralité fiscale. La présente étude révèle que les femmes qui habitent les milieux ruraux, éloignés et nordiques du Canada sont, par conséquent, gravement touchées. Malgré le fait que les efforts de revitalisation des économies des régions rurales, éloignées et du Nord, et de parité entre les sexes soient des priorités actuelles en matière de politique (la parité entre les sexes étant enchassée dans la Constitution), il n'en demeure qu'en réalité, les conditions économiques entravent l'emploi à temps plein pour les femmes des régions rurales qui travaillent à temps partiel et désirent un emploi à temps plein²⁹. Les recommandations favorisant le changement qui émanent de la présente étude serviront de base à l'obtention d'autres renseignements sur les effets de la restructuration sur les femmes des collectivités rurales, éloignées et nordiques³⁰.

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

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

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

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

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

Pendant plus de trente ans, la documentation sur la santé a souligné l'importance des facteurs qui ne relèvent pas du secteur des soins de santé en déterminant l'état de santé des personnes et des collectivités³¹. En dépit de cette prise de conscience, de nombreuses

politiques en matière de santé sont axées sur les soins des malades³². Cette étude a permis d'éclairer le rôle des sexes, des régions et des cultures relativement aux facteurs déterminants de la santé des femmes, mais ceux-ci doivent dorénavant être pris en considération dans la conception des politiques. Au dire d'une des participantes : « *Une seule solution ne convient pas à tous.* » (traduction libre)

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

Un des moyens d'assurer que les sexes, les régions et les cultures soient considérés, est l'utilisation de « lentilles », « de filtres » ou « d'outils » particuliers qui aident à prendre systématiquement en ligne de compte les sexes, les régions (rurales, éloignées et nordiques) et les cultures en déterminant des politiques de rechange³³. L'analyse comparative entre les sexes permet de cerner les domaines qui bénéficieraient d'interventions qui seraient sensibles aux sexes et qui mèneraient à l'amélioration de la santé. Elle permet aussi d'accorder une priorité à ces domaines³⁴. Le Secrétariat rural du gouvernement fédéral définit la lentille rurale comme étant un moyen de comprendre les questions de la même façon que les comprennent les Canadiens et Canadiennes qui habitent les régions rurales et éloignées.

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

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

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

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

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

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

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

et les femmes). En dépit de l'existence de résultats probants qui préconisent une autre approche, *les services de soins de santé* jouent un rôle dominant dans notre analyse, dans les médias, la prise de décision et les budgets relativement à la santé. Les expériences d'un mode de vie sain vécues par les femmes comprennent beaucoup plus que les visites aux fournisseurs de soins de santé tout comme les obstacles à une santé salubre ont souvent un faible rapport entre ceux-ci et l'offre des services de soins de santé. Par exemple, le nombre de femmes qui vivent dans la pauvreté et qui sont victimes de violence familiale au Canada est démesuré, et certains groupes tels que les femmes autochtones et les femmes plus âgées sont particulièrement défavorisées. Le rapport important qui existe entre la pauvreté, l'inégalité du revenu, et la santé a été bien documenté³⁵, et a d'ailleurs été confirmé par les conclusions de la présente étude.

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

De façon semblable, un manque d'infrastructure communautaire, à la fois sur le plan social et physique, mine une bonne santé. De nombreuses femmes ont attesté les avantages en matière de santé qui sont issus de l'avantage social de leur collectivité, y compris les clubs qui offrent des services, l'esprit communautaire, la proximité aux membres de la famille et des rapports interpersonnels qui servent d'appui moral³⁶. Toutefois, plusieurs autres femmes nous ont communiqué qu'elles se sentaient seules ou déprimées. Elles associaient souvent une santé mentale fragile à l'isolement social et géographique. Sur le plan social, les femmes discutaient des contraintes imposées par les rôles traditionnels qui lui sont attribués et qui sont accompagnés de tabous prononcés pour les femmes des petites collectivités. Ces femmes décrivaient les limites de leur milieu physique, y compris le manque de transport fiable, abordable et offert pendant toute

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

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

3. Investir dans la santé des femmes et des collectivités à l'aide du fonds d'accès de la santé rurale et d'autres sources dans le but de fournir un financement d'exploitation stable à plus long terme (au moins sur trois ans) aux organismes axés sur la collectivité pour inciter la participation des femmes et encourager leur apport à la coordination des services économiques, politiques et sociaux au sein des collectivités rurales, éloignées et nordiques.
4. Mettre en œuvre des politiques fédérales, provinciales et territoriales qui viendraient stabiliser les revenus des familles et réduire le stress des femmes des collectivités rurales, éloignées et nordiques qui ont plusieurs rôles à jouer. Concevoir ces politiques à l'aide de lentilles qui tiennent compte des sexes, des régions et des cultures pour assurer de faire valoir la diversité des femmes qui ont à supporter le plus lourd fardeau de la pauvreté au Canada, fait qui est souvent aggravé par l'âge, le groupe ethnique ou les incapacités³⁷.

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

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

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

1. Un accès amélioré aux renseignements

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

5. Créer et appuyer un centre d'excellence pour la santé des femmes qui effectuerait de la recherche sur les politiques en matière de santé destinées aux femmes dans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; augmenter les ressources des centres d'excellence actuels pour la santé des femmes pour que les femmes des organismes communautaires des régions rurales, éloignées et nordiques du Canada interviennent dans la recherche, l'élaboration et la diffusion de renseignements pertinents, et de documents de sensibilisation et de défense à l'échelle locale (dans un langage clair et dans les langues de la localité).
6. Réduire le nombre d'obstacles professionnels et gouvernementaux qui empêchent les femmes d'avoir accès aux soins de santé et aux renseignements en veillant à la coordination des points d'accès aux renseignements en matière de santé pour les utilisateurs ruraux, éloignés et nordiques à l'échelle du Canada, p. ex., les bibliothèques locales, les lignes de renseignements téléphoniques, les sites Web interactifs et les centres de santé communautaires³⁸.

2. Accès amélioré aux services

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

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

– Participante de la consultation

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

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

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

Besoin de divers services en matière de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Accès amélioré aux soins appropriés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Action 10 : Intégrer les modèles interdisciplinaires et holistiques

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

4. De l'accès amélioré au processus décisionnel

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

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

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

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

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

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

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

Mise en œuvre des priorités en matière de politique

[...] Il faut d'abord se fixer pour objectif que les Canadiens vivant dans des régions et des collectivités rurales et éloignées jouissent d'une aussi bonne santé que ceux qui vivent dans des régions métropolitaines et d'autres centres urbains³⁹. (traduction libre)

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

Notes en fin de chapitre

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

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

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

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



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

Annexes

LISTE DES ANNEXES

A.	Collaboratrices de l'étude.	M3
B.	Mandats des comités : le comité directeur national de la recherche et le comité gestionnaire national	M14
C.	Renseignements généraux du Bureau pour la santé des femmes, des centres d'excellence pour la santé des femmes et des groupes coordonnateurs nationaux.	M15
D.	Sondage démographique	M16
E.	Guide d'interviews normalisées à l'intention des groupes de réflexion	M17
F.	Directives aux facilitatrices.	M18
G.	Formulaire de consentement au projet	M21

ANNEXE A

Collaboratrices de l'étude

Membres du comité gestionnaire national

Présidente : Margaret Haworth-Brockman

*Directrice administrative
Centre d'excellence pour la santé
des femmes des Prairies*

Barbara Clow

*Agente de recherche cadre
Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région de l'Atlantique*

Lorraine Greaves

*Directrice administrative
Centre d'excellence pour la santé des femmes –
région de la Colombie-Britannique*

Catherine Kulisek

*Responsable
Programme de contributions à la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada*

Marilou McPhedran

*Coordonnatrice administrative
Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu*

Comité directeur national de la recherche

Présidente : Barbara Neis

Département de la sociologie
Memorial University of Newfoundland
St. John's (NF) A1C 5S7
Tél. : (709) 777-8249
Télé. : (709) 737-2075
bneis@mun.ca

Madeline Boscoe

Le Réseau canadien pour
la santé des femmes
419, av. Graham, suite 203
Winnipeg (MB) R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télé. : (204) 989-2355
ed@cwhn.ca

Ivy Lynn Bourgeault

Programme d'études sur la santé et
Département de la sociologie
McMaster University
1280, rue Main Ouest
Hamilton (ON) L8S 4M4
Tél. : (905) 525-9140 x.23832
Télé. : (905) 525-4198
bourgea@mcmaster.ca

Barbara Clow

Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région de l'Atlantique
5940, rue Sud, bureau 402
Halifax (NS) B3H 1S6
Tél. : (902) 470-6725
Télé. : (902) 470-6752
bclow@is.dal.ca

Christine Dallaire

École des sciences de l'activité physique
Université d'Ottawa
C. P. 450, Station A
Ottawa (ON) K1N 6N5
Tél. : (613) 562-5800, poste 4279
Télé. : (613) 562-5149
cdallair@uottawa.ca

Lorraine Greaves

Centre d'excellence pour la santé des femmes –
région de la Colombie-Britannique
4500, rue Oak, bureau E311
Vancouver (BC) V6H 3N1
Tél. : (604) 875-2968
Télé. : (604) 875-3716
lgreaves@cw.bc.ca

Karima Hashmani

Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu
York University
4700, rue Keele, 214, York Lanes
Toronto (ON) M3J 1P3
Tél. : (416) 736-2100 x.20715
Téléc. : (416) 736-5986
nnewh2@yorku.ca

Margaret Haworth-Brockman

Centre d'excellence pour la santé
des femmes des Prairies
56, The Promenade
Winnipeg (MB) R3B 3H9
Tél. : (204) 982-6635
Téléc. : (204) 982-6637
m.haworth-brockman@uwinnipeg.ca

Catherine Kulisek

Programme de contributions
à la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
Édifice Jeanne-Mance, 3^e étage
Tunney's Pasture, PL 1903C
Ottawa (ON) K1A 0K9
Tél. : (613) 952-4525
Téléc. : (613) 941-8592
catherine_kulisek@hc-sc.gc.ca

Marlene Larocque

54, rue Rochester
Ottawa (ON) K1R 7L6
marlene_larocque@hc-sc.gc.ca

Guylaine Leclerc

L'Union culturelle
des Franco-Ontariennes
435, boul. St-Laurent, bureau 201
Ottawa (ON) K1K 2Z8
Tél. : (613) 741-1334
Téléc. : (613) 741-8577
ucfo@on.aibn.com

Marilou McPhedran

Réseau pancanadien sur la santé des femmes
et le milieu
York University
4700, rue Keele, 214, York Lanes
Toronto (ON) M3J 1P3
Tél. : (416) 736-2100 x.20711
Téléc. : (416) 736-5986
marilou_mcphedran@sympatico.ca

Lilliane Sabiston

C. P. 235
Kelliher (SK) S0A 1V0
Tél. : (306) 675-4808
Téléc. : (306) 675-4808

Lynn Skillen

Faculté des soins infirmiers
University of Alberta
Édifice Clinical Sciences, 3^e étage
Edmonton (AB) T6G 2G3
Tél. : (780) 492-2648
Téléc. : (780) 492-2551
lynn.skillen@ualberta.ca

Rebecca Sutherns

McMaster University
1280, rue Main Ouest
Hamilton (ON) L8S 4M4
Tél. : (519) 833-0952
Téléc. : (519) 763-7757
rebecca.sutherns@sympatico.ca

JoAnne Zamparo

Lakehead University
955, chemin Oliver
Thunder Bay (ON) P7B 5E1
Tél. : (807) 343-8972
Joanne.zamparo@lakeheadu.ca

Facilitatrices des groupes de réflexion

Deborah Barron-McNabb

C. P. 166B, R.R. 2
Dugald (MB) R0E 0K0
Tél. : (204) 444-2974
Télé. : (204) 444-2974
dbarron@mts.net

Ivy Lynn Bourgeault

Voir page M3

Aimee Clark

Organisation nationale anti-pauvreté
C. P. 217
Fort Smith (NT) XOE 0P0
Tél. : (867) 872-2900
Télé. : (867) 872-2900
aimeeclark@auroranet.nt.ca

Christine Dallaire

Voir page M3

Veronica Dewar

Association des femmes Pauktuutit inuites
131, rue Bank, 3^e étage
Ottawa (ON) K1P 5N7
Tél. : (613) 238-3977
Télé. : (613) 238-1787
pres@pauktuutit.on.ca

Noreen Johns

Zelma GMB #36,
Allan (SK) S0K 0C0
Tél. : (306) 257-3911
Télé. : (306) 257-4288
lnjohns@sk.sympatico.ca

Guyline Leclerc

Voir page M4

Gail Lush

Réseau pour la santé des femmes
Terre-Neuve et Labrador
220, chemin LeMarchant, suite 501
St. John's (NF) A1C 2H8
Tél. : (709) 777-7435
Télé. : (709) 777-7435
whnmun@mun.ca

Edith McPhedran

C. P. 515
Bashaw (AB) T0B 5I5
Tél. : (780) 372-2367
Télé. : (403) 784-3170
pelpoint@telusplanet.ca

Lynn Skillen

Voir page M4

Lana Sullivan

Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région
de la Colombie-Britannique
4500, rue Oak, bureau E311
Vancouver (BC) V6H 3N1
Tél. : (604) 875-2484
Télé. : (604) 875-3716
lsullivan@cw.bc.ca

Rebecca Sutherns

Voir page M4

Participant·es des groupes de réflexion

Femmes qui nous ont autorisés à publier leur nom

Labrador :

Forteau, Mary's Harbour et

Port Hope Simpson

Tania Keats
Janet Dumaresque
Kathy Farell
Margaret Pye
Cheryl Rumbolt

Terre-Neuve :

Marystown

Linda Murphy
Florence Walsh
Debbie Hillier
Amanda Power
Linda Oldford

Ontario :***Lion's Head***

Mavis Kyler
 Ginny Wood
 Colette Sauve
 Vicki Travnicek

Woodstock

Mary Jane Bennett
 Helen Dunlop

Femmes francophones :

Solange Chevrier
 Maria Lepage
 Janice Murphy
 Marie Dussault
 Hélène McCarthy
 Annette Richard
 Ramona Le Bouthillier
 Corinne Gagnon
 Laurette Deveau
 Ginette Deveau
 Aline Bourgeois
 Charline Roy
 Doris Riopel
 Gisèle Séguin
 Doris Thibodeau
 Madeleine Paquette
 Lizanne Thorne
 Colette Arsenault
 Élise Arsenault
 Karen Gilmore-Thomson
 Diane Brault
 Rita Martel
 Nancy Caron
 Muriel Bittar
 Catherine MacDiarmid

Manitoba :***Oakbank***

Jeannette Johnson
 Marlene Lussier
 Mae Louise Campbell
 Catherine Cook
 Jeannette Goertzen
 Judy Andrew
 Angela Livingston
 Marielee Nault
 Irene Rockhill

Saskatchewan :***Watrous***

Lilliane Sabiston
 Mary O'Hagan
 Irene Karol
 Natalia Schrader
 Cathy McMann
 Cathy Spencer
 Mary Smillie
 Sherron May Reid
 Liz Gordon
 Gayle McMartin
 Margaret Cline

Yorkton

Bernadine Gibler
 Carolyn McDonald
 Arlene Pickard
 Doreen Holden
 Lillianne Sabiston
 Wendy Paquin
 Dorothy Minish
 Janet Skutnitsky
 Jocelyn Grant

Alberta :***Clive***

Louise R. Bell
 Faye Grose
 Gloria Knight
 Avis Sayers
 Marion Grose
 Roberta Proctor
 Gwyneth Bailey
 Carol Fifield
 Darlene Brown

Fort Chipewyan

Maureen Clarke
 Wendy Nelson
 Dana Wylie
 Freda Fraser

Vermillion

Johanna Wasylik

Colombie-Britannique :***Creston***

Korlaina Huber
 Carol Nagy

Amanda Chirico
Rachel Chirico
Wendy Palesch

Port Alice

Leanne Farrell
Leann Miller
Penny Bondue
Chandra Hovde

Tumbler Ridge

Cheryl Hayden
Sharon Bray
Rose Colledge

Territoires du Nord-Ouest :

Fort Smith

Gisela Becker
Julia Sewell
Joanne Gauthier
Lauraine Armstrong
Denise Coulthard
Sister Agnes Sutherland
Marcia DeWandel
Louise Beck
Colleen Macza
Linda Mabbit
Camilia Zoe-Chocolate
May Gauthier

Lesley Paulette
Marlene Wolki
Cheryl Cooper

Hay River

Liz Pope
Gloria Lennie
Anne McGuire-Smith
Brenda Hall

Inuvik

Ann Kasook
Jessie Colton
Nancy Chinna
Barb Lennie
Arlene Jorgensen
Miki O’Kane
Alice Kimiksana
Connie Alanak
Mary Teya

Yellowknife

Fiona Traynor
Diane Jamieson
Margaret Beauchamp
Susan Affleck
Marsha Argue
Kim Riles
Mary Anne Gauthier

Table ronde nationale

Saskatoon, le 20 octobre 2001

Liste des participantes :

Carol Amaratunga
Madeline Boscoe
Ivy Bourgeault
Annette Brown
Mary Crawford
Marie DesMeules
Veronica Dewar
Judith Dowler
Nikki Gerrard
Marilyn Gray
Lorraine Greaves
Margaret Haworth-Brockman
Roxanna Kaminski
Wendy Kubik

Catherine Kulisek
Marlene Larocque
Renee Lyons
Marjorie MacDonald
Rosella McKay
Edith McPhedran
Marilou McPhedran
Barbara Neis
Barbara Parker
Jan Pitblado
Lilliane Sabiston
Rebecca Sutherns
Wilfreda (Billie) Thurston
Pamela Wakewich

Table ronde sur les politiques

Toronto, les 18 et 19 novembre 2002

Liste des participantes :

Madeline Boscoe

Directrice administrative
Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

Ivy Lynn Bourgeault

Professeure agrégée
McMaster University

Lynn Bowering

Administratrice en chef des opérations
Secrétariat du conseil de la santé
des femmes ontariennes

Barbara Clow

Agente de recherche cadre
Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région de l'Atlantique

Christine Dallaire

Professeure agrégée
Université d'Ottawa

Lorraine Greaves

Directrice administrative
Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région
de la Colombie-Britannique

Margaret Haworth-Brockman

Directrice administrative
Centre d'excellence pour la santé
des femmes des Prairies

Karima Hashmani

Assistante de recherche
Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu

Catherine Kulisek

Responsable
Programme de contributions
à la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada

Esther Kwavnick

Experte-conseil
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Santé Canada

Guylaine Leclerc

Directrice administrative
L'Union culturelle des Franco-Ontariennes

Marilou McPhedran

Directrice administrative
Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu

Liz Mulholland

Mulholland Consulting

Barbara Neis

Professeure
Memorial University of Newfoundland

Kathleen O'Grady

Directrice des communications
Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

Deanna St. Prix-Alexander

Directrice administrative
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada

Lillianne Sabiston

Partenaire communautaire
Centre d'excellence pour la santé
des femmes des Prairies

Rebecca Sutherns

Détentrice d'une bourse
de perfectionnement post-doctoral
McMaster University

Annette Willborn

Directrice, Santé des femmes
Santé Manitoba

JoAnne Zamparo

Professeure agrégée
Lakehead University

Résumés biographiques des collaboratrices

Deborah Barron-McNabb

Deborah est infirmière autorisée qui habite une région rurale du Manitoba et elle est d'ascendance métisse. À titre d'experte-conseil en santé, son travail est principalement axé sur la recherche, l'analyse, la facilitation et la négociation sur les questions de politique et de programme d'une large gamme de domaines; et plus récemment, elle s'est penchée notamment sur des questions autochtones et métisses aux paliers provinciaux, national et international. Elle a détenu le poste de coprésidente du Groupe de travail autochtone du gouvernement fédéral dans le cadre du Plan d'action national pour les enfants et le poste de présidente du Groupe autochtone national de référence sur le VIH/sida; elle a servi de conseillère au programme fédéral, provincial et territorial de la politique sociale des Autochtones; elle a participé à divers processus et a fait partie de plusieurs délégations (ONG et affaires étrangères gouvernementales officielles) des Nations Unies, y compris des forums avant l'évaluation de Beijing +5 (droits de la femme) et du Caire (développement durable) et sur les droits de la personne et de la liberté d'expression et de la parole. Au cours de la dernière année, elle a fait une communication dans le cadre de la Commission Romanow. Elle continue à siéger à de nombreux comités, y inclus le comité consultatif ministériel (gouvernement provincial du Manitoba) sur le diabète, l'organisme national de la santé des Autochtones - le comité de gestion du centre des Métis, le comité sur le continuum des soins de l'Office régional de la santé de Winnipeg, et autres. Actuellement, elle se penche plus particulièrement sur la santé dans le cadre du système canadien de soins de santé et sur les questions de la protection des renseignements et d'éthique en matière de santé.

Madeline Boscoe

Madeline est directrice administrative du Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). Le Réseau est un partenaire du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes et elle siège au comité directeur du Programme. Elle est membre du personnel de longue date de la Women's Health Clinic, centre de santé communautaire à l'intention des femmes où elle se charge actuellement de la coordination de son programme de la défense des droits et du travail de l'équipe de la promotion de la santé et du counselling. Madeline est également membre du Conseil consultatif de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche au Canada où elle préside le comité de la communication et du transfert des connaissances, et où elle copréside le comité consultatif fédéral sur les technologies génétiques et de la reproduction. Avant de participer au travail de la santé communautaire et des politiques, elle occupait les postes d'infirmière autorisée au sein des services de soins intensifs de l'hôpital Sick Children à Toronto et d'infirmière-enseignante auprès du service de santé publique de Toronto. Elle habite Winnipeg depuis longtemps avec son époux et ses deux enfants, malgré le fait que le temps pluvieux et les montagnes de la côte Ouest lui manquent.

Ivy Lynn Bourgeault

Ivy est professeure agrégée dans le cadre du programme d'études de la santé et au sein du département de la sociologie de l'université McMaster. Elle a également bénéficié d'une bourse de nouveau chercheur accordée par les Instituts de recherche en santé du Canada et elle est responsable d'un projet d'études quinquennal axé sur l'impact des sexes et du milieu sur la justification de la répartition des tâches en matière de soins santé au Canada et aux États-Unis. Ivy est sociologue médicale féministe et auteure de nombreux articles parus dans des périodiques nationales et internationales sur les sages-femmes et la protection de la maternité au Canada et aux États-Unis, et sur la médecine parallèle, la consommation chez les patients et les rapports entre les professions du milieu de la santé et l'état. Ivy a joué un grand rôle au sein de la communauté de la recherche en matière de santé au Canada à l'aide du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu de l'université York, et du centre de recherche sur la santé des femmes de l'université de Toronto. Elle est membre de la tribune de l'étude des sexes, des pratiques sexuelles et de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada.

Aimee Clark

Aimee a été résidente des Territoires du Nord-Ouest pendant 14 ans. Elle habite actuellement Fort Smith avec ses cinq enfants. Munie de 24 ans d'expérience dans le domaine de la comptabilité progressive, elle lança sa propre petite entreprise comptable. En 2002, elle termina un rapport intitulé *Falling Through the Cracks* qui fut distribué à l'échelle du Canada. Une conséquence indirecte de ce rapport a été sa nomination et son élection à l'Organisation nationale anti-pauvreté à titre de membre du conseil des Territoires du Nord-Ouest.

Barbara Clow

Barbara est agente de recherche cadre du Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique. En sa qualité d'historienne sociale de la médecine, sa recherche porte sur divers aspects de l'histoire de la médecine et la santé des femmes. Elle participe actuellement à une étude sur la santé des femmes noires des collectivités rurales et éloignées de la Nouvelle-Écosse ainsi que sur l'histoire de la réglementation de la drogue en Amérique du Nord. En mai 2003, Barbara fut nommée au poste de directrice administrative par intérim du Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique.

Christine Dallaire

Christine est professeure agrégée de l'École des sciences de l'activité physique de l'Université d'Ottawa. Sa recherche porte largement sur les minorités francophones, notamment sur les questions d'identité chez les jeunes et chez les femmes, et de la santé. Elle collabore actuellement sur un projet de recherche qui passe en revue les intérêts de la communauté franco-ontarienne et ses mesures d'intervention en matière de santé. Elle est aussi membre de l'équipe de recherche ayant reçu une aide financière de Santé Canada pour explorer la perception du public et les niveaux de risque acceptables en matière de santé parmi les Canadiens.

Lorraine Greaves

Lorraine est une chercheuse bien connue des domaines de la santé des femmes et des questions qui touchent les hommes et les femmes. Elle se penche particulièrement sur tout un éventail de sujets de discussion qui concernent les femmes, les chercheurs en matière de la santé des femmes, les concepteurs de politique et les groupes communautaires assurant la défense des droits. Elle est directrice administrative du Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique et membre de l'équipe de recherche de l'initiative entre les centres sur la santé des femmes en région rurale et éloignée, un projet du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes. Elle dirige une enquête financée par les Instituts de recherche en santé du Canada sur le projet de recherche du facteur hommes-femmes, et les femmes en milieu rural. Elle est la personne principale chargée de l'enquête de la subvention accordée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et par le Conseil de recherche en sciences humaines sur la santé des femmes en plus d'être l'auteure principale de *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health* (1999). Elle en a beaucoup rédigé sur la recherche intégrée et multisectorielle en matière de santé au Canada. Son expertise s'adapte bien à l'application de l'analyse comparative entre les sexes, aux questions de santé et de politique telles que le tabagisme, les dépendances, la violence, l'activité physique, le syndrome de l'intoxication fœtale à l'alcool et les modèles de prévision des coûts. En fait, c'est cette expertise qui jette les bases à l'application des principes de l'analyse comparative entre les sexes et de l'intégration de la dimension genre aux domaines de la recherche, de politiques et de questions de développement communautaire dans le cadre de la santé en milieux rural et éloigné.

Karima Hashmani

Karima est une assistante de recherche qui a fourni un apport inestimable et des efforts de coordination inlassables à ce projet. Bien qu'elle travaille au bureau du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, et qu'elle relève de la coordonnatrice administrative du Réseau, elle effectue un travail de liaison avec tous les centres d'excellence dans le cadre de l'initiative entre les centres. Karima possède une expérience internationale en recherche qualitative sur la santé des femmes des milieux ruraux. Diplômée de la faculté des études environnementales de l'université York, elle a pu appliquer ses études scolaires sur le terrain lors d'un voyage à l'état du Gujrat dans le but de travailler sur un projet durable d'eau à l'intention des femmes habitant les régions rurales

et éloignées de l'Inde. Son travail a compris des interviews avec des femmes en vue d'évaluer leurs besoins en matière de santé, de la santé de leur famille et d'accès à l'eau potable. Elle a également évalué les résultats des projets d'eau déjà en activité et a rédigé un rapport sur les « leçons tirées » pour qu'il soit diffusé à d'autres collectivités.

Margaret Haworth-Brockman

Margaret est codirectrice de la présente étude et directrice administrative du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. Margaret a fait ses études en biologie et a travaillé pendant plus de 12 ans dans le domaine de la biologie des zones humides tout en dirigeant et en publiant le fruit de divers projets de recherche quantitative sur les Prairies. En 1994, elle fut nommée présidente du comité Égalité et Accès du Conseil d'implantation de la profession de sage-femme du gouvernement du Manitoba. Elle a collaboré avec des femmes à l'échelle du Manitoba et corédigé de nombreux documents, politiques, processus et documents de planification stratégique dans le cadre des fonctions de l'Ordre des sages-femmes du Manitoba. Elle fut la première registraire et directrice administrative de l'Ordre des sages-femmes du Manitoba. Margaret est l'auteur de plus de 30 rapports et articles publiés, et elle a fait des communications, y compris un chapitre des Lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale de 2000. Elle siège à de nombreux comités directeurs sur la santé des femmes à Winnipeg dont le mandat touche aux questions des femmes et de la pauvreté, des services destinés aux femmes ayant des dépendances, de la santé des femmes autochtones et de l'offre des soins.

Noreen Johns

Noreen est agricultrice de Zelma du centre de la Saskatchewan. Elle a depuis longtemps joué un rôle d'activiste au sein des communautés agricoles et des femmes. Elle est membre fondatrice du réseau des femmes agricultrices de la Saskatchewan et du Réseau canadien des agricultrices; elle a également encouragé et appuyé la participation et la reconnaissance des femmes dans tous les aspects de l'industrie agricole. Noreen a joué un rôle actif au sein de plusieurs conseils et organismes communautaires et provinciaux. Elle a été vice-présidente du conseil de santé provincial, présidente de son sous-comité sur le milieu physique et la santé, membre du comité consultatif de la ligne d'aide agricole, présidente du conseil du Carlton Train Regional College, et représentante du consommateur rurale de la Saskatchewan Heart and Stroke Foundation (SHSF). Elle est actuellement membre de la SHSF à titre de bénévole du conseil consultatif des études et de la croissance rurales au collège St. Peter à Meunster et du comité d'étude de l'aide aux agriculteurs.

Catherine Kulisek

Titulaire d'un diplôme de maîtrise décerné en 1984 par l'Université de Carleton d'Ottawa, Catherine possède une expertise dans les domaines de la justice et de la santé au sein du gouvernement canadien. Tôt dans sa carrière, Catherine a occupé les postes d'agente de libération conditionnelle et de chercheuse au sein des pénitenciers fédéraux. En 1988, elle fut employée par Justice Canada et participa à l'élaboration des programmes et des politiques sur l'aide juridique, sur la prévention du crime au moyen du développement social, sur les femmes qui se heurtent à des conflits juridiques tels que la pension alimentaire pour enfants et la garde des enfants. En juillet 2001, elle a été employée par le Bureau pour la santé des femmes et occupa le poste de responsable du programme de contributions à la santé des femmes. En collaboration avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et d'autres organismes sur les questions féminines, Catherine participe à l'élaboration d'initiatives axées sur les conclusions de la recherche visant à améliorer la santé des femmes et des filles au Canada.

Marlene Larocque

Marlene a été employée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies et par de nombreux autres organismes axés sur la collectivité voués à la justice pour les femmes des Premières nations. Elle a facilité des recherches et des projets axés sur la collectivité aux niveaux régional, national et international; elle a également travaillé au sein d'organismes de femmes autochtones des Amériques lorsqu'elle était à Quito en Équateur.

Guylaine Leclerc

Guylaine s'est chargée de la tenue des groupes de réflexion francophones pour la présente étude en collaboration avec Christine Dallaire. Elle est, et l'a été depuis les douze dernières années, la directrice administrative de l'Union culturelle des Franco-Ontariennes, le premier groupe en importance à but non lucratif des femmes francophones de l'Ontario. Depuis de nombreuses années, elle a été membre du comité coordonnateur de La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario et elle est chargée du comité de la santé de cet organisme. C'est en cette qualité que Guylaine sert de représentante de La Table à titre de partenaire communautaire du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.

Gail Lush

Gail est coordonnatrice du Réseau pour la santé des femmes, Terre-Neuve et Labrador, et est facilitatrice des groupes de réflexion de la présente étude. Elle est également étudiante à temps partiel d'un programme d'études supérieures du département de l'histoire de l'université Memorial. Ses études portent sur l'histoire de l'éducation, sur l'alimentation et la santé de la mission Grenfell en Terre-Neuve et au Labrador; elle a effectué des recherches sur les femmes, la santé et sur les sciences du 20^e siècle.

Edith McPhedran

Edith a choisi d'habiter en région rurale pendant les 26 dernières années où elle a eu le plaisir d'élever ses deux filles adolescentes. Elle est passionnée du maintien de la qualité de la vie en région rurale. Edith occupe le poste de facilitatrice communautaire au sein des services à l'enfant et à la famille du centre de l'Alberta rurale. Son expérience de travailleuse sociale comprend l'intervention de première ligne, le développement communautaire, l'action sociale et la défense des droits. Elle a participé à des projets spéciaux tels que l'étude sur les mères seules du centre de l'Alberta et le leadership chez les femmes rurales de l'Ouest du Canada.

Marilou McPhedran

Marilou est codirectrice de la présente étude et coordonnatrice administrative du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu au Centre d'excellence du campus de l'université York à Toronto. Formée comme avocate, elle a fourni des conseils stratégiques sur les questions de santé et de droits de la personne aux établissements publics et privés pendant les 25 dernières années. Marilou a présidé le premier groupe de travail sur l'abus sexuel des patients organisé au Canada en 1991 et un deuxième groupe de travail mis sur pied en 2001 qui passait en revue les lois ontariennes compte tenu de l'adoption généralisée de la politique du degré de tolérance zéro de l'abus sexuel. À titre de fondatrice du projet sur les droits internationaux des femmes de l'université York, elle dirigea, de 1998 à 2000, une étude d'impact sur la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, à laquelle dix pays ont participé. Elle rédige actuellement un livre sur la prévention des abus sexuels.

Barbara Neis

Barbara est présidente du comité directeur national de la recherche de la présente étude et codirectrice de Safety-Net, un organisme de recherche sur la sécurité et la santé au travail du littoral maritime de l'université Memorial à St. John's (Terre-Neuve). Elle est également professeure du département de la sociologie. Madame Neis a effectué des recherches sur bon nombre d'aspects divers du ministère des pêches de Terre-Neuve et du Labrador; récemment, elle a commencé à établir des liens entre cette recherche et les nouveaux développements relatifs à la pêche à l'échelle internationale. Ses domaines de recherche actuels comprennent l'asthme professionnel, le crabe des neiges et la sécurité des navires de pêche (projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada), les effets sur la santé des personnes ayant subi les effets de la restructuration du système des pêches de Terre-Neuve et du Labrador (projet financé par CRSH et FCRSS, Santé Canada, le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu) et les connaissances et les sciences écologiques locales (projet financé par CRSH et FCRSS).

Lilliane Sabiston

Lilliane travaille à son propre compte et est partenaire agricole et copropriétaire d'une entreprise appelée Sabiston's Wood Grain Products près de Kelliher en Saskatchewan. Son intérêt pour la promotion des fermes familiales et les questions propres aux fermes et aux femmes, notamment celles qui touchent la santé, l'a menée à participer davantage à divers comités. Elle a été présidente et membre du conseil du réseau des femmes agricultrices de la Saskatchewan. Elle siège à de nombreux comités et conseils affiliés ayant des objectifs communs. Lilliane est actuellement présidente du groupe consultatif sur le stress des agriculteurs, membre du conseil du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies, coprésidente du conseil consultatif sur l'abus de drogues et coprésidente des initiatives offrant des possibilités aux familles agricoles. Elle a récemment été nommée directrice du scrutin de la circonscription électorale de Lost Mountain-Touchwood. Pendant sept ans, elle a occupé le poste de vice-présidente du district de santé Touchwood-Qu'Appelle et a également été nommée à la Commission scolaire du Carlton Trail Regional College de 1992 à 1999. Au cours des années, elle s'est créé un grand réseau en assistant à divers ateliers et congrès.

Lynn Skillen

Lynn est professeure de la faculté des soins infirmiers de l'université de l'Alberta. Elle est titulaire d'un doctorat en sociologie, d'une maîtrise des pratiques de soins de santé et d'un baccalauréat ès sciences en soins infirmiers. L'objet de sa recherche est la promotion de la santé et de la sécurité des femmes en milieu de travail (postes rémunérés et non rémunérés) au sein des collectivités urbaines et rurales. Elle enseigne des cours d'évaluation de la santé, de la santé internationale et de la santé au travail. Actuellement, ses projets comprennent les sujets suivants : la promotion de la sécurité personnelle auprès des étudiants en soins infirmiers au sein des collectivités ayant des risques élevés en collaboration avec des collègues du Mexique, de la Colombie, du Pérou, du Chili et de l'Alberta; un projet de recherche mené avec des collègues sur un modèle de l'efficacité des pratiques de santé en milieu de travail; la prestation de cours sur le renforcement des capacités offerts en espagnol en Amérique latine.

Lana M. Sullivan

Lana est assistante de recherche du Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique. Ses projets de recherche comprennent les effets des efforts de restructuration économique et du système de santé sur les populations rurales. Ses projets de recherche antérieurs touchent le capital social, la cohésion sociale, le développement des capacités communautaires des régions rurales et des petits villages; le rôle du secteur bénévole (tertiaire); les foyers de transition des villages monoindustriels; les déplacements entre les villages ruraux et urbains.

Rebecca Sutherns

Rebecca est titulaire d'un poste d'enseignement et de recherche au niveau postdoctoral à l'université McMaster qui est financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ses intérêts en matière de recherche comprennent la santé des femmes et les communautés durables rurales, et elle a récemment terminé une étude qualitative sur les expériences des femmes relativement à la protection de la maternité en milieu rural pour son doctorat en études rurales. Avant de reprendre ses études, Rebecca a travaillé dans les domaines du développement et de la défense des droits du secteur non gouvernemental au palier international. Elle est facilitatrice, oratrice et éducatrice des adultes expérimentée.

JoAnne Zamparo

JoAnne est professeure agrégée à l'école du travail social de l'université Lakehead. Elle s'intéresse à la mobilisation communautaire et à l'action sociale qui mènent au développement et au changement en matière des politiques de la santé. Elle utilise les méthodes de recherche d'un plan d'action participatif dans les domaines du savoir traditionnel, des familles et des liens de parenté inuits, aussi bien que de l'engagement des jeunes aux activités des collectivités nordiques et rurales.

ANNEXE B

Mandats des comités : le comité directeur national de la recherche et le comité gestionnaire national

Comité gestionnaire national

Le comité gestionnaire national : le financement et la modification de l'étude

En tant qu'initiative transversale de tous les centres, cette étude a profité de l'expertise des directrices administratives des quatre centres d'excellence, du Réseau canadien pour la santé des femmes et de la responsable du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes du Bureau pour la santé des femmes (ou des représentantes).

Les mandats approuvés par le comité gestionnaire sont les suivants :

- être à la disposition des codirectrices dans une mesure consultative lors de la prise de décisions clés;
- aider les codirectrices à diriger la tenue du projet, y compris la gestion des finances et l'élaboration de rapports pour les fins des organismes qui ont accordé un financement, surtout le Bureau pour la santé des femmes;
- diriger la facilitation des groupes de réflexion régionaux et la communication des résultats provenant de ceux-ci;
- aider à trouver des personnes bien renseignées pour faire partie des groupes de réflexion et des laboratoires de pensée;
- collaborer avec le comité directeur de la recherche sur l'élaboration des dernières étapes du projet;
- déterminer l'importance des résultats, des conclusions et des recommandations;
- communiquer les progrès du projet au comité directeur de la recherche;
- surveiller la coordination de la consultation nationale;
- collaborer avec le comité directeur de la recherche sur la mise au point des stratégies de communication et de mise en œuvre des résultats du projet.

Comité directeur national de la recherche

La création du comité directeur national de la recherche a été accompagnée des mandats suivants :

Tâches :

- définir l'envergure du projet;
- décrire la population cible et formuler les questions de recherche clés;
- déterminer les méthodes appropriées relatives à la population ciblée par l'étude (p. ex., une étude de la littérature par thème et une analyse des divergences, des groupes de réflexion pour formuler des recommandations, des documents de discussion, des tables rondes, des consultations, des politiques cadres, des plans de recherche et d'action);
- nommer les collaboratrices, les personnes renseignées et les participantes clés;
- recevoir des rapports du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu sur le progrès des groupes de réflexion et sur d'autres recherches;
- réviser les ébauches et les rapports définitifs du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu dans le but de pouvoir fournir des commentaires sur les résultats et les recommandations en matière de politique et de recherche;
- offrir des conseils au Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes sur les questions de structure, de contenu et de participation relativement à la consultation nationale;
- faire des recommandations sur l'élaboration des stratégies de communication pour assurer la diffusion des résultats du projet réalisant ainsi les effets désirés en matière de politique.

La diversité des membres du comité directeur national de la recherche se veut un moyen d'assurer la présence d'une large gamme des perspectives lors de l'élaboration et de la considération des conclusions de la recherche. L'expertise et l'expérience des membres sont également valorisées, la représentation d'intérêts, de compétences et d'endroits étant variée.

ANNEXE C

Renseignements généraux du Bureau pour la santé des femmes, des centres d'excellence pour la santé des femmes et des groupes coordonnateurs nationaux

Bureau pour la santé des femmes

Programme des contributions
à la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
Édifice Jeanne-Mance, 3^e étage
Tunney's Pasture, PL 1903C
Ottawa (ON) K1A 0K9
Tél. : (613) 952-4525
Télé. : (613) 941-8592
www.cewh-cesf.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique

5475, chemin Spring Garden, suite 305
Halifax (NE) B3J 3T2
Tél. : (902) 494-7850
Sans frais : 1 888 658-1112
Télé. : (902) 494-7852
acewh@dal.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie- Britannique

4500, rue Oak, bureau E311
Vancouver (BC) V6H 3N1
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875- 3716
bccewh@cw.bc.ca

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

a/s Centre des études sur la santé
York University
4700, rue Keele, 214, York Lanes
Toronto (ON) M3J 1P3
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies

56, The Promenade
Winnipeg (MB) R3B 3H9
Tél. : (204) 982-6630
Télé. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, suite 203
Winnipeg (MB) R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télé. : (204) 989-2355
cwhn@cwhn.ca

Groupe coordonnateur national sur l'étude des soins de santé et les femmes

a/s Centre des études sur la santé
York University
4700, rue Keele, 214, York Lanes
Toronto (ON) M3J 1P3
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca
www.cewh-cesf.ca/healthreform/default.html

Groupe coordonnateur national sur les femmes et sur la protection de la santé

a/s DES Action Canada
5890, avenue Monkland, suite 203
Montréal (PQ) H4A 1G2
whp-apsf@web.ca
www.cewh-cesf.ca

ANNEXE D

Demographic Survey

Rural and Remote Women's Health Focus Group Demographic Survey

Thank you for agreeing to participate in this joint research project involving Centres of Excellence for Research in Women's Health in four regions of Canada. This research has been funded by the Women's Health Bureau of Health Canada. The research in this project is being administered by the National Network on Environments and Women's Health (NNEWH), based at York University in Toronto. Dr. Suzanne MacDonald and Marilou McPhedran are responsible for this study at York University. You can reach Marilou at marilou@yorku.ca or by phoning 1 416 736 5941 if you have any questions or concerns. Collect calls will be accepted if you mention that you are a focus group participant.

Before we begin today's focus group discussion, we are asking you to take a few moments to write your answers to the short survey in the space provided below. You will not be identified in the report on the results of this focus group. Information from this survey will be used to produce a summary profile of focus group participants in different parts of Canada, without any individual being identified.

Completion of this survey is voluntary. You may refuse to answer any specific questions on the survey. Please place your completed survey back in the unmarked envelope and put it into the box near the focus group facilitator. If you do not wish to complete this survey, please place the blank survey form back in its envelope and place it in the box. Thank you very much!

Questions

1. How old are you?

<input type="checkbox"/> 16-25	<input type="checkbox"/> 26-35	<input type="checkbox"/> 36-45	<input type="checkbox"/> 46-55	<input type="checkbox"/> 56-65	<input type="checkbox"/> 65+
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------
2. What level of schooling did you complete? _____
3. Is your personal annual income, after taxes:

<input type="checkbox"/> \$15,000 – 24,999	<input type="checkbox"/> \$25,000 – 34,999	<input type="checkbox"/> \$35,000 – 44,999	<input type="checkbox"/> Above \$45 000
--	--	--	---
4. What is your occupation? _____
5. What is the approximate population of your community in the rural or remote area where you live? _____
6. What is your present marital status?

<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Unmarried and living with partner
<input type="checkbox"/> Separated	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Widowed
7. If you have children, what are their ages? _____
8. a) Do you live in the same geographic area as where you work? _____
 b) How many miles one way do you have to travel to work? _____
9. If different from where you live, what is the approximate population of where you work? _____
10. Approximately how far/how long do you (or your clients/ the women you represent) have to travel to reach the closest:

nurse?	distance _____	travel time _____	don't know _____
nurse-practitioner?	distance _____	travel time _____	don't know _____
physician?	distance _____	travel time _____	don't know _____
specialist?	distance _____	travel time _____	don't know _____
alternative health care provider?	distance _____	travel time _____	don't know _____

ANNEXE E

Focus Group Interview Guide

- *Health*
 - What are the things, such as assets/resources/services that promote your health/the health of your clients? (Facilitator may need to prompt people here to think broadly beyond physical health and health care, e.g. spirituality, economics, workplace issues, division of labour; mental health, threats of violence, environmental concerns etc.)
 - What are things, such as barriers/attitudes/rules/lack of services that threaten your health/the health of your clients?
- *Rurality*
 - When you think of rural and/or of living remotely, what comes to mind?
 - Do you think of yourself as a rural woman? As someone who lives rurally or remotely? Both?
 - What makes your life rural and/or remote?
 - In what specific ways does living rurally or remotely affect your health or the health of those in your care? (e.g. geographic dispersion of services, income, employment conditions, access to education, social expectations and attitudes, weather/seasonality, degree of social support, quality of social relationships, housing, recreation etc.)
- *Policy Framework:*
 - “If you could have the undivided attention of key health-decision makers to talk about the state of women’s health in your community, what issues would you raise?”
 - “If you could change two things to promote better health of women in your community, what would they be?”
 - “How satisfied are you with the quality of health and health care for women and girls in your area?”
 - “Do you think the quality of health care for women in your area has changed in the past two years? In the past five years? For better or worse? Please give examples.
- *Research Agenda:*
 - “How would you define “your community”? Are there women’s health issues about which you think more information is needed in order to prompt appropriate action in your community or region?”
 - “To put it another way, have you ever felt concerned or curious about some aspect of women’s health care in your area and wished that someone would look into it further?”
 - “Based on a review of research that has already been done, the following gaps in research were identified: [**insert gaps listed in Wakewich paper here**] How important is it to the women and girls of your community for more research on each of these topics to be done?”
 - The Centres of Excellence do research that involves community members from the start. Do you have any suggestions on how to improve this model?
 - Are there any other issues relevant to policy, research and the health of rural women and girls that you think we should address?
- *Wrapping Up:*
 - “Although all of this information will be given to the Centres of Excellence for Women’s Health to be included in the research project, there may be a few themes or issues which have particularly stood out for you as you listened to everyone’s perspectives today. What are they? Is there anything else you would like to say?”
 - “I want to thank you for your time and your very helpful contributions. Your willingness to meet with me today makes this focus group possible. The focus groups of women in rural and remote areas across Canada will produce the core of the knowledge that this research project will generate. It could not be done without you. I’ve been asked by the women who are working on this project who are not here with us today to give you their sincere appreciation for helping in this way. We all hope that by giving our time and expertise to this project that we can make some real changes for women and girls living in rural and remote areas of our country. Thank you very much.”

ANNEXE F

Instructions to Facilitators

This is a community/academic partnered research initiative of the four Centres of Excellence for research in women's health (the Centres) and the Canadian Women's Health Network, funded by the Women's Health Bureau of Health Canada. The co-investigators of this project are Dr. Suzanne MacDonald and Marilou McPhedran of York University in Ontario. The following guidelines were developed by the Research Steering Committee of this project, chaired by Dr. Barbara Neis of Memorial University in Newfoundland and coordinated through the National Network on Environments and Women's Health—NNEWH, the Centre of Excellence based at York University. These Guidelines are to be followed by all of the Centres and their contractors in developing, conducting and reporting on focus groups with women in different regions of Canada, as an integral part of this research initiative. All documents and materials, in original form, as specified in these Guidelines and in the agreements made between NNEWH and other Centres as well as between Centres and those retained by the Centres to facilitate, record and report on the focus groups are to be delivered to Marilou McPhedran at NNEWH, 214 York Lanes, York University, 4700 Keele Street, Toronto, ON M3J 1P3, for further analysis and secure storage. Questions and suggestions should be directed to the Research Steering Committee, through Marilou at marilou@yorku.ca.

Focus Group Outcomes

- Each focus group facilitator should deliver to her respective contracting Centre, which in turn will be delivered by each Centre to NNEWH:
 - The originals of the signed consent forms, as well as the written demographic surveys completed by each focus group participant;
 - A summary of the demographic survey results, without identifying participants, including commentary on who was or was not in attendance and why, with suggestions for improvement, if any;
 - A synthesis report on findings, organized according to the subheadings of the questions beginning on page 3, below;
 - The original audio tapes of the complete discussion of each focus group (identification of the speakers is not expected), as well as the written summary prepared by the focus group recorder, including all questions asked and any answers. Note: copies of the audio tapes may be made and kept by the Centres but not by the facilitators or recorders, unless specific written permission has been granted by agreement with the respective contracting Centre and NNEWH;
 - A list of names and contact coordinates of possible invitees to the National Think Tank in January 2003, drawn from those participating in the focus groups, who have indicated an interest in attending and, in the opinion of the facilitator, would contribute their perspectives actively and add to the diversity of representation at the Think Tank (see consent forms);
 - A list of names and contact coordinates of those who indicated that they would like to receive the final report of this project (see consent forms).

Focus Group Facilitator's Responsibilities

1. The facilitator is responsible for thorough preparation including: a) ordering appropriate refreshments, b) ensuring that the audio-taping equipments and tapes are ready and in working order, c) ensuring that a recorder is in place to ensure full recording of the entire discussion, and, d) arranging for compensation for reasonable expenses. In the focus groups, the facilitator is responsible for explaining the context, expectations and objectives of the meeting, as well as the intended audiences and follow-up plans for any information generated. Wherever possible, we would like facilitators to provide the

consent form in advance to participants of the focus group(s) to give time for review. The following examples, in quotations, of what should be said to the focus group participants are given to assist facilitators and to ensure that focus group participants in different regions receive similar information:

- a. *Context*: “This meeting is one of several focus groups around the country. This is the second part of a national project hosted by the Centres of Excellence for Women’s Health. The project has an advisory committee, which includes women such as you. We hope to develop a policy framework and research agenda on rural and remote women’s health, which can be used by the federal, provincial and regional governments. The first phase was a literature review and roundtable discussion, late in 2001. Later phases will include a national conference in January 2003, followed by a final report to health policy makers and researchers. You are welcome to receive a copy of the final report. Please just leave your name and address on our mailing list.”
 - b. *Objectives of this session*: “Today we’d like to hear your thoughts about health, health care and its availability for you and your community, and other factors which affect your health. We won’t be making any decisions in this focus group and we don’t expect that we will all agree with each other about many of the points we discuss. But your comments will help us all to reach a better understanding of what health issues are important for women who live in rural Canada. We are interested in what you have to say about the availability and quality of health care services of women you know. We know that women are usually responsible for the health of all their family, but our questions today are not about your personal health or how you help care for family and friends. This afternoon’s focus group is a chance to hear your expertise and experience, which will be included in the findings of this research project. We are interested in your opinions of women’s health issues in your community.”
 - c. *Follow-up*: “The audio tapes from today’s meeting, a written transcript of the audio-tapes, a summary of today’s discussion and a summary of the written survey that you filled out will be delivered to the Research Steering Committee, and then combined with results from across the country. We will include your thoughts in the research report, which will be part of the national conference on rural and remote women’s health in 2003. Finally, a discussion paper with recommendations for a new research agenda and policy framework for rural and remote women’s health will be prepared after the Think Tank and submitted to Health Canada. As the focus group facilitator, I am responsible for preparing the summary report on this focus group without identifying any of the individual speakers and I will send you a copy to review before the summary is submitted to the Research Steering Committee. Please let me know if you would also like a copy of the final report and if you want your name listed in the report in our thanks to focus group participants. I need to have this in writing from you, as part of the consent form that you have already signed.”
2. The facilitator is responsible for obtaining signed informed consent to participate from each person in attendance, as per the attached consent form IN ADVANCE OF THE FOCUS GROUP. Facilitators should be aware of the parameters of the study (e.g. women will not be asked or encouraged to discuss personal health matters).
 3. The facilitator is responsible for ensuring that each participant completes and returns the attached demographic survey at the start of the session.
 4. The facilitator should pay attention to who is and who is not in attendance. (For example, how did people come to be there? How might the process of recruitment have excluded some women or points of view? What is likely to be present/absent in the discussion because of who is there?) This will then be reviewed with the Director of the Centre and

included in the focus group summary. Focus group participants should be invited to comment on this concern.

5. The facilitator should then guide the group through a discussion of the topics described below. Facilitators should remember that the discussion should not be limited to health care and service delivery, but should reflect a broad understanding of the social determinants of health, for example, education, economics, laws and policies, social services. It should also adopt both an appreciative and critical orientation, soliciting reflection on both what is and what is not working well for women and eliciting suggestions for achievable, positive changes. Facilitators must ensure that the questions listed are addressed, but other issues that emerge as relevant to participants should also be pursued and noted during the discussion.
6. The facilitator is responsible for ensuring that the session is both tape-recorded and accurately recorded on paper. Doing and/or checking the recording during the session should be the responsibility of a recorder rather than the facilitator.
7. The facilitator is responsible for ensuring a smooth flow to the session, including setting a positive tone, staying on topic, keeping time, taking appropriate breaks, encouraging full participation, and taking the time at the end of the group to thank the participants sincerely for their invaluable contribution of time and expertise, on behalf of all the women who are cooperating on this research project.
8. In some cases, face-to-face small group sessions may not be possible. In order to include women living remotely, the process of data collection may need to be modified through the use of telephone and/or video conferencing.
9. The facilitator is responsible for generating a focus group summary in two parts: one of the demographic data and the other of the discussion themes outlined above.
10. The facilitator should create and hold a master list of focus group participants drawn from the completed consent forms and should assume responsibility for sending copies of the summaries to those participants in a timely manner.
11. In consultation with the Centre, the facilitator should review answers on the consent form and, using her own good judgment, generate a list of potential invitees to the National Think Tank.
12. The facilitator should be prepared to provide the participants with follow-up support or appropriate referrals to community supports (if necessary). It is important to have at least one other person with the facilitator who is present and available to record the group discussion as well as to provide support to participants who could experience some difficulties/challenges that may arise during or as a result of the discussions.

ANNEXE G

Project Consent Form

SCHEDULE B – Consent Form

[NOTE to the Facilitator: Please try to distribute this form to participants in advance of the focus group and to follow up with a phone call in case there are questions or concerns.]

Dear Ms. _____.

Your name was given to me by _____ who suggested you might be willing to participate in a focus group we are conducting. The focus group concerns health issues for women living in rural and remote areas of Canada. These focus groups have been organized to allow us to hear your voice on the nature of the health services that you have accessed and your assessment of the quality of health care actually delivered over the past decade or so. This is a joint research project with Centres of Excellence for research in women's health in different regions of Canada that has been funded by the Women's Health Bureau of Health Canada. The research in this project is being administered by the National Network on Environments and Women's Health (NNEWH), based at York University in Toronto. Dr. Suzanne MacDonald and Marilou McPhedran are responsible for this study at York University.

The focus groups will be held on _____ from _____ to _____. We are asking for approximately a half-day of your time. You will be provided \$ __ to help pay for any costs associated with taking part in this study (e.g. travel and child care costs). This money will be given to you at the start of the focus group session, and will be yours whether or not you refuse to answer any questions or whether or not you complete the session.

The format of the focus group will be a short written survey with questions for you to answer and some additional questions for the group discussion that will help us understand your perspective on services in rural and remote areas, including social programs and social services related to women's health. We will be asking you to suggest changes to policies and practices that would improve your access to services and improve the services available to you, other women and girls. We will not ask you to discuss your personal health matters. You may refuse to answer any specific questions on the survey or in the group. You should also feel free to offer opinions and information on issues or subjects not raised by the facilitator that you think are relevant to this research. You are free to withdraw comments at any time.

After the focus groups are completed and the tapes are transcribed, a draft report containing summaries and unidentified quotes from the focus groups will be prepared. You will be given the opportunity to review the draft report from your group. Results from these focus groups will be compiled and summarized for the project's research committee, which includes community leaders, researchers and policy makers. Findings will also be summarized in a final report to Health Canada from this project and possibly in publications generated from the research. The contents of the final report will be communicated to local communities, health care professionals, and policy makers through a national "Think Tank" to be held in early 2003.

Please feel free to contact York University Human Participants Review Sub-committee with any questions or concerns - research@yorku.ca or telephone: 1 416 736 5055. Requests for copies of the focus group summary should be directed to Marilou McPhedran, Executive Coordinator, National Network on Environments and Women's Health, York University, 214 York Lanes, 4700 Keele Street, Toronto, Ontario, M3J 1P3. Email: marilou@yorku.ca or telephone: 1 416 736 5941; fax: 1 416 736 5986.

I hereby agree to be interviewed in a focus group on women's health in rural and remote areas of Canada, subject to the conditions listed above. I agree/do not agree to be identified by my name in the acknowledgments in the final report.

I am/am not interested in a possible invitation to the national Think Tank in early 2003.

Your Name [please print]: _____

Signature: _____ Date: _____/02

Address: _____
