

Mémoire au Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes

Le 16 mai 2017

Mémoire du Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)

## **La sécurité du revenu des femmes au Canada**

### **Qu'est-ce que le Réseau canadien pour la santé des femmes?**

Depuis plus de 25 ans, le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) se fait le principal porte-parole national indépendant pour la santé des femmes au Canada. Nous estimons que la santé fait partie des droits de la personne dont les femmes sont souvent brimées en raison de la pauvreté, de l'emplacement géographique, de l'ethnicité, de la langue ou des barrières culturelles, de l'âge, de politiques gouvernementales qui limitent les services et de la privatisation de plus en plus répandue des services, ce qui les rend hors de portée pour de nombreuses femmes. À notre avis, on peut discerner clairement les effets de la pauvreté sur les femmes en jetant un coup d'œil aux résultats sur la santé.

En effet, pour la plupart des indicateurs de la situation socioéconomique, les femmes accusent un retard par rapport aux hommes. Elles constituent une plus grande proportion des personnes pauvres dans toutes les sociétés. La pauvreté se répercute sur la santé autant des hommes que des femmes, mais les conséquences sur les femmes sont vastes et sont particulièrement influencées par le sexe et le genre.

Chez les femmes en général, certains groupes connaissent des taux supérieurs de pauvreté et leur santé est donc plus susceptible de s'en ressentir. Il s'agit, entre autres, des femmes des Premières Nations vivant hors réserve, des femmes appartenant à une minorité visible ainsi que des femmes handicapées, des aînées et des mères célibataires. Parmi les utilisateurs des banques alimentaires au Canada, 22 % sont des chefs de famille monoparentale, et la majorité de ceux-ci sont des femmes. Lorsque les femmes vivent dans la pauvreté, il en va de même pour leurs enfants.

Le RCSF appuie toute politique, tout programme et tout mode de financement qui améliore la sécurité financière des femmes démunies et de leurs enfants. Cependant, pour que les interventions de lutte contre la pauvreté chez les femmes soient efficaces, nous voulons souligner l'importance d'adopter des politiques et des programmes exhaustifs en la matière qui tiennent compte de tous les déterminants sociaux et des conséquences de la pauvreté sur la santé.

Je traite de trois questions aujourd'hui :

1. Quelle est l'incidence de la pauvreté sur la santé des femmes?
2. Est-il possible d'enrayer la pauvreté principalement par des mesures économiques ou de soutien du revenu?
3. Que faut-il pour lutter contre la pauvreté chez les Canadiennes?

### **Quelle est l'incidence de la pauvreté sur la santé des femmes?**

Il existe trois grandes façons par lesquelles la pauvreté se répercute sur la santé des femmes :

1. Elle crée des conditions ayant des conséquences directes sur la santé des femmes.

2. Elle limite l'accès des femmes aux moyens et aux possibilités de protéger leur santé et d'obtenir une amélioration de leur état de santé.
3. Elle mène au repli social et au sentiment d'impuissance, ce qui peut exposer les femmes à des préjudices tels que des dépendances, l'abus et la violence.

### **La pauvreté crée des conditions ayant des conséquences directes sur la santé des femmes**

- a. Les femmes vivant dans la pauvreté sont plus vulnérables aux maladies chroniques et aux infections, y compris à la tuberculose.
- b. Souvent, la pauvreté chez les femmes se solde par l'itinérance ou les mène à habiter dans un logement précaire ou insalubre. Par conséquent, elles n'ont pas accès à de l'eau propre et aux installations sanitaires, elles sont exposées à du plomb, à des moisissures et à de la vermine, le chauffage est inadéquat en hiver, la ventilation est insuffisante et les logements sont surpeuplés.
- c. La pauvreté est associée à une espérance de vie réduite.
- d. La pauvreté est aussi associée à des taux supérieurs de VIH/sida chez les femmes.
- e. La pauvreté exacerbe l'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire peut exposer les femmes et leurs enfants à la malnutrition, et elle est associée à des facteurs de risque cardiaques. Le problème croissant de l'insécurité alimentaire, mis en évidence par le recours aux banques alimentaires, est associé à l'anxiété et à la dépression chez les mères.
- f. L'obésité engendrée par la pauvreté et les restrictions alimentaires expose les femmes à un risque accru de diabète et d'arthrite, qui sont tous deux des maladies chroniques ayant des effets cumulatifs sur la vie des femmes.
- g. Les femmes à faible revenu sont beaucoup plus à risque d'en venir à avoir des affections chroniques et multiples.
- h. La pauvreté est aussi associée à un risque supérieur de cardiopathie chez les femmes. D'autres facteurs de risque, tels qu'une mauvaise alimentation et le tabagisme, entrent également en jeu dans cette situation.
- i. La pauvreté tant relative qu'absolue est associée à la dépression chez les femmes. Chez les femmes démunies âgées de 45 à 64 ans et appartenant à la catégorie du plus faible revenu, seulement 55 % ont fait état d'une bonne ou d'une excellente santé mentale; par comparaison, 81 % des femmes ayant un revenu élevé faisaient état d'une santé mentale positive. Les deux tiers des troubles de l'humeur sont diagnostiqués chez les femmes, et celles-ci se voient prescrire les deux tiers également des médicaments utilisés en psychiatrie, dont bon nombre ont des effets indésirables débilissants.

L'incidence de la pauvreté sur la santé des femmes se caractérise entre autres par les effets de nature cumulative ou « en cascade » et par l'importance d'aborder la question selon un point de vue multisectoriel.

*Il est fort probable pour une femme démunie ayant des enfants de vivre dans un logement insalubre et d'avoir un budget insuffisant ou un accès inadéquat à de la nourriture. La pauvreté entravera son autonomie et son accès aux ressources. Le stress peut contribuer au tabagisme, ce qui a pour effet d'accroître le risque de cardiopathie et de cancer. Une mauvaise alimentation peut contribuer à l'obésité. Ces facteurs peuvent conduire à des maladies chroniques telles que le*

*diabète et l'arthrite. Lorsque de multiples affections chroniques surgissent, elles aggravent la dépression et occasionnent une diminution du revenu et de l'autonomie.*

**La pauvreté limite l'accès des femmes aux moyens et aux possibilités de protéger ou d'optimiser leur santé ou d'obtenir une amélioration de leur état de santé, en plus de contribuer au repli social et au manque d'autonomie**

- a. En raison de la pauvreté, les femmes sont incapables de choisir et d'utiliser la gamme de ressources dont elles ont besoin pour prendre soin de leur santé et de celle de leurs enfants. Les femmes démunies n'ont peut-être pas la capacité de déménager dans un milieu plus sûr ou de décrocher un emploi plus stable.
- b. Les femmes démunies n'ont peut-être pas accès aux services de leur localité qui favorisent la santé et le mieux-être. Il est ici question notamment de l'accès à une thérapie ou à la physiothérapie.
- c. Les femmes démunies sont moins susceptibles d'accéder à des soins de prévention, même s'ils s'inscrivent parmi les services de soins de santé payés. Les soins prénataux et le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus en font partie.
- d. La pauvreté mène au repli social et au sentiment d'impuissance, ce qui peut exposer les femmes à des préjudices tels que des dépendances et la violence.

**2. Peut-on lutter contre la pauvreté chez les femmes principalement par des mesures économiques?**

Des mesures visant le revenu ne suffisent pas à elles seules pour contrer les répercussions de la pauvreté sur la santé. Parmi les grands facteurs de la féminisation croissante de la pauvreté se trouvent les politiques gouvernementales liées à l'austérité, à la déstructuration et à la privatisation. Pour enrayer la pauvreté, il nous faut tenir compte de la manière dont les déterminants sociaux contribuent à la pauvreté et des résultats que la pauvreté produit sur la santé.

À titre d'exemple, la rationalisation des programmes et des services gouvernementaux et la précarisation des emplois ont eu pour effet la suppression d'emplois à temps plein, qui ont été remplacés par du travail contractuel ou du travail par postes n'offrant ni sécurité du revenu ni avantages sociaux. La rationalisation des services dans le secteur public a par ailleurs eu un effet disproportionné sur les femmes, qui constituent la majorité des effectifs dans les domaines de l'éducation et de la santé. Il faut intervenir sur ces problématiques au moyen de politiques sur l'emploi et la main-d'œuvre, mais aussi sur le revenu.

Les failles dans les politiques et programmes gouvernementaux ont fait en sorte qu'une part de plus en plus grande des soins aux malades s'est retrouvée entre les mains des femmes. Et les femmes ont dû s'improviser fournisseuses de soins de santé non rémunérées en plus de devoir assumer la charge personnelle, financière et affective ainsi que les autres coûts associés à la prestation de soins. Des données indiquent que les femmes qui s'investissent fortement dans la prestation de soins souffrent des effets nocifs sur leur santé qui s'accumulent au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Pour corriger ces failles relatives aux soins, il faut des politiques améliorées concernant l'accès aux soins à domicile et aux services de répit de même qu'un soutien de remplacement du revenu pour les soignants.

**3. Recommandations**

Nous saluons le travail du Comité, qui a provoqué une discussion sur la sécurité économique des femmes au Canada. Nous espérons qu'il gardera en tête ce qui suit tandis qu'il poursuivra ses travaux :

- a. La pauvreté a des effets multiples, interreliés et cumulatifs sur la santé, en plus de limiter l'autonomie des femmes et les options qui s'offrent à elles.
- b. La pauvreté ne se répercute pas de la même manière sur tous les groupes de femmes. Toute analyse se doit de comprendre une appréciation des aspects uniques de la pauvreté par rapport aux groupes décrits ci-dessus.
- c. Pour lutter efficacement contre la pauvreté, il faut une certaine volonté du gouvernement, ainsi que des politiques, des programmes et du financement de sa part qui tiennent compte et qui traitent des principaux déterminants sociaux de la pauvreté chez les femmes, tels que l'accès à un logement sûr et abordable, le droit à la sécurité alimentaire et le rôle des femmes dans la prestation de soins.
- d. Le modèle médical de traitement de la dépression doit être revu et remplacé à la lumière d'une meilleure compréhension des effets de la pauvreté et de l'impuissance sur la santé mentale des femmes.
- e. En 2013, le RCSF et tous les autres centres régionaux d'excellence sur la santé des femmes ont perdu le financement de base que Santé Canada leur fournissait depuis 20 ans. Santé Canada a confirmé qu'il n'avait aucune intention de reconstituer une division sur la santé des femmes ni de rétablir son programme de subventions communautaires grâce auquel les organisations féminines communautaires comme la nôtre pouvaient représenter et combler les besoins des femmes.

Santé Canada doit contribuer à agir sur les déterminants sociaux de la pauvreté qui se répercutent sur la santé des femmes. Nous demandons instamment aux parlementaires qui se préoccupent de la sécurité du revenu des Canadiennes d'inciter Santé Canada à revoir ses décisions de sorte qu'il puisse être un partenaire actif pour contrer les répercussions de la pauvreté sur la santé des femmes canadiennes.

### Sources

Andreeva E., L. Hanson, H. Westerlund, T. Theorell, M. Brenner, Stressforskningsinstitutet et coll., *Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health*, BMC Public Health 2015, vol. 15, n° 1, p. 1045.

Brodie, J., *The great undoing: State formation, gender politics and social policy in Canada in Western Welfare in Decline: Globalization and Women's Poverty*, Kingfisher, C. (éd.), 2002, University of Pennsylvania Press, p. 90-110.

*The Canadian Women's Foundation: The Facts about Women and Poverty*,  
<http://www.canadianwomen.org/facts-about-women-and-poverty>.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes, Les femmes, la question du logement et la santé,  
<http://www.cwhn.ca/fr/ressources/dossierelementaires/logement>.

Clow B., A. Pederson, M. Haworth-Brockman, J. Bernier, *Rising to the Challenge: Sex and Gender-Based Analysis for Health Planning, Policy and Research in Canada 2009*, Atlantic Centre of Excellence for

Women's Health, <https://www.dal.ca/diff/Atlantic-Centre-of-Excellence-for-Womens-Health/projects-and-publications/sex-and-gender-based-analysis/sgba-rising-to-the-challenge-manual.html>.

Currie J., *The Marketization of Depression: The Prescribing of SSRI Antidepressants to Women 2005*, Women and Health Protection, <http://www.whp-apsf.ca/pdf/SSRIs.pdf>.

Banques alimentaires Canada, *Bilan-Faim 2016*, <https://www.foodbankscanada.ca/Hunger-in-Canada/HungerCount-2015.aspx>.

Mikkonen J., D. Raphael, *The Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management.

Ontario Women's Health Council, *Health Status of Homeless Women*, 2002, [http://ywcacanada.ca/data/research\\_docs/00000274.pdf](http://ywcacanada.ca/data/research_docs/00000274.pdf).

Seligman H., B. Laraia, M. Kushel, « Food Insecurity Is Associated with Chronic Disease among Low-Income NHANES Participants », *J. Nutr.*, 2010, vol. 140, n° 2, p. 304-310.

Teghtsoonian, K., « Depression and mental health in neo-liberal times: a critical analysis of policy and discourse », 2009, *Social Science and Medicine*, vol. 69, n° 1. P. 28-35, DOI:10.1016/j.socimed.2009.03.037.

Turcotte M., *Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe*, 2011, Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11543-eng.pdf>.

Wakabayashi C., K. M. Donato, « Does Caregiving Increase Poverty among Women in Later Life? Evidence from the Health and Retirement Survey », *J. Health Soc. Behav.*, 2006, vol. 47, n° 3, p. 258-274.

Organisation mondiale de la Santé, *Aide-mémoire n° 369*, octobre 2012.

Organisation mondiale de la Santé, *2000 Women's mental health: An evidence-based review*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66539/1/WHO\\_MSD\\_MDP\\_00.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66539/1/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf).