



Soumission pour l'examen des soins de santé 2021

À propos du Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick

Le Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick est un organisme public indépendant d'étude et de consultation, traitant les domaines ou questions qui revêtent une importance, présentent un intérêt ou sont source de préoccupation pour les femmes et qui concernent leur égalité réelle. Ses objectifs sont les suivants :

- a) être un organisme indépendant qui fournit au ministre des conseils sur les questions qui revêtent une importance pour les femmes et qui concernent leur égalité réelle;
- b) attirer l'attention du gouvernement et du public sur les questions qui intéressent et préoccupent les femmes et qui concernent leur égalité réelle;
- c) inclure et mobiliser les femmes d'identités, d'expériences et de communautés diverses, les groupes de femmes et la société en général;
- d) agir de façon stratégique et fournir des conseils sur les questions d'actualité et d'avenir;
- e) représenter les femmes du Nouveau-Brunswick.

En visant l'atteinte de ces objectifs, le Conseil peut mener ou faire faire des recherches et publier les rapports, les études et les recommandations. Les travaux du Conseil sont dirigés par des membres bénévoles nommées, représentant des organisations ou siégeant à titre individuel. Le Conseil mène ses activités avec un petit effectif.

Bibliothèque sur la COVID-19

Le Conseil des femmes du Nouveau-Brunswick a lancé une bibliothèque numérique de contenu sur la pandémie de COVID-19 qui prend en compte les populations marginalisées, le secteur sans but lucratif ou adopte une optique de justice sociale. Veuillez consulter la bibliothèque à bibliothequecovidlibrary.ca

www.conseildesfemmesnb.ca

1.844.462.5179



/conseilfemmesnb



/ConseilfemmesNB

Nouveau plan en matière de soins de santé du Nouveau-Brunswick : l'efficacité passe par l'équité

Pour que le prochain plan en matière de soins de santé du Nouveau-Brunswick soit efficace, il doit être équitable pour les femmes. Il doit prendre en compte les besoins et les expériences propres aux femmes et y apporter des réponses, faute de quoi nous nous dirigeons, purement et simplement, vers un échec.

Nous présentons cette soumission pour aider le gouvernement à préparer un plan en matière de soins de santé équitable. La première section présente un certain nombre de concepts essentiels sur lesquels repose notre travail. La deuxième section explore l'expérience qu'ont les femmes des soins de santé au Nouveau-Brunswick, le soutien dont les travailleuses ont besoin et en quoi le travail de fourniture de soins (rémunéré et non rémunéré) est genré. La troisième section présente des outils, des processus et des approches que le gouvernement doit utiliser pour élaborer un plan de santé qui soit équitable et efficace. Enfin, nous incluons une annexe qui résume les recommandations fournies tout au long de cette soumission.

Section 1 : Concepts essentiels

Sexe et genre

On considère souvent que le sexe et le genre sont une seule et même chose. En anglais les termes « female » et « woman » sont souvent utilisés de manière interchangeable, tandis que le français utilise uniquement le terme « femme » pour parler aussi bien du sexe que du genre. Mais le sexe et le genre sont des choses différentes et la distinction est importante.

L'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) des Instituts de recherche en santé du Canada fournit [l'explication suivante](#) :

Le terme « sexe » renvoie à un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur. On décrit généralement le sexe en termes binaires, « femme » ou « homme » [« féminin » ou « masculin »], mais il existe des variations touchant les attributs biologiques définissant le sexe ainsi que l'expression de ces attributs.

Le terme « genre » renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société construit pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes de divers sexes et de genre. Le genre influe sur la perception qu'ont les gens d'eux mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir, ainsi que sur la répartition du pouvoir et des ressources dans la société.

Le sexe est généralement attribué à la naissance, le nouveau né étant considéré comme de sexe masculin, de sexe féminin ou intersexe¹, en fonction de caractéristiques physiques observables de l'extérieur. Toutefois, on utilise à ce moment là et la plupart du temps, le langage du genre, en disant, par exemple, « C'est une fille ! ».

¹ De nombreuses personnes intersexes se voient attribuer, à la naissance, un sexe féminin ou un sexe masculin, plutôt qu'un sexe intersexe.

S'il est vrai que la plupart des personnes auxquelles on a assigné un sexe féminin à la naissance sont des femmes (plus précisément des femmes « cisgenres ») et que la plupart des personnes auxquelles on a assigné un sexe masculin à la naissance sont des hommes (plus précisément des hommes « cisgenres »), ce n'est pas, pour autant, toujours le cas. Certaines personnes à qui l'on attribue un sexe féminin à la naissance sont des hommes (plus précisément des hommes « transgenres ») et certaines personnes à qui l'on attribue un sexe masculin sont des femmes (plus précisément des femmes « transgenres »). Les personnes de n'importe quel sexe peuvent être non binaires (par exemple agenres, bispirituelles ou de genre fluide, parmi de nombreuses autres identités de genre). Fondamentalement, il est impossible de supposer le genre d'une personne en fonction de son sexe et vice versa.

En matière de soins de santé, le sexe et le genre ont tous deux leur importance. L'ISFH [explique](#) : « Le sexe et le genre ont une incidence sur le risque de contracter certaines maladies, la réaction aux traitements médicaux et la fréquentation des établissements de soins de santé. » Il fournit également [l'explication](#) suivante :

Étant donné que chaque cellule est sexuée et que chaque personne est genrée, il va de soi que le genre et le sex 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 cela, la collecte de données sur la santé se concentre souvent seulement sur le sexe ou mélange le langage du sexe et du genre (par exemple les formulaires ou les enquêtes demandent à la personne d'indiquer son genre, en ne proposant ensuite comme réponses possibles que « masculin » ou « féminin »). Jusqu'à ce que la collecte de données inclue systématiquement à la fois le sexe et le genre, nous devons travailler à partir des données existantes, en tentant de tirer des conclusions raisonnables en vue de faire des recommandations en matière de santé des femmes. Nous devons également le faire sans contribuer à l'amalgame entre sexe et genre ou à l'effacement des minorités de genre, c'est à dire des personnes qui ne sont pas cisgenres.

Notre approche à l'heure actuelle, dont nous reconnaissons le fait qu'elle est imparfaite et qu'elle évoluera, est la suivante : comme la plupart des femmes sont également de sexe féminin, nous traitons les données désagrégées provenant de sources extérieures portant sur les personnes de sexe féminin, comme des données que nous pouvons interpréter comme s'appliquant également aux femmes. Notre propre collecte de données, basée sur le genre, sera utilisée pour mettre les résultats en contexte et apporter des nuances.

Le Conseil des femmes a récemment recommandé [un examen de l'utilisation des termes sexe et genre dans la législation](#), ainsi que l'élaboration d'un plan pour mettre à jour la législation à la lumière des conclusions tirées. Il s'agirait notamment de recenser les occurrences dans lesquelles les termes « sexe » et « genre » sont, à tort, utilisés de façon interchangeable, celles dans lesquelles le terme « sexe » est utilisé alors que le terme « genre » serait probablement approprié et celles dans lesquelles la législation passe sous silence les sexes et les genres non binaires ou y fait référence de façon non affirmative (c'est à dire en utilisant la catégorie « autre »). Un examen similaire de ses politiques, de ses formulaires, de ses pratiques de collecte de données, etc., s'avérerait certainement profitable pour le gouvernement.

Nous voulons également être claires sur le fait que certaines femmes et personnes non binaires ont besoin de soins de santé traditionnellement définis comme des « soins de santé pour hommes » (par exemple une femme transgenre peut avoir besoin de soins liés à la santé de la prostate) et que certains hommes et personnes non binaires ont besoin de soins de santé traditionnellement définis comme des « soins de santé pour les femmes » (par exemple une personne agendre peut avoir besoin de soins liés à la santé du col de l'utérus).

Des efforts de ce type pour se montrer le plus précis et le plus inclusif possible sont parfois décriés sous prétexte qu'ils effaceraient les femmes. Nous estimons plutôt qu'inclure explicitement les femmes transgenres et veiller à ne pas effacer les autres minorités de genre est notre obligation en vertu de la [Loi sur les droits de la personne du Nouveau-Brunswick](#). Une telle approche s'inscrit, en outre, en cohérence avec notre engagement organisationnel envers la lutte contre l'oppression et envers l'inclusion. Ces efforts sont essentiels parce que les femmes trans sont des femmes et parce que toutes les personnes appartenant à des minorités de genre sont confrontées à de la discrimination et à de l'oppression fondées sur le genre.

Intersectionnalité

La prise en considération des femmes dans l'élaboration de notre prochain plan en matière de soins de santé, ou dans celle d'une politique ou d'un programme quelconque, n'est pas seulement une question de sexe et de genre. Les expériences et les besoins des femmes sont également façonnés par la race, la langue, le handicap, l'orientation sexuelle, etc. L'IFSH [indique ce qui suit](#) :

S'il est primordial de bien distinguer ces deux notions [sexe et genre], il est également nécessaire de bien comprendre les rapports dynamiques qui lient le genre, le sexe et d'autres facteurs qui ont des répercussions sur notre santé et notre bien-être. Parmi ces facteurs, on peut mentionner l'âge, le revenu, la classe sociale et les soutiens, l'appartenance à un groupe autochtone, l'orientation sexuelle, les études, l'emploi, les capacités, l'origine ethnique, le milieu social et physique, l'emplacement géographique, la génétique et les pratiques de santé personnelles. Tous ces facteurs contribuent à la diversité des expériences et des résultats pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes de diverses identités de genre.

Il est essentiel de souligner que ces facteurs ne font pas que coexister, mais qu'ils se recoupent. Cela signifie qu'il existe une interaction dynamique entre eux. Par exemple, nous ne pouvons pas comprendre l'expérience en matière de soins de santé d'une femme Mi'gmaq au Nouveau-Brunswick en essayant de séparer ce qui relève de ses expériences en tant que femme de ce qui relève de ses expériences en temps qu'Autochtone : le fait d'être une femme a une incidence sur son expérience de Mi'gmaq et le fait d'être une Mi'gmaq a une incidence sur son expérience de femme. Il y a une spécificité à l'expérience d'être une femme Autochtone qui ne peut pas être prise en compte, sauf à adopter une perspective intersectionnelle qui n'essaie pas d'analyser son identité en la décomposant en catégories distinctes.

Ce concept, que l'on appelle « intersectionnalité », a vu le jour dans le cadre de l'analyse politique féministe noire. C'est [Kimberlé Crenshaw](#) qui a été la première à utiliser ce terme², les contours de ce concept ayant été également largement dessinés par les travaux du [Combahee River Collective sur les politiques identitaires](#) et [Audre Lorde](#)².

Malheureusement, la plupart des données quantitatives auxquelles nous avons eu accès pour cette soumission ne nous permettent pas de croiser le genre avec d'autres facteurs comme la race ou le handicap. Compte tenu de cette limite, nous avons présenté des données qui comparent les répondant·e·s femmes et hommes; toutefois, à chaque fois que c'était possible, nous avons également mentionné des données basées sur d'autres facteurs, qui ne sont toutefois pas désagrégées en fonction du sexe ou du genre (par exemple les répondant·e·s handicapé·e·s ou en situation de handicap par rapport aux répondant·e·s non handicapé·e·s ou n'étant pas en situation de handicap appartenant à toutes les catégories proposées de sexe et de genre). Ce n'est pas véritablement de l'intersectionnalité, mais c'est le mieux que nous puissions faire pour le moment.

Nous avons tenté de nuancer ces données quantitatives en ayant recours aux données qualitatives issues de notre propre initiative d'engagement public, intitulée Résonances. Grâce à Résonances, le Conseil des femmes a pu entendre plus de 1 400 personnes au Nouveau-Brunswick, en 2017 et 2018. Les données ont été recueillies dans le cadre de deux volets : un pour les femmes et un pour les personnes appartenant à des minorités de genre, relevant de n'importe quelle identité de genre (les femmes transgenres, qui sont à la fois des femmes et des personnes appartenant à une minorité de genre, pouvaient remplir l'une ou l'autre version de l'enquête). Toutes les questions étaient ouvertes et les participant·e·s étaient invitées à parler des particularités de leur vie. Les directives et les exemples fournis visaient à montrer clairement que nous nous efforcions d'utiliser une approche intersectionnelle. L'ensemble des constats issus de l'initiative Résonances est disponible au resonatenbresonances.ca. On y trouvera notamment des témoignages, des idées et des priorités, formulés dans leurs propres termes par les participant·e·s, ainsi que des renseignements détaillés sur la méthodologie de cette initiative.

Section 2 : Les femmes et les soins de santé au Nouveau-Brunswick

Expériences en matière de soins de santé

Dans le cadre de l'initiative Résonances, la santé a été mise en évidence comme une priorité, et ce, aussi bien dans le volet des femmes que dans celui des personnes appartenant à des minorités de genre, de n'importe quelle identité de genre.

Le volet de collecte des données axé sur les femmes a permis de mettre en évidence trois enjeux particuliers sous-jacents à celui de la santé :

- l'accès aux services de soins et de soutien en santé mentale;
- l'accès aux soins de santé génésique;
- la satisfaction à répondre aux besoins en matière de soins de santé fondamentaux.

² Ces liens externes sont disponibles en anglais seulement.

En ce qui concerne les personnes appartenant à des minorités de genre, deux enjeux sous-jacents principaux ont été mis en évidence : l'accès aux soins de santé et au soutien médical (incluant les soins de santé mentale) et la couverture pour les frais médicaux liés aux processus de transition.

Dans les deux volets de la collecte de données, les réponses liées aux soins de santé étaient également les plus courantes aux questions sur ce qui pourrait faciliter la vie des femmes du Nouveau-Brunswick et des minorités de genre, en tant que groupes respectifs, ainsi que sur ce qui pourrait faciliter la vie des participant·e·s.

Témoignages de femmes recueillis dans le cadre de Résonances³

« Comme jeune femme, ma médecin me faisait subir un test Pap chaque année quand j'étais à l'extérieur de la province à l'université. Quand je suis revenue au Nouveau-Brunswick et que j'ai demandé à mon médecin de famille de recevoir mon test Pap habituel, il m'a dit de trouver une clinique ou d'aller ailleurs. C'était il y a deux ans; je n'ai pas encore eu de suivi. Je n'ai reçu aucun soutien ni aucun conseil. »*

« Les soins de santé sont le principal domaine à améliorer. Les périodes d'attente pour les ultrasons, par exemple, sont inacceptables. Le nombre de femmes sans médecin est inacceptable. »*

« Beaucoup de gens n'ont pas accès à un médecin de famille et dépendent du service d'urgence ou des cliniques sans rendez-vous. Ce n'est pas une bonne façon de fournir des soins de santé, car l'accès à des choses simples, comme les méthodes contraceptives ou les médicaments pour les maladies chroniques, est plus compliqué qu'il devrait l'être, et je suis certaine que cela coûte plus cher au système à long terme. »

« Le système de santé ne prend pas en considération les douleurs menstruelles que je vis. Les médecins que j'ai rencontrés minimisent ces douleurs et affirment qu'elles sont normales. Les gynécologues que j'ai vus étaient pires, ils n'ont pas demandé mon consentement avant de me toucher, ne m'ont pas informée de ce qu'ils faisaient et m'ont causé une douleur immense et un traumatisme. »

³ Les citations proviennent de témoignages de femmes évoquant la façon dont elles, ou des femmes qu'elles connaissent, ont vécu les principaux enjeux. Elles figurent exactement telles qu'elles ont été soumises, à moins qu'elles n'aient été traduites (une traduction est signalée par un *) ou raccourcies.

Les problèmes, pour les femmes, d'accès aux soins de santé et leur qualité, ayant été mis en évidence grâce à Résonances, sont devenus encore plus manifestes dans la foulée d'un certain nombre d'épisodes récents, notamment :

- la [couverture par les médias](#) de la situation de femmes ne recevant pas les soins gynécologiques dont elles auraient besoin;
- la [fermeture de la Clinique 554](#) à Fredericton, qui était non seulement le seul fournisseur non-hospitalier de soins d'avortement chirurgical dans la province, mais aussi un fournisseur de soins spécialisés LGBTQIA2S+ et une pratique familiale;
- le [déroutement des ambulances](#) à destination du Centre hospitalier universitaire du Dr Georges L. Dumont (Réseau de santé Vitalité) vers l'Hôpital de Moncton (Réseau de santé Horizon), et la [fermeture temporaire](#) au Service d'urgence de l'Hôpital mémorial de Sackville (Réseau de santé Horizon), en raison d'une pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

Ces problèmes sont également corroborés par les données des sondages menés par le [Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick](#) (CSNB). Dans un [sondage de 2017 sur la santé primaire](#), le CSNB a constaté que les femmes étaient, proportionnellement, plus nombreuses que les hommes :

- à avoir eu de la difficulté à recevoir les soins de santé dont elles avaient besoin parce qu'elles étaient incapables de sortir de la maison en raison d'un problème de santé (11,4 % contre 7,8 %);
- à avoir eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, mais que ces services n'étaient pas disponibles dans leur région au moment où elles en avaient besoin (15 % contre 11,4 %);
- à déclarer que les traitements ou les procédures coûtaient trop cher pour leur permettre d'avoir les soins de santé dont elles avaient besoin au cours des 12 derniers mois (17 % contre 14,2 %);
- à déclarer que les médicaments coûtaient trop cher pour leur permettre d'avoir les soins de santé dont elles avaient besoin au cours des 12 derniers mois (39 % contre 31,4 %).

Pour chacun des scénarios ci dessus, les répondant·e·s Autochtones et les répondant·e·s handicapé·e·s ou en situation de handicap étaient plus susceptibles d'avoir rencontré les problèmes décrits que les répondant·e·s non Autochtones et non handicapé·e·s, respectivement. En ce qui concerne, les trois dernières questions, les personnes qui préféraient le français comme langue de service étaient plus susceptibles d'avoir vécu les problèmes décrits que les personnes qui préféraient l'anglais.

Un [sondage de 2018 du CSNB sur les soins à domicile](#) incluait des données sur les soins fournis par le [Programme extra mural](#) (c'est à dire les soins fournis à domicile par des professionnel·le·s de la santé et des professionnel·le·s paramédicaux, financés par le ministère de la Santé). Il a montré que les femmes étaient moins susceptibles que les hommes de signaler des expériences positives et plus susceptibles de signaler des expériences négatives ou des possibilités d'amélioration.⁴ Sur 33 des 37 questions sur les expériences positives, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont répondu « oui » ou ont attribué

⁴ On dit que l'expérience d'un·e répondant·e est positive lorsque la réponse « oui » ou l'attribution d'une note élevée est souhaitable, la question décrivant des soins accessibles ou de qualité; on dit, en revanche, que l'expérience d'un·e répondant·e est négative lorsque la réponse « oui » ou l'attribution d'une note élevée n'est pas souhaitable, la question décrivant un problème en matière d'accès ou de qualité des soins ou des possibilités d'amélioration.

une note élevée; sur 7 des 12 questions sur les expériences négatives, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont répondu « oui » ou ont attribué une note élevée. Les répondant·e·s Autochtones ont également été moins nombreux et nombreuses que les répondant·e·s non Autochtones à signaler des expériences positives et plus nombreux et nombreuses à signaler des expériences négatives.

Un [sondage de 2019 du CSNB sur les soins aigus](#) a mis en évidence des tendances similaires. Sur 47 des 53 questions sur les expériences positives, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont répondu « oui » ou ont attribué une note élevée; sur 2 des 3 questions sur les expériences négatives, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont répondu « oui » ou ont attribué un score élevé. Des tendances similaires ont été mises en évidence pour les répondant·e·s Autochtones, racialisé·e·s et immigrant·e·s, par rapport, respectivement, aux répondant·e·s non Autochtones, blancs et blanches et non immigrant·e·s.

En fait, cela signifie que dans le cadre du Programme extra mural et des soins de santé aigus, les hommes ont rapporté des expériences positives ou n'ayant pas besoin d'être améliorées, en plus grand nombre que les femmes, dans, respectivement 82 % et 88 % des cas.

Le sondage de 2018 sur les soins à domicile a également recueilli des données sur les services de soutien à domicile, qui ne sont pas fournis par des professionnel·le·s de la santé ou paramédicaux (par exemple l'assistance aux soins personnels, l'entretien ménager, l'épicerie, etc.) et sont financés par le ministère du Développement social. Ce type de soins, contribuant au maintien à domicile des personnes et à l'augmentation de leur mieux être, a une incidence sur le système de santé. Sur 11 des 23 questions sur les expériences positives, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont répondu « oui » ou ont attribué une note élevée; sur 8 des 10 questions sur les expériences négatives, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont répondu « oui » ou ont attribué une note élevée. En d'autres termes, les hommes ont rapporté des expériences positives ou n'ayant pas besoin d'être améliorées en plus grand nombre que les femmes dans 58 % des cas.

Il existe clairement des inégalités en matière d'accès aux soins et de qualité des soins pour les femmes au Nouveau-Brunswick. Pour résoudre ce problème, il faut repenser et réorienter les services de soins de santé; des recommandations à ce sujet sont incluses dans la deuxième section de cette soumission. Il y a, cependant, un certain nombre de recommandations sur des questions précises en matière de soins de santé que le Conseil des femmes a faites dans le passé, qui sont toujours pertinentes, et que nous souhaiterions réitérer :

- **Soins prodigués par des sages femmes**

Au Nouveau-Brunswick, les soins prodigués par des sages femmes ne sont disponibles que dans la région de Fredericton. Ces soins font économiser de l'argent et réduisent la pression exercée sur les hôpitaux et sur les spécialistes, en déplaçant les cas de grossesses à faible risque dans un milieu de soins de santé communautaire. D'après les renseignements communiqués par l'organisme [Familles pour les sages femmes au Nouveau-Brunswick](#), le Conseil des femmes est préoccupé par le fait que le [site de démonstration](#) de Fredericton manque de ressources. Depuis les débuts de la pratique de sages

femmes, la liste d'attente compte plus d'une centaine de familles. Le site continue à faire face à des problèmes en raison d'un manque de personnel; ceci est, en partie, dû au fait que les salaires offerts ne sont pas compétitifs avec ceux d'autres territoires de compétence. Le site doit disposer de ressources adéquates, afin de pouvoir, non seulement servir la communauté locale, mais également générer les données requises pour son évaluation et pour la planification de l'élargissement des soins prodigués par des sages femmes à un plus grand nombre de régions de la province.

- **Champ d'exercice des pharmaciens**

Le Conseil des femmes recommande que le gouvernement examine la possibilité d'élargir la portée de la pratique réglementée des pharmaciens, afin de leur [permettre de prescrire des contraceptifs hormonaux](#). Dans ce cadre, les pharmaciens devraient pouvoir, afin d'assurer un accès équitable aux soins de santé, facturer l'Assurance maladie, plutôt que de faire payer les patients directement ou d'absorber eux-mêmes le coût de ce service.

- **Accès à l'avortement**

Le gouvernement doit élargir l'accès aux services d'avortement à l'échelon régional. Nous suggérons également au gouvernement d'examiner le Règlement 84-20, annexe 2 (a.1), pour permettre que les avortements chirurgicaux effectués en dehors des hôpitaux puissent être facturés à l'Assurance maladie (ceci exigerait aussi de permettre aux fournisseurs d'avortements chirurgicaux en milieu communautaire de facturer l'Assurance maladie pour les échographies).

- **Santé mentale**

Une disponibilité plus importante des services de santé mentale allégera la pression exercée sur les cliniques de médecine familiale, sur les centres de santé communautaire, sur les cliniques sans rendez-vous et sur les hôpitaux. Étant donné [la dette et les déficits sociaux](#) actuels des services de santé mentale, les services d'intervention précoce, d'entretien permanent et de crise doivent tous être disponibles.

Les travailleuses de la santé

Les femmes constituent, dans une large mesure, la majorité des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé au Nouveau-Brunswick. En 2019, les femmes représentaient :

- 94 % de l'ensemble du personnel infirmier réglementé (infirmières et infirmiers immatriculés^{**}, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés^{**} et infirmières et infirmiers praticiens^{**}), qui constitue le groupe le plus important de la main-d'œuvre de la santé;
- 88 % du personnel en travail social dans le secteur des soins de santé^{**};
- 77 % des inhalothérapeutes^{**};
- 76 % des physiothérapeutes^{**};
- 71 % des psychologues^{**};
- 100 % des sages femmes;
- 92 % des ergothérapeutes^{**};
- 98 % des audiologistes^{**};
- 68 % des pharmaciens^{**};

- 75 % des technologues en radiation médicale**;
- 85 % des technologues de laboratoire médical**⁵

Compte tenu de cette situation, il est essentiel pour les soins de santé au Nouveau-Brunswick de soutenir les femmes sur le marché du travail.

Ces dernières années, nous avons constaté des évolutions législatives prometteuses qui soutiendront les travailleuses, comme [l'ajout de la violence et du harcèlement](#) en vertu des règlements de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, ainsi que la création [d'un congé payé](#) au titre de la *Loi sur les normes d'emploi*, pour les personnes ayant subi des violences entre partenaires intimes, familiales et sexuelles. Même si ces changements ne seront pas suffisants pour éliminer la violence au travail ou pour fournir aux survivant·e·s de la violence tout le soutien matériel nécessaire, il s'agit néanmoins d'un début positif.

De quelle manière est-il, par ailleurs, possible de soutenir les travailleuses? En disant explicitement que le travail de soins est de nature genrée, en tenant compte de cette réalité et en traitant ce travail comme l'infrastructure cruciale qu'il est.

Dans ce cadre, nous parlons spécifiquement du travail de soins qui n'est pas fourni par des professionnel·le·s des soins de santé et paramédicaux, comme l'apprentissage et la garde des jeunes enfants (AGJE), qui est à la fois un travail de soins et d'éducation, et comme les services de soutien à domicile en dehors du Programme extra mural. Les secteurs des services de soutien à domicile et de l'AGJE [emploient, de manière disproportionnée, des femmes](#). Nous incluons également, dans cette catégorie, le [travail des soins non payé](#) que les [femmes réalisent, à nouveau de manière disproportionnée](#), à domicile ou au sein des collectivités, notamment pour des ami·e·s et pour des membres de la famille, ainsi que le [travail cognitif](#)⁶ d'entretien et de gestion du foyer.

La voie à suivre en matière de soins de santé ne peut s'appuyer sur davantage de travail de soins non rémunéré, qui incombera de manière disproportionnée aux femmes. Ce serait inéquitable et contraire aux objectifs du plan en matière de soins de santé, car les femmes – notamment les travailleuses de la santé, mais pas seulement – seraient de plus en plus souvent en situation d'épuisement se retireraient de la main d'œuvre ou les deux. De telles conséquences auraient, à leur tour, des répercussions sur la sécurité économique et sur les trajectoires professionnelles de ces femmes et, en fin de compte, [sur leurs gains à vie et sur leurs résultats en matière de santé](#).

La Stratégie canadienne pour la santé des femmes [explique](#) que la réforme de la santé peut avoir des répercussions sur les femmes, par le biais d'une augmentation de la demande de travail de soins non rémunéré :

La réforme et la modernisation du système de santé seront positives dans la mesure où un nombre moins grand de femmes aura à subir des interventions ou à prendre des médicaments inutiles ou inefficaces, où elles auront

⁵ Institut canadien d'information sur la santé, Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2015 à 2019 — tableaux de données, Ottawa, ICIS, 2020.

**Les personnes occupant ces rôles professionnels au sein des régies régionales de la santé travaillent actuellement en vertu de conventions collectives expirées (on notera que toutes les personnes occupant ces rôles ne travaillent pas pour les régies régionales de la santé).

⁶Ce lien externe est disponible en anglais seulement.

accès à une meilleure médecine préventive, aux sages femmes et à des soins de qualité dans leur propre maison. Mais si les femmes comprennent que leur accès aux services importants est limité, ou que l'effet net de l'insistance accrue sur les soins à domicile est que les femmes assument l'essentiel du fardeau des soins à long terme dispensés dans les familles- qu'il s'agisse de réadaptation ou de soins pour maladies chroniques- alors l'impact de la réforme de la santé paraîtra moins reluisant.

Les constats de l'initiative Résonances étayent encore davantage ce point. En effet, l'accès aux soins et la fourniture de soins ont été mis en évidence comme une priorité dans le cadre du volet des femmes, dont la garde d'enfants et les soins dispensés à la famille et aux amis constituant deux enjeux sous jacents à cette priorité. Les femmes fournissant un travail de soins non rémunéré, ou observant les femmes autour d'elles le faire, s'inquiétaient de l'épuisement de l'obligation de se retirer du marché du travail et des conséquences sur leur santé.

Témoignages de femmes recueillis dans le cadre de Résonances

« On s'attend à ce que je prodigue soins et soutien, ce qui ne pose pas de problème, mais c'est très épuisant parce que je travaille aussi à temps plein, je m'occupe de la maison et j'aide un parent malade. »*

« Ma mère manifeste des signes de démence et mes inquiétudes ont augmenté. Bientôt, elle ne sera plus capable d'être seule, et je ne peux pas quitter mon emploi pour m'en occuper, tout est donc incertain. »*

« Mon mari handicapé n'est pas admissible à beaucoup d'aide sur la réserve, car les programmes provinciaux ne s'appliquent pas. Comme épouse, je dois donc me charger de la plus grande partie du travail non rémunéré lié aux soins. Nous vivons sous le seuil de la pauvreté. Je ne peux pas quitter la réserve, car nous perdrons notre logement. »*

« Les autorités semblent ignorer les responsabilités énormes des femmes adultes qui doivent s'occuper de leurs parents qui vieillissent. Cela demande du temps, souvent des déplacements réguliers... Je me sens vraiment prise en sandwich entre mes enfants et les besoins grandissants de mes parents... C'est illogique de ne pas avoir d'équipe multidisciplinaire en gériatrie dans les régions rurales où la proportion de personnes âgées est élevée. Ajoutons à cela qu'en moyenne les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Elles ont besoin de ces services, sinon, elles sont à la merci d'un système de santé qui ne les comprend pas. »*

« J'ai vu ma grand mère, ma mère et mes amies lutter contre l'épuisement et les frustrations parce qu'elles sont les principales fournisseuses de soins d'un membre de la famille malade ou handicapé - en fait, ma mère est en train de vivre cette expérience. »*

En plus d'éviter d'alourdir le fardeau du travail de soins non rémunéré pour les femmes, le nouveau plan en matière de soins de santé devra également intégrer des façons de mieux soutenir celles et ceux qui fournissent un travail de soins rémunéré. Les salaires des éducatrices et des éducateurs de la petite enfance et des préposé·e·s aux soins à domicile doivent être augmentés, afin que ces personnes soient rémunérées à leur juste valeur pour leur travail, ce qui garantira la disponibilité dans la province de services de garderie et de soins à domicile. La disponibilité et l'accessibilité de ces services ont une incidence directe sur la capacité des femmes de participer au marché du travail.

Dans le cadre de l'initiative Résonances, de nombreuses femmes ont fait remarquer que le travail de soins rémunéré était généralement fourni par des femmes recevant un faible salaire. Elles ont indiqué être inquiètes de la faible rémunération perçue par les personnes s'occupant des membres de leur famille. Les femmes assurant elles mêmes le travail de soins ont noté que des salaires trop faibles les mettaient dans une situation de précarité économique, voire rendaient intenable leur présence sur le marché du travail.

Témoignages de femmes recueillis dans le cadre de Résonances

« J'ai l'impression que le gouvernement (tous les gouvernements, pas seulement celui qui est en place) ne prend pas pleinement conscience du fait que la plupart des services communautaires sont offerts par des femmes sous payées... Plus le gouvernement se fie aux services sans but lucratif pour se décharger de ses responsabilités, plus les femmes en subissent les effets, y compris les problèmes de santé physique et mentale, les problèmes de pauvreté et de garde d'enfants et plus. »*

« Le gouvernement ne reconnaît pas la valeur des soins fournis. Le salaire du personnel des garderies, des refuges pour femmes, des services de soutien à domicile et de soins personnels, etc., n'est pas adapté au travail qui est accompli. »*

En cela, la question du travail de soins se recoupait avec une autre priorité mise en évidence dans le cadre du volet des femmes, à savoir la sécurité économique et l'emploi, incluant l'équité salariale en tant qu'enjeu sous jacent particulier.

L'équité salariale est un principe qui veille à ce que les personnes reçoivent la même rémunération, alors qu'elles réalisent un travail qui, sans être de même nature, est de « valeur comparable ». La « valeur comparable » est établie en utilisant une méthodologie rigoureuse qui tient compte des compétences, des responsabilités, des efforts et des conditions de travail. L'équité salariale tente de remédier à la discrimination fondée sur le genre envers les emplois qui sont occupés majoritairement par des femmes; des emplois sous payés par rapport aux emplois de « valeur comparable » occupés majoritairement par des hommes. Par exemple, deux personnes qui sont diplômées du collège, l'une avec un diplôme d'une école de métiers et l'autre avec un diplôme en service de garde, ont, toutes deux, subi un niveau d'endettement similaire et assurent, l'une et l'autre, des services essentiels à la société. Cependant, leur revenu sera considérablement différent.

Actuellement, le Nouveau-Brunswick est doté d'une loi sur l'équité salariale pour le secteur public et [maintient des paiements d'ajustement au titre de l'équité salariale](#) pour les travailleuses et travailleurs du secteur des soins à domicile employées par des organismes sous contrat avec le ministère du Développement social, ainsi que pour celles et ceux du secteur de l'AGJE. Cependant, la [Coalition pour l'équité salariale au Nouveau-Brunswick](#) a, depuis longtemps, exprimé ses craintes quant aux faiblesses de la méthodologie utilisée pour déterminer ces ajustements, aboutissant à des salaires trop bas. Elle estime, par exemple, que le salaire horaire de base pour les préposé·e·s aux services de soutien à la personne fournissant des soins à domicile, actuellement de 15,30 \$ (incluant l'ajustement au titre de l'équité salariale), devrait être de 21,97 \$, en vertu de l'équité salariale. L'introduction d'un dispositif législatif sur l'équité salariale dans le secteur privé offrirait l'occasion de corriger la méthodologie utilisée et garantirait également l'équité salariale pour les préposé·e·s aux services de soutien à la personne fournissant des soins à domicile qui ne sont pas employé·e·s par des organismes ayant un contrat avec le ministère du Développement social.

L'investissement dans le travail de soins a des avantages pour les soins de santé allant au delà du soutien à la participation des femmes au marché du travail et de la réduction du risque d'épuisement pour les femmes. Le travail de soins à domicile, fourni en dehors du système de santé, joue un rôle énorme dans la santé et le mieux être de la population du Nouveau-Brunswick, tout en réduisant la pression sur le système de santé, comme nous l'avons mentionné précédemment dans cette soumission. L'équité salariale pour les travailleuses et travailleurs de soins améliorera leur sécurité économique, tout au long de leur vie, contribuant à ce qu'elles et ils ne vieillissent pas dans la pauvreté et améliorant leurs résultats en matière de santé. Elle permettrait également de s'attaquer à la sous évaluation systémique du travail des femmes (et du travail perçu comme étant typiquement féminin), ce qui contribuerait à des efforts plus larges pour mettre fin à la discrimination fondée sur le genre. L'AGJE place les enfants vulnérables et marginalisé·e·s sur un pied d'égalité avec les autres, ce qui se répercute sur leurs [résultats à long terme](#), en matière de santé entre autres.

Section 3 : Outils, processus et méthodes

Pour élaborer un plan équitable et efficace, le gouvernement doit :

- effectuer l'analyse comparative selon le genre;
- s'attaquer aux problèmes d'iniquité et d'oppression systémiques;
- avoir recours à la cocréation.

Tous ces outils, tous ces processus et toutes ces approches sont complémentaires et se renforcent mutuellement.

L'analyse comparative selon le genre

L'analyse comparative selon le genre (ACG) est un outil qui est utilisé afin d'évaluer l'incidence de politiques publiques, de programmes et de projets sur certaines tranches de la population comparativement à d'autres. L'ACG va au delà du sexe et du genre, prenant en considération les facteurs de croisement qui forment les expériences individuelles, soit l'âge, le lieu, l'ethnicité, la culture, la capacité et la langue. Il s'agit d'un élément essentiel d'une politique publique efficace fondée sur des données probantes.

En 2016, le gouvernement a [annoncé](#) que l'ACG était requise dans le processus décisionnel et dans le processus d'élaboration de politiques; toutefois, cette exigence n'était pas universelle, car il s'est finalement avéré qu'elle ne s'appliquait pas au budget. Le Conseil des femmes a [continuellement recommandé](#) qu'aux fins de transparence et de responsabilisation, le gouvernement communique publiquement davantage d'information sur son utilisation de l'ACG, ainsi que sur les données produites par les processus d'ACG. Plus tôt cette année, le gouvernement a franchi un grand pas dans ce domaine, en publiant un [Énoncé relatif aux effets spécifiques selon le genre](#) dans le cadre du budget; nous recommandons que le gouvernement s'appuie sur ces progrès et qu'il fournisse un compte rendu public solide de la façon dont l'ACG a façonné le plan en matière de santé.

Pour soutenir l'ACG, le gouvernement devrait reprendre la production d'un profil statistique sur les femmes au Nouveau-Brunswick semblable au [Profil Égalité](#) qu'il a produit dans le passé.

Un exemple illustrant l'importance de l'ACG

En 2017, le Nouveau-Brunswick a été le premier territoire de compétence à [annoncer](#) que le Mifegymiso (la combinaison de deux médicaments utilisés dans les avortements médicaux) serait gratuit pour toute personne possédant une carte santé provinciale valide.

Une fois cette couverture gratuite en place, un organisme de services d'établissement a informé le Conseil des femmes que des réfugié·e·s dans la province avaient dû payer de leur poche pour obtenir du Mifegymiso.

Les réfugié·e·s utilisaient le [Programme fédéral de santé intérimaire](#) (PFSI). La couverture médicaments du PFSI est basée sur le [formulaire](#) du régime d'assurance médicaments de la province ou du territoire où habite la personne bénéficiaire. Les formulaires énumèrent les médicaments qu'un territoire de compétence couvrira pour les résident·e·s bénéficiant de l'aide sociale ou d'autres programmes d'avantages. Cette approche garantit que les bénéficiaires du PFSI d'une province ou d'un territoire donné bénéficient d'une couverture d'assurance médicaments similaire à celle dont bénéficient les résident·e·s vulnérables de cette province ou de ce territoire.

Compte tenu des critères de couverture des médicaments du PFSI, comment se fait-il que les réfugié·e·s utilisant le PFSI au Nouveau-Brunswick n'aient pas été couvertes pour un médicament que le gouvernement provincial avait l'intention d'offrir gratuitement à toutes et tous les résident·e·s de la province, et non seulement les plus vulnérables?

Le problème était que le Mifegymiso était couvert par le [Programme d'avortement médical](#), un programme indépendant, et n'avait donc pas été initialement ajouté au formulaire.⁷ Cela n'avait pas de conséquences sur les personnes couvertes par l'Assurance maladie, le Programme d'avortement médical ayant été conçu pour elles, mais cela signifiait que les réfugié·e·s utilisant le PFSI n'avaient pas pu obtenir gratuitement du Mifegymiso.

Le programme d'avortement médical a été créé en dehors des structures habituelles pour garantir que le Mifegymiso soit aussi accessible que possible; cependant, en dépit de cet accent mis sur l'accessibilité la plus large possible, la conception unique du programme a provoqué, par inadvertance, l'exclusion d'un groupe particulièrement vulnérable d'un programme fédéral. Une ACG rigoureuse devrait aider à mettre en évidence et à combler des lacunes comme celle-ci.

Redresser les problèmes d'iniquité systémique et d'oppression au Nouveau-Brunswick

Nous sommes préoccupées par le fait que le [document de travail](#) rédigé à l'appui de l'examen des soins de santé ne mentionne que brièvement « l'amélioration des conditions socioéconomiques des Néo-Brunswickois », tout en réservant des développements détaillés aux changements individuels de mode de vie.

La santé est façonnée par divers déterminants, dont bon nombre échappent au contrôle de la population. Un [rapport de 2016](#) du Bureau du médecin hygiéniste en chef sur les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick explique ce que sont les déterminants sociaux de la santé. Il indique :

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, se divertissent et vieillissent, de même que les systèmes mis en place pour traiter les malades, façonnés par des forces d'ordre politique, social et économique. Les conséquences de la répartition injuste des déterminants sociaux de la santé sont des décès, des maladies, des incapacités, de la détresse et de l'inconfort évitables.

Cette répartition injuste a des effets sur les femmes. Dans le rapport intitulé [Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes](#), Juha Mikkonen et Dennis Raphael expliquent :

Au Canada, les déterminants sociaux de la santé sont plus défavorables pour les femmes que pour les hommes. Les femmes prennent sur elles davantage de responsabilités en matière d'éducation des enfants et de travaux domestiques. Elles sont moins enclines à travailler à plein temps et sont moins susceptibles d'être admissibles aux prestations d'assurance emploi. En plus, les femmes occupent des postes à rémunération moins élevée et vivent davantage de discrimination en milieu de travail que les hommes.

⁷ Le Mifegymiso est désormais inscrit au [Formulaire du Nouveau-Brunswick](#).

Les auteurs expliquent également : « Les Canadiens racialisés vivent toutes sortes de circonstances néfastes, non seulement pour leur santé, mais aussi pour la santé et le mieux être de la société canadienne dans son ensemble. »

Ces conditions sont vraies pour le Nouveau-Brunswick. Par exemple, les femmes sont surreprésentées dans la main-d'œuvre qui gagne le salaire minimum, qui est peu rémunérée et qui travaille à temps partiel. Ainsi, les femmes ont, entre autres, moins tendance que les hommes à avoir accès à des prestations supplémentaires de soins de santé offertes par un employeur. Conséquemment, elles doivent alors surmonter des obstacles supplémentaires pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé et exercer leur droit au choix et au contrôle en matière de soins de santé. Les femmes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, ce qui fait en sorte qu'elles sont davantage à risque d'avoir de mauvais résultats en matière de santé, la pauvreté limitant l'accès à un logement sécuritaire, à des aliments sains et au temps de loisir requis pour s'occuper de leur santé et bien-être. Partout au Canada, notamment au Nouveau-Brunswick, les femmes sont plus nombreuses à subir de la violence entre partenaires intimes ainsi que de la violence sexuelle, ce qui a des conséquences directes sur leur santé physique et mentale et peut également avoir une incidence sur leur capacité à travailler, se répercutant ainsi sur leurs résultats en matière de santé à long terme.

Dans ce contexte, les stratégies qui mettent l'accent sur le changement individuel des habitudes de vie peuvent s'avérer inefficaces ou inutiles pour répondre aux besoins en matière de mieux être de groupes particuliers de femmes, notamment les femmes handicapées ou en situation de handicap, les femmes âgées atteintes de maladies chroniques et les femmes qui pourraient avoir des besoins différents, en matière de mieux être, en raison de leurs réalités culturelle et communautaire.

Les stratégies de ce type peuvent également avoir des répercussions inéquitables supplémentaires; en effet, les femmes sont beaucoup plus souvent responsables de tâches comme la planification des repas, les achats d'épicerie et la préparation de la nourriture. L'augmentation de ces attentes peut causer davantage de stress aux femmes et limiter leur temps de loisir, les empêchant ainsi de s'occuper de leur propre mieux-être. De telles attentes peuvent également s'avérer éprouvantes sur le plan psychologique et émotif pour les femmes, car elles sont plus souvent blâmées ou moquées pour ne pas avoir réussi à maintenir la santé de leur famille ou pour ne pas avoir pu concrétiser, pour elles mêmes, une aspiration particulière en matière de santé et de mieux-être.⁸

Les stratégies qui mettent l'accent sur les changements systémiques plutôt que sur les changements individuels sont davantage susceptibles d'atténuer les inégalités auxquelles les femmes doivent faire face et

⁸ B. Clow, « The Meaning of Healthy Living Discourse », dans B. Clow, A. Pederson, M. Haworth-Brockman et J. Bernier, dir., *Rethinking Women and Healthy Living in Canada*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2013, p. 33-50;

B. Clow, A. Pederson, M. Haworth-Brockman et J. Bernier, dir., *Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada*, Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2009, 198 p.

d'améliorer leur mieux être. Pour améliorer la santé des gens du Nouveau-Brunswick, le gouvernement doit lutter contre les oppressions qui ont une incidence négative sur la santé de la population, notamment les inégalités fondées sur le genre, le racisme, la pauvreté et la discrimination fondée sur l'handicap.

Cocréation

L'une des meilleures façons d'augmenter les chances de réussite des services consiste à faire participer les personnes et les communautés qui sont touchées par une situation aux processus de définition du problème, de conception des services pour y faire face, et d'établissement d'une méthode d'évaluation des services. C'est ce qu'on appelle la cocréation. Nos recommandations existantes au gouvernement sur l'utilisation de cette approche, que l'on peut consulter [ici](#), s'appliquent à l'élaboration d'un plan en matière de soins de santé.

Il faut noter que le gouvernement a récemment [utilisé le langage de la cocréation](#) en relation avec les collectivités des Premières Nations au Nouveau-Brunswick, tout en abordant le travail proposé d'une manière ne s'inscrivant pas dans le processus de cocréation. La cocréation n'est pas simplement un nouveau langage à appliquer aux méthodes de travail dominantes existantes afin de prétendre les rendre plus inclusives et plus équitables. Il s'agit d'une approche précise, qui s'enracine dans le partage du pouvoir et qui oblige les décideurs à adopter une posture [d'humilité culturelle](#).⁹

⁹Ce lien externe est disponible en anglais seulement.

Annexe – Résumé des recommandations au gouvernement

- Veiller à ce que le plan en matière de soins de santé soit équitable pour les femmes
- Élaborer ce plan en utilisant l'analyse comparative selon le genre ainsi que la cocréation
- Fournir un compte rendu public solide de la façon dont l'analyse comparative selon le genre a façonné le plan
- Ne pas se reposer principalement sur des stratégies axées sur des changements de mode de vie individuels pour améliorer la santé et le mieux être de la population du Nouveau-Brunswick; lutter contre les oppressions qui ont une incidence négative sur la santé des personnes, notamment les inégalités fondées sur le genre, le racisme, la pauvreté et la discrimination fondée sur la situation d'handicap
- Examiner l'utilisation des termes « sexe » et « genre » dans les politiques, les formulaires, les pratiques de collecte de données, etc., en vue de mettre en évidence les occurrences dans lesquelles ces termes sont utilisés, à tort, de manière interchangeable, dans lesquelles le terme « sexe » est utilisé alors que « genre » serait probablement le terme approprié, et dans lesquelles les sexes et les genres non binaires sont effacés ou dans lesquelles il y est fait référence de manière non affirmative. Un plan devrait être élaboré pour mettre à jour les textes concernés en réponse à ces constatations
- Reprendre la publication d'un profil statistique sur les femmes au Nouveau-Brunswick
- Doter, de manière suffisante, le site de démonstration de soins prodigués par des sages femmes de Fredericton non seulement pour servir la collectivité locale, mais aussi pour générer les données nécessaires à l'évaluation du site et à la planification d'une expansion de services de ce type dans un plus grand nombre de régions de la province
- Élargir le champ d'exercice réglementé des pharmaciens·ne·s au Nouveau-Brunswick pour leur permettre de prescrire des contraceptifs hormonaux; ce service devrait être admissible à une facturation à l'Assurance maladie
- Élargir l'accès aux services d'avortement, à l'échelon régional et examiner le Règlement 84-20, annexe 2 (a.1), pour permettre que les avortements chirurgicaux, effectués à l'extérieur des hôpitaux, puissent être facturés à l'Assurance maladie (ceci exigerait aussi de permettre aux fournisseurs d'avortements chirurgicaux en milieu communautaire de facturer l'Assurance maladie pour les échographies)
- Augmenter la disponibilité des services de santé mentale; étant donné la dette et les déficits sociaux actuels des services de santé mentale, l'intervention précoce, l'entretien permanent et les services de crise doivent tous être disponibles
- Traiter le travail de soins comme l'infrastructure cruciale qu'il est :
 - Ne pas s'en remettre aux soins non rémunérés comme une voie à suivre pour les soins de santé
 - Soutenir les travailleuses et travailleurs des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants et des services de soutien à domicile, en légiférant sur l'équité salariale dans le secteur privé; examiner la méthodologie d'équité salariale qui a été utilisée pour établir les paiements d'ajustement au titre de l'équité salariale pour les travailleuses et travailleurs des soins à domicile qui sont employé·e·s par des organismes sous contrat avec le ministère du Développement social, ainsi que pour celles et ceux du secteur de l'apprentissage et de la garde des jeune enfants.