

Qu'est-ce qui nous procure la santé?

Nous savons tous que les fruits et les légumes sont bons pour nous, mais saviez-vous que les 12 déterminants de la santé établis par Santé Canada sont : le revenu et la situation sociale; l'emploi; la scolarité; l'environnement social; l'environnement physique; un développement sain de l'enfant; les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation; les services de santé; les réseaux de soutien social; la constitution biologique et le patrimoine génétique; les différences sociales entre hommes et femmes; la culture.¹ Notre environnement social a une forte incidence sur notre santé. C'est pourquoi ce feuillet d'information sur la santé ne traite pas que de saine alimentation. Nous voulons changer le monde. Les femmes doivent prendre le contrôle de leur santé et de celle de leur société.

Pourquoi parlons-nous des femmes et de la santé?

Depuis des milliers d'années, les femmes ont été les gardiennes de la santé de leur famille et elles ont eu tendance à être plus préoccupées par la santé que les hommes.² Les femmes forment aussi la majorité des travailleurs du secteur de la santé.³ Elles ont été à l'avant-garde de l'action revendicatrice sur les questions de santé.

Les femmes et les hommes ont des problèmes sanitaires communs, mais il existe aussi des différences. Au Canada, l'espérance de vie des femmes dépasse celle des hommes. Ce ne fut pas toujours le cas. Dans le passé, beaucoup de Canadiennes mouraient à l'accouchement. Les décès dus à des complications pendant la grossesse et à la naissance sont encore courants dans la plupart des régions du monde. Un plus grand nombre de Canadiens que de Canadiennes meurent dans des accidents de la route et par suicide, mais plus de femmes que d'hommes âgés de 20 à 44 ans meurent du cancer.⁴ Les femmes rapportent plus de dépression, d'anxiété, de fatigue et une plus mauvaise santé. Plus de femmes tentent de se suicider, mais plus d'hommes réussissent à se suicider.⁵ On croit que cela est dû aux méthodes qu'elles ont tendance à choisir (drogues par rapport aux armes à feu). Certaines femmes sont plus sujettes à une mauvaise santé et à un décès prématuré que d'autres : le sexe interagit avec la race, le handicap, le revenu, l'environnement, la génétique et un certain nombre d'autres caractéristiques.⁶

L'inégalité socio-économique entre les hommes et les femmes persiste dans notre société, et a des répercussions directes sur la santé des femmes. Par

exemple, les femmes sont vulnérables au VIH/sida parce qu'elles manquent souvent de pouvoir pour négocier des relations sexuelles protégées et sont plus susceptibles d'avoir des infections à la suite de violence sexuelle. Nombre de campagnes de sensibilisation au VIH/sida ne tiennent pas compte de ces réalités. En outre, beaucoup de recherches sur le VIH/sida ont été réalisées sur les hommes, même si dans les pays en développement, un nombre équivalent de femmes et d'hommes sont infectés. Les femmes ont un taux de survie plus faible que les hommes et elles courent un risque plus élevé d'infection par les relations sexuelles que les hommes.⁷

Ce feuillet d'information ne traite pas de ce que la plupart des gens considèrent comme des préoccupations sanitaires des femmes : le contrôle des naissances, le cancer du sein et la ménopause. Les ressources sur ces sujets sont légion. La santé des femmes ne se limite pas à la santé du sein. En 1994, le cancer du poumon a fait plus de victimes chez les femmes que le cancer du sein. Les maladies du coeur et les accidents cérébrovasculaires tuent plus de femmes que tous les cancers confondus.⁸ Malgré le fait que les maladies du coeur représentent le premier facteur de mortalité chez les femmes, la majorité de la recherche a été réalisée sur les hommes. Certains des symptômes des maladies du coeur sont légèrement différents chez les femmes et parfois mal diagnostiqués par les médecins.⁹ Il est important de considérer la santé globale des femmes, de prêter attention aux facteurs liés au sexe dans toutes les questions de santé et de mieux-être et de ne pas percevoir les femmes simplement comme des appareils génitaux ambulants. En outre, la santé ne concerne pas uniquement la maladie, mais porte aussi sur le bien-être. Nous voulons examiner certains des autres facteurs clés de la santé, ceux dont on ne parle pas beaucoup, et ce que nous pouvons faire à leur égard.

Revenu, travail rémunéré et non rémunéré et la santé

Selon le *British Medical Journal*, la richesse est « le moteur le plus important de la santé à l'échelle mondiale, encore plus crucial que le tabagisme ». ¹⁰ Les études ont toutes tendance à démontrer que le revenu est le meilleur prédicteur de la santé et de l'espérance de vie. ¹¹ Quoiqu'il en soit, les gouvernements ont mis l'accent sur le système de soins de santé et sur

les

Institut
canadien
de recherches

sur les femmes
(ICREF)/Canadian

Research Institute for
the Advancement of

Women (CRIAW) 408-151
rue Slater, Ottawa ON K1P

5H3, (613) 563-0681, info@criaw-icref.ca. Site Web : www.criaw-icref.ca.

This fact sheet is also available
in English.

changements à apporter aux pratiques personnelles liées à la santé. Ces choses sont importantes, mais nous devons aussi prêter attention à l'inégalité des revenus afin de construire une société en santé.

C'est facile de voir comment la pauvreté mine la santé : vivre dans un environnement surpeuplé et délabré facilite la transmission de la maladie; le stress de la pauvreté et de l'incertitude mène à des dépendances et à des mécanismes de survie malsains; le manque d'argent pour l'achat d'aliments nutritifs; l'absence de couverture pour les prescriptions et les soins dentaires; l'obligation de prendre un congé sans solde dans un emploi à faible salaire pour visiter le

médecin, s'y rendre en empruntant le transport en commun et attendre des heures durant parce que le médecin a donné trop de rendez-vous; emploi mal rémunéré et stressant où on a peu de contrôle. À titre d'exemple, les centres d'appel/de télémarketing représentent

Racisme et santé des immigrantes, des réfugiées et des femmes issues des minorités visibles

un domaine d'emploi à croissance rapide, stressant et sous-payé où on retrouve surtout des femmes. Une nouvelle étude a démontré que les employées font face à un risque important de problèmes de santé en raison de

Le racisme peut en lui-même peut rendre malade.⁶⁴ Il peut susciter des sentiments d'impuissance et de dévalorisation⁶⁵ qui ont des répercussions sur la santé. Certains groupes de femmes font face à des problèmes de santé particuliers, comme les femmes ayant subi la mutilation génitale. Parfois, la race peut prédisposer à certaines maladies. On note un taux plus élevé de cancer du sein chez les femmes de race noire⁶⁶ et de diabète parmi les femmes autochtones.⁶⁷

Parfois, une interaction complexe entre la race, les hommes et les femmes, le revenu, l'éducation et l'accès aux services fait que certaines femmes sont beaucoup plus à risque d'être en mauvaise santé que les autres. Par exemple les immigrantes chinoises vivant en C.-B. ont des taux de cancer du col de l'utérus deux fois plus élevés que les femmes blanches de la région, mais seulement 56 % (par rapport à 67 % pour l'ensemble des femmes de la C.-B.) ont rapporté avoir eu un test de Pap au cours des deux dernières années. Vingt-six pour cent n'en avait jamais eu. Les femmes les moins susceptibles d'avoir ce simple test étaient celles issues de la Chine continentale, les femmes jamais mariées et celles ayant les plus faibles niveaux d'éducation formelle, aucune facilité à s'exprimer en Anglais, les plus faibles revenus ainsi que celles ayant passé le moins de temps en Amérique du Nord.⁶⁸ La disponibilité des services dans votre propre langue et offerts par une personne qui vous respecte peut être une question de vie ou de mort.

Les femmes immigrantes, réfugiées et de minorités visibles n'auront pas le même accès à la santé et aux soins de santé tant que le racisme ne sera pas éliminé et que les réfugiées n'auront pas accès aux ressources nécessaires pour devenir des citoyennes à part entière qui contrôlent leur santé.

stresseurs psychosociaux et organisationnels liés à ces emplois mal rémunérés et précaires.¹²

Selon des études, plus votre revenu est élevé, plus vous êtes susceptible d'être en meilleure santé et de vivre longtemps.¹³ Le revenu moyen des Canadiennes était de 19 800 \$ en 1997, comparativement à 32 100 \$ pour les Canadiens,¹⁴ ce qui contribue sans doute à leur état de santé plus précaire.¹⁵ Beaucoup de femmes doivent aussi jongler avec deux emplois – un emploi sous-rémunéré à l'usine, au restaurant ou au bureau et un emploi non rémunéré à la maison à s'occuper des enfants et des corvées ménagères.¹⁶ Les études révèlent que si vous vivez dans une société marquée par une inégalité de revenu considérable (grand écart entre les riches et les pauvres), vous êtes susceptible d'être plus malade et de mourir plus tôt qu'une personne ayant exactement le même revenu dans une communauté plus égalitaire.¹⁷ Par exemple, après des décennies d'inégalité économique croissante, le taux de mortalité parmi les riches de Grande-Bretagne est maintenant plus élevé chez les adultes et les poupons que parmi les personnes les plus défavorisées de la Suède, même si le revenu absolu des Britanniques est plus élevé.¹⁸ Dans les sociétés, l'inégalité semble avoir la capacité de tuer.¹⁹ En particulier, on note une corrélation entre l'égalité entre les sexes – au niveau de la participation politique, de l'autonomie économique, de l'emploi et des gains, mais aussi des droits génésiques – et l'espérance de vie tant des hommes que des femmes.²⁰

Comme le revenu exerce une très forte incidence sur la santé, nous devons repenser les politiques sur la santé. Les stratégies isolées de promotion de la santé ne peuvent pas être efficaces à elles seules. Par exemple, les personnes à revenu plus faible qui sont contrôlées pour leur niveau de cholestérol, le tabagisme et toutes sortes d'autres facteurs de risque pour les maladies du coeur, sont deux fois plus susceptibles de mourir d'une crise cardiaque.²¹ Nous devons prendre conscience du fait que les programmes anti-pauvreté constituent aussi une politique sur la santé. Les logements à prix abordables sont des politiques de promotion de la santé, tout comme le sont un meilleur accès à l'éducation, l'équité salariale et toute politique visant à éliminer l'inégalité.²²

Estime de soi

L'estime de soi (se sentir bien dans sa peau) est l'une des composantes

essentielles pour prendre bien soin de sa santé. Une autre est d'avoir les ressources nécessaires pour le faire. Si vous ne vous aimez pas, il est peu probable que vous preniez soin de votre santé. Les personnes ayant une faible estime de soi sont plus susceptibles de faire des choses pour endommager leur santé comme basculer dans le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc. Une faible estime de soi a aussi des répercussions pour la société; il a été identifié comme un facteur majeur du crime et de la violence, de la grossesse chez l'adolescente, de la dépendance à l'égard de l'aide sociale et d'un rendement scolaire faible.²³ L'estime de soi est souvent liée à la façon dont vous avez été traitée comme enfant – et depuis lors – par votre famille et la société.

Dans notre société, l'estime de soi des femmes et des filles est minée par des attentes conflictuelles et irréalistes sur leur apparence, la pression pour être des épouses et des mères parfaites, tout en accordant une attention indivise à leurs enfants et en donnant le meilleur d'elles-mêmes au travail rémunéré.²⁴ Les femmes et les filles victimes de racisme et d'autres formes de haine, de pauvreté et de barrières structurelles sont particulièrement à risque. Les bébés ne naissent pas avec une faible estime de soi – le monde qui les entoure fait qu'ils se sentent indignes, malades, différents, imparfaits, mauvais, stupides, laids. Certains hommes peuvent aussi souffrir d'une faible estime de soi pouvant se transformer en cruauté et en violence.²⁵

Tout comme les questions reliées à la santé, l'estime de soi est un problème qui touche non seulement l'individu, mais l'ensemble de la société. Pour se remettre des expériences qui nous ont poussées à ne pas nous accepter, l'action individuelle ne suffit pas; il faut se joindre à d'autres pour changer la société afin que personne n'en vienne à se sous-estimer.

Nutrition, santé, poids et image corporelle

Soixante pour cent des filles du secondaire sont mécontentes de leur corps par rapport à 80 % pour les femmes d'âge universitaire. Les troubles alimentaires peuvent provoquer l'arrêt des menstruations, un rythme cardiaque irrégulier, l'ostéoporose (une maladie douloureuse provoquant facilement des fractures), la dépression, des dommages aux reins et au foie, une crise cardiaque, et la mort. Au Canada, on estime à 3 milliards de dollars les gains réalisés par l'industrie de la perte de poids.²⁶ Ce ne sont pas seulement les jeunes femmes qui ont une faible image corporelle et des pratiques alimentaires destructrices. Comme l'a dit à l'époque le titre d'un livre, être gros est une question féministe.

Par ailleurs, le régime alimentaire nord-américain à teneur élevée en gras, à faible teneur en fibre, marqué par la malbouffe et les repas-minute est littéralement en train de nous tuer. Il est intéressant de noter que même si ce sont les femmes qui subissent le plus de pression pour perdre du poids, un plus grand nombre d'hommes

9^e Rencontre internationale sur la santé des femmes (RISF)

La santé des femmes est une préoccupation mondiale. Beaucoup de femmes partout dans le monde meurent encore de maladies évitables résultant de la pauvreté, du manque de statut social et de pouvoir ainsi que du manque d'accès aux soins de santé fondamentaux. Les RISF sont un forum international communautaire permettant aux femmes qui travaillent à l'échelle locale, nationale et mondiale de fournir et de promouvoir des services de santé et des droits essentiels pour les femmes et les filles, parce qu'elles reconnaissent que la marginalisation des femmes par rapport au grand courant économique et social se poursuit. La 9^e Rencontre internationale sur la santé des femmes se tiendra à Toronto du 12 au 17 août 2002. Elle sera coprésidée par l'Institut

canadiens ont un excédent de poids selon l'Organisation mondiale de la santé. (42 % contre 24 %).²⁷ On associe l'excédent de poids aux maladies du cœur, au diabète de type 2, à certains cancers et accidents cérébrovasculaires.²⁸ L'industrie alimentaire tente de nous rendre gros pour ensuite nous vendre des régimes amaigrissants nuisibles et inefficaces. Les chaînes de restauration rapide constituent le nouveau colonialisme. Par exemple, les personnes âgées de l'île d'Okinawa au Japon détiennent le record mondial de longévité et de santé grâce à leur régime à base de légumes, de riz et de poisson, accompagné d'une activité physique quotidienne, d'un sentiment spirituel d'interconnectivité, et des attitudes positives envers la vie malgré l'expérience de la guerre et les épreuves. À l'inverse, on remarque chez la jeune génération de cette île des taux de maladies du cœur et de cancer similaires à ceux de l'Amérique du Nord en raison de l'arrivée des chaînes de restauration rapide et des modes de vie nord-américains.²⁹

Le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes sont deux autres partenaires clés.

Les féministes se doivent de trouver une façon de promouvoir le respect et l'acceptation de toutes les personnes, sans égard à leur poids ou à leur apparence, tout en poursuivant la lutte contre l'industrie alimentaire – et ses milliards de dollars de chiffre d'affaires – qui bouche nos artères avec des graisses et huiles hydrogénées (trans) et enlève les nutriments et les fibres des aliments par le raffinage et la surtransformation.³⁰ Personne ne penserait vendre des cigarettes dans les écoles; alors que des aliments

4

malsains susceptibles de causer le cancer, les maladies du cœur, le diabète et autres problèmes de santé sont allègrement promus auprès des jeunes et vendus dans les écoles.³¹ La consommation de calcium par les jeunes filles pubères a des répercussions directes sur le développement de l'ostéoporose après la ménopause.³² Or, les boissons gazeuses empêchent l'absorption convenable du calcium.³³ Les mauvaises habitudes alimentaires commencent pendant l'enfance.

L'industrie alimentaire dépense aussi des milliards de dollars pour vous faire croire que vous pouvez compenser le fait de manger des aliments transformés, de piètre qualité, « faible en gras », à haute teneur en sucre, en prenant des vitamines et des suppléments. Même si les vitamines et les suppléments peuvent aider, les chercheurs étudient encore l'interaction des nutriments. Rien ne peut remplacer la quantité, la qualité et l'équilibre des nutriments naturellement disponibles dans les légumes, les fruits, les grains entiers et les produits à base de soya.³⁴ Une bonne nutrition est l'un des meilleurs remèdes, mais les personnes à faible revenu y ont moins accès.

Les femmes autochtones

Au lieu de blâmer les personnes qui pèsent plus que la moyenne pour leur manque de rigueur individuelle, nous pouvons travailler ensemble pour nous informer et informer les autres sur comment bien s'alimenter, éliminer les distributeurs automatiques qui offrent des friandises et des boissons gazeuses, Les femmes autochtones connaissent des taux beaucoup plus élevés de dépression, de suicide, de violence, du diabète, de la tuberculose et de VIH/sida par rapport aux autres femmes du Canada.⁶⁹ Le racisme, les taux plus élevés de pauvreté et perte d'autonomie ainsi que l'expérience des pensionnats se sont combinés pour influencer sur tous les aspects de leur santé. Des années 1800 et pendant une grande partie du XX^e siècle, les enfants autochtones étaient souvent séparés de force de leur famille et envoyés dans des pensionnats où ils ont été violentés physiquement et sexuellement, battus pour avoir parlé leur propre langue ou pratiqué leurs traditions spirituelles. Ainsi, on a appris à des générations de se détester, des générations qui n'ont pas appris de compétences parentales auprès de leurs propres parents, ou dont les parents ont été corrompus par le système.⁷⁰ On ne peut sous-estimer les conséquences de la perte de contrôle sur ses systèmes politique, légal, linguistique, religieux, familial et économique. Une étude récente a démontré que le nombre de suicides chez les adolescents autochtones était plus élevé dans les communautés qui exerçaient peu de contrôle sur leur gestion et plus faible dans les communautés autogérées.⁷¹ Un grand nombre de communautés autochtones tentent un processus de guérison et de reprendre le contrôle de leur destinée. Un accès équitable des femmes autochtones à la santé et aux soins de santé passe par la résolution de ces problèmes.

particulièrement dans les écoles; ou au moins veiller à ce que ces distributeurs proposent aussi des choix alimentaires sains comme des jus de fruit purs et des fruits. Il faut aussi faire en sorte que tous les établissements publics comme les écoles, les hôpitaux et les bureaux gouvernementaux possèdent des cafétérias qui servent des aliments sains et à un prix plus abordable, et exercer des pressions, taxer ou poursuivre les compagnies qui commercialisent des aliments qui favorisent les risques de cancer ou de maladies du cœur.

Activité physique

L'activité physique est essentielle au bien-être physique et mental. L'activité physique énergise, diminue le stress, améliore l'estime de soi, réduit les douleurs, et combat la maladie. Être actif réduit particulièrement le risque de maladies du cœur, les chutes et les blessures, l'obésité, l'hypertension, le diabète de type II, l'ostéoporose, la crise cardiaque, la dépression, le cancer du colon, et les décès prématurés. Selon Santé Canada, l'inactivité est aussi nuisible à la santé que le tabagisme.³⁵ Malgré les conséquences du poids sur la santé, certaines recherches indiquent qu'il est préférable d'être gros et actif plutôt que mince et inactif.³⁶

La plupart des femmes travaillent de longues heures sans rémunération ou en étant mal rémunérées, et disposent de peu de temps pour s'occuper de leur propre santé. Les politiques fédérales et provinciales qui n'appuient pas adéquatement les femmes qui prennent soin d'enfants ou d'autres parents à charge influent négativement sur la santé des femmes.³⁷ En outre, les services qui permettraient aux personnes handicapées d'être aussi actives que possible sur le plan physique font défaut. Souvent, les filles ne sont pas encouragées autant que les garçons à embrasser une discipline sportive ou à faire de l'activité physique. De plus, moins de ressources leur sont destinées.

Nos villes et notre culture ne sont pas conçues pour l'activité physique à prix abordable. Bien sûr, les centres de conditionnement physique essaient de nous vendre leur carte de membre et l'info-publicité nous incite à acheter de l'équipement d'exercice extrêmement cher. Mais nous avons besoin de villes conviviales pour les marcheurs et les cyclistes, de milieux de travail où les pauses-exercices sont routinières, et d'une culture qui encourage l'activité physique quotidienne.

Nous devons unir nos efforts pour faire en sorte qu'on affecte une

Les femmes handicapées

somme équivalente aux sports et aux loisirs destinés aux filles et aux femmes dans nos écoles et communautés locales; encourager les boutiques, écoles et milieux de travail locaux à installer des supports à bicyclettes; exercer des pressions auprès du gouvernement local pour l'ajout d'espaces verts, de pistes pour la randonnée à pied, de voies pour les bicyclettes, de bordures avec rampes pour les fauteuils roulants et les poussettes afin que tout le monde soit mobile; prévoir des pauses-exercices pendant les réunions de bureau; militer pour l'augmentation (et non la diminution) de l'activité physique dans les écoles; et investir dans notre santé et bien-être personnel en faisant de la marche, du jardinage, de la danse ou toute autre activité abordable ou gratuite que nous aimons.

Tabagisme et protection de la santé

Le tabagisme cause beaucoup de problèmes de santé, et plus chez les femmes que les hommes. Certaines des maladies importantes dues au tabagisme chez les hommes et les femmes comprennent les crises cardiaques, le cancer du poumon, l'acrosyndrome (douleur dans la jambe pouvant mener à la gangrène et même à la perte de membres), le cancer de la bouche, des reins et de la vessie, les cataractes (maladie de l'oeil pouvant conduire à la cécité), les allergies, et l'asthme. En outre, le tabagisme présente des risques sanitaires particuliers pour les femmes : le cancer du col de l'utérus, l'ostéoporose, la ménopause précoce, un risque accru de crises cardiaques (particulièrement si elles prennent des pilules contraceptives), plus de difficulté à tomber enceinte, complications pendant la grossesse (par exemple, fausse couche ou accouchement précoce), faible poids du poupon à la naissance qui peut lui-même avoir des problèmes de santé.³⁸

Les transnationales du tabac ont engrangé des milliards de dollars de profit en commercialisant un produit nuisible pour la santé. Le système de protection de la santé du gouvernement canadien a été critiqué ces dernières années pour n'avoir pas pris les mesures nécessaires afin de protéger la santé des Canadiens. On cite en exemple la contamination du système de collecte et de distribution de sang, la sécurité des implants mammaires, et l'approbation de médicaments qui se révèlent plus tard dangereux. La question des toxines et des polluants contenus dans certains produits cosmétiques est une préoccupation mondiale.³⁹ Les femmes passent à l'action sur les questions relatives à la protection de la santé⁴⁰ – voir la section des ressources pour plus d'information.

Les médecins et les autres praticiens présument souvent que femmes handicapées sont sans sexualité et ne leur posent pas de questions sur leur santé génésique ou leur fécondité. Souvent, ils s'adressent plutôt à leurs aidants ou à des membres de leur famille comme si elles n'étaient pas là ou incapables de comprendre. On présume souvent que les femmes handicapées sont en mauvaise santé, même si le handicap n'est pas nécessairement dû à une maladie chronique. Les femmes et les filles ayant un handicap moteur sont souvent tenues à l'écart de l'activité physique même s'il existe des activités pouvant être bénéfiques pour leur santé. Être handicapée et femme augmente aussi considérablement les chances d'avoir un faible revenu et d'être vulnérable à la violence,⁷² deux facteurs ayant des répercussions directes sur la santé. Les femmes handicapées n'auront pas un accès égal à la santé et aux soins de santé tant que nous n'aborderons pas de façon directe l'ignorance, le préjudice, la haine et les barrières structurelles auxquels font face les personnes handicapées.

Environnement

L'Organisation mondiale de la santé estime que la piètre qualité de l'environnement est directement responsable d'environ 25 % des maladies évitables dans le monde aujourd'hui.⁴¹ Des militants au Canada et partout dans le monde recherchent le lien entre les toxines environnementales et le cancer du sein, les dommages de reproduction et les dommages au système immunitaire.⁴² Nous savons qu'il y a une corrélation directe entre la pollution de l'air et la mort résultant de maladies respiratoires ou du coeur.⁴³

Une multitude de nettoyants domestiques comme les javelissants, les nettoyants pour les fours, les tuyaux d'écoulement et les cabinets d'aisances contiennent des produits chimiques toxiques, très inflammables et corrosifs. Nombre de ces produits n'ont pas été testés pour connaître leurs effets à long terme sur la santé.⁴⁴ Devinez qui effectue la plus grande partie du nettoyage dans la majorité des ménages : les femmes.

Les déchets, les eaux usées et les déchets toxiques comme les mares de goudron de Sydney sont souvent situés dans des quartiers pauvres que les habitants n'ont pas les moyens de quitter.⁴⁵ Il y a des conséquences particulières sur les femmes ayant une santé précaire et vivant dans un environnement social fragile.⁴⁶ Un environnement propre est une bonne politique sanitaire qui épargne de l'argent et sauve des vies.⁴⁷ Tout le monde mérite de l'air frais, de l'eau propre, et un environnement sans polluants – des éléments essentiels à la santé à long terme.

Soutien social, sentiment communautaire, croyances spirituelles

L'isolement social et la solitude sont des prédicteurs aussi importants d'une

6

mort prématurée que le tabagisme, l'obésité, le manque d'exercice et l'hypertension.⁴⁸ Dans notre société, ce sont les femmes qui fournissent la plupart des soins, comme travail rémunéré ou non : les mères, les épouses, les infirmières, les éducatrices en services de garde, les auxiliaires familiales.⁴⁹ Au lieu de considérer ce travail comme essentiel, notre société n'apprécie pas ce travail et le tient pour acquis. Sans ce travail, plus de personnes souffriraient de troubles mentaux ou physiques, car recevoir des soins est un besoin humain fondamental.

Nous ne savons pas exactement pourquoi les croyances et les pratiques spirituelles ont un impact positifs sur la santé. Il s'agit peut-être du sentiment communautaire et de camaraderie, du calme et de la connectivité que procure la méditation ou la prière, ou de l'exposition aux valeurs liées à l'attention, à la compassion et à la générosité qui sont répandues dans toutes les religions et les traditions mystiques.⁵⁰ Ces valeurs sont également essentielles au niveau sociétal pour réaliser un monde pacifique, heureux et sain. Les femmes ont critiqué les grandes religions pour avoir enraciné un statut inégal entre les deux sexes; de plus, les religions ont aussi causé du tort à

Les lesbiennes et les bisexuelles

Beaucoup de professionnels de la santé supposent simplement que leurs clientes sont hétérosexuelles et ne posent pas les bonnes questions concernant la santé. En raison de la honte encore associée à l'homosexualité, certaines lesbiennes et bisexuelles évitent tout simplement de recevoir des soins de santé ou acceptent l'hypothèse du professionnel de la santé. Si elles révèlent leur orientation sexuelle, elles risquent de ne pas recevoir le traitement approprié – les lesbiennes sont moins susceptibles de recevoir régulièrement un test de Pap pour détecter un cancer du col de l'utérus parce que les médecins présument qu'elles ne sont pas à risque de contracter une maladie transmise sexuellement (MTS).⁷³ La stigmatisation et la marginalisation sociale signifient aussi que certaines lesbiennes et bisexuelles pourraient être encore plus susceptibles d'adopter des comportements qui mettent leur santé en danger,⁷⁴ et être à risque de façon disproportionnellement élevée d'être obèses ou toxicomanes parce que la nourriture et les drogues sont utilisées pour compenser le stress et la faible estime de soi qui accompagnent une double vie. Cette marginalisation signifie aussi un risque accru de violence et de suicide. Certains médecins refusent même de traiter les lesbiennes, les homosexuels ou les personnes bisexuelles ou transgenre, ou disent à une personne qui se présente pour un problème médical de retourner à la maison et de prier pour demander pardon d'être homosexuelle. Certaines lesbiennes et bisexuelles n'ont peut-être pas la même couverture que les hétérosexuelles par le biais du régime d'assurance-maladie privée ou de l'employeur de leur partenaire.⁷⁵ En raison de l'homophobie, les lesbiennes et les bisexuelles ont essentiellement moins accès à la santé et aux soins de santé.

certaines personnes.⁵¹ Certaines femmes oeuvrent pour le changement dans leurs traditions spirituelles, tandis que d'autres cherchent leur propre spiritualité.

On peut prendre des mesures pour créer des communautés saines et solidaires. Le mouvement des communautés en santé travaille auprès de collectivités qui offrent un environnement physique propre et sécuritaire; répond aux besoins fondamentaux de l'ensemble de ses résidents; possède des résidents qui se respectent et s'appuient mutuellement; fait participer la communauté au gouvernement local; encourage et célèbre son patrimoine historique et culturel; fournit des services de santé facilement accessibles; possède une économie diversifiée et novatrice; compte sur un écosystème durable.⁵²

Systèmes de soins de santé

Les femmes représentent la majorité des travailleurs rémunérés du domaine des soins de santé, des utilisateurs du système et des fournisseurs de soins à la famille non rémunérés sur lesquels le travail de prestation de soins est déchargé quand les hôpitaux poussent les gens dehors et que les services de soins à domicile sont inadéquats.⁵³ Il n'est pas surprenant de constater que la privatisation des soins de santé « affecte différemment et davantage les femmes que les hommes en raison de leur relation unique avec le système de soins de santé ». ⁵⁴ Il y a des années, le gouvernement fédéral a sabré considérablement dans les soins de santé, puis n'y a retourné qu'une fraction du financement. Certaines provinces ont fait de même.⁵⁵ Maintenant, au lieu de considérer un réinvestissement réel dans le système et d'augmenter les services sociaux et de santé pour mieux favoriser le bien-être, le gouvernement explore la privatisation et d'autres options qui ont largement échoué ailleurs.⁵⁶ Les femmes représentent aussi la majorité des personnes à faible revenu au Canada.⁵⁷ Toute action axée sur les frais d'utilisation et la privatisation, qui a conduit à une augmentation des coûts, à un accès limité, à une mauvaise santé ainsi qu'à des taux de décès plus élevés aux États-Unis,⁵⁸ pourrait affecter les femmes et les personnes à faible revenu le plus. Nous avons besoin de plus – et non de moins – d'égalité.

Le système de soins de santé canadien connaît un virage en faveur de la réduction de la durée des séjours à l'hôpital et d'une pharmacothérapie accrue.

Résultat : plus que jamais auparavant, les soins de santé sont payés par des régimes privés, ce qui cause des

différences considérables au niveau de l'accès, surtout en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et les services comme les soins à domicile.⁵⁹ En outre, les thérapies naturelles ou alternatives, moins chères – et que certaines personnes trouvent utiles – ne sont pas couvertes. La possibilité de vente directe de produits pharmaceutiques aux consommateurs est une autre préoccupation : les compagnies pharmaceutiques veulent dépenser des milliards de dollars pour tenter de nous convaincre que nous devons essayer leurs produits, plutôt que d'adopter des habitudes sanitaires saines qui diminueront le risque de maladie ou de traiter de questions comme l'inégalité économique, source de bien des troubles de santé. Les femmes passent à l'action sur ces questions – voir la section des ressources.

Violence

La violence est l'une des principales causes de blessures chez les femmes, allant des coupures et des bleus aux handicaps permanents, voire à la mort. Au Canada, 43 % des femmes blessées par leur partenaire ont dû recevoir

des soins médicaux, et 50 % des blessées ont dû s'absenter du travail.⁶⁰ Les femmes victimes de violence physique ou sexuelle, comme enfants ou adultes, sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé toute leur vie, par exemple une blessure, une douleur chronique, des troubles gastrointestinaux, de l'anxiété et une dépression clinique. La violence mine aussi la santé en augmentant les comportements auto-destructeurs comme le tabagisme et la toxicomanie.⁶¹ Les femmes battues et/ou victimes de violence physique sont beaucoup plus susceptibles que leurs congénères de se suicider.⁶² Les femmes handicapées sont particulièrement vulnérables à la violence.⁶³

En plus d'être victimes de violence parce qu'elles sont femmes, d'autres encore la subissent en raison de leur race ou de leur orientation sexuelle. La pauvreté peut coincer des femmes dans des relations de violence parce qu'elles n'ont pas les moyens d'avoir leur propre logement. Les réfugiées ont souvent fui la violence de la guerre, de la torture ou de la persécution, et cela peut avoir un impact profond sur leur santé mentale et physique.

Ressources et possibilités d'action

ORGANISMES

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

www.rqasf.qc.ca (514) 877-3189 Feuilles d'information et de ressources sur la santé des femmes selon une perspective féministe.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes www.cwhn.ca 1-888-818-9172 TTY: 1-866-694-6367

Ressources axées sur les femmes, possibilités de réseautage, un répertoire de nouvelles sur support électronique et un magazine imprimé.

Centres d'excellence pour la santé des femmes

Un des objectifs que vise le programme des Centres d'excellence : mener des recherches en collaboration avec les organisations communautaires, avec une attention particulière aux déterminants sociaux et économiques de santé.

Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des maritimes (incluant le projet de santé des femmes noires) : 1-888-658-1112 www.medicine.dal.ca/mcewh

Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal : (514) 343-6758 www.cesaf.umontreal.ca (Ce Centre a perdu sa subvention et est maintenant fermé).

Le Réseau canadien sur la santé des femmes et le milieu (416) 736-5941 www.yorku.ca/nnewh/

Prairie Centre of Excellence for Women's Health: Winnipeg: (204) 982-6630, Regina: (306) 585-5727, Saskatoon: (306) 966-8658 www.pwhce.ca - *BC Centre of Excellence for Women's Health*: (604) 875-2633 www.bccewh.bc.ca

Institut canadien de recherches sur les femmes (ICREF)

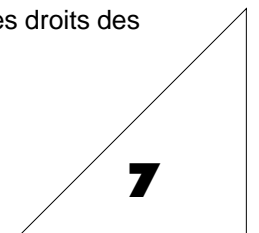
www.criaw-icref.ca (613) 563-0681 Feuilles d'information sur la Violence faite aux femmes et aux jeunes filles, ainsi que sur la pauvreté. L'ICREF a publié *Le corps en tête - Les jeunes femmes s'expriment*.

Fédération des femmes du Québec www.ffq.qc.ca (514) 876-0166

La Fédération des femmes du Québec est active dans plusieurs secteurs concernant la défense des droits des femmes en utilisant différents moyens.

Réseau québécois des femmes en environnement www.cwhn.ca/groupes/rqfe/

Le RQFE vise la mise en lien de femmes intéressées par l'environnement, le renforcement des capacités d'intervention des femmes dans ce domaine et la diffusion, prioritairement auprès des femmes, d'informations relatives à l'environnement et à la santé.



8

Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (204) 726-1406 www.dawncanada.net
Organisation nationale de femmes handicapées qui travaillent pour prendre leur vie en main.

Comité canadien d'action sur le statut de la femme (416) 932-1718 www.nac-cca.ca
Coalition comptant plus de 700 groupes membres œuvrant pour l'égalité des femmes.

Femmes Autochtones du Québec (514) 954-1899
460 St Catharines Ouest, bureau 503 Montréal, QC H3B 1A7

Pauktuutit Inuit Women's Association (613) 238-3977 www.pauktuutit.on.ca (anglais seulement)
Association nationale représentant les femmes Inuit du Canada. Publie des ressources sur la violence, la profession de sage-femme, le syndrome de l'alcoolisme fœtal, la toxicomanie, le sida/VIH et autres questions de santé.

Collectif des femmes immigrantes du Québec (514) 279-4246
7124, rue Boyer, Montréal, QC H2S 2J8

Réseau Femmes africaines, Horizon 2015 (514) 739-5574 courriel : aoua.bocar.ly@vl.videotron.ca
Un réseau de soutien pour les femmes africaines.

Coalition des communautés en santé de l'Ontario 1-800-766-3418 www.opc.on.ca/frenchohcc/
Publication d'outils sur : un environnement sain et des communautés saines.

L'Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique
(613) 562-5667 www.caaws.ca/francais/index.htm
Encourage l'égalité entre les sexes dans le sport et l'activité physique; publie plusieurs ressources.

Centre pour la science dans l'intérêt public (Canada) (613) 565-2140 www.cspinet.org/canada
Organisme sans but lucratif nord-américain qui fait des recherches et défend les intérêts des consommateurs en matière de nutrition et de santé, avec une attention particulière à la déficience nutritionnelle des repas-minutes.

Le Centre de santé des femmes de Montréal www.cwhn.ca/groupe/csrm/
Le Centre de santé des femmes de Montréal est un important lieu d'échange, d'information, de concertation et d'intervention voué à la santé des femmes et des lesbiennes.

Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (RÉFIPS) www.refips.org/apropos.htm
Le RÉFIPS regroupe une trentaine de pays de la Francophonie (dont le Canada) qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

SITES WEB

Femmes en santé www.femmesensante.ca/index.html
Source d'information factuelle, fiable et actuelle sur la santé des femmes.

Santé-Net Québec www.pageweb.qc.ca/sante/institutions.htm
Institutions - Organismes - Réseaux sur la santé.

Réseau Femmes et Développement www.focusintl.com/stat4x2.htm
Statistiques sur les femmes et la santé en Amérique du Nord

Services aux femmes autochtones et aux femmes immigrantes
www.santepub-mtl.qc.ca/Violence/immigrantes.html
Information, orientation vers les services, consultation juridique, services d'interprétation, d'accompagnement, de traduction, activités éducatives, lieux d'échanges et d'entraide, suivi à long terme, hébergement.

Réseau canadien de la santé www.reseau-canadien-sante.ca
Service d'information de santé offert sur Internet financé par Santé Canada. Il possède des liens fiables sur d'autres ressources de santé.

Femmes, santé et action

La santé des femmes, les minorités et la diversité par Glenda Simms, Ph.D
www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers.canada/french/minority.htm

PromoSanté www.promosante.org/recherche.asp Un réseau francophone canadien en promotion de la santé.

Condition physique et vie active www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition_physique/index.html
Suggestions concernant des méthodes individuelles et collectives pour améliorer l'activité physique.

Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) www.cihr.ca/institutes/igh/igh_about_institute_f.shtml
L'institut de la santé des femmes et des hommes appuie la recherche axée sur la façon dont les facteurs biologiques (liés au sexe des personnes) et les facteurs socioculturels (chez les hommes et chez les femmes) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé.

Canadian Health Coalition (613) 521-3400, poste 219 www.healthcoalition.ca (certains extraits sont traduits)
S'est donné pour mandat d'améliorer le système de santé publique du Canada, de s'opposer à la privatisation du régime d'assurance-maladie et aux compressions dans les services de soins de santé et de protection de la santé, aux aliments génétiquement modifiés, etc.

Aide-mémoire sur la santé des femmes (Organisation mondiale de la santé) www.who.int/frh-whd/FactSheets/French/index.fr.htm Brefs extraits d'information sur divers sujets : les mutilations sexuelles féminines, les femmes et le VIH/sida, femmes et santé mentale, différences entre les sexes: santé et pauvreté, etc.

PUBLICATIONS

Guide femmes et santé www.csf.gouv.qc.ca/rayon/rayons.htm (418) 643-4326 ou 1 800 463-2821
Étude approfondie de la situation de la santé des femmes, avec statistiques et ressources d'aide à l'appui.

La réforme de la santé sur les femmes www.cwhn.ca/reforme_sante/index.html 1-888-818-9172
Feuillets d'information produit par le Réseau canadien sur la santé des femmes, sur les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes.

Bulletin de recherche sur la santé www.hc-sc.gc.ca/women (613) 952-0795
Bulletin produit par les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

Bulletin du Réseau canadien pour la santé des femmes www.rcsf.ca/network-reseau/index_r.html 1 888 818-9172
Ce bulletin est publié en français et en anglais quatre fois par année.

Bulletin Sans Préjudice pour la santé des femmes www.rqasf.qc.ca/ (514) 877-3189
Bulletin du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

Bulletin d'information en santé environnementale www.cspq.qc.ca/cse/bise/bise/index.htm
Bulletin du Comité de santé environnementale du Québec.

Notes

1. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, le Ministère, Ottawa, 1999, p. 17. Site Web : www.hc-sc.gc.ca/femmes/francais/stratfem.htm
2. Statistiques Canada, *La santé de la population canadienne, Rapports sur la santé*, 12(3) 2001. www.statcan.ca/francais/ads/
3. Statistiques Canada, Recensement 1996, Emploi selon la branche d'activités, Emplois selon les professions, Lieu de travail et navettage, *Le Quotidien*, 17 mars 1998. www.statcan.ca/francais/
4. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999.
5. Santé Canada, *Un effort conjoint pour la santé mentale des femmes*, Ottawa, 1993, p. 36.
6. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999.
7. Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes, *Aperçus sur la santé*, Ottawa, 2000, www.hc-sc.gc.ca/women/francais/aperqus.htm
8. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999.
9. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999, p.20.
10. Andrew Haines et Richard Smith, Working together to reduce poverty's damage, *British Medical Journal*, 22 février 1997, vol. 314, p.529.

- ¹¹. Dennis Raphael, « Health inequalities in Canada: Current discourses and implications for public health action », *Critical Public Health*, vol.10, n° 2, 2000, p. 193-216; Pat Armstrong, Hugh Armstrong et David Coburn, *Unhealthy Times: Political Economy Perspectives on Health and Care*, Oxford University Press, 2001, Oxford; Dennis Raphael, « Health effects of economic inequality », *Canadian Review of Social Policy*, vol. 44, 1999 p. 25-40; JA Auerbach et BK Krimgold, *Income, socioeconomic status, and health: Exploring the relationships*, National Policy Association 2001, Washington, DC; *Income Inequality and Health*, sous la direction de I. Kawachi, B.P. Kennedy et R.G. Wilkinson, New York: New Press, 1999; *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, sous la direction de R.G. Wilkinson et M. Marmot, Copenhagen: World Health Organization, Copenhague, 1998, www.who.dk/healthy-cities; D. Acheson, *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London, UK: Stationary Office, 1998, www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm; David Ross et P. Roberts, *Income and Child Well-Being: A New Perspective on the Poverty Debate*, Canadian Council on Social Development, Ottawa, 1999; Monica Townson, *Health and Wealth*, Canadian Centre for Policy Alternatives, 1999, Ottawa; US Department of Health and Human Services, *Socioeconomic Status and Health Chartbook in Health, United States, 1998*: www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hus/2010/98chtbk.htm; M. Bartley, D. Blane, et S. Montgomery, « Health and the life course: Why safety nets matter », *British Medical Journal*, vol. 314, 1997, p.1194-1196; D. Coburn, « Income inequality, lowered social cohesion, and the poorer health status of populations: The role of neo-liberalism », *Social Science and Medicine*, vol. 51, 2000, p.135-146; J.W. Lynch, G. Davey Smith, G.A. Kaplan et J.S. House, « Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, 2000, p.1200-1204.
- ¹². Carol Putnam, Anne Fenety et Charlotte Loppie, *Who's on the Line? Women in Call Centres Talk about Their Work*, Maritime Centre of Excellence for Women's Health, Halifax, 2001.
- ¹³. Voir note n° 11.
- ¹⁴. Statistiques Canada, *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ministère de l'Industrie, Ottawa, 2000, p.135.
- ¹⁵. Statistiques Canada, *La santé de la population canadienne*, Rapports sur la santé, 2001.
- ¹⁶. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, 1999.
- ¹⁷. R.G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, New York: Routledge, 1996; J.R. Kaplan, E. Pamuk, J.W. Lynch, J.W. Cohen, et J.L. Balfour, « Income inequality and mortality in the United States », *British Medical Journal*, vol. 31, 1996, p.1037-1045; B.P. Kennedy, I. Kawachi, R. Glass, et D. Prothrow-Stith, « Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: Multi-level analysis », *British Medical Journal*, vol. 317, 1998, p. 917-921; J.W. Lynch, G.A. Kaplan, E.R. Pamuk, R. Cohen, C. Heck, J. Balfour, et I. Yen, « Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 88, 1998, p.1074-1080.
- ¹⁸. D.A. Leon, D. Vagero et O. Otterblad, « Social class differences in infant mortality in Sweden: A comparison with England and Wales », *British Medical Journal*, vol 305, 1992, p. 687-691; D. Vagero et O. Lundberg, « Health inequalities in Britain and Sweden », *Lancet*, vol. 318, 1989, p.1-5.
- ¹⁹. Certains estiment que c'est, à tout le moins en partie causé par l'affaiblissement des filets de sécurité et le malaise dû au manque de cohésion sociale dans les sociétés non égalitaires. Cette situation entraîne des crimes plus violents ainsi qu'un certain nombre d'autres signes de désintégration sociale ainsi qu'une détérioration de la santé pour tous, y compris des personnes nanties. Dennis Raphael a écrit un excellent article sur ce sujet : « From increasing poverty to social disintegration: How economic inequality affects the health of individuals and communities », dans *Unhealthy Times: Political Economy Perspectives on Health and Care*, sous la direction de P. Armstrong, H. Armstrong et D. Coburn, Oxford University Press, Oxford, 2001, p. 224-246.
- ²⁰. I. Kawachi, B.P. Kennedy, V. Gupta et S.D. Prothrow, « Women's status and the health of women and men: a view from the States », *Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 1, 1999, p. 21-32.
- ²¹. M.G. Marmot, « Social inequalities in mortality: The social environment », sous la direction de R.G. Wilkinson, *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, Tavistock, London, 1986.
- ²². Par exemple, dans le cadre d'une étude comparative de 18 pays industrialisés, les chercheurs ont constaté que des politiques gouvernementales progressistes comme les prestations universelles aux familles ont un impact direct sur la baisse de la mortalité infantile : I. Wennemo, « Infant mortality, public policy and inequality - a comparison of 18 industrialised countries 1950-85 », *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, 1993, p. 429-446.
- ²³. Conclusions du groupe de travail de la Californie pour la promotion de l'estime de soi, et commentées par Gloria Steinem, *Revolution from Within: A Book of Self-Esteem*, Little, Brown and Company, Boston, 1993, p. 26-29. Elle cite plusieurs exemples des conséquences positives du groupe de travail : « Dans une école de district où on a traité de la question de l'estime de soi parmi les enseignants... le nombre d'entre eux qui projetaient aller à la retraite a chuté de 45 à 5 % en un an. Dans une école secondaire qui a exploré les liens entre l'estime de soi et une grossesse non désirée à l'adolescence, le nombre de ces grossesses est tombé de 147 à 20 sur une période de trois ans. Principalement dans les districts scolaires hispaniques, qui sont également les plus pauvres par habitant dans le pays, les problèmes de discipline des élèves ont chuté de 75 % après l'introduction de l'estime de soi comme sujet de débat. »
- ²⁴. Gloria Steinem, *Revolution from Within: A Book of Self-Esteem*, Little, Brown and Company, Boston, 1993.
- ²⁵. Steinem, p. 258.
- ²⁶. Santé Canada, *Aperçus sur la santé*, 2000.
- ²⁷. Statistiques Canada, *La santé de la population canadienne*, Rapports sur la santé, 2001, p.17.
- ²⁸. Statistiques Canada, *La santé de la population canadienne*, Rapports sur la santé, 2001, p.16.
- ²⁹. Bradley Willcox, Craig Willcox et Makoto Suzuki, *The Okinawa Program*, Clarkson Potter, New York, 2001.
- ³⁰. *Nutrition Action*, bulletin du Centre for Science in the Public Interest, est une bonne ressource sur les contenus nutritionnels des repas-minutes et leur rôle dans la bonne ou la mauvaise santé. Voir notre section ressource.
- ³¹. Il est de notoriété publique que les aliments à teneur élevée en gras et à faible teneur en fibre (les frites, les hamburgers, les hot dogs, les poulets frits, les croustilles, par exemple) ainsi

que les aliments très sucrés comme les barres de chocolats, les biscuits, les boissons gazeuses, les boissons aux fruits sucrées) consommés en grande quantité sur de longues périodes de temps peuvent détériorer la santé non pas uniquement à cause de leur faible teneur en nutriment par calorie, mais aussi parce qu'ils déplacent la consommation des aliments faibles en gras et riches en fibres contenant beaucoup d'antioxydants (agents de lutte contre le cancer) ainsi que les nutriments comme les légumes, les fruits, les pâtes et le pain faits de blé entier, les haricots, les produits à base de soya... Le régime alimentaire du nord-américain typique est dangereux pour la santé : Jane Brody, *Jane Brody's Nutrition Book*, Bantam, Toronto, 1987; US Department of Agriculture, US Department of Health and Human Services, *Nutrition and Your Health*, 4th edition, US Government Printing Office, Washington, DC, 1995.

³². « La densité de vos os... dépendra en partie, de l'absorption de votre calcium dans l'enfance. Plus la masse osseuse est forte, moins vos os risquent-ils de devenir poreux et fragiles plus tard. » Osteoporosis Society of Canada, www.osteoporosis.ca/OSTEO/D02-01b.html#aging

³³. Jane Brody, *Jane Brody's Nutrition Book*, Bantam Books, Toronto, 1987, p. 184.

³⁴. Jane Brody, *Jane Brody's Nutrition Book*, 1987, p. 184; Richard Harkness, *Everything You Need to Know About Reducing Cancer Risk*, Prima, 1999; Bonnie Liebman, « How to cut your risk of diabetes », *Nutrition Action*, vol. 28, n° 4, 2001, p. 1-8; Victoria Dolby, *All About Soy Isoflavones and Women's Health* Avery, New York, 1999.

³⁵. Santé Canada, *Le guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*, Société canadienne de physiologie de l'exercice, Coalition d'une vie active pour les aînés, Ottawa, 1999, www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/aines/index.html

³⁶. S. Blair et al., « Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, n° 3, 17 Juillet 1996, p. 205-210.

³⁷. Marika Morris, Jane Robinson et Janet Simpson, *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1999.

³⁸. Santé Canada, *Quoi de neuf?*, Module n°3, www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme/

³⁹. Ephrat Livni, « Cosmetic toxins studied », ABC News, 28 novembre 2000 : Titre d'un rapport d'un groupe de travail environnemental américain sur le diutyl phthalate contenu dans certains produits cosmétiques et la prévalence de haut niveau de DBP particulièrement chez les femmes en âge de procréer et suite à des tests menés par le US Centers for Disease Control.

⁴⁰. Le Groupe de travail sur les enjeux pour les femmes de la loi sur la santé est préoccupé par la surmédicalisation concernant la santé des femmes, les changements dans la loi sur les aliments et les médicaments, la publicité relative aux médicaments et axée sur les consommateurs ainsi que le programme de rapports sur les réactions négatives aux médicaments : www.web.ca/~desact

⁴¹. World Health Organization, « Health and environment in sustainable development: 5 years after the Rio Summit », Communiqué de presse, 18 juin 1997, www.who.int/archives/inf-pr-1997/en/pr97-47.html

⁴². Campagnes de Greenpeace : Persistent Organic Pollutants (POPs): 1-800-320-7183 www.greenpeacecanada.org/e/campaigns/toxics/POPS.html

⁴³. Judith Macphail, *The Health Effects of Ground-Level Ozone, Acid Aerosols & Particulate Matter*, Ontario Medical Association, Ottawa, 1998.

⁴⁴. Coalition des communautés en santé de l'Ontario, *Santé de l'environnement / FAQ*, Feuillelet d'information préparé par le Réseau canadien de la santé, 1999, www.canadian-health-network.ca/html/faqf/chntopiccategory_8f.html

⁴⁵. Les marges de goudron de Sydney : Sierra Club of Canada, *Sydney Tar Ponds Fact Sheet: Nightmare on Frederick Street*, 1999, www.sierraclub.ca/stp

⁴⁶. J. Sims, *An Anthology on Women, Health and Environment*, World Health Organization, Genève, 1994, www.who.int/environmental_information/Women/women_health_and_environment.htm Cette ressource comprend un guide de l'utilisateur.

⁴⁷. Bruce Armstrong, *Chemoprevention*, Cancer Control Information Centre, sur le site du World Health Organization, Australie, 16 mai 2001, www.who.int/ncd/cancer/publications/abstracts/abs9810_03.html

⁴⁸. Lisa Berkman, « Social support, social networks, social cohesion and health », *Social Work Health Care*, vol. 31, n°2, 2000, p. 3-14; T.A. Glass, C.M. de Leon, R.A. Marottoli et L.F. Berkman, « Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7208, 21 août 1999, p. 478-483; Dean Ornish, *Love and Survival*, Harper Collins, New York, 1998.

⁴⁹. Pour les statistiques sur le travail rémunéré et non rémunéré des femmes : Statistiques Canada, *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa, 2000.

⁵⁰. G.K. Jarvis et H.C. Northcutt, « Religion and differences in morbidity and mortality », *Social Science and Medicine*, vol. 25, 1987, p.813-824; D.A. Matthews et D.B. Larson, *The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects*, vol. 3, National Institute for Healthcare Research, Maryland, 1995.

⁵¹. Un aperçu sur les études cliniques sur les conséquences de la spiritualité sur la santé a constaté que la pratique religieuse avait des effets positifs sur la guérison dans 81 % des cas, neutres dans 15 % des cas et s'avérait préjudiciable dans 4 % des cas. La doctrine religieuse qui a entraîné la peur, la culpabilité, la honte, le manque d'estime de soi, l'intolérance, l'obsession ou des attentes perfectionnistes auront des conséquences négatives sur la santé physique et mentale : D.A. Matthews et D.B. Larson, *The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects*, vol. 3, National Institute for Healthcare Research, Rockville, Maryland, 1995; B.J. Willcox, D.C. Willcox et M. Suzuki, *The Okinawa Program*, Clarkson Potter, New York, 2001 : Le chapitre 11 donne un aperçu des études cliniques sur la spiritualité et la santé, en plus de décrire les pratiques spirituelles des aînés d'Okinawa, Japon (sous la direction de femmes), dont on dit qu'ils détiennent le record de l'espérance de vie et de bonne santé dans le monde.

⁵². Coalition des communautés en santé de l'Ontario, *Qu'est-ce qu'une communauté en santé?* s.d. www.opc.on.ca/frenchohcc/

⁵³. Santé Canada, Groupe national sur la réforme de la santé des femmes, Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes, *La réforme sur la santé des femmes*. Feuillelet d'information, Ottawa, 2000.

- ⁵⁴. Citation tirée des : Centres d'excellence pour la santé des femmes, *Bulletin de recherche*, Vol 1, n° 2 hiver 2001. Autre témoignage : S. Cameron, M. Horsburgh et M. Armstrong-Stassen, « Effects of Downsizing on Rns and RNAs in Community Hospitals », ébauche n° 96-6. McMaster University et University of Toronto Quality of Nursing Worklife Research Unit, Hamilton et Toronto, 1994; AFEAS, Denyse Côté, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, Francine Saillant, Nicole Thivierge, et Marielle Tremblay, *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Fonds de recherche en matière de politiques, Condition féminine Canada, Ottawa, 1998; Jane Aronson et Sheila Neysmith, *Le retrait de l'État et les soins à long terme : les conséquences sur les personnes âgées en perte d'autonomie, les prestataires de soins à domicile non rémunérés et rémunérés*. Études en économie politique n° 53, été 1997; Evelyn Shapiro, *Le coût de la privatisation: Une étude de case des soins à domicile au Manitoba*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 1997.
- ⁵⁵. Les paiements de transferts fédéraux aux provinces affectés à la santé ne retrouveront pas leur niveau de 1993-1994 avant l'année 2002-2003, malgré l'escalade des coûts et l'augmentation de la demande pour des services de santé liée au vieillissement de la population. Canadian Healthcare Association, Communiqué de presse : *Federal Economic Statement ignores opportunity to immediately increase urgently needed funding for system*, dit la Canadian Healthcare Association, Ottawa, CHA, 18 octobre 2000.
- ⁵⁶. P. Armstrong, H. Armstrong et C. Fuller, Les soins de santé limités : *La privatisation de l'assurance-maladie*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 2000.
- ⁵⁷. Statistiques Canada, 2000.
- ⁵⁸. Les États-Unis dépensent le plus par habitant pour les soins de santé par rapport au Produit intérieur brut (PIB) et aussi le pays industrialisé où se fait la plus importante proportion de dépenses privées en la matière : Association médicale canadienne, « Soins en santé, Budget 1999 », Présentation à la Chambre des communes au comité des finances, consultation pré-budgétaire, 22 septembre 1999; quarante-trois millions d'Américains ne possèdent aucune assurance-maladie : 1997 Données du US Bureau of the Census: Household Economic Studies. Table 146: Personnes sans assurance-maladie par division géographique et par État : Années 1987-1997. Données affichées au National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, Fastats A-Z, Health Insurance Coverage: www.cdc.gov/nchs/fastats/pdf/hu99t146.pdf ; Comparaison entre le Canada et les États-Unis en matière d'espérance de vie : Organisation for Economic Co-operation and Development, *OECD in Figures* (Paris: OECD, 1999) Health status table available at: www.oecd.org/publications/figures/1999/E_10_11_Health_Status.pdf
- ⁵⁹. Armstrong et al, 2000.
- ⁶⁰. Karen Rodgers, Wife assault: The findings of a national survey, *Juristat* vol.14, n° 9, 1994.
- ⁶¹. Lori Heise, Mary Ellsberg et Megan Gottemoeller, « Ending violence against women », *Population Reports*, Série L, n° 11, John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, décembre 1999.
- ⁶². Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999.
- ⁶³. Jillian Ridington, *Beating the Odds: Violence and Women with Disabilities*, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, 1989.
- ⁶⁴. Voir Nancy Kreiger et Stephen Sidney, « Racial Discrimination and Blood Pressure: The CARDIA Study of Young Black and White Adults », *American Journal of Public Health* 86, n° 19 (Oct. 1996, p.1370-1378; Wornie L. Reed, « Suffer the Children: Some Effects of Racism on the Health of Black Infants », éditions Peter Conrad and Rochelle Kern, *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, St. Martin's Press, New York, 1994, p. 314-327, cité dans Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves for the New Century*, Touchstone, New York, 1998, p. 683.
- ⁶⁵. Josephine Enang, « Être mère et vivre en marge de la Société : Le vécu d'une femme immigrante afro-canadienne », *Réseau canadien pour la santé des femmes*, printemps 2001, p. 7-8.
- ⁶⁶. Sous la direction de C.L. Kosary, L.A.G. Ries, B.A. Miller, *SEER Cancer Statistics Review*, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Bethesda, MD, 1995.
- ⁶⁷. Statistiques Canada, 2000, p. 275.
- ⁶⁸. T. Gregory Hislop, Chong Teh, Agnes Lai, Tove Labo et Victoria M. Taylor, « Cervical cancer screening in BC Chinese women », *BC Medical Journal*, vol 42, n° 10, décembre 2000, p. 456-460.
- ⁶⁹. Statistiques Canada, 2000, p.275.
- ⁷⁰. Le Comité canadien sur la Violence faite aux femmes, *Un nouvel horizon : Éliminer la violence - Atteindre l'égalité*, Approvisionnement et Services, Ottawa, 1993, p. 159-215.
- ⁷¹. M.J. Chandler et C.E. Lalonde, « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol 53, n° 2, 1998, p. 193-221.
- ⁷². *Pauvreté: Les femmes au Canada : un rapport statistique*, 3^e édition, Statistiques Canada, ministère de l'Industrie, Ottawa, 1995, p.174; Violence: Ridington, 1989.
- ⁷³. Santé Canada, 1999.⁷⁴.
- Les utilisatrices de drogues intraveineuses qui ont des relations sexuelles avec des femmes courent plus de risque de contracter le VIH que celles qui utilisent d'autres dispositifs d'injection, selon les résultats d'une étude menée dans cinq villes américaines, présenté à l'occasion de la 12^e International Conference on Harm Reduction. Les chercheurs croient que la stigmatisation et la marginalisation sociale contribuent à accroître la probabilité de voir ce groupe de femmes avoir des comportements à haut risque.
- Pour plus d'information, <http://womenshealth.medscape.com/36134.rhtml?srcmp=wh-041301>⁷⁵. Hope Vanderberg, sommaire de la conférence : Are LGBT Patients Receiving Adequate Healthcare? American Medical Student Association 51st Annual Convention March 28-April 1, 2001 Anaheim, California.

**Ce feuillet
d'information a
été écrit par
Marika Morris et
produit grâce à la
contribution
financière de
Promotion de la
femme, Condi-
tion féminine
Canada. 2001**