



LE GENRE A DE L'IMPORTANCE

Institut de la santé des femmes
et des hommes

Plan stratégique 2009-2012





Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC
Université de la Colombie-Britannique
6190, chemin Agronomy, pièce 305, Édifice TEF 3
Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3

Instituts de recherche en santé du Canada
160, rue Elgin, 9^e étage
Indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Canada

www.irsc-cihp.gc.ca

Aussi affiché sur le Web en formats PDF et HTML
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2009)

N^o de cat. MR21-137/2009

ISBN 978-0-662-06485-5



Imprimé avec de l'encre à base végétale sur du papier à 100% recyclable

Conception : Richard Clark
Illustrations : Nikki McClure

Table des matières

Institut de la santé des femmes et des hommes
Plan stratégique 2009-2012

Message de la directrice scientifique 4

Introduction et contexte 6

Instituts de recherche en santé du Canada
Institut de la santé des femmes et des hommes
Genre et sexe biologique : définitions et contexte

Orientations stratégiques de recherche 10

Stratégies de renforcement des capacités
Secteurs prioritaires

La voie de l'avenir 21

Annexes 22

A : Équipe de gestion et conseil consultatif de l'ISFH
B : Méthodologie de planification stratégique

Message de la directrice scientifique



Au cours de ma première année comme directrice scientifique de l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH), j'ai eu le plaisir de travailler avec les membres du conseil consultatif de l'Institut (CCI) à l'élaboration d'un plan stratégique, dont les détails figurent dans le présent rapport. Grâce aux conseils continus de son CCI, l'ISFH s'affaire à mettre en oeuvre les objectifs ambitieux qu'il s'est fixé dans le présent plan.

Ce plan trace le parcours des activités stratégiques de l'ISFH de 2009 à 2012, par l'entremise de notre allocation annuelle de fonds stratégiques. Ces fonds serviront à renforcer les capacités et à appuyer les secteurs de recherche prioritaires. Nous lèverons d'autres fonds en tirant parti de nos partenariats et en coopérant avec les autres.

Étant donné que chaque cellule est sexuée et que chaque personne est genrée, il va de soi que le genre et le sexe biologique doivent représenter des considérations de taille pour étudier les mécanismes fondamentaux de l'évolution des maladies, les déterminants sociaux de la santé, les politiques et services en matière de santé ainsi que les interventions cliniques. Malgré tout, l'ISFH demeure la seule organisation au monde qui a pour mandat de financer la recherche sur le genre, le sexe biologique et la santé.

L'Institut a réalisé de nombreux exploits de taille depuis sa création. Entre autres, il a stimulé la création d'un milieu de recherche voué à comprendre la manière dont le genre et le sexe biologique influencent les résultats pour la santé et à appuyer les études relatives aux effets du genre et du sexe biologique sur la santé dans des secteurs tels que la violence, la prestation des soins, les immigrants et réfugiés, le cancer du sein, l'itinérance et le logement, le VIH/sida, la santé au travail, le tabagisme et la santé génésique.

Mais il reste beaucoup à faire. Quand je suis arrivée à l'Institut en janvier 2008, il avait atteint un point tournant de son évolution et était prêt à adopter une approche plus stratégique en matière de financement de la recherche. Les membres du CCI ont convenu qu'il était temps de tirer parti de nos réussites passées en amorçant une discussion approfondie de la mission, de la vision, des valeurs et des orientations stratégiques de l'Institut.

Nous estimions qu'il était réaliste d'atteindre certains objectifs à court terme et d'élaborer d'autres objectifs à long terme de 2009 à 2012. Dans le cadre de l'élaboration de notre plan stratégique, nous avons suivi un processus rigoureux fondé sur des travaux poussés—notamment la synthèse des entrevues et consultations menées à l'échelle du Canada au printemps et à l'automne 2008. Il s'est conclu par un atelier de deux jours en novembre 2008 où, à la suite d'une discussion réfléchie et d'une étude approfondie de l'information de base et des priorités stratégiques des autres instituts des IRSC, le CCI a approuvé unanimement les six orientations stratégiques décrites dans le présent rapport.

Le processus de planification stratégique nous a permis de faire le point sur l'état actuel de la recherche sur le genre, le sexe biologique et la santé et de localiser des partenaires potentiels pour les futurs travaux. La bonne nouvelle est que les occasions ne manquent pas. Le secteur de recherche qui étudie les influences du genre et les différences entre les sexes fournit maintenant, plus que jamais, des perspectives importantes sur les moyens d'améliorer la santé de la population canadienne.

Dans le cadre de notre engagement à évaluer continuellement l'effet et l'efficacité de nos programmes de financement, le CCI surveillera et mettra à jour régulièrement le plan stratégique de l'ISFH pour s'assurer qu'il évolue en fonction des priorités naissantes.

Je suis redevable à mon personnel et aux membres du CCI pour leur dévouement et leurs contributions dans le cadre de l'élaboration de ce plan et je vous invite à me faire part de vos commentaires et suggestions au sujet de sa mise en œuvre. Je suis convaincue que les orientations stratégiques que nous avons choisies en collaboration avec nos intervenants permettront à l'ISFH de continuer à exercer une influence positive sur la santé des femmes, des hommes, des filles et des garçons—et de se rapprocher de sa vision d'un monde où le genre et le sexe biologique représentent des considérations de taille dans la recherche en santé et ses applications.

Introduction et contexte

Instituts de recherche en santé du Canada

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont le principal organisme fédéral responsable du financement de la recherche en santé au Canada. Les IRSC, qui ont été fondés en vertu de la Loi sur les IRSC adoptée en juin 2000, sont composés de 13 instituts dont le mandat est d'appuyer la recherche en santé dans quatre principaux secteurs :

- ✧ biomédical;
- ✧ clinique;
- ✧ systèmes et services de santé;
- ✧ santé des populations et santé publique.

Chaque institut est dirigé par un directeur scientifique qui est aidé par le conseil consultatif de l'Institut (CCI). Les CCI sont constitués de représentants nationaux et internationaux provenant des secteurs public, privé et sans but lucratif, dont des chercheurs et des professionnels de la santé. Les instituts rendent compte au président et au conseil d'administration des IRSC ainsi qu'au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé.

Les IRSC ont été créés afin de transformer la recherche en santé au Canada de la façon suivante :

- ✧ financer davantage la recherche dans des secteurs prioritaires ciblés;
- ✧ renforcer les capacités de recherche dans des secteurs sous-développés tels que la santé des populations et les services de santé;
- ✧ former la prochaine génération de chercheurs en santé;
- ✧ axer les efforts sur l'application des connaissances afin de transformer les résultats de la recherche en politiques, pratiques, procédures, produits et services.

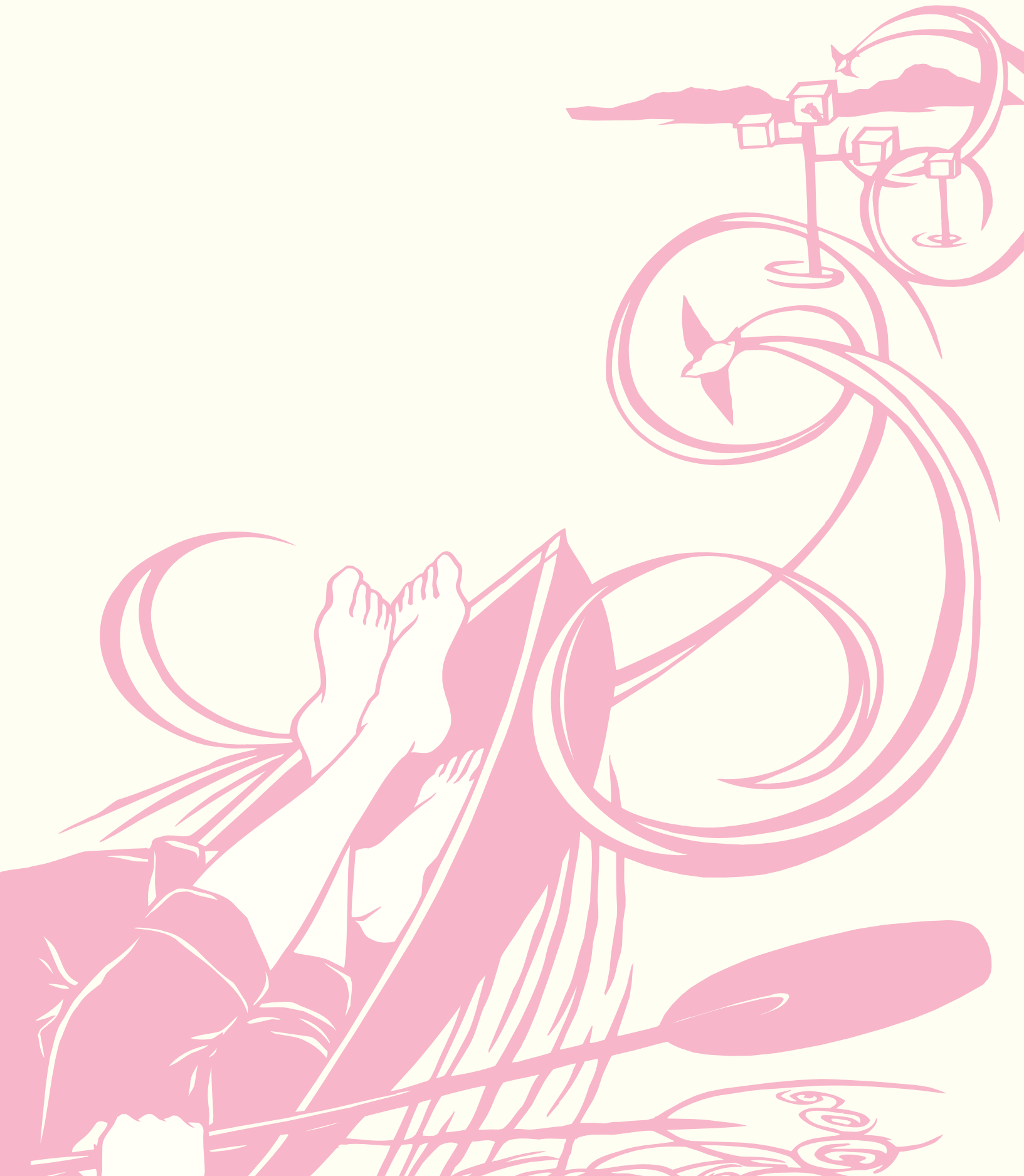
Le mandat des IRSC est d'exceller, selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada.

Parmi les valeurs qui orientent les activités des IRSC, mentionnons :

- ✧ excellence
- ✧ intégrité scientifique et éthique
- ✧ collaboration
- ✧ innovation
- ✧ intérêt public

Dans le but d'accomplir leur mandat, les IRSC ont élaboré quatre résultats stratégiques :

- ✧ investir dans l'excellence pour une recherche de calibre mondial;
- ✧ s'attaquer aux priorités de la recherche sur la santé et le système de santé;
- ✧ profiter plus rapidement des avantages de la recherche pour la santé et l'économie;
- ✧ favoriser l'excellence organisationnelle, promouvoir l'éthique et démontrer l'impact.



Institut de la santé des femmes et des hommes

A titre d'un des 13 instituts nationaux de recherche des IRSC l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) apporte une contribution de taille pour aborder les défis actuels et futurs en matière de santé, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale.

L'Institut a pour mission d'encourager l'excellence dans la recherche sur l'influence du genre et du sexe biologique sur la santé des femmes et des hommes tout au long de leur vie et d'appliquer les résultats de cette recherche pour cerner et relever les défis urgents en matière de santé.

Il existe des écarts importants entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons en matière d'accès aux soins de santé et de résultats pour la santé. Pour les combler, il est nécessaire de mieux comprendre la manière dont le genre influence les comportements liés à la santé et l'utilisation des soins de santé, et comment les facteurs biologiques liés au sexe biologique influencent, par exemple, les facteurs de risque pour les maladies et les réactions aux traitements.

Par exemple, les femmes canadiennes ont une espérance de vie plus longue que les hommes (82,7 ans par rapport à 78 ans), mais elles portent généralement un plus grand fardeau de maladies chroniques. Bien que les raisons en demeure relativement inconnue, il existe des preuves suggérant qu'une meilleure

compréhension de l'influence du genre et du sexe biologique pourrait éclairer les interventions et programmes visant à améliorer la santé et le bien-être de toutes les personnes.

L'ISFH se voue à produire des preuves qui contribueront à combler cet écart apparent en s'assurant que la recherche tienne compte des facteurs biologiques, cliniques, relatifs aux services de santé, psychologiques et sociaux qui influencent la santé des femmes et des hommes à toutes les étapes de leur vie. Cela représente un devoir éthique, parce que tenir compte du genre et du sexe biologique dans la recherche en santé a le potentiel de rendre cette recherche plus juste, plus rigoureuse et plus utile. Cela représente un devoir éthique, parce que tenir compte du genre et du sexe biologique dans la recherche en santé a le potentiel de rendre cette recherche plus juste, plus rigoureuse et plus utile.

L'Institut s'engage à encourager la collaboration et l'échange de connaissances dans l'ensemble des disciplines et thèmes de recherche, à former de nouveaux chercheurs et à s'assurer que les preuves produites par la recherche servent à améliorer la santé de la population canadienne. L'ISFH collabore étroitement avec les 12 autres instituts des IRSC—et un éventail d'organisations des secteurs public et privé—pour veiller à ce qu'ils intègrent le genre et le sexe biologique dans leur mandat.



Genre et sexe biologique : définitions et contexte

Chaque personne est genrée et chaque personne est sexuée. Bien qu'on utilise souvent ces termes de façon interchangeable, ils ont des sens tout à fait différents.

Le **genre** désigne l'ensemble des rôles et relations, traits de personnalité, attitudes, comportements, valeurs ainsi que le pouvoir relatif et l'influence que la société attribue aux femmes et aux hommes. On décrit souvent le genre en termes binaires (p. ex., féminin ou masculin), mais le genre est un continuum composé de plusieurs points.

Le **sexe biologique** désigne les caractéristiques biologiques telles que l'anatomie (p. ex., taille et forme du corps) et la physiologie (p. ex., activité hormonale ou fonctionnement des organes) qui distinguent les personnes identifiées comme étant des « femmes » des personnes identifiées comme étant des « hommes ». Un grand nombre d'attributs du sexe biologique existent le long d'un continuum.

Bien qu'il soit important de faire une distinction claire entre le genre et le sexe biologique et d'utiliser ces concepts de manière appropriée dans la recherche, il est tout aussi crucial de comprendre les relations dynamiques qui existent entre eux ou, comme le déclare un chercheur, « d'accepter que le corps est composé à la fois de gènes, d'hormones, de cellules et d'organes—qui influencent tous la santé et le comportement—ainsi que de culture et d'histoire¹. »

Le genre est un important déterminant de la santé; toutefois, la manière dont il chevauche d'autres déterminants—notamment, le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, les environnements culturels, sociaux et physiques, les habitudes de santé et capacités d'adaptation personnelles, la biologie et le patrimoine génétique—donne naissance à un éventail d'expériences et d'états de santé au sein des populations.

Ces chevauchements soulèvent d'importantes préoccupations contextuelles qui ont trait au genre, au sexe biologique et à la santé. Par exemple, la population canadienne vieillit : dans les 85 ans entre 1921 et 2006, le pourcentage de personnes âgées a augmenté pour passer de 5 à 13 pour cent de la population totale, chiffre qui devrait dépasser 21 pour cent d'ici 2026. La population canadienne née à l'étranger a également connu une croissance marquée, soit 13,6 pour cent (le quadruple du taux de croissance de la population née au Canada) entre 2001 et 2006.

Une autre préoccupation majeure au sein d'une nation comme le Canada, qui se distingue par la grande diversité de ses collectivités et lieux géographiques, est l'effet de l'emplacement sur les questions liées au genre, au sexe biologique et à la santé. Les entrevues et consultations menées à l'échelle du pays dans le cadre du processus de planification stratégique de l'ISFH ont fait ressortir les préoccupations uniques de nos collectivités nordiques. Et, bien qu'il soit nécessaire d'examiner plus attentivement les questions en jeu dans notre propre système de santé, nous devons aussi dépasser nos frontières pour examiner les questions liées à la santé mondiale et nos engagements au sein de la communauté internationale.

1 Fausto-Sterling, A. (2005). The bare bones of sex: Part 1 – Sex and gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(2), 1491-1527.

Orientations stratégiques de recherche

Les membres du CCI ont approuvé unanimement les six orientations stratégiques de l'ISFH, qui décrivent chacune un grand secteur de responsabilité et d'engagement pour l'Institut. Ces orientations englobent et faciliteront les travaux interthématiques au chapitre de la recherche, des liens et des partenariats interdisciplinaires à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale.

Deux des orientations stratégiques sont des stratégies globales de renforcement des capacités :

- ✦ amélioration des méthodes et mesures;
- ✦ création de partenariats en matière de genre et de santé.

Les quatre autres sont des secteurs prioritaires :

- ✦ violence et santé : effets et implications;
- ✦ santé sexuelle et génésique : amélioration de la prise de décisions;

- ✦ interventions cliniques : amélioration de l'efficacité;
- ✦ travail et santé : mise en pratique de la recherche.

Pour contribuer à axer ses discussions sur les stratégies qui correspondent étroitement à la mission et à la capacité de l'ISFH, le CCI a convenu à l'avance que chaque orientation stratégique devait répondre aux critères suivants :

- ① aborder les grandes questions liées au genre et à la santé qui sont soulevées par les intervenants;
- ② refléter, appuyer et exploiter les forces de la recherche canadienne sur le genre, le sexe biologique et la santé;
- ③ offrir d'excellentes chances d'exercer une influence marquante sur la santé de la population canadienne par l'entremise de la recherche;
- ④ contribuer à combler les écarts entre l'état de la recherche actuelle sur le genre, le sexe biologique et la santé, et la mission de l'ISFH;
- ⑤ offrir d'excellentes possibilités de partenariats qui exploitent le capital intellectuel et les ressources des IRSC et de l'ISFH.



Stratégies de renforcement des capacités

a. Amélioration des méthodes et mesures

De nombreuses études sur le genre, le sexe biologique et la santé ont tendance à comparer les femmes et les hommes au chapitre de divers indicateurs de la santé. Bien qu'il s'agisse d'un point de départ important pour étudier les similitudes et les différences entre les sexes, cela ne met pas en lumière les mécanismes fondamentaux sous-jacents ni les similitudes et les différences entre certains groupes de femmes ou d'hommes. Il est nécessaire d'utiliser des modèles plus élaborés pour découvrir la nature de ces relations.

Pour faire progresser la recherche sur le genre, le sexe biologique et la santé, il est nécessaire de perfectionner les approches actuelles et de mettre au point de nouvelles méthodes et mesures afin d'examiner les effets des influences du genre et des différences entre les sexes sur les résultats pour la santé. Les méthodes et mesures sont les approches, procédures et règles employées par les chercheurs pour recueillir de manière fiable et valide les données qui servent à aborder les questions liées à la recherche.

Les chercheurs en santé commencent à reconnaître la pertinence des considérations liées au genre et au sexe biologique et s'efforcent de les intégrer dans leur recherche; la mise en pratique de ces concepts complexes et qui présentent de nombreux aspects s'avère toutefois difficile.

Compte tenu des obstacles rencontrés par les chercheurs qui conçoivent des études reflétant le genre et le sexe biologique, l'ISFH a dirigé l'élaboration d'un ensemble de lignes directrices pour les analyses axées sur le genre et le sexe biologique. Bien que ces lignes directrices fournissent des suggestions utiles aux chercheurs, elles ne règlent pas les difficultés et

contradictions propres à la recherche conçue pour refléter le genre et le sexe biologique.

En tant que telle, l'amélioration des méthodes et mesures pour la recherche sur le genre, le sexe biologique et la santé—par exemple, en fournissant un appui à la formation—constitue une des stratégies principales de renforcement des capacités pour l'Institut.

b. Création de partenariats en matière de genre et de santé

Étant donné que chaque cellule humaine est sexuée et chaque personne est générée, les travaux de l'ISFH touchent tous les secteurs de la santé. Malgré tout, la recherche en santé tient rarement compte des considérations liées au genre et au sexe biologique, même au sein des autres instituts des IRSC.

L'ISFH est dans une position unique pour sensibiliser et influencer les autres instituts et organisations sur la nécessité d'inclure les considérations liées au genre et au sexe biologique dans la recherche en santé en fournissant les outils nécessaires pour mener des analyses axées sur le genre et le sexe biologique (p. ex., méthodes et mesures) et en appuyant directement la recherche par l'entremise du financement.

La création de partenariats dans les secteurs prioritaires dont les mandats sont identiques ou se chevauchent—notamment le vieillissement, la santé et les maladies mentales, l'accès au système de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies—est donc un moyen crucial pour l'ISFH de renforcer la capacité dans le milieu de la recherche en santé.

Secteur prioritaire 1

Violence et santé : effets et implications

La violence est une catégorie générale qui regroupe un vaste éventail d'actes allant des homicides et des suicides à la violence sexuelle, en passant par les blessures auto-infligées, l'intimidation et les bagarres —et une myriade de formes intermédiaires. Elle a une influence omniprésente dans notre société. La violence touche les femmes et les hommes de tous âges et comporte de nombreuses manifestations qui englobent les dimensions liées au genre et au sexe biologique.

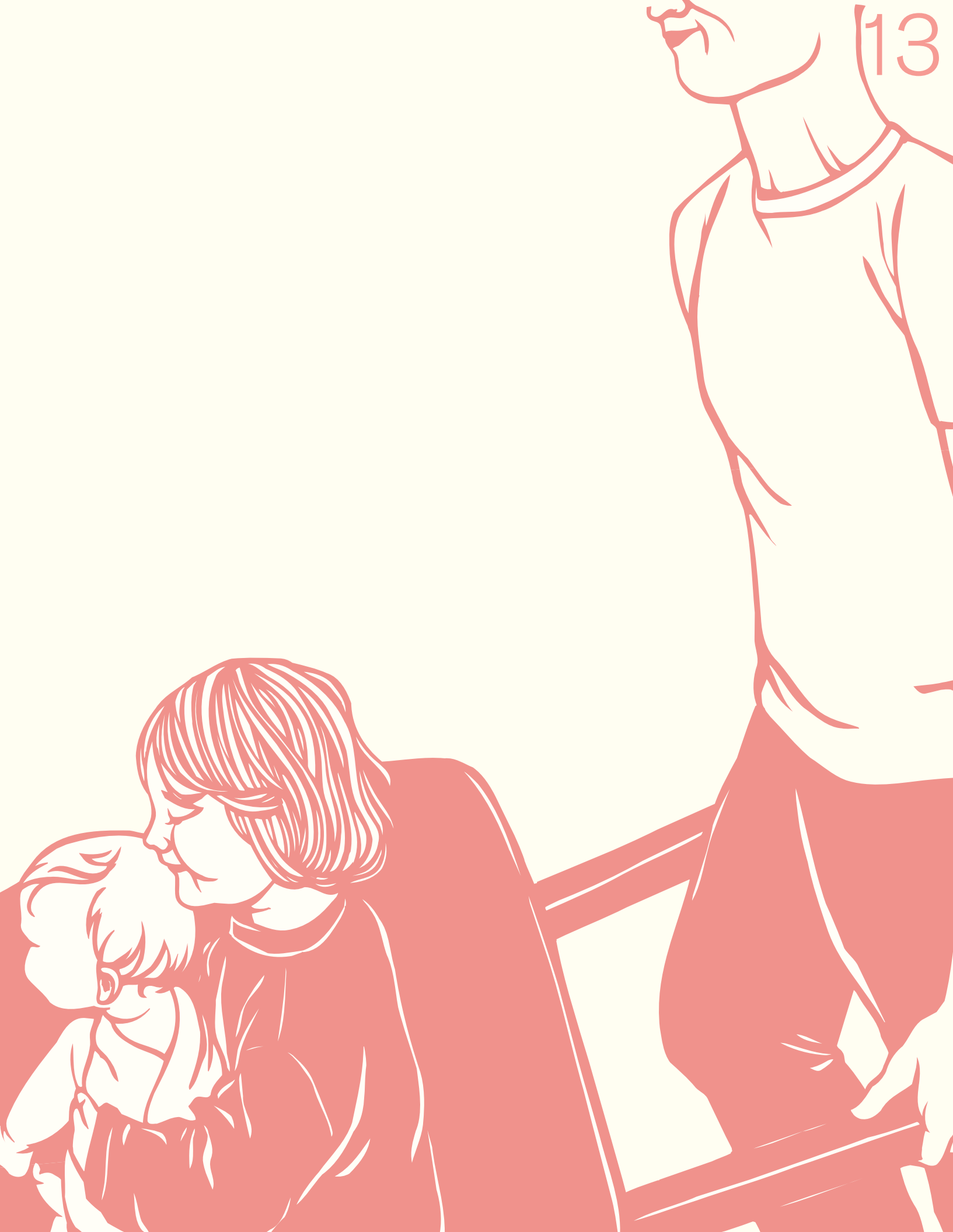
La violence est aussi l'une des plus grandes questions liées à la santé qu'affrontent les individus, les familles et les sociétés à l'heure actuelle. On estime que les blessures et la violence représentent 14,5 pour cent du fardeau de la maladie dans le monde développé et 15,2 pour cent dans le monde en développement. La violence devance les maladies infectieuses en tant que principale cause de décès prématuré à l'échelle mondiale.

Environ une femme sur cinq dans le monde a fait l'objet d'abus physique ou sexuel au cours de sa vie. Au Canada, sept pour cent des femmes signalent avoir subi de la violence conjugale. Chez les enfants et les jeunes, les adolescentes—particulièrement entre 11 à 14 ans—présentent le taux le plus élevé d'agression sexuelle au sein de la famille. Chez les garçons, ce taux est le plus élevé entre 3 et 9 ans.

Le taux de suicide des hommes canadiens est plus que le double de celui des femmes, les hommes étant également plus susceptibles de décéder à la suite de blessures que les femmes. Chez les garçons, les bagarres se classent au deuxième rang immédiatement après les accidents de la route en tant qu'activité la plus susceptible de causer des blessures nécessitant des traitements médicaux importants. D'autre part, les garçons signalent qu'ils manifestent beaucoup plus d'intimidation envers les autres que les filles. Les blessures causées par la violence entraînent des déficiences tant physiques qu'affectives, ce qui impose un fardeau sur le système de soins de santé et augmentent les dépenses de santé à long terme.

Pour régler ce problème grave, nous devons appliquer une perspective axée sur la santé. Nous devons examiner les causes et l'étendue de la violence et mettre au point des moyens de la prévenir. Nous devons également nous efforcer de limiter les effets dévastateurs, tant sur le plan physique que psychologique, sur ceux qui sont exposés à la violence.

Cette orientation stratégique a pour but d'encourager la recherche menant à des interventions efficaces fondées sur les preuves qui sont axées sur la compréhension, la prévention et la prise en main de la violence sous toutes ses formes.



Secteur prioritaire 2

Santé sexuelle et génésique : amélioration de la prise de décisions

Bien qu'elles représentent deux entités distinctes, la sexualité et la reproduction sont des aspects primordiaux de la santé qui sont souvent interreliés. Pratiquement toutes les questions liées à ces sujets sont fortement influencées par le genre et le sexe biologique, notamment les infections transmissibles sexuellement (ITS), l'utilisation de contraceptifs, la grossesse, la sexualité, la ménopause et l'andropause, la fertilité et le choix en matière de reproduction.

L'incidence des ITS est un indicateur clé de la santé sexuelle. Les cas signalés de chlamydia ont augmenté de 70 pour cent au Canada entre 1997 et 2004, ce qui semble indiquer qu'il faut prêter plus attention à la santé sexuelle des Canadiens. Les statistiques laissent entendre que les jeunes sont touchés de manière disproportionnée : tandis que les jeunes représentent 14 pour cent de la population canadienne, ils ont signalé plus des deux tiers des infections à chlamydia pendant cette période. Les données relatives à l'utilisation des condoms chez les adolescents donnent à penser que les jeunes femmes sont beaucoup moins susceptibles que les garçons de signaler qu'elles ont utilisé un condom pendant les rapports sexuels. Les jeunes hommes, d'autre part, sont plus susceptibles que les filles de signaler qu'ils ont eu des partenaires multiples au cours de la dernière année.

Les études montrent aussi que le nombre moyen d'enfants nés de mères canadiennes au Canada en 2006 était de 1,59—le taux le plus élevé depuis 1996, bien qu'inférieur au taux de renouvellement de 2,1. En moyenne, les femmes canadiennes donnent naissance à leur premier enfant à un âge plus avancé (29). Plus l'âge maternel et paternel augmentera, plus les questions liées à la fertilité et à la procréation assistée continueront de prendre de l'importance. Les facteurs environnementaux influencent également la fertilité et les résultats de la reproduction. Par exemple, une étude canadienne attribue le déclin du nombre de garçons nés dans une collectivité des Premières nations à l'exposition ambiante aux produits chimiques.

En adoptant la santé sexuelle et génésique en tant qu'orientation stratégique de recherche, l'ISFH vise à i) améliorer la compréhension des aspects liés au genre et au sexe biologique de la santé tant sexuelle que génésique et la manière dont ils peuvent être interreliés; ii) mettre au point des interventions appropriées qui peuvent soutenir la prise de décisions axées sur la santé.





Secteur prioritaire 3

Interventions cliniques : amélioration de l'efficacité

Le genre et le sexe biologique ne sont pas pris en compte adéquatement dans le cadre des interventions cliniques qui comportent l'utilisation de produits pharmaceutiques, d'appareils, de diagnostics et de programmes cliniques. En définissant les interventions cliniques en tant qu'orientation stratégique de recherche, l'ISFH s'engage à s'assurer qu'elles sont accessibles, appropriées et efficaces au chapitre du genre et du sexe biologique.

À l'heure actuelle, les interventions cliniques ne tiennent généralement pas compte du genre ou du sexe biologique. Les médicaments ne sont pas mis à l'essai pour déterminer si leurs effets sont différents chez les femmes et les hommes, bien que nous sachions que le genre et le sexe biologique influencent la prise régulière, l'absorption et les effets secondaires des médicaments.

Bien que les femmes signalent des taux plus élevés d'invalidité liée à la douleur relative aux genoux, elles sont moins susceptibles de subir une opération de remplacement d'une articulation—et celles qui le font ne reçoivent pas nécessairement un remplacement adapté à leur anatomie. La sensibilisation accrue du

milieu de la recherche en santé à ces importantes différences a entraîné des progrès tels que la mise au point de genoux synthétiques spécialement conçus pour le corps des femmes.

Lorsque les femmes et les hommes sollicitent des soins de santé, il se peut qu'ils reçoivent des traitements différents en raison des stéréotypes liés au genre, qui influencent la manière dont les patients et les fournisseurs de soins de santé perçoivent la santé et la maladie; par exemple, les hommes sont moins susceptibles de signaler les symptômes liés à la douleur. Les dynamiques entre les genres peuvent également influencer les interactions entre les patients et les fournisseurs.

Ce secteur prioritaire englobe plusieurs grandes questions, notamment la qualité et la sécurité, la satisfaction des patients, la gestion des soins et les cheminement cliniques. Pour les aborder, l'ISFH appuiera la recherche fondée sur les preuves dans ce secteur et l'inclusion des preuves par les cliniciens et les responsables des politiques.

Secteur prioritaire 4

Travail et santé : mise en pratique de la recherche

Les rôles et les milieux du travail tant rémunéré que non rémunéré sont considérablement influencés par les facteurs liés au genre et au sexe biologique.

Bien que la majorité des Canadiens âgés de plus de 15 ans effectuent un travail rémunéré, la participation à la main-d'œuvre est environ 10 pour cent plus faible pour les femmes (61,6 pour cent) que pour les hommes (72,3 pour cent). Parmi les 30 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Canada a le cinquième plus grand écart de rémunération entre les genres, et les femmes y gagnent près de 30 pour cent moins que les hommes pour le travail à temps plein.

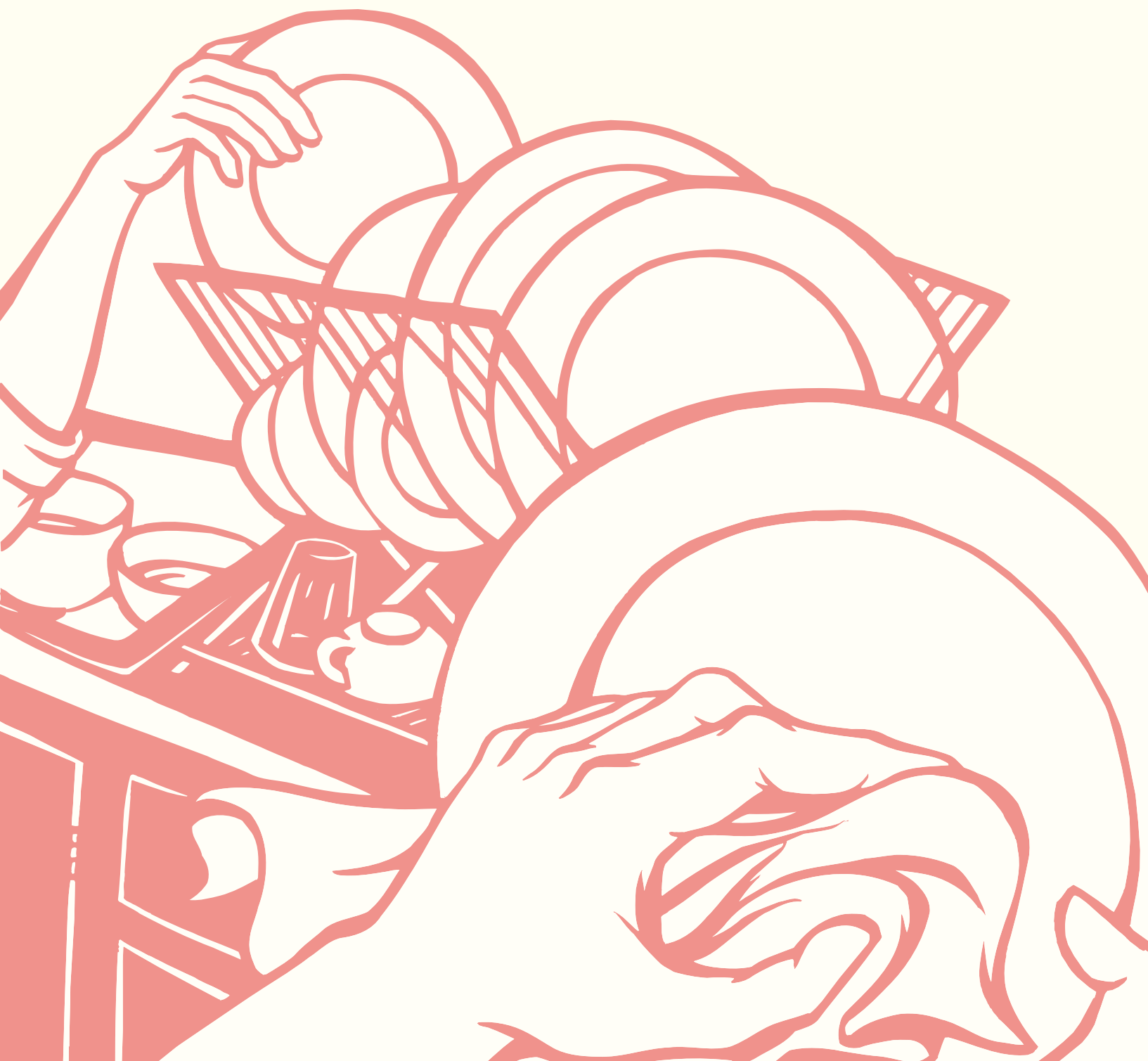
Plus de 90 pour cent des Canadiens effectuent aussi du travail non rémunéré (notamment les travaux ménagers, la prestation des soins et l'entretien), auquel participent un pourcentage légèrement plus élevé de femmes que d'hommes. Depuis les dix dernières années, les hommes consacrent plus d'heures au travail non rémunéré, mais ils tirent toujours de l'arrière par rapport aux femmes à ce chapitre.

Ces différences et d'autres encore entre les femmes et les hommes en matière de travail soulèvent d'importantes questions relatives au sexe biologique, au genre et à la santé. Par exemple, les blessures aiguës au travail ont causé, en moyenne, près de 500 décès au Canada chaque année entre 2002

et 2004, et entraîné le règlement de quelque 300 000 demandes d'indemnisation pour perte de temps de travail. Les hommes ont des taux de blessures au travail considérablement plus élevés que les femmes, en moyenne, principalement en raison du type de travail qu'ils effectuent. Certains chercheurs soutiennent que cela découle en partie des présomptions liées au genre qui influencent la mesure de la santé au travail.

Le travail non rémunéré (particulièrement la prestation des soins) est aussi associé au déclin de la santé physique et mentale—notamment un risque plus élevé de maladie cardiaque, des taux plus faibles de prise en main de sa propre santé et une hausse de la mortalité. Le fait que les travailleuses continuent de porter un fardeau inégal au chapitre du soin des enfants et des travaux ménagers non rémunérés a des implications tant au chapitre de la santé au travail que des effets d'un manque de repos et de loisirs.

Dans le cadre de cette orientation stratégique, l'Institut devra s'efforcer de régler ces questions en appuyant la recherche qui améliorera la compréhension des implications pour la santé des considérations liées au genre et au sexe biologique en ce qui a trait au travail.





La voie de l'avenir

Le plan stratégique de recherche de l'ISFH est un document qui évoluera au fil du temps. Il représente à la fois l'initiative et le moyen de transformer les paroles en action, de tirer parti des initiatives existantes et de transformer les connaissances issues de la recherche en politiques et pratiques.

De 2009 à 2012, les orientations stratégiques décrites dans le présent rapport serviront à guider les travaux de l'Institut, à élaborer des possibilités de financement, à évaluer et faire des rapports sur ses activités. De plus, elles encadreront l'engagement de l'ISFH envers les partenaires qui peuvent contribuer à réaliser des progrès dans ces secteurs prioritaires.

Avec l'aide de tous ses intervenants, l'ISFH compte améliorer la santé des femmes et des hommes et à faire en sorte que le genre et le sexe biologique deviennent des considérations clés dans la recherche en santé.

Annexe A

Équipe de gestion de l'ISFH



D^{re} Joy Johnson,
directrice scientifique



Shareen Khan,
gestionnaire des finances et agente
de projets



Zena Sharman,
directrice adjointe, Vancouver



Ntunga Masozera,
agente de projets



Abigail Forson,
directrice adjointe, Ottawa



Monica Penner,
adjointe administrative

Conseil consultatif de l'ISFH

(à compter du 1er Janvier, 2010)

D^r Blye Frank (Président)
Université de Dalhousie

Abby Hoffman
Santé Canada

D^{re} Joan L. Bottorff (Vice-président)
Université de la Colombie-Britannique Okanagan

D^{re} Olga Kovalchuk
Université de Lethbridge

D^{re} Elizabeth Banister
Université de Victoria

D^r Peter Leung
Université de la Colombie-Britannique

D^{re} Françoise Baylis
Université Dalhousie

D^r John Oliffe
Université de la Colombie-Britannique

D^r Guylain Boissonneault
Université de Sherbrooke

D^r Jens Pruessner
Université McGill

Sally Brown
Fondation des maladies du cœur du Canada

D^{re} Donna Stewart
Université de Toronto

D^r Gary Garber
Université d'Ottawa

D^r Yves Tremblay
Université Laval

Carol Hiscock
La Société d'arthrite

D^{re} Bilkis Vissandjée
Université de Montréal

Composition du conseil consultatif de l'Institut au moment de la création du présent plan :

Dr David Hart (Président), Université de Calgary ; Dre Elizabeth Banister, Université de Victoria ; Dr Guylain Boissonneault, Université de Sherbrooke ; Sally Brown, Fondation des maladies du coeur du Canada ; Dr Blye Frank (Vice-président), Université de Dalhousie ; Dr Gary Garber, Université d'Ottawa ; Dre Sharon Hemond Hrynkow, National Institutes of Health ; Carol Hiscock, La Société d'arthrite ; Abby Hoffman, Santé Canada ; Dre Joan L. Bottorff, Université de la Colombie-Britannique Okanagan ; Dr Peter Leung, Université de la Colombie-Britannique ; Dre Michelle Mullen, Université d'Ottawa ; Dr John Oliffe, Université de la Colombie-Britannique ; Dre Donna Stewart, Université de Toronto ; Dr Yves Tremblay, Université Laval ; Dre Bilkis Vissandjée, Université de Montréal ; et Dr Douglas Wilson, Université de l'Alberta.

Annexe B

Méthodologie de planification stratégique

Le processus de planification stratégique de l'ISFH avait pour but de définir et de décrire les orientations stratégiques de recherche de l'Institut pour la période allant de 2009 à 2012 et de cerner les possibilités de synergie. Ce processus, qui s'est déroulé d'avril à décembre 2008, était composé de quatre principales phases :

Phase I (d'avril à mai 2008) : Nous avons établi le mandat du processus.

Phase II (de mai à octobre 2008) : Nous avons mis sur pied une base de données exhaustive sur les documents d'information pour alimenter le processus de planification.

Phase III (de mai à novembre 2008) : Nous avons mené des consultations auprès de quelque 250 intervenants et partenaires dans chaque province et territoire à l'aide d'un éventail de techniques— notamment des consultations de groupe sur les lieux à Kelowna et Vancouver (C.-B.), Calgary (Alb.), Toronto (Ont.), Montréal (Qc) et Halifax (N.-É.), des consultations par vidéoconférence à Edmonton (Alb.), Saskatoon (Sask.), Fredericton (N.-B.), Charlottetown (Î.-P.-É.) et St. John's (T.-N.-L.), des consultations individuelles en personne à Whitehorse (YT), Yellowknife (T.-N.-O.) et Iqaluit (Nt), des consultations avec des participants canadiens et

internationaux à la Conférence canadienne sur la santé internationale, des entrevues téléphoniques avec des répondants avisés et des soumissions écrites de partout au pays.

Les participants comptaient des parties intéressées d'établissements d'enseignement, des gouvernements fédéral et provinciaux, des IRSC, d'organismes de santé et communautaires (locaux, nationaux et internationaux) ainsi que des chercheurs.

Phase IV (novembre 2008) : L'atelier sur la planification stratégique s'est déroulé à Montréal et tous les membres du CCI et le personnel de l'ISFH y ont assisté. Les participants ont pris connaissance des renseignements tirés des documents d'information et des consultations et en ont discuté, en plus d'approuver unanimement les six orientations de recherche stratégique.