

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

**Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant,
Hui-Mei Huang et Lindsey Troschuk**

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Juillet 2004

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses et chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Données de catalogue avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Stienstra, Deborah, 1960-

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : Women with disabilities accessing trade.

Publ. aussi en version imprimée.

ISBN 0-662-76505-2

No de cat. SW21-112/2004F-PDF

1. Handicapées – Canada – Attitudes.
 2. Aides fonctionnelles (Médecine Physique) – Politique gouvernementale – Canada.
 3. Femmes chefs d'entreprise – Canada – Attitudes.
 4. Canada – Politique commerciale.
 5. Canada -- Accords commerciaux.
- I. Canada. Condition féminine Canada.

HV1569.3W65 2004

305.9'08'0971

C2004-980152-X

Gestion du projet : Madina Nicolas et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada

Coordination de l'édition : Cathy Hallssey, Condition féminine Canada

Révision et mise en page : PMF Services de rédaction inc. / PMF Editorial Services Inc.

Traduction : Linguistica

Lecture comparative : Christiane Melançon

Coordination de la traduction : Monique Lefebvre, Condition féminine Canada

Contrôle de la qualité : Lila Muipatayi, Condition féminine Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la :

Direction de la recherche

Condition féminine Canada

123, rue Slater, 10^e étage

Ottawa (Ontario) K1P 1H9

Téléphone : (613) 995-7835

Télécopieur : (613) 957-3359

ATME : (613) 996-1322

Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX..... | iii |
| ACRONYMES | iv |
| PRÉFACE..... | v |
| SOMMAIRE..... | vi |
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| Le contexte commercial..... | 2 |
| La recherche..... | 3 |
| Principales conclusions..... | 4 |
| 2. LES FEMMES HANDICAPÉES ET LE COMMERCE INTERNATIONAL..... | 6 |
| 3. LE COMMERCE DES APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS ET DES AIDES TECHNIQUES | 9 |
| Ce que nous savons au sujet des structures du commerce des appareils et accessoires fonctionnels..... | 9 |
| Les appareils et accessoires fonctionnels et les femmes handicapées..... | 14 |
| Le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et les recommandations de principe | 21 |
| 4. LE COMMERCE DES PRODUITS ET SERVICES DE SANTÉ | 25 |
| Les structures du commerce des produits pharmaceutiques..... | 25 |
| Les structures du commerce des services de santé | 29 |
| Le commerce des produits et services de santé et les femmes handicapées..... | 31 |
| Le commerce des produits et services de santé et les recommandations de principe | 35 |
| 5. L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS SUR LE COMMERCE ET AUX SERVICES POUR LES FEMMES ENTREPRENEURES HANDICAPÉES..... | 37 |
| Renseignements sur l'entrepreneuriat..... | 38 |
| Renseignements sur les visas et l'assurance..... | 39 |
| Renseignements sur les douanes, les tarifs et les normes..... | 40 |
| Renseignements sur les maisons de courtage | 41 |
| L'accès aux renseignements sur le commerce et aux services, et les recommandations de principe | 42 |
| 6. CONCLUSIONS | 44 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 46 |

| | |
|------------------------|----|
| ANNEXES | |
| A : Méthodologie | 50 |
| B : Tableaux | 62 |
| NOTES..... | 80 |

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

| | | |
|----|--|----|
| 1a | Exportations de fauteuils roulants | 11 |
| 1b | Importations de fauteuils roulants | 11 |
| 2a | Exportations d'appareils de mécanothérapie | 11 |
| 2b | Importations d'appareils de mécanothérapie | 11 |
| 3a | Exportations d'appareils orthopédiques | 12 |
| 3b | Importations d'appareils orthopédiques | 12 |
| 4 | Pourcentage d'augmentation du commerce | 13 |
| 5a | Exportations d'appareils médicaux..... | 13 |
| 5b | Importations d'appareils médicaux..... | 13 |
| 5c | Consommation intérieure, fournitures et appareils médicaux | 14 |
| 5d | Part des importations, fournitures et appareils médicaux | 14 |
| 6a | Exportations de produits pharmaceutiques | 26 |
| 6b | Importations de produits pharmaceutiques | 26 |
| 7a | Exportations, industrie pharmaceutique | 28 |
| 7b | Importations, industrie pharmaceutique | 28 |
| 7c | Consommation intérieure, produits pharmaceutiques | 28 |
| 7d | Part des importations, produits pharmaceutiques | 28 |
| 8 | Variation des prix et des dépenses de médicaments | 29 |
| 9a | Exportations de voyages liés à la santé..... | 31 |
| 9b | Importations de voyages liés à la santé..... | 31 |

Tableaux

| | | |
|----|---|----|
| 1 | Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC | 63 |
| 2 | Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises..... | 64 |
| 3 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels | 65 |
| 4 | Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux | 66 |
| 5 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques | 67 |
| 6 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques | 69 |
| 7 | Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments..... | 70 |
| 8 | Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001 | 71 |
| 9 | Dépenses publiques et privées pour les médicaments | 72 |
| 10 | Commerce des voyages liés à la santé, 1992-2001..... | 73 |
| 11 | Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels..... | 74 |

ACRONYMES

| | |
|----------|--|
| ADRC | Agence des douanes et du revenu Canada |
| AGCS | Accord général sur le commerce des services |
| ALE | Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis |
| ALENA | Accord de libre-échange nord-américain |
| ATME | appareil de télécommunications pour les malentendants |
| CCD | Conseil des Canadiens avec déficiences |
| CCEH | Centre Canadien d'études sur le handicap |
| CEPMB | Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés |
| CRVA | Centre de ressources pour la vie autonome |
| CSA | Association canadienne de normalisation |
| DRHC | Développement des ressources humaines Canada |
| EPLA | Enquête sur la participation et les limitations d'activités |
| ERDCO | Ethno-Racial People with Disabilities Coalition of Ontario |
| GATT | Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce |
| IDEA | <i>Individual with Disabilities Education Act</i> |
| INCA | L'institut national canadien pour les aveugles |
| IPC | indice des prix à la consommation |
| IPC (PP) | indice des prix à la consommation (produits pharmaceutiques) |
| IPMB | indice des prix des médicaments brevetés |
| IPPI | indices des prix des produits industriels |
| MAECI | ministère des Affaires étrangères et du Commerce international |
| MSI | Régime d'assurance médicale de la Nouvelle-Écosse |
| NED | Network of Entrepreneurs with Disabilities |
| NEWD | Network for Entrepreneurs with Disabilities |
| OMC | Organisation mondiale du commerce |
| PAAF | Programme des appareils et accessoires fonctionnels (Ontario) |
| RAFHC | Réseau d'action des femmes handicapées du Canada |
| RAMO | Régime d'assurance-maladie de l'Ontario |
| RDM | Reste du monde (sans les États-Unis) |
| SAIL | Aides à la vie autonome de la Saskatchewan |
| SCCD | Société canadienne des courtiers en douane |
| SCIAN | Système de classification des industries de l'Amérique du Nord |
| SMD | Society for Manitobans with Disabilities |
| TPS | Taxe sur les produits et services |
| ZLEA | Zone de libre-échange des Amériques |

PRÉFACE

Une bonne politique publique est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, responsables de l'élaboration des politiques et analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en août 2001, sous le thème « Les accords commerciaux et les femmes ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : les répercussions des engagements commerciaux du Canada qui ont trait à la mobilité de la main-d'oeuvre; l'effet des accords commerciaux sur les soins de santé au Canada; les répercussions des accords de libre-échange sur les Canadiennes autochtones au plan social, économique, culturel et environnemental; la formulation de modèles canadiens devant permettre d'intégrer aux accords commerciaux des considérations liées à l'égalité entre les sexes; les répercussions des accords commerciaux sur les mesures proactives d'emploi qui visent les femmes dans le secteur privé canadien; ainsi que les effets des accords commerciaux sur les femmes handicapées.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

SOMMAIRE

Pour les femmes handicapées, la conclusion d'accords commerciaux par le Canada a signifié une dégradation encore plus grande de leur situation déjà marginale dans la société canadienne. Bien que les promotrices et les promoteurs de la libéralisation du commerce aient promis que les coûts liés aux appareils et accessoires fonctionnels, aux services de santé et aux produits pharmaceutiques diminueraient, cela ne s'est pas produit. En outre, en raison d'un effet indirect de la libéralisation du commerce et dans le contexte plus général des politiques économiques néolibérales, il s'est produit une réduction de la portée et du nombre des programmes gouvernementaux conçus expressément pour soutenir la participation des personnes handicapées à la vie communautaire. La libéralisation du commerce a aussi créé indirectement une désincitation à entrer dans la population active rémunérée. D'ordinaire, le meilleur moyen d'échapper à un faible revenu est l'emploi, mais, dans le cas des femmes handicapées, le coût croissant des produits pharmaceutiques et des aides n'a fait qu'accroître les obstacles financiers à la participation à la population active rémunérée, ce qui a rendu impossible cette participation pour un grand nombre d'entre elles.

La présente étude vise à examiner la façon dont le commerce des services de santé et des appareils et accessoires fonctionnels a influé sur les femmes handicapées et dans quelle mesure les femmes entrepreneures handicapées peuvent avoir accès aux services et aux renseignements commerciaux. Le projet permet de regarder l'historique des changements survenus dans ces trois domaines au cours de la dernière décennie et de cerner les obstacles et les avantages qui se sont présentés aux femmes handicapées dans le cadre des relations commerciales, en particulier celles avec les États-Unis. Le présent rapport porte sur la question de recherche principale suivante : Comment les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? En outre, il fait ressortir les principaux sujets de préoccupation des femmes handicapées, à la fois comme consommatrices et comme entrepreneures. Ce faisant, le présent rapport accroît nos connaissances au sujet des préoccupations particulières des femmes handicapées par rapport aux politiques et aux accords commerciaux, et il apporte de la richesse et de la profondeur à notre compréhension de la façon dont le commerce touche différemment divers groupes de personnes. Le rapport comprend des recommandations de principe concernant des mesures concrètes que peuvent prendre les gouvernements et les organisations du secteur privé pour répondre à ces préoccupations.

Notre équipe de recherche a puisé à un certain nombre de sources de données différentes, tant qualitatives que quantitatives. Les données qualitatives ont été recueillies au moyen de groupes de discussion, d'entrevues individuelles et d'entrevues avec des informatrices et informateurs clés. Nous avons effectué une analyse quantitative des statistiques commerciales pertinentes. En tout, 42 femmes handicapées ont participé soit à des groupes de discussion, soit à des entrevues. Six d'entre elles se sont identifiées comme entrepreneures, 11 comme appartenant à des groupes ethnoraciaux et deux comme femmes autochtones. Nous avons rencontré des femmes qui avaient un large éventail de handicaps, dont des handicaps physiques et sensoriels (c'est-à-dire des femmes qui étaient sourdes, avaient une basse vision ou étaient aveugles), et qui avaient des troubles du psychisme et de nombreux autres problèmes de santé. Afin d'obtenir différents points de vue sur l'accès au commerce, nous

avons aussi eu des entrevues avec sept vendeuses et vendeurs d'appareils et accessoires fonctionnels au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve et au Labrador, quatre coordonnatrices et coordonnateurs de programmes au Manitoba et en Saskatchewan, ainsi que deux maisons de courtage basées au Manitoba.

Recommandations de principe concernant les appareils et accessoires fonctionnels

1. Tous les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques pour les personnes handicapées devraient être exonérés de droits de douane, de frais de courtage et de taxes.
2. L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) devrait créer un registre des personnes qui reçoivent le crédit d'impôt pour personnes handicapées et utiliser ce registre pour approuver l'entrée en franchise de droits des marchandises destinées à chaque personne handicapée.
3. Statistique Canada devrait créer des codes de classification des marchandises distincts pour les aides techniques, à la suite de discussions participatives sérieuses avec la collectivité autoreprésentative des personnes handicapées.
4. Il est nécessaire d'assurer une plus grande harmonisation des normes entre les États-Unis et le Canada afin que les aides techniques achetées dans un pays puissent être utilisées dans l'autre.
5. L'ADRC devrait créer un site Web accessible et convivial, qui contiendrait des fiches d'information sur l'importation des aides techniques et sur les personnes handicapées.
6. L'ADRC et la Société canadienne des courtiers en douane (SCCD) devraient fournir des renseignements sur le rôle des maisons de courtage dans l'importation d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques, sur les coûts associés à l'importation et sur la possibilité d'obtenir le remboursement des frais de courtage si les appareils et accessoires sont exonérés de droits.
7. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient coordonner un système d'information sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels qui s'étendrait à tout le Canada, qui serait accessible et compréhensible pour le grand public, les décisionnaires, le personnel des programmes, etc.
8. On devrait mettre en place des mécanismes pour permettre aux personnes handicapées et à leurs proches de demander le remboursement de la taxe sur les produits et services (TPS) exigée dans le cas des produits pour personnes handicapées qui sont importés des États-Unis au Canada. À l'heure actuelle, les professionnelles et les professionnels peuvent demander le remboursement de la TPS payée à l'égard de ces types d'articles, tandis que les consommatrices et consommateurs et leurs proches ne peuvent pas le faire.
9. On devrait élaborer des mesures incitatives pour renforcer le secteur industriel canadien des aides techniques.

Recommandations de principe sur le commerce des services de santé

10. Lorsqu'il élabore des politiques commerciales, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) devrait reconnaître les problèmes de manque d'accès créés par la disparité des coûts des produits de santé entre le Canada et les États-Unis, et créer un mécanisme approprié pour corriger cet écart, à l'intention des personnes handicapées qui ont besoin de ces produits.
11. Le MAECI devrait faire en sorte que, dans le cadre des politiques commerciales existantes et en cours d'élaboration, on mette en place des normes d'accessibilité communes (y compris la prestation des services d'interprètes dans les établissements de soins de santé d'urgence) pour appuyer la législation nationale existante.
12. Le MAECI devrait veiller à ce que les accords commerciaux internationaux, tant ceux qui existent déjà que ceux qui viendront dans l'avenir, ne désorganisent pas l'accès aux soins à domicile financés par le gouvernement.
13. Les entreprises des États-Unis qui vendent des produits de santé et des appareils et accessoires fonctionnels devraient être encouragées à établir des concessions au Canada afin d'accroître l'accessibilité et l'abordabilité de ces articles pour les consommatrices et les consommateurs.

Recommandations de principe sur l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées

14. Le MAECI devrait effectuer une analyse systématique de la totalité de ses politiques commerciales, du point de vue des personnes handicapées, afin de cerner les défis et les possibilités qui se présentent aux femmes et aux hommes handicapés.
15. Le MAECI et l'industrie devraient élaborer et annoncer un site Web à propos des politiques commerciales et internationales et de leurs répercussions sur les femmes et les hommes handicapés. Les renseignements devraient être accessibles sur des supports multiples.
16. L'ADRC, d'autres organismes fédéraux, des organismes à but non lucratif et l'industrie devraient offrir des ateliers sur la réglementation douanière associée à l'importation de marchandises et des services et sur la façon de remplir les documents nécessaires.
17. L'ADRC devrait élaborer un site Web accessible et convivial offrant des renseignements douaniers pertinents aux entrepreneures et entrepreneurs, y compris une liste de numéros de téléphone ou d'ATME que ces personnes pourraient composer pour obtenir des éclaircissements ou poser des questions.
18. La section appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada devait élaborer et placer sur son site Web des renseignements particuliers sur les questions d'accès et d'inclusion, à l'intention des femmes entrepreneures handicapées qui désirent se lancer dans le commerce.
19. Les entrepreneures et entrepreneurs handicapés devraient créer un réseau national de soutien et de réseautage, dans lequel on mettrait particulièrement l'accent sur le recrutement de femmes entrepreneures handicapées et sur le soutien à celles-ci.

1. INTRODUCTION

Le commerce international accru a été l'un des aspects les plus importants de l'économie canadienne durant la dernière décennie. Depuis 1992, le Canada a connu un accroissement rapide du commerce : les importations se sont accrues de 179 p. 100 et les importations de 126 p. 100 (voir le tableau 2). En conséquence, les exportations constituent maintenant 40 p. 100 du produit intérieur brut du Canada. Cette expansion du commerce a eu des répercussions sur la vie de l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens, mais elle a été particulièrement importante pour les femmes handicapées.

Les femmes handicapées constituent une proportion importante de la population canadienne et plus de femmes que d'hommes vivent avec des handicaps. En 2001, 55 p. 100 de toutes les personnes adultes handicapées étaient des femmes. Les femmes et les filles handicapées constituaient 13,3 p. 100 de la population canadienne et 15,7 p. 100 de l'ensemble des femmes adultes. À mesure que les femmes avancent en âge; une plus grande proportion d'entre elles vivent avec des handicaps; 42 p.100 des femmes âgées de 65 ans ou plus reconnaissent avoir des incapacités (Statistique Canada 2002). Le taux d'incapacité parmi les Autochtones au Canada est de plus du double du taux national (DRHC 2002).

Les femmes handicapées constituent plus de la moitié des personnes du Canada qui disent avoir besoin d'aides techniques ou d'appareils et accessoires fonctionnels pour leurs activités quotidiennes. Les données les plus récentes, celles de 2001 (Statistique Canada 2003), illustrent le fait que sur 1,6 million de personnes de 15 ans ou plus qui ont dit avoir besoin d'aides techniques et d'appareils et accessoires pour leurs activités quotidiennes, 895 590 (56 p. 100) étaient des femmes. Environ 40 p. 100 (369 430) de ces femmes ont dit qu'elles avaient besoin de plus d'aides techniques que celles dont elles disposaient ou qu'elles n'avaient pas du tout d'aides techniques. Parmi les raisons invoquées pour expliquer cet état de fait, environ 35 p. 100 de ces femmes ont dit que l'appareil ou l'accessoire souhaité n'était pas couvert par une assurance, 47 p. 100 ont dit que l'aide technique était trop coûteuse et 13 p. 100 ont dit ne pas savoir où ni comment elles pourraient se procurer ces aides¹.

Cependant, les femmes handicapées ont un accès limité au revenu et de plus faibles revenus et elles comptent énormément sur les programmes de soutien du revenu du gouvernement. Le revenu du ménage d'une personne handicapée, entre 1993 et 1998, était d'environ les trois quarts du revenu du ménage d'une personne non handicapée. Dans le cas des personnes autochtones handicapées, le revenu du ménage était d'environ la moitié de celui de l'ensemble des ménages non autochtones. Vingt-cinq pour cent des personnes vivant dans des ménages à faible revenu étaient des personnes handicapées. En 1998, sur les personnes adultes en âge de travailler (de 16 à 64 ans) qui étaient handicapées, 48 p. 100 avaient les programmes gouvernementaux pour principale source de revenu. Les femmes handicapées étaient trois fois plus susceptibles de compter sur les programmes gouvernementaux que les femmes non handicapées et plus susceptibles de le faire que les hommes handicapés (DRHC 2002).

Les femmes handicapées sont parmi celles qui, en tant que consommatrices, dépendent beaucoup des appareils et accessoires fonctionnels, des produits pharmaceutiques et des

services de santé. À cet égard, le commerce accru promettait des prix plus bas et une plus grande disponibilité des produits et services. Mais la libéralisation du commerce a entraîné une plus grande dépendance du marché en ce qui a trait à la distribution des ressources. Cela expose les femmes handicapées à un risque potentiellement plus grand. Étant donné que celles-ci ont tendance à avoir des revenus plus faibles et dépendent davantage pour leur revenu des programmes gouvernementaux, il se peut qu'elles doivent consacrer une fraction importante de leur revenu aux appareils et accessoires fonctionnels et aux services de santé ou bien tout simplement s'en passer.

Les femmes handicapées sont touchées d'une façon unique par la manière dont le Canada effectue les échanges et en assure la promotion. Néanmoins, leurs sujets de préoccupation ne sont pas présents à la table des négociations ni dans les évaluations des accords commerciaux existants. Le présent rapport fait ressortir les principaux sujets de préoccupation des femmes handicapées, à la fois en tant que consommatrices et en tant qu'entrepreneures. Ce faisant, il accroît nos connaissances au sujet des préoccupations particulières des femmes handicapées par rapport au commerce, il ajoute de la richesse et de la profondeur à notre compréhension de la façon dont le commerce touche différemment divers groupes de personnes, et il présente des recommandations de principe à l'égard de mesures concrètes que les gouvernements peuvent prendre pour répondre à ces préoccupations.

Le contexte commercial

En 1987, le Canada a commencé à libéraliser le commerce lorsqu'il a conclu un accord commercial bilatéral avec les États-Unis. La mise en vigueur de l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis (ALE), deux-ans plus tard, a eu pour effet d'éliminer graduellement les barrières tarifaires et non tarifaires au commerce d'un large éventail de marchandises. L'Accord de libre-échange Nord américain (ALENA), signé en 1994, a remplacé l'ALE et s'est étendu au Mexique. On est en train de poursuivre des négociations pour établir une zone de libre-échange encore plus vaste, la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), dont feraient partie 34 pays de l'hémisphère ouest.

En rétrospective, l'ALE et l'ALENA n'ont fait qu'anticiper des changements qui se produisaient de façon multilatérale. En 1995, l'aboutissement du Cycle d'Uruguay des négociations menées dans le cadre de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) a conduit à l'Accord de Marrakesh, lequel établissait l'Organisation mondiale du commerce (OMC). À titre de signataire de l'OMC, le Canada participe à un accord commercial multilatéral de grande envergure entre 125 pays participants initiaux, lequel s'applique à la plupart des marchandises et à certains services. Dans le cadre de l'ALE, le Canada s'était engagé à éliminer graduellement les droits de douane sur la majeure partie du commerce avec les États-Unis, mais l'Accord sur l'OMC a eu pour effet d'étendre un traitement semblable (celui de la nation la plus favorisée) au reste du monde. L'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) conclu par l'OMC définissent des règles et des procédures parallèles qui régissent un large éventail de services commerciaux.

On s'attendait à ce que les négociations du Canada sur la libéralisation du commerce, d'abord avec les États-Unis et, par la suite, avec le Mexique et d'autres pays des Amériques, puis de façon multilatérale en vertu de l'Accord sur l'OMC, apportent de nombreux avantages aux

Canadiennes et aux Canadiens. On laissait entendre que, grâce à l'élimination des barrières tarifaires et non tarifaires à la circulation internationale des marchandises, les consommatrices et les consommateurs verraient baisser les prix des biens et services. Cela était censé se produire grâce à l'élimination de la taxe à l'importation sur les biens et des services et, indirectement, grâce à l'accroissement de la productivité et de l'efficacité des entreprises. En rationalisant la production dans certaines industries, on s'attendait à produire des retombées dans l'ensemble de l'économie sous la forme d'une croissance économique plus rapide, de taux de chômage plus faibles et de taux d'inflation plus bas (Cox et Harris 1986).

D'autres personnes avaient des préoccupations importantes, dans une large mesure au sujet des travailleuses et des travailleurs dont les emplois disparaîtraient à la suite de ces changements. En outre, les consommatrices et les consommateurs craignaient que les prix baissent seulement s'il y avait une plus grande concurrence, pas s'il y avait moins d'entreprises contrôlant les marchés.

Un autre important sujet de préoccupation était la pression accrue exercée sur les gouvernements, à la suite de la libération du commerce, en faveur de la privatisation de services auparavant publics. L'ALENA et l'Accord sur l'OMC imposent tous deux au Canada des obligations qui vont au-delà de l'élimination des tarifs douaniers et des autres barrières commerciales et s'étendent à la protection des droits des investisseurs étrangers (en vertu des dispositions de l'ALENA concernant le « traitement national »), à la protection des droits de propriété intellectuelle et à des mécanismes de résolution des litiges. Afin d'éliminer les programmes qui peuvent être considérés comme des pratiques commerciales déloyales ou des subventions cachées favorisant les producteurs nationaux, on exerce, dans le cadre des accords commerciaux, des pressions visant à harmoniser les politiques gouvernementales entre les pays. Dans une large mesure, cela a entraîné de plus grandes pressions en faveur de la privatisation (Johnson 2002).

Étant donné qu'un grand nombre des programmes gouvernementaux visaient expressément à remplacer l'affectation *privée* des ressources par leur répartition *publique*, les personnes qui avaient bénéficié auparavant de programmes financés par le gouvernement se verraient donc plus exposées aux caprices du marché. Les femmes handicapées sont au nombre de celles qui y voient un sujet de préoccupation important.

La recherche

Une question principale a guidé la recherche effectuée dans le cadre de ce projet : De quelle façon les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? Afin de répondre à cette question, l'équipe de recherche a examiné en détail trois secteurs distincts : le commerce des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, le commerce des produits et services de santé (y compris les produits pharmaceutiques) et l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées. Le rapport est structuré selon ces trois secteurs.

Notre recherche a été soutenue par un Comité consultatif qui se réunissait dans le cadre du projet. Ses membres étaient des représentantes et des représentants de nos organismes partenaires – le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD), le Réseau d'action des

femmes handicapées du Canada (RAFHC), le Network of Entrepreneurs with Disabilities (NEWD), Collaborative Learning Strategies (qui est devenue notre partenaire lorsque la Cowichan Community Economic Development Cooperative s'est retirée), ainsi que du Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels d'Industrie Canada, du ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest, du Centre for Women in Business, à la Mount Saint Vincent University, et de Kartini International (une entreprise ayant une expérience considérable des questions concernant le commerce et les femmes).

Pour documenter notre étude, nous avons puisé à un certain nombre de sources différentes de données tant qualitatives que quantitatives². Les données qualitatives ont été recueillies au moyen de groupes de discussion, d'entrevues individuelles et d'entrevues avec des informatrices et des informateurs clés. L'équipe de recherche a aussi effectué une analyse quantitative des statistiques commerciales pertinentes.

Pour connaître les préoccupations à l'égard du commerce qu'avaient les femmes handicapées et les femmes entrepreneures handicapées, nous avons tenu des séances de groupes de discussion en personne avec des femmes handicapées à Halifax, à Toronto et à Winnipeg. Toutes ces séances ont été tenues en anglais, sauf une qui a été tenue en American Sign Language. Une séance de groupe de discussion a eu lieu en ligne avec des femmes handicapées de l'Île de Vancouver. Des entrevues individuelles ont eu lieu avec des femmes handicapées à Calgary. À Toronto et à Winnipeg, nous avons aussi eu une entrevue avec des femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux et, au besoin, nous avons eu recours à la traduction à partir de leur langue maternelle.

En tout, 42 femmes handicapées ont participé soit à des séances de groupes de discussion, soit à des entrevues. Six d'entre elles se sont identifiées comme entrepreneures. Onze se sont identifiées comme des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux et deux comme des femmes autochtones. Nous avons rencontré des femmes qui avaient un large éventail de handicaps, y compris des déficiences sensorielles (des femmes qui étaient aveugles ou avaient une basse vision, ou qui étaient sourdes ou avaient une déficience auditive), des troubles du psychisme, des femmes qui avaient des handicaps multiples et cachés et de nombreux autres problèmes de santé. Leurs frustrations, leurs questions et leurs préoccupations constituent une bonne partie de la matière du présent rapport.

Afin de connaître des points de vue différents sur l'accès au commerce, nous avons aussi eu des entrevues avec sept vendeuses et vendeurs d'appareils et accessoires fonctionnels au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve Neuve et au Labrador, avec quatre coordonnatrices et coordonnateurs de programmes au Manitoba et en Saskatchewan, avec une personne qui effectuait de la recherche sur les appareils et accessoires fonctionnels, en Ontario, et avec deux maisons de courtage basées au Manitoba.

Principales conclusions

Pour les femmes handicapées, la conclusion d'accords commerciaux par le Canada a signifié une dégradation encore plus grande de leur situation déjà marginale dans la société canadienne. Bien que les promotrices et les promoteurs de la libéralisation du commerce aient promis que les coûts liés aux appareils et accessoires fonctionnels, aux services de santé et aux produits

pharmaceutiques diminueraient, cela ne s'est pas produit. En outre, en raison d'un effet indirect de la libéralisation du commerce, il s'est produit une réduction de la portée et du nombre des programmes gouvernementaux conçus pour soutenir la participation des personnes handicapées à la vie communautaire. Cela a rendu les femmes handicapées de plus en plus vulnérables face à des forces du marché au sujet desquelles elles n'ont rien ou presque rien à dire.

La libéralisation du commerce a aussi créé indirectement, une désincitation à entrer dans la population active rémunérée. D'ordinaire, le meilleur moyen d'échapper à un faible revenu est l'emploi, mais, dans le cas des femmes handicapées, le coût croissant des produits pharmaceutiques et des aides n'a fait qu'accroître les obstacles financiers à la participation à la population active rémunérée, ce qui a rendu impossible cette participation pour un grand nombre d'entre elles. À cet égard, la libéralisation du commerce a vraisemblablement contribué à la marginalisation encore plus grande des femmes handicapées et à une société moins inclusive.

Les femmes handicapées se heurtent à des obstacles systémiques à la pleine inclusion. En outre, elles ne possèdent pas beaucoup de renseignements sur les répercussions du commerce sur leur vie et elles ont peu accès à ce genre de renseignements. Cela réduit encore davantage leur capacité de résoudre les problèmes découlant de leur exclusion de la société canadienne.

L'étude a permis de trouver des renseignements détaillés importants, qui nous aideront à comprendre la façon dont le commerce touche les femmes handicapées, en tant que consommatrices et entrepreneures, et la façon de modifier les politiques commerciales et autres pour assurer un meilleur accès et une meilleure inclusion à ces femmes. Les chapitres allant du troisième au cinquième présentent des constatations détaillées relatives au commerce des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, au commerce des services de santé et à l'accès aux renseignements et aux services commerciaux pour les femmes entrepreneures handicapées.

2. LES FEMMES HANDICAPÉES ET LE COMMERCE INTERNATIONAL

Bien que les accords commerciaux internationaux aient fait la manchette des journaux durant les deux dernières décennies, il n'y a eu rien d'écrit en particulier au sujet des femmes handicapées et du commerce. Dans notre analyse documentaire, nous n'avons pas trouvé d'études, d'articles ni même de renseignements généraux traitant de la situation particulière des femmes handicapées par rapport au commerce.

Il existe un corpus croissant de textes sur les femmes et le commerce de façon générale, dont un bon nombre traitent des répercussions du contexte global actuel de la politique économique, des accords commerciaux et de la concurrence sur les femmes. Certaines des questions dont traitent ces ouvrages portent sur les effets des processus économiques sur les femmes (Afshar et Dennis 1992; Beneria et Feldman 1992; Joeques et Weston 1995), sur des explications des répercussions économiques du commerce du point de vue des relations entre les sexes, des idéologies ou des préjugés (Elson 1991; Fernandez-Kelly 1989; Moghadam 1993; Pearson 1992; Redclift et Stewart 1991) et sur les aspects sexistes de la restructuration économique, par exemple, sur la façon dont les différences entre les sexes façonnent le processus du travail et sur les répercussions de l'emploi des femmes sur les relations entre les sexes (Blumberg *et al.* 1995; Feldman 1992; Moghadam 1995; Tiano 1994; Ward 1990).

Le travail des femmes, salarié et non salarié, dans les secteurs formels et au foyer, dans la fabrication et dans les services publics et privés est important pour l'accumulation et le commerce mondiaux. La mondialisation croissante de la production a conduit à un accroissement de l'utilisation par les entreprises de formules de travail souples pour obtenir un avantage concurrentiel dans le commerce. La prédominance des femmes dans ces nouveaux réservoirs de main-d'oeuvre a été appelée la « féminisation de la main-d'oeuvre » par des universitaires féministes qui étudient l'économie mondiale (Moghadam 1999; Macdonald 2003). Les structures de travail changeantes dans les entreprises industrielles favorisent la féminisation de l'emploi. Au Canada, les grandes sociétés ont réagi aux pressions de la concurrence accrue en adoptant des stratégies de production plus « souples », dont la sous-traitance du travail à de plus petites entreprises, l'utilisation d'une main-d'oeuvre à temps partiel plus souple travaillant souvent à domicile, et le paiement des travailleuses et des travailleurs au niveau du salaire minimum sans avantages sociaux ou presque (Macdonald 2003). On s'achemine ainsi vers un accroissement du nombre de femmes dans la population active, mais aussi vers une dégradation des conditions de travail. Les normes de travail, le revenu et la situation professionnelle se dégradent à mesure que les femmes acceptent des concessions en échange de souplesse dans les conditions et les heures de travail.

En raison des effets de l'accroissement du commerce, les femmes ont obtenu une part croissante de nombreux types d'emplois, mais leur participation au marché du travail ne s'est pas accompagnée d'une redistribution des responsabilités à l'égard du travail domestique et ménager et du soin des enfants. Laura Macdonald (2003), écrivant au sujet des différences entre les sexes et de la politique commerciale canadienne, soutient : [Traduction] « Les stratégies de promotion des exportations peuvent donc absorber les

énergies des femmes à la fois dans la sphère de la production (où elles sont obligées d'arrondir le revenu familial ou de devenir le principal soutien économique), et dans celle de la reproduction (où elles sont obligées d'économiser en réduisant les achats de base de la famille) ». Les femmes demeurent désavantagées dans les nouveaux marchés du travail, du point de vue des salaires, de la formation et de la ségrégation des emplois. En outre, elles sont employées de façon disproportionnée dans les formes de travail utilisées pour maximiser les profits, accroître la productivité et la compétitivité dans l'économie du travail, et dans le travail temporaire, à temps partiel, occasionnel et à domicile.

Selon Moghadam (1999), la situation est pire ou meilleure d'après le type d'état et la vigueur de l'économie. Hassanali (2000) a insisté sur le fait que « de plus en plus, on doute des promesses de la libéralisation du commerce et on se demande si la croissance économique portée par le commerce extérieur, la privatisation et la déréglementation du marché, d'une part, et la réduction des interventions gouvernementales, d'autre part, ont amélioré la qualité de vie au Canada et ailleurs ». Même dans le monde en développement, de grands nombres de femmes actives sur le plan économique manquent de formation régulière, travaillent dans le secteur informel, n'ont pas accès à la sécurité sociale et vivent dans la pauvreté. Il existe aussi une documentation florissante sur le commerce en général, y compris le commerce des services de santé, que nous n'examinerons pas ici.

Néanmoins, un grand nombre des femmes handicapées que nous avons rencontrées nous ont fait part de leur manque de connaissances au sujet du commerce et de leur manque de confiance dans leur propre jugement quant à la façon dont les accords commerciaux internationaux avec les États-Unis influent sur leur vie.

Il est nécessaire d'établir plus de contacts afin de communiquer aux femmes handicapées les renseignements sur le libre-échange et les politiques commerciales. Il s'agit là d'un seul aspect. Il est également nécessaire de ne pas oublier les questions qui ont des effets défavorables sur les personnes handicapées. Quelles sont les conséquences de la limitation du libre-échange à différents pays? Les femmes handicapées ont besoin de participer au processus d'élaboration des politiques concernant le libre-échange afin de s'assurer qu'on inclut les questions d'accès, qu'on n'y pense pas seulement après coup ou que nous ne sommes pas complètement laissées de côté. Nous devrions être partie intégrante du processus d'élaboration des politiques (femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

Les obstacles sont le manque de renseignements, le manque de communication quant à ce dont on a besoin et le manque de responsabilité. Il serait bon que le gouvernement établisse quelque chose (comme une règle type) concernant l'accès aux appareils et accessoires fonctionnels (femme de Calgary).

Le manque de renseignements au sujet du commerce était étroitement lié à l'accès aux renseignements au sujet des services. Comme l'a fait remarquer (par l'intermédiaire d'une traductrice) une femme de Winnipeg appartenant à un groupe ethnoracial, il existe des

problèmes spécifiques aux femmes handicapées appartenant à un groupe ethnoracial, dont le manque d'accès aux renseignements dans une langue qu'elles peuvent comprendre.

En outre, il n'y a pas suffisamment de renseignements compréhensibles au sujet des droits des personnes handicapées, du système et des services canadiens accessibles aux personnes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux et aux personnes handicapées, d'une façon générale. Il n'y a pas d'endroit où les femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux peuvent se rendre pour obtenir des renseignements sur les droits, les services et le système canadien, à l'exception du programme ethnoculturel de la SMD [Society for Manitobans with Disabilities].

Une autre femme, à Calgary, a fait remarquer qu'il est difficile d'obtenir des renseignements au sujet des aides techniques qui sont pertinents par rapport à sa région géographique.

La prestation des renseignements au sujet des fournisseuses et fournisseurs (pourrait être améliorée), et pourquoi le coût est-il si élevé? On peut trouver des renseignements dans Internet, mais cela souvent au sujet des fournisseurs situés aux États-Unis et dans l'est du Canada.

3. LE COMMERCE DES APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS ET DES AIDES TECHNIQUES

On entend par aides techniques les « objets, appareils ou systèmes, qu'il s'agisse de produits vendus dans le commerce ou de produits modifiés ou adaptés, qui sont utilisés pour accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles d'une personne handicapée³ ». Dans l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités effectuée par Statistique Canada en 2001, on a défini les aides techniques ou les appareils et accessoires fonctionnels comme « les appareils spécialisés ou aides techniques qu'utilisent les personnes handicapées ou dont elles ont besoin pour effectuer les activités ou tâches quotidiennes » (Statistique Canada 2003). De nombreuses femmes handicapées utilisent des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques dans leurs activités personnelles, dans leurs études, dans leur travail dans leurs loisirs et dans leur vie sociale.

Les aides techniques peuvent aider les femmes handicapées à accroître leur indépendance, à acquérir la confiance en soi et l'estime de soi, à améliorer la qualité de leur vie et à supprimer les obstacles, tout en leur fournissant les outils nécessaires pour profiter des possibilités d'emploi et d'études. En outre, les nouvelles aides techniques permettent aux femmes qui, auparavant, avaient besoin de soins à l'hôpital ou dans une maison de soins infirmiers de recevoir leurs soins à la maison. Par exemple, étant donné que l'oxygène est maintenant accessible dans de nombreux établissements de soins de longue durée ou à domicile, plus de femmes handicapées qui en ont besoin peuvent vivre dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital (Shapiro 1997). Mais il arrive souvent que l'appareil de base qu'on peut se procurer dans le commerce ne soit pas suffisant. Des aides informatiques adaptées, telles que les imprimantes en braille, les appareils de prise de notes portatifs et les logiciels de lecture d'écran sont des exemples de produits qui ne sont pas toujours accessibles aux femmes handicapées et, certes, pas toujours abordables (Barile 2001).

Dans le cas de certains progrès technologiques, ce qui a commencé comme technologie pour les personnes handicapées est devenu usuel. Par exemple, le logiciel d'entrée vocale a été créé pour les personnes ayant des déficiences physiques, mais un logiciel comme *Dragon Naturally Speaking* est maintenant utilisé par de nombreuses personnes qui préfèrent introduire leurs données avec leur voix plutôt qu'avec leurs doigts. L'accès accru peut faire baisser les prix de ce type de logiciel, mais il peut aussi créer de la confusion quant à ce qu'est la technologie d'aide.

Ce que nous savons sur les structures du commerce des appareils et accessoires fonctionnels

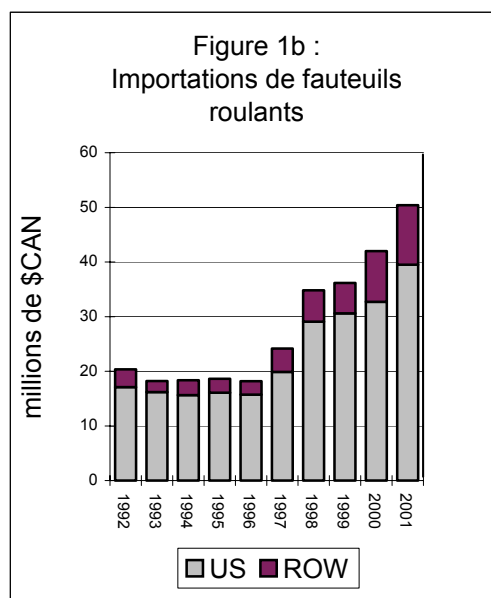
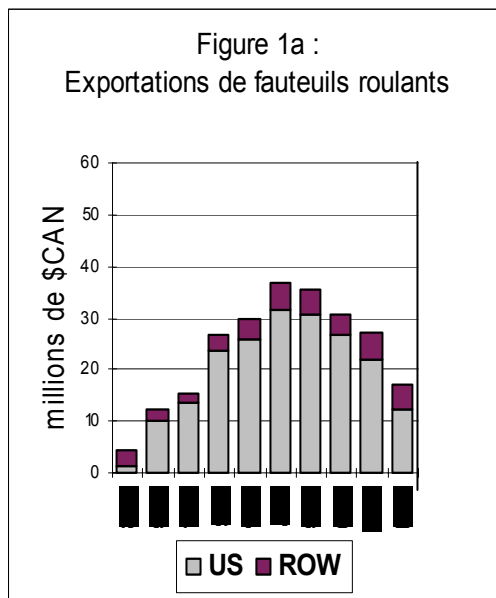
Les données sur le commerce illustrent certaines des complexités concernant les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques. Seuls quelques appareils et accessoires particuliers sont inclus dans les classifications de marchandises et ils sont tous placés sous la rubrique de la technologie médicale (voir le tableau 1). Ces classifications des marchandises sont établies par Statistique Canada en collaboration avec le ministère des Affaires extérieures et du Commerce international (MAECI). Le Comité consultatif auprès du ministre de l'industrie sur la technologie d'aide a étudié la possibilité d'établir pour cette technologie

un nouvel ensemble de codes, détachés du système médical. Les codes existants (y compris leur statut commercial actuel) sont indiqués ci-dessous.

- Les fauteuils roulants (code des marchandises SH 8713) comprennent à la fois les types « avec mécanisme de propulsion » et les types « sans mécanisme de propulsion ». Ces produits étaient généralement assujettis à un droit à l'importation de 9,2 p. 100 avant l'entrée en vigueur de l'ALE, en 1989, et le droit devait être éliminé graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999. L'Accord sur l'OMC accorde un traitement semblable en franchise de droits à d'autres pays.
- Les appareils de mécanothérapie (SH 9019-20) comprennent un large éventail de produits, mais les plus importants en quantité sont les appareils d'oxygénothérapie. Ce dernier article était assujetti à un tarif à l'importation de 4,8 p. 100, lequel, en vertu de l'ALE et de l'Accord sur l'OMC, devait être éliminé graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999.
- Les appareils orthopédiques (SH 9021) comprennent des marchandises allant des prothèses articulaires aux prothèses auditives et aux stimulateurs cardiaques. Les tarifs à l'importation variaient, mais ils se situaient généralement dans la gamme de 9 à 10 p. 100 et ils devaient être éliminés graduellement sur une période de 10 ans se terminant en 1999.

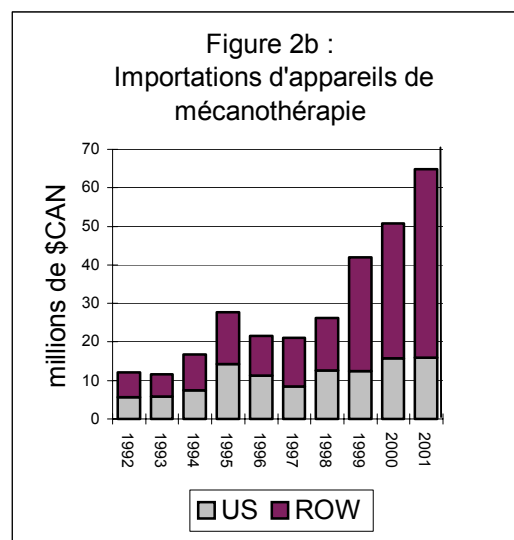
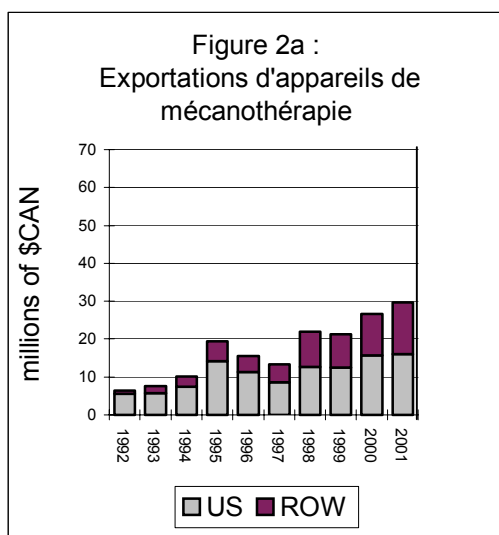
Étant donné que ces appareils et accessoires sont reconnus comme des appareils et accessoires fonctionnels, on les a inclus dans les accords commerciaux. Néanmoins, un grand nombre d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques dont les femmes handicapées ont besoin dans leur vie quotidienne ne sont pas compris dans ces catégories, et ils n'ont pas été inclus dans les accords commerciaux. Ceux qui sont reconnus dans le code de classification reflètent les hypothèses médicales au sujet de l'incapacité où illustrent les pressions exercées avec succès en faveur de leur inclusion. Nous aborderons ce point dans une section ultérieure du présent document.

Quant aux appareils et accessoires fonctionnels qui sont actuellement inclus dans les données sur le commerce, nous pouvons constater plusieurs tendances au cours de la dernière décennie⁴. L'exportation des fauteuils roulants a été très faible au début de la période (moins de 10 millions de dollars), elle est passée à plus de 35 millions de dollars en 1997, et elle est ensuite tombée à moins de 20 millions de dollars à la fin de la période (figure 1a). En revanche, les importations se sont accrues constamment après 1997, passant d'environ 20 millions de dollars à 50 millions de dollars (figure 1b). Presque tout le commerce des fauteuils roulants du Canada se fait avec les États-Unis.



US = É.-U.; ROW = RDM

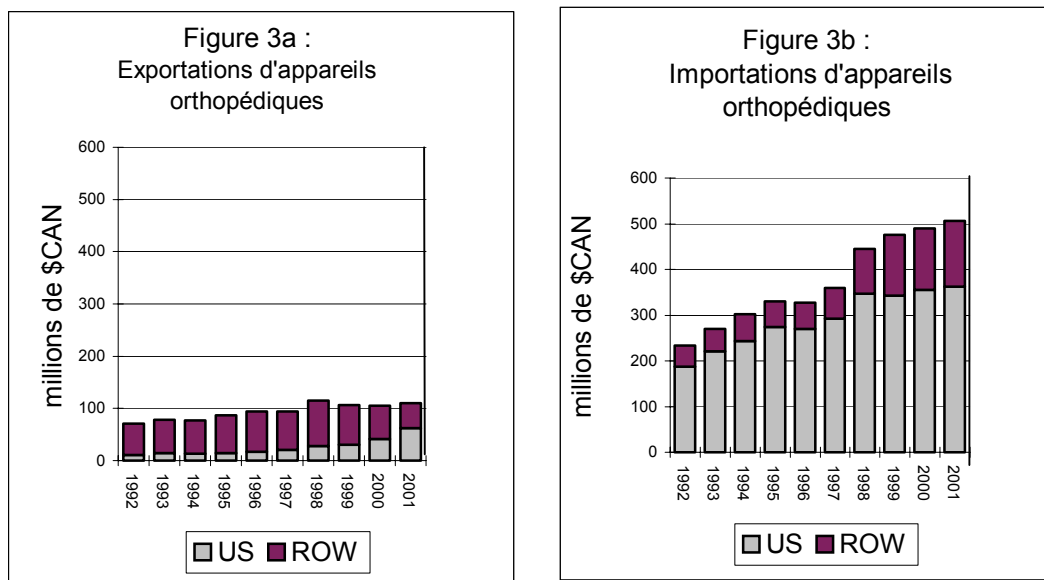
Les exportations d'appareils de mécanothérapie sont passées de moins de 10 millions de dollars à plus de 30 millions de dollars durant la décennie (figure 2a), tandis que les importations ont augmenté d'à peu près six fois, passant d'environ 10 millions de dollars à près de 70 millions de dollars (figure 2b). Fait étonnant, c'est le commerce avec le reste du monde (RDM) qui représente la majeure partie de l'augmentation.



US = É.-U.; ROW = RDM

La valeur du commerce des appareils orthopédiques a été beaucoup plus considérable que celle des autres appareils et accessoires fonctionnels. Les exportations ont connu une légère augmentation, passant à plus de 100 millions de dollars (figure 3a), et les importations ont à peu près doublé, passant à 500 millions de dollars (figure 3b). La plupart des exportations

sont destinées au RDM, tandis que les importations proviennent, dans une large mesure, des États-Unis.

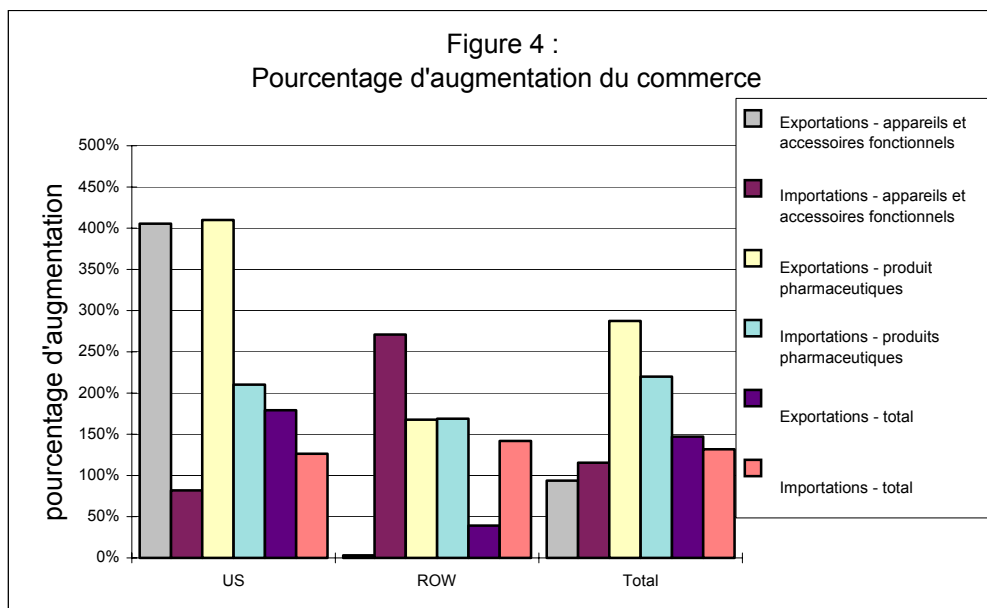


US = É.-U.; ROW = RDM

Si on considère les chiffres dans l'ensemble, la tendance la plus manifeste du commerce récent d'appareils et accessoires fonctionnels est l'important accroissement des importations et les exportations passablement constantes (figure 4). En raison de ce déséquilibre commercial, le déficit commercial du Canada (ou l'excédent des importations sur les exportations) concernant les appareils et accessoires fonctionnels est passé d'environ 150 millions de dollars à plus de 470 millions de dollars.

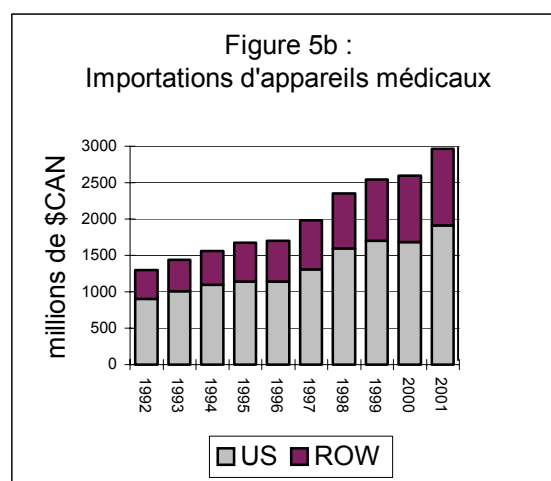
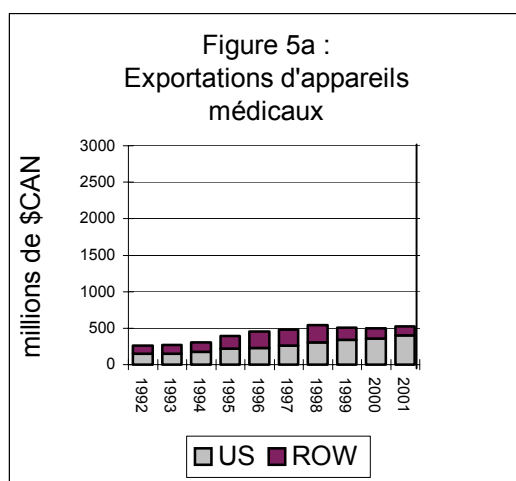
Il n'existe pas de renseignements sur les prix de ces appareils et accessoires fonctionnels. Bien que les importations croissantes puissent sembler indiquer la possibilité de prix réduits, nous ne pouvons tirer de conclusion sans les renseignements pertinents. Les personnes que nous avons interrogées qui vendent des aides techniques et du matériel informatique pour les personnes ayant des déficiences visuelles laissent entendre qu'il n'y a pas eu de changement dans les prix à la suite de la libéralisation du commerce.

Les mêmes tendances se manifestent lorsque nous examinons les industries associées aux appareils et accessoires fonctionnels. Bien que ces appareils et accessoires soient produits par un grand nombre d'industries différentes, l'industrie la plus étroitement associée à ceux-ci est celle de la fabrication de fournitures et de matériel médicaux (aussi appelée SCIAN 339110 dans le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord).



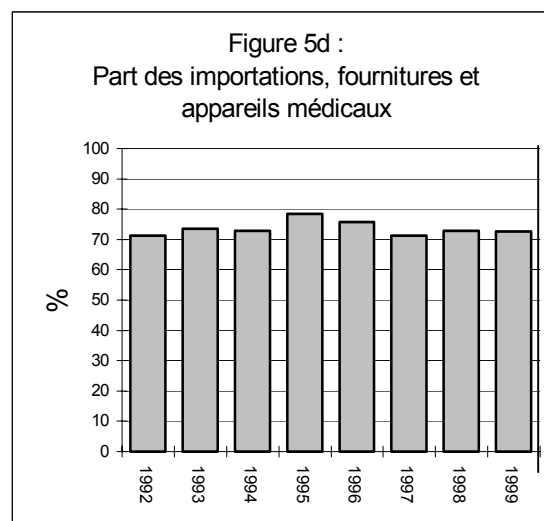
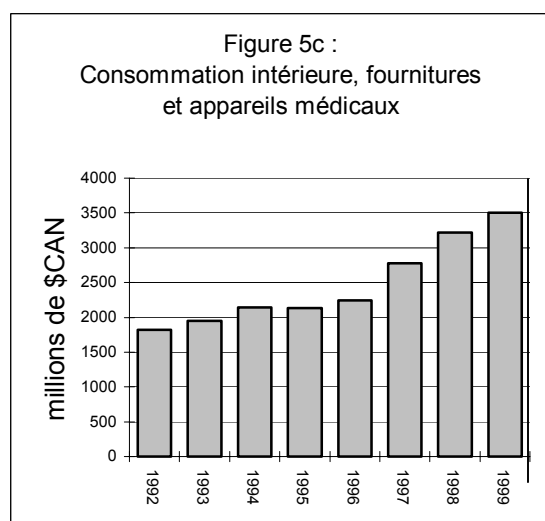
US = É.-U.; ROW = RDM

La valeur des exportations du Canada était relativement faible en 1992 (261 millions de dollars), mais elle avait doublé, passant à 521 millions de dollars, en 2001 (figure 5a). L'accroissement était attribuable presque exclusivement aux expéditions à destination des États-Unis. La valeur des importations du Canada s'est accrue rapidement, passant de 1,3 milliard de dollars à près de 3,0 milliards de dollars (figure 5b). Les importations en provenance tant des États-Unis que du reste du monde se sont accrues considérablement. Cependant, les importations en provenance du RDM ont augmenté le plus rapidement en pourcentage.



US = É.-U.; ROW = RDM

On peut mettre l'expansion des échanges commerciaux en perspective en considérant la taille du marché canadien et l'importance relative des importations. La consommation intérieure est passée de 1,8 milliard de dollars à 3,5 milliards de dollars (figure 5c), augmentant à peu près au même rythme que les importations, de sorte que la part du marché prise par les importations est restée à peu près la même. Cependant, une importante observation est que les importations représentent environ 70 p. 100 du marché canadien (figure 5d) et que ce taux est demeuré relativement stable depuis 1996.



Le recours important aux importations et les exportations limitées semble indiquer une industrie nationale relativement inefficace. L'industrie canadienne est dominée par un grand nombre de petites et moyennes entreprises. En 1999, il existait environ 800 établissements qui employaient 2 275 personnes dans l'industrie de la fabrication de fournitures et matériel médicaux (Industrie Canada s.d.). Les grandes entreprises américaines et européennes semblent bénéficier d'un avantage concurrentiel important par rapport à leurs homologues canadiennes. Cela peut être attribuable à des mesures législatives progressistes, telles que l'*Americans with Disabilities Act* (1990), qui ont permis aux entreprises américaines d'acquérir une expertise et une capacité d'innovation qui leur donne la possibilité d'agir et de réagir avant tout le monde. Sans un soutien gouvernemental semblable à l'industrie canadienne, les entreprises nationales continueront vraisemblablement d'accuser un certain retard par rapport à leurs concurrentes internationales pour ce qui est de l'innovation et du développement de produits.

Les appareils et accessoires fonctionnels et les femmes handicapées

Dans les séances de groupes de discussion et les entrevues que nous avons eues avec des femmes handicapées à Toronto, à Halifax, à Calgary, à Winnipeg et dans l'île de Vancouver, plusieurs questions clés ont été soulevées à maintes reprises. Fait encore plus important, il y avait une disparité importante entre les femmes handicapées quant à la capacité d'avoir accès aux appareils et accessoires fonctionnels et aux aides techniques, selon la région où elles vivaient et selon la politique de leur province en matière de fourniture d'appareils et

accessoires fonctionnels⁵. Pour un grand nombre d'entre elles, les politiques provinciales créent les plus grands obstacles auxquels se heurtent les femmes désireuses d'avoir accès à la technologie adaptée ou aux aides à la vie quotidienne. Une participante de Winnipeg a fait remarquer ce qui suit :

Je trouve que, dans le cas des appareils et accessoires fonctionnels, les problèmes qui se présentent ne découlent pas tellement du commerce, mais plutôt des politiques qui existent dans nos provinces.

Une chercheuse de Toronto a évoqué les mêmes obstacles.

Les accords de libre-échange internationaux ne sont pas la cause du problème. Les obstacles sont liés aux politiques interprovinciales et au commerce entre les provinces ainsi qu'au fait que chaque province a des politiques différentes à l'égard de l'accès aux appareils et accessoires fonctionnels. La plupart des évaluations des appareils et accessoires sont effectuées dans le cadre d'un modèle médical, lequel comporte des évaluations effectuées par des médecins, des thérapeutes, des travailleuses et travailleurs sociaux, etc. pour vérifier ce dont ont besoin les consommatrices et les consommateurs. Cela peut être plus coûteux que le simple fait d'accorder des subventions aux consommatrices et aux consommateurs pour leur permettre d'acheter les appareils et accessoires.

Quant aux femmes qui ne sont pas admissibles aux programmes provinciaux ou qui vivent dans des provinces où il n'existe pas de programmes, elles doivent compter sur des régimes d'assurance privés, ou sur leurs propres revenus, qui, dans la plupart des cas, sont insuffisants, pour acheter les appareils et accessoires dont elles ont besoin.

Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels ou autres programmes gouvernementaux

Au Canada, chaque province a une approche différente de la fourniture des aides techniques (voir le tableau 10). Un grand nombre de provinces et de territoires n'ont pas de programmes d'appareils et accessoires fonctionnels ou elles ont une série de programmes dispersés concernant des aides particulières.

L'Alberta, l'Ontario, la Saskatchewan, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont des programmes particuliers qui s'appliquent à un grand nombre d'appareils et accessoires fonctionnels. Le Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario est le plus complet. Il s'applique à toutes les personnes de la province, bien qu'il ne couvre que 75 p. 100 des coûts totaux et qu'il exige qu'on s'adresse à des agentes ou agents autorisés pour obtenir le matériel. Le programme de l'Alberta s'applique à toutes les personnes qui ont une incapacité chronique, mais il couvre un nombre plus limité d'appareils et accessoires. Le programme de l'Île-du-Prince-Édouard est le plus récent; il est individualisé, et il exige une contribution de la personne handicapée ou de sa famille au coût de l'appareil.

Néanmoins, même dans les provinces où il existe des programmes d'appareils et accessoires fonctionnels, les femmes handicapées continuent de se heurter à des obstacles. Cela est

attribuable au vaste éventail et à la diversité des programmes offerts au Canada et à la disparité considérable dans les possibilités d'accès convenable aux aides techniques. Un grand nombre de femmes ne connaissent pas les programmes gouvernementaux offerts. C'est particulièrement le cas des femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

Tout ce que j'ai besoin de savoir au sujet du système, je l'apprends habituellement après coup. J'ai payé pour mes propres béquilles pendant longtemps, car je ne connaissais pas le PAAF [Programme des appareils et accessoires fonctionnels]. Ensuite quelqu'un m'en a parlé (femme handicapée de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

La plupart des programmes gouvernementaux exigent un type quelconque d'évaluation des besoins de la personne handicapée par un professionnel de la santé. Comme l'a laissé entendre une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial, cela peut prendre beaucoup de temps et occasionner des dépenses supplémentaires.

Pour obtenir mes appareils, j'ai dû présenter une demande au Programme des appareils et accessoires fonctionnels à l'égard de mon fauteuil roulant manuel et de mon triporteur. Je connaissais le programme, car j'avais obtenu mes béquilles par son intermédiaire. Le recours au programme devient de plus en plus difficile. J'ai appris qu'il faut faire effectuer cette évaluation. Une autre personne que votre médecin doit venir vous évaluer dans votre milieu. Cette personne doit être agréée pour effectuer ce genre de travail et elle doit décider de ce dont vous avez besoin. Cela est très bien, mais il faut prévoir la journée et l'heure où cette personne viendra et ensuite on exige de l'argent pour ce service (100 \$ ou quelque chose comme cela). Il faut ensuite attendre les résultats. La personne qui effectue l'évaluation prend les documents et les soumet elle-même au PAAF. Ensuite, il ne reste plus qu'à attendre pour voir ce qui arrivera.

Certains des appareils dont les femmes handicapées estiment avoir besoin ne sont pas considérés comme admissibles à un programme gouvernemental. Une participante de Halifax a décrit cette situation.

Il est terriblement, terriblement difficile de traiter avec les services sociaux. Je trouve difficile de m'affirmer et de leur faire savoir que j'ai besoin de ces articles. Cependant, il faut que je leur baise les pieds pour obtenir n'importe quel genre de service, particulièrement les filtres et tout le reste de la trousse.

Une autre femme, à Winnipeg, a illustré la façon dont les appareils et accessoires dont une personne a besoin peuvent ne pas être considérés comme admissibles aux programmes gouvernementaux.

J'avais aussi besoin d'un appareil médical, mais pas pour des raisons médicales. Je ne peux pas laisser ma hanche descendre au-dessous d'un angle de 90 degrés lorsque je suis assise. J'ai dû soulever ma chaise dans le

salon et aussi mon lit. Il m'a fallu me procurer des blocs de béton, que j'ai dû payer. Ils ont coûté moins de 25 \$, ce qui ne présentait pas un gros problème, mais les services sociaux persistaient à dire qu'ils ne les couvriraient pas.

En outre, les responsables des programmes gouvernementaux travaillent de concert avec des vendeuses et vendeurs approuvés pour la fourniture d'appareils particuliers. Cela peut signifier un choix limité d'appareils et accessoires offerts. Au Manitoba, on fournit des fauteuils roulants aux personnes ayant des handicaps moteurs, mais la plupart de ces fauteuils roulants sont fabriqués par Everest-Jennings. Une participante du Manitoba a parlé des limitations.

Lorsque je me suis assise pour la première fois dans mon fauteuil roulant manuel, j'étais tombée souvent au cours de ma vie et mes épaules étaient très mauvaises, donc il était vraiment difficile pour moi de faire avancer mon fauteuil manuel. J'ai donc demandé expressément un fauteuil roulant plus léger; on a dit qu'on m'en donnerait un, mais il est tout aussi lourd que celui qu'on m'a donné à l'origine. Je veux dire par là qu'il est réellement lourd. En outre, je n'ai pas de fourgonnette, et je n'ai pas les moyens d'en acheter une. Donc, c'est réellement un problème pour mon mari que de me soulever pour m'aider à entrer dans la voiture et à en sortir... Ensuite, on se retrouve avec la SMD [Society for Manitobans with Disabilities], qui ne fournit pas de marchette; elle ne fournit pas de marchette, seulement un fauteuil roulant Everest-Jennings, qui est comme un poids à transporter, il est lourd. On ne peut pas avoir de fauteuil électrique si on en a un manuel.

En outre, les programmes gouvernementaux peuvent fournir un appareil générique plutôt qu'un appareil adapté précisément aux besoins de la personne. Une femme handicapée de Winnipeg appartenant à un groupe ethnoracial a décrit sa situation, avec l'aide d'une traductrice.

Le coût des attelles et du corset est couvert par l'aide sociale, mais il y a un manque de choix dans les types d'attelles et de corsets qu'elle peut acheter. Il n'y a pas beaucoup de types d'attelles et de corsets offerts et ceux que l'aide sociale couvre ne sont pas très durables. Le corset est trop grand pour elle et il n'y a pas d'autres choix offerts. On a demandé au vendeur s'il pouvait fabriquer un corset qui s'ajusterait mieux, mais il ne pouvait pas le faire dans les limites de ce que l'aide sociale couvrirait. Même s'il pouvait fabriquer quelque chose de plus convenable, on ne permet pas à [la participante] de retourner le corset qui ne fait pas, et elle n'a pas les moyens d'en acheter deux. Le port d'un vêtement trop grand pour elle lui cause des douleurs et lui rend plus difficile les déplacements. Une partie du problème peut être attribuable à la limitation des types de produits que l'aide sociale couvre et l'autre partie au fait que le vendeur achète un nombre limité de corsets, par exemple, parce qu'il achète en vrac. C'est un choix moins coûteux. La consommatrice ne savait pas si le vendeur achetait un nombre limité de corsets parce que cela lui coûterait moins cher, mais cela pourrait être un facteur qui explique le choix limité.

Les fonctionnaires que nous avons interrogés et qui étaient chargés des programmes provinciaux d'appareils et accessoires fonctionnels ignoraient, pour la plupart, les répercussions des accords commerciaux internationaux sur la capacité des personnes handicapées d'avoir accès à ces appareils et accessoires. Ils ont indiqué que, dans la mesure du possible, on essayait d'obtenir les appareils et accessoires et les aides techniques au Canada. Dans les situations où cela n'était pas possible, les produits étaient achetés des États-Unis. La majorité des appareils et accessoires étaient exonérés de droits, à l'exception d'articles comme les pièces de fauteuils roulants, par exemple les batteries. La raison en était que la population en général pouvait utiliser ces articles. La plupart des répondantes et répondants ont fait remarquer qu'ils retenaient les services de maisons de courtage pour faciliter l'entrée des appareils au Canada. L'un des critères du Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario était que ces derniers et les aides techniques devaient être achetés au Canada de fournisseuses et fournisseurs autorisés dans ce pays.

Couverture des appareils et accessoires fonctionnels par des assurances privées

Quant aux femmes handicapées qui ont un régime d'assurance-maladie privé, soit par l'entremise de leur employeur ou de leur conjoint, soit parce qu'elles ont les moyens d'en payer les coûts, elles peuvent être en mesure d'obtenir certains de leurs appareils et accessoires fonctionnels par l'intermédiaire de ce régime. Une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial a montré comment elle avait utilisé à la fois le Programme des appareils et accessoires fonctionnels du gouvernement et son régime privé pour répondre à ses besoins.

J'ai obtenu mon triporteur du Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) et mon fauteuil roulant par l'intermédiaire de mon régime d'assurance-médicaments, car on ne peut obtenir qu'un seul article par l'intermédiaire du PAAF. J'ai dû payer la différence pour mon triporteur, car le PAAF ne paye que 75 p. 100. J'ai ainsi dû payer le reste. Le triporteur coûtait 4 000 \$, mais le montant que j'ai dû payer n'était pas si élevé. Mon régime a payé 85 p. 100 du fauteuil roulant manuel et j'ai dû payer 15 p. 100. J'ai dû déboursier énormément d'argent. Je n'avais pas le choix. Afin de conserver mon mode de vie — mon emploi, ma santé et tout cela, j'avais besoin de ces articles.

L'achat d'appareils et accessoires fonctionnels

Cependant, la majorité des femmes avec lesquelles nous avons parlé devaient compter sur leur propre revenu pour acheter leurs appareils et accessoires fonctionnels. Le plus souvent, elles étaient limitées par le fait qu'elles n'avaient pas un revenu suffisant pour se procurer les appareils et accessoires dont elles avaient besoin. Mais d'autres obstacles, dont certains étaient liés au commerce, influaient aussi sur leurs choix d'appareils et accessoires fonctionnels.

Pour un grand nombre d'entre elles, il n'y avait pas beaucoup de choix au Canada. Ce qui était offert était très coûteux et il n'y avait pas beaucoup de concurrence entre les fournisseuses et fournisseurs. Pour cette raison, de nombreuses femmes handicapées estiment que leur seul recours consiste à acheter leurs appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis. Une participante sourde et aveugle de Winnipeg en a donné un exemple particulier.

Nous n'avons qu'un seul choix de vibreur pour entendre la sonnerie de la porte ou du téléphone. Je suis allée à une conférence aux États-Unis où on en recommandait un qui n'est pas vendu au Canada. Il existe un appareil vibreur qui aide les personnes diabétiques et dont la vibration est moins intense. Il n'est pas vendu au Canada. J'ai essayé de persuader une personne de Winnipeg de le fournir, mais personne n'a accepté. Au Canada, on approuve l'utilisation de l'Alert Master, mais, aux États-Unis, on dit que le Silent Call est meilleur.

Une autre participante au groupe de discussion de Winnipeg pour les femmes sourdes a donné une idée des difficultés éprouvées lorsqu'on veut acheter ses propres appareils et accessoires fonctionnels.

Lorsqu'on commande des appareils fonctionnels, ceux-ci sont terriblement chers. De nombreuses personnes âgées n'ont pas les moyens de se procurer ces types d'appareils. De plus, si on doit ajouter des articles aux appareils pour les faire fonctionner, le prix monte, même aux États-Unis. Il est nécessaire que le Canada songe à faire quelque chose afin qu'on puisse se procurer les appareils ici au lieu de les commander aux États-Unis.

Certaines femmes handicapées perçoivent les accords commerciaux avec les États-Unis comme des obstacles à l'obtention de l'appareil fonctionnel le moins coûteux, même si ces accords n'imposent pas de droits sur les marchandises en provenance des autres pays.

Nous devrions pouvoir acheter des imprimantes en braille des autres pays. (Elles sont également fabriquées en Allemagne.) Lorsqu'il y a de la concurrence, les produits sont moins chers. Parce que nous sommes obligés d'acheter ces articles aux États-Unis, nous devons payer beaucoup plus. Il y a un manque de choix. Si on se rend à l'INCA [Institut national canadien pour les aveugles], tout provient des États-Unis. Étant donné que j'ai voyagé, je sais qu'on peut se procurer ces articles à meilleur marché dans d'autres pays. Si je voulais acheter quelque chose du Royal National Institute for the Blind, en Angleterre, je pourrais l'obtenir à meilleur marché moi-même, si je le commandais par Internet. Étant donné qu'il existe un accord commercial avec les États-Unis, nous devons payer des droits de douane de 100 p. 100 sur les articles en provenance des autres pays (femme handicapée de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial).

Les politiques commerciales, de concert avec l'industrie canadienne sous-développée des appareils et accessoires fonctionnels, continueront de rendre difficile pour les femmes handicapées l'obtention de ces appareils et accessoires à des prix abordables. Le gouvernement de l'Australie a reconnu un problème semblable dans sa propre industrie dans un rapport de 1990, dans lequel on formule des recommandations concernant le mécanisme le plus efficace pour la fourniture d'appareils et accessoires fonctionnels aux personnes handicapées. Selon la principale recommandation du comité permanent de l'industrie, si on réduisait l'intervention du gouvernement, la qualité et l'éventail des biens et services pourraient être améliorés, les délais d'attente réduits, et les coûts pour

les consommatrices et consommateurs diminueraient (comité permanent de l'industrie de l'Australie 1990)⁶.

Lorsqu'elles achètent des appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis, les femmes handicapées se heurtent à de nombreuses complications qui n'ont pas été résolues dans nos accords commerciaux. Comme l'a dit une femme de Winnipeg, les prix augmentent lorsqu'on doit payer les droits et les frais de douane et les frais de courtage.

Il existe un éventail de choix beaucoup plus vaste aux États-Unis que ceux auxquels nous pouvons avoir accès ici au Canada ou que ceux offerts par n'importe quel des établissements commerciaux. On doit payer les frais de courtage, les droits de douane et les taxes, même s'il s'agit d'un article prescrit. Par conséquent, si un article coûte autour de 40 \$ aux États-Unis, cela ressemble au prix canadien, mais je veux dire qu'au moment où on le reçoit ici et, particulièrement, si on essaie de le commander individuellement, au moment où on le reçoit, il coûte près de 100 \$.

Une femme de Toronto a confirmé cette affirmation.

On peut tout obtenir, si on l'achète des Américains [des États-Unis], car il semble y avoir un plus vaste éventail d'articles offerts, mais s'il s'agit de produits vendus à partir des États-Unis, on ne peut obtenir de financement ni d'aide pour leur achat, de sorte que le coût est habituellement prohibitif, même si les produits peuvent être plus disponibles.

Une autre femme de Winnipeg a exprimé cette opinion, contraire aux données sur le commerce décrites précédemment :

Il y a des droits de douane sur les appareils et accessoires fonctionnels, il devrait précisément y avoir une exonération de droits, car il y a des pays qui en ont une, ce qui est une caractéristique élémentaire du libre-échange.

Une femme de Calgary a décrit la solution qu'elle a trouvée pour se procurer des appareils et accessoires fonctionnels en provenance des États-Unis.

Mon père a acheté la plupart de ces articles, car le financement est tellement difficile à obtenir. Je me suis rendue à une entrevue afin d'obtenir certains articles spéciaux, mais cela n'a encore rien donné — il s'agit d'un ordinateur pour mes cours au collège. Mon père est plus rapide, lorsqu'il s'agit de me procurer des articles. Il est plus coûteux de simplement les acheter et la qualité n'est pas la même qu'aux États-Unis. Parlons du logiciel, par exemple, un programme peut provenir des États-Unis et un du Canada. Le logiciel des États-Unis peut faire de meilleures choses, et le logiciel canadien ne vaut rien...cela dit, sans vouloir généraliser.

En outre, les femmes handicapées ont certaines difficultés particulières lorsqu'elles achètent leurs appareils et accessoires fonctionnels des États-Unis. Une participante au groupe de personnes sourdes de Winnipeg a décrit ses préoccupations.

J'ai peur de commander un ATME [appareil de télécommunications pour malentendants] des États-Unis, car si quelque chose ne fonctionne pas, je devrai payer des frais de poste pour le retourner dans ce pays, même s'il est couvert par une garantie. Je n'ai pas le choix, je dois donc acheter un ATME au Canada, ce qui est très coûteux. Je voudrais que le Canada et les États-Unis demandent des prix égaux pour tous les appareils et accessoires.

Une autre femme sourde de Winnipeg a exprimé l'avis que des normes différentes nuisent à son accès aux marchandises.

Les appareils et accessoires fonctionnels qui se vendent aux États-Unis doivent être approuvés au Canada, car ils ne sont pas approuvés par l'Association canadienne de normalisation (CSA). La plupart du temps, nous devons payer des frais de courtage pour vérifier si les appareils et accessoires ont été approuvés par la CSA. C'est une perte de temps. Lorsque nous commandons des États-Unis, l'article prend deux semaines ou plus à arriver en raison des frais de courtage et des droits de douane.

Le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et les recommandations de principe

L'accès des femmes handicapées aux appareils et accessoires fonctionnels est directement lié aux politiques commerciales. L'assimilation des appareils et accessoires fonctionnels à des appareils médicaux, l'absence d'une classification distincte pour les aides techniques, l'absence d'un lien entre les femmes handicapées et les appareils et accessoires fonctionnels dont elles ont besoin et le manque de renseignements au sujet des droits de douane, des frais de courtage et des taxes qui s'appliquent aux appareils et accessoires fonctionnels, voilà autant de facteurs qui nuisent à l'accès des femmes handicapées à ces appareils et accessoires.

Les appareils et accessoires fonctionnels sont classifiés, aux fins du commerce, comme de la technologie médicale. Cela a le double effet de contribuer à la médicalisation de l'incapacité et de placer les personnes handicapées qui doivent avoir accès à cette technologie dans la même catégorie que les hôpitaux, les établissements et les cliniques qui achètent de la technologie médicale. Il peut se révéler beaucoup plus difficile pour les particuliers que pour les établissements d'avoir accès à cette technologie. Le regroupement des appareils et accessoires médicaux et des appareils et accessoires fonctionnels au sein d'une seule classification a aussi pour effet de rendre obscure, tant pour les utilisatrices et les utilisateurs que pour les maisons de courtage qui gèrent les interactions commerciales, la façon de déterminer à quels appareils et accessoires il faut appliquer les droits de douane. En vertu des accords commerciaux, les appareils et accessoires fonctionnels ne sont pas passibles de droits, mais ce n'est pas le cas de certains appareils et accessoires médicaux et de certaines technologies médicales.

Une solution à cette confusion consisterait à créer une catégorie de classification distincte pour les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques. Cela éliminerait la présomption selon laquelle tous les appareils et accessoires qui peuvent aider les personnes handicapées sont nécessairement médicaux. En outre, cela permettrait une certaine souplesse dans la détermination de ce qu'est la technologie d'aide et reconnaîtrait que différentes technologies peuvent avoir différentes fonctions. Une catégorie distincte ferait aussi en sorte qu'on n'appliquerait aucun droit de douane à l'ensemble des aides techniques, au lieu de faire des déterminations spéciales au sujet des technologies particulières, comme c'est actuellement le cas.

Lorsque nous reconnaissons que les aides techniques sont différentes de la technologie médicale, nous reconnaissons aussi que ce qu'on définit comme une aide technique est déterminé, dans une large mesure, par l'utilisatrice ou l'utilisateur ultime de cette aide. Par exemple, le logiciel de reconnaissance vocale peut être utilisé comme technologie de bureau par un médecin et, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une aide technique. Toutefois, lorsque ce logiciel est utilisé par une personne atteinte de quadriplégie, il s'agit d'une aide technique. Pour gérer cette reconnaissance individualisée des aides techniques, un registre des personnes ayant besoin de ces aides, établi à partir des dossiers des personnes qui demandent le crédit d'impôt pour personnes handicapées, pourrait être tenu par l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC). Étant donné que l'ADRC répond actuellement sur une base spéciale aux demandes concernant des aides techniques, cette approche simplifierait et rationaliserait ce système. En outre, elle assurerait un meilleur accès grâce à des droits de douane réduits, des renseignements plus clairs sur ce que sont les aides techniques et l'inclusion de ces aides et des appareils et accessoires fonctionnels dont ont besoin les personnes handicapées et qui n'ont pas été inclus dans les codes de classification existants.

Ces obstacles peuvent donc limiter la capacité des femmes handicapées à participer pleinement à la société canadienne;

Comme l'a exprimé une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial :

S'il en coûte davantage pour obtenir des appareils et accessoires, tels que les béquilles, les fauteuils roulants ou quoi que ce soit, en raison du libre-échange, alors quelqu'un ferait mieux de surveiller la situation. En fin de compte, si je n'ai pas les moyens de me procurer un fauteuil roulant, je ne serai pas en mesure de travailler. Cela veut dire que je resterai à la maison et que je serai un fardeau pour le système seulement à cause des obstacles qu'il a créés lui-même.

Les femmes handicapées ont répété à maintes reprises qu'elles étaient les mieux placées pour décider des appareils et accessoires dont elles avaient besoin, que ce soit dans le contexte des programmes gouvernementaux, des programmes privés ou de l'utilisation de leur propre argent.

Deux femmes de Winnipeg ont décrit leurs points de vue.

Je pense qu'il faut élaborer des politiques qui permettront aux femmes handicapées de déterminer pour elles-mêmes ce qui leur convient le mieux.

Je pense qu'il est important d'élaborer les politiques de manière à ce que les femmes handicapées estiment qu'elles exercent un contrôle sur leurs choix, en ce qui concerne l'obtention de leurs appareils et accessoires fonctionnels, de ce dont elles ont besoin pour surmonter leur handicap.

À partir de nos données, il est possible d'élaborer des recommandations particulières en matière de politiques commerciales. On a fait plusieurs autres propositions qui ne sont pas énumérées ici, car elles concernaient des domaines autres que le commerce.

1. Tous les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques pour les personnes handicapées devraient être exonérés de droits de douane, de frais de courtage et de taxes.
2. L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) devrait créer un registre des personnes qui reçoivent le crédit d'impôt pour personnes handicapées et utiliser ce registre pour approuver l'entrée en franchise de droits des marchandises destinées à chaque personne handicapée.
3. Statistique Canada devrait créer des codes de classification des marchandises distincts pour les aides techniques, à la suite de discussions participatives sérieuses avec la collectivité autoreprésentative des personnes handicapées.
4. Il est nécessaire d'assurer une plus grande harmonisation des normes entre les États-Unis et le Canada afin que les aides techniques achetées dans un pays puissent être utilisées dans l'autre.
5. L'ADRC devrait créer un site Web accessible et convivial, qui contiendrait des fiches d'information sur l'importation des aides techniques et sur les personnes handicapées.
6. L'ADRC et la Société canadienne des courtiers en douane (SCCD) devraient fournir des renseignements sur le rôle des maisons de courtage dans l'importation d'appareils et accessoires fonctionnels et d'aides techniques, sur les coûts associés à l'importation et sur la possibilité d'obtenir le remboursement des frais de courtage si les appareils et accessoires sont exonérés de droits.
7. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient coordonner un système d'information sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels qui s'étendrait à tout le Canada, qui serait accessible et qui serait compréhensible par le grand public, les décisionnaires, le personnel des programmes, etc.
8. On devrait mettre en place des mécanismes pour permettre aux personnes handicapées et à leurs proches de demander le remboursement de la taxe sur les produits et services (TPS) exigée dans le cas des produits pour personnes handicapées importés des États-Unis au Canada. À l'heure actuelle, les professionnelles et les professionnels peuvent demander le remboursement de la TPS payée à l'égard de ces types d'articles,

tandis que les consommatrices et consommateurs et leurs proches ne peuvent pas le faire.

9. On devrait élaborer des mesures incitatives pour renforcer le secteur industriel canadien des aides techniques.

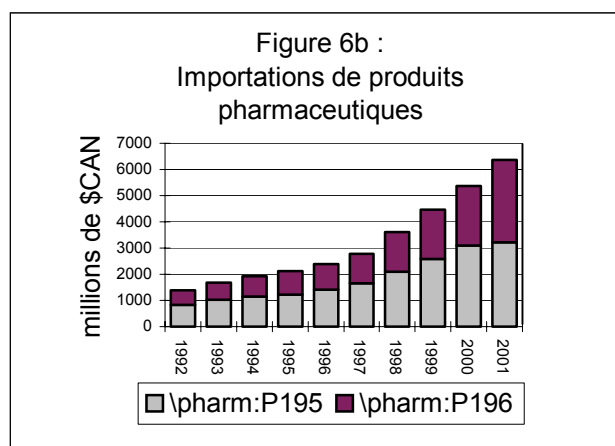
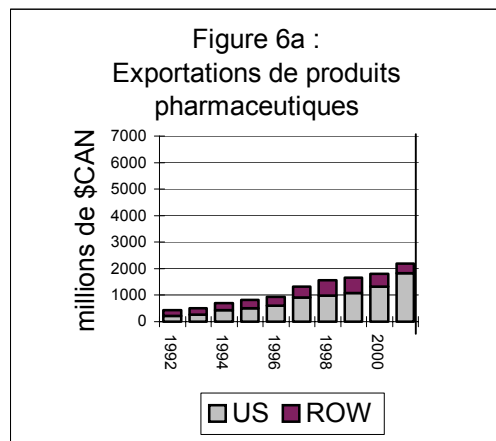
4. LE COMMERCE DES PRODUITS ET SERVICES DE SANTÉ

Les femmes handicapées sont d'importantes consommatrices de produits et services de santé et, à ce titre, elles ont un pouvoir d'achat considérable. Bien qu'on ne dispose pas de statistiques particulières montrant l'étendue de l'utilisation de ces produits et services, de nombreuses études, on décrit les personnes handicapées comme de « fortes utilisatrices » des services de santé (Batavia et DeJong 2001; DeJong 1997). À partir de l'Enquête nationale sur la santé de la population, McColl et Shortt (2002) ont déterminé que les personnes adultes âgées de 35 à 64 ans ayant des maladies et des incapacités chroniques sont les plus grandes utilisatrices de services de santé au Canada. En outre, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique que 24 p. 100 des personnes adultes handicapées ont affirmé que, durant les 12 mois précédents, elles n'avaient pas reçu tous les soins de santé dont elles avaient besoin (DRHC 2002). En comparaison, seulement 10 p. 100 des personnes adultes non handicapées ont affirmé qu'elles n'avaient pas reçu les soins dont elles avaient besoin. On ne dispose pas encore de statistiques sur l'utilisation des produits pharmaceutiques par les femmes handicapées, mais nous pouvons extrapoler que, vu leur utilisation des services de santé, il est probable qu'elles sont aussi de grandes utilisatrices de produits pharmaceutiques. Sous tous les angles, les femmes et les hommes handicapés comptent énormément sur le système de soins de santé. Par conséquent le commerce des produits et services de santé a des répercussions immédiates sur leur vie et leur santé.

Dans la présente section, nous examinons deux aspects du commerce des produits et services de santé : le commerce des produits pharmaceutiques et celui des services de santé.

Les structures du commerce des produits pharmaceutiques

À la suite des accords de libre-échange avec les États-Unis et l'Organisation mondiale du commerce, il s'est produit une élimination graduelle des droits de douane sur les produits pharmaceutiques importés au Canada. Pour cette raison, on se serait attendu à une baisse des prix des médicaments au Canada. Pourtant, cela ne s'est pas produit. Bien qu'il y ait eu un accroissement astronomique du commerce des produits pharmaceutiques au cours de la dernière décennie (figures 6a et 6b), il n'y a pas eu de baisse importante des prix. En fait, au cours de la dernière décennie il s'est produit une augmentation constante des dépenses relatives à tous les médicaments.



US = É.-U.; ROW = RDM

Les révisions apportées à la politique du Canada en matière de médicaments brevetés expliquent l'expansion rapide du commerce. En réponse à l'escalade des prix des médicaments, en 1969, le gouvernement canadien a adopté une politique qui permettait aux entreprises fabriquant des médicaments de produire une version « générique » d'un médicament breveté. Bien que cette approche ait généralement été jugée efficace pour abaisser le coût des médicaments au Canada, le gouvernement a fait marche arrière, en 1987, à la suite de pressions visant à satisfaire aux dispositions de l'ALE et du GATT, lesquelles exigent une protection plus rigoureuse des droits de propriété intellectuelle. Les titulaires de brevets de médicaments se sont vu accorder de sept à dix ans de protection contre la concurrence des copies génériques et, en 1993, la période du monopole a été portée à jusqu'à 20 ans. La protection contre la concurrence des médicaments génériques a été justifiée par le motif que les profits de monopole constitueraient une incitation à une plus grande innovation et encourageraient davantage la recherche et le développement au Canada. D'autre part, les coûts potentiels devaient être améliorés par la mise sur pied du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), lequel aurait le pouvoir de veiller à ce que les prix ne soient pas « excessifs » (Jones *et al.* 2001).

Créé en 1987, le CEPMB est un conseil fédéral indépendant quasi judiciaire qui établit et applique des lignes directrices déterminant les prix maximaux auxquels les fabricants peuvent vendre les médicaments d'origine (CEPMB 2000). Selon ces lignes directrices, les prix de lancement des médicaments « révolutionnaires » ne doivent pas excéder la médiane des prix des médicaments dans d'autres pays industrialisés. Grâce au système canadien d'établissement des prix, les prix des médicaments d'origine sont en moyenne de 38 p. 100 de moins que les prix exigés aux États-Unis (CEPMB 2000). Bien que la protection accrue des brevets puisse avoir porté préjudice aux entreprises nationales, la réglementation des prix effectuée par le CEPMB était conçue pour faire en sorte que la consommatrice ou le consommateur n'ait pas à assumer des coûts de médicaments plus élevés.

Certaines personnes ont soutenu que les accords commerciaux n'exigeaient pas que le Canada mette fin à ses politiques en matière de licence obligatoire et fasse ainsi augmenter les prix des médicaments. Au lieu de cela, ces analystes expriment l'idée que le gouvernement a apporté des modifications à la *Loi sur les brevets*, dont certaines par l'intermédiaire du

projet de loi C-91, et ne les a pas incluses dans les accords commerciaux. Par contre, d'autres soutiennent que les modifications apportées à la *Loi sur les brevets* dans le projet de loi C-91 ont été adoptées pendant que les préparatifs du Cycle d'Uruguay des négociations multilatérales du GATT étaient en cours.

Le gouvernement fédéral a alors invoqué ces négociations et l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis comme principale justification de l'élimination des licences obligatoires pour les médicaments génériques. On a soutenu que la législation du Canada en matière de brevets devait respecter les « nouvelles obligations internationales » concernant le traitement des droits de propriété intellectuelle (CTC 1997).

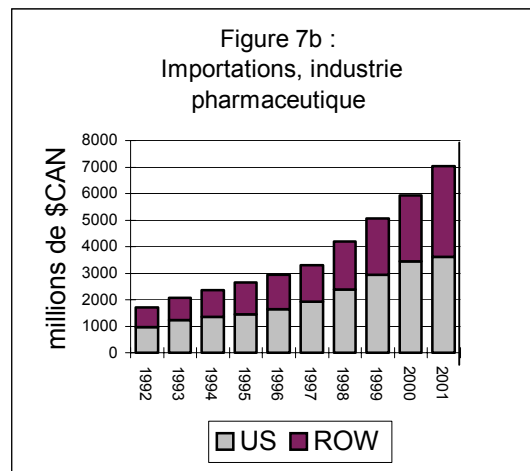
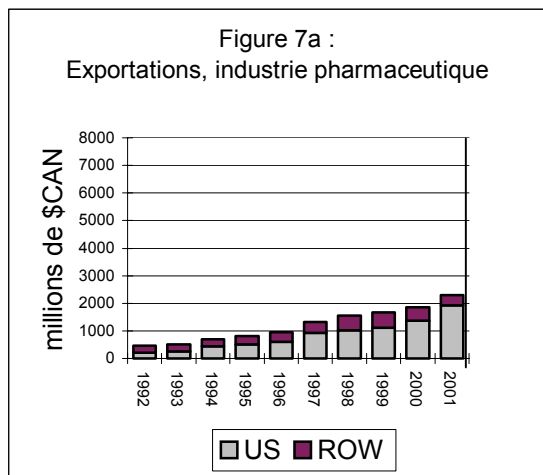
Le gouvernement a laissé entendre que les modifications apportées à la *Loi sur les brevets* dans le projet de loi C-91 étaient jugées nécessaires pour respecter les dispositions de l'ALENA concernant les droits de propriété intellectuelle.

En 1991, dans le cadre des négociations du GATT, on a publié le rapport Dunkel. Le gouvernement de l'époque a alors perçu clairement la direction donnée à la politique internationale sur la protection de la propriété intellectuelle. En effet, on s'orientait vers des périodes de protection par brevet de 20 ans à partir de la date de dépôt de la demande de brevet, et la discrimination selon le domaine technique n'était pas autorisée. Les médicaments ne pourraient donc pas faire l'objet de dispositions particulières (CTC 1997).

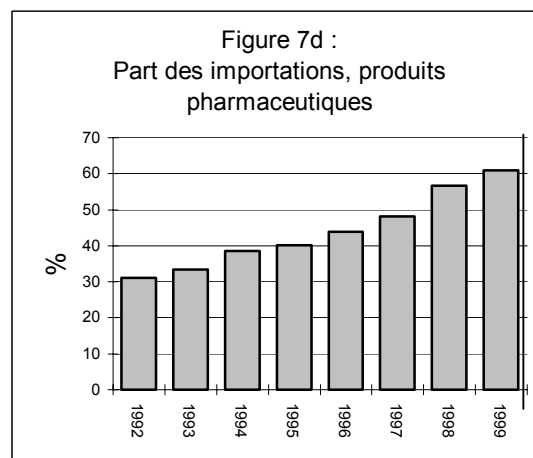
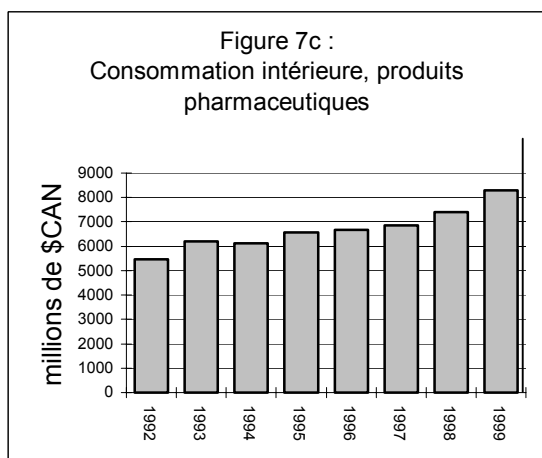
Dans son rapport de 2002, la Commission Romanow a fait la recommandation suivante :

Le gouvernement fédéral devrait examiner sans délai les pratiques de l'industrie pharmaceutique en ce qui concerne la protection des brevets, et en particulier la perpétuation des brevets (*evergreening*) et la réglementation sur les avis de conformité. Il faudrait chercher à déterminer s'il y a un bon équilibre entre, d'une part la protection de la propriété intellectuelle et, d'autre part, la nécessité de limiter les coûts et de donner aux Canadiennes et aux Canadiens un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance non brevetés (Romanow 2002).

Étant donné que la majorité des nouveaux médicaments brevetés étaient produits à l'extérieur du Canada et qu'une forte proportion des médicaments génériques étaient produits dans ce pays, la prolongation de la période des brevets a eu pour effet un accroissement considérable des importations et une faible croissance de l'industrie nationale (figures 7a–7d).

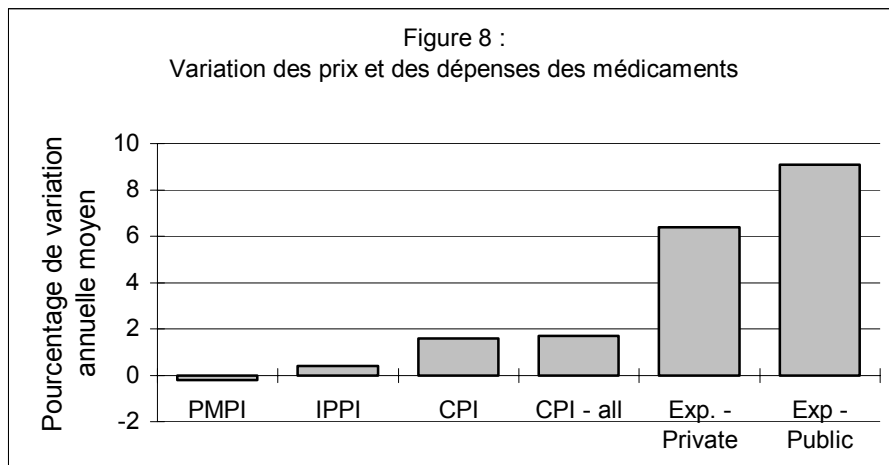


US = É.-U.; ROW = RDM



Les prix des médicaments au Canada — qu'on les mesure à partir du prix des nouveaux médicaments brevetés, du prix moyen de tous les médicaments produits au pays au niveau de l'usine, ou du prix moyen de tous les médicaments payés par les consommatrices et les consommateurs — sont demeurés remarquablement stables au cours de la dernière décennie, augmentant, d'une façon générale, à une cadence plus lente que le prix moyen de tous les biens et services vendus au Canada.

La figure 8 et les tableaux 7 et 8 de l'annexe résument le taux annuel d'augmentation des prix des médicaments et le taux d'augmentation des dépenses pour les médicaments au cours de la période de 1992 à 2001. Le prix des médicaments peut être mesuré selon trois différents indices : l'indice des prix des médicaments brevetés (IPMB), l'indice des prix des produits industriels (IPPI, soit le coût au départ de l'usine des médicaments produits au pays), l'indice des prix à la consommation pour les produits pharmaceutiques (IPC-PP) et l'indice des prix à la consommation (IPC) pour tous les biens et services. Cependant, la stabilité apparente des prix contraste fortement avec l'accroissement manifeste des dépenses de médicaments.



PMPI = IMPB; IPPI = IPPI; CPI = IPC; CPI-all = IPC – tous;
Exp.-Private = Dép. privées; Exp.-Public = Dép. publiques

Il s'est produit un accroissement marqué des dépenses de médicaments. Comme le montre la figure 8, les dépenses tant des consommatrices et consommateurs privés que des régimes d'assurance-maladie gouvernementaux se sont accrues à un taux alarmant au cours de la décennie. En fonction du nombre d'habitantes et d'habitants, les dépenses par consommatrice ou consommateur sont passées de 182 \$ à 306 \$ par année, tandis que les dépenses publiques ont plus que doublé, passant de 91 \$ à 195 \$ par année. Dans les deux cas, il s'est produit une augmentation importante du pourcentage que représentent les médicaments, dans les dépenses totales pour les soins de santé.

Cela montre qu'il s'est produit un changement radical dans la *composition* de la consommation des médicaments, en faveur des nouveaux médicaments brevetés et au détriment des anciens médicaments brevetés et des médicaments génériques. Comme Green Shield Canada (1998), une entreprise d'assurance privée, a été la première à le faire remarquer, une grande partie de ce changement dans la composition de la consommation des médicaments s'est produite en raison de l'habitude des médecins consistant à remplacer les anciens médicaments, moins coûteux, par des médicaments plus nouveaux et plus coûteux, ce qui a eu pour effet une augmentation du coût moyen des ordonnances.

En bref, les avantages promis aux consommatrices et aux consommateurs sous forme de réduction des prix grâce à l'élimination des barrières tarifaires ne se sont pas concrétisés. Bien au contraire, le prolongement de la période de protection des brevets de produits pharmaceutiques, fabriqués dans une large mesure à l'extérieur du Canada, a entraîné une augmentation spectaculaire du coût des médicaments pour les Canadiennes et les Canadiens, tant le coût des médicaments destinés à leur propre consommation que les coûts imposés aux régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Les structures du commerce des services de santé

Dans le cadre de l'ALENA (chapitres 11 et 12) et de l'AGCS de l'OMC, le Canada a accepté plusieurs obligations particulières concernant le commerce international des services

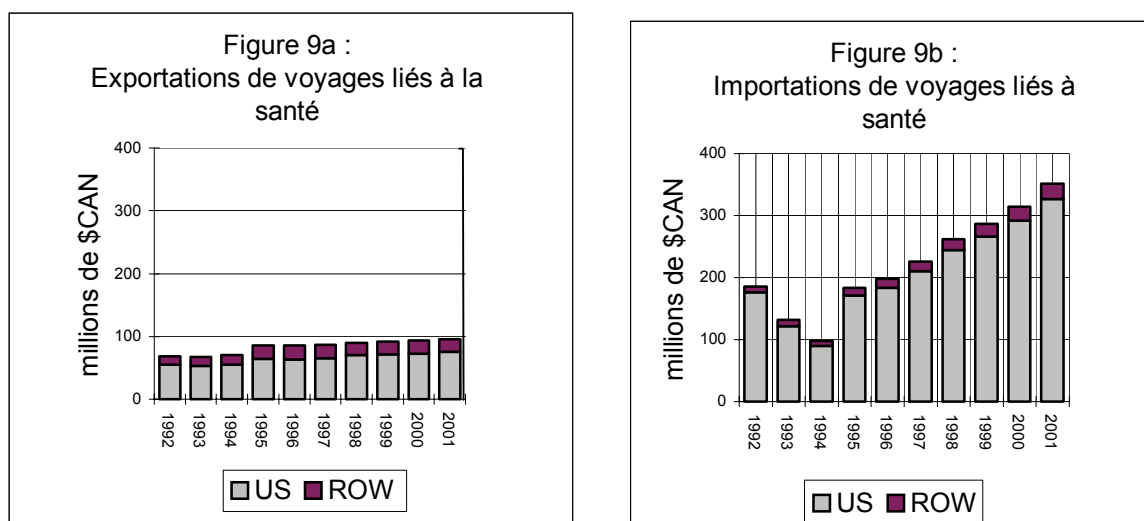
et l'investissement dans ceux-ci. En outre, les négociations en cours du cycle de Doha des négociations multilatérales de l'OMC et de la ZLEA portent, dans une large mesure, sur l'élargissement de la portée du commerce des services, y compris dans des domaines comme les soins de santé et l'éducation.

Aux termes de ces accords, les entreprises canadiennes auraient un plus grand accès aux marchés étrangers, mais, en retour, le Canada devrait permettre l'entrée des entreprises étrangères. Cela place les intérêts commerciaux de ces entreprises directement en conflit avec de nombreux programmes sociaux financés par le gouvernement fédéral et les provinces et territoires et laisse planer la menace de l'érosion de la capacité de ces administrations à fournir ou à réglementer directement les services dans les secteurs de l'éducation et des soins de santé.

La vulnérabilité du système de santé public du Canada a fait l'objet de la plus grande attention à cet égard. Johnson (2002) fait remarquer que l'essentiel du système de soins de santé du Canada — les services couverts actuellement par les régimes provinciaux d'assurance-maladie — est protégée dans l'annexe A de l'ALENA, qui exempte ces régimes des engagements particuliers concernant l'accès des entreprises étrangères au marché. Il ajoute, toutefois, que l'annexe 1 constitue une « voie à sens unique » : la capacité du gouvernement de s'étendre dans des secteurs actuellement servis par des productrices et des producteurs privés est entravée, tandis qu'en cas d'érosion de la couverture publique, les dispositions de l'ALENA (et de l'AGCS) concernant le « traitement national » et l'« accès au marché » entrent en vigueur. En d'autres termes, si les pressions financières constantes exercées sur la capacité des gouvernements provinciaux à maintenir un niveau adéquat de services de santé entraînent d'autres réductions de la protection accordée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie et une privatisation accrue de certains services, les entreprises étrangères doivent se voir accorder le même traitement que les fournisseuses et fournisseurs nationaux dans la concurrence pour la prestation des services privés. Cela signifie que les gouvernements seraient dans l'impossibilité d'exercer une discrimination en faveur des hôpitaux et des autres prestataires de services à but non lucratif au détriment des établissements à but lucratif. Selon l'avertissement de Johnson (2002), « les accords de libéralisation du commerce soulèvent plus de difficultés qu'ils n'offrent de possibilités ».

Ces changements représentent des menaces futures, lesquelles découlent des accords commerciaux, pour le programme de soins de santé du Canada. Cependant, les statistiques du commerce actuel ne montrent aucun de ces changements, bien que, comme semblent l'indiquer les figures 9a et 9b, il s'est produit une augmentation considérable du nombre de voyages que les Canadiennes et les Canadiens font aux États-Unis pour obtenir des services liés à la santé. Mais les accords commerciaux illustrent les pressions exercées en faveur d'une plus grande privatisation des services, lesquelles ont conduit et continuent de le faire à l'entrée des entreprises étrangères dans l'industrie des soins de santé. À mesure que les provinces ferment des lits d'hôpitaux, retirent différentes formes de soins et de médicaments des régimes publics d'assurance-maladie et donnent en sous-traitance des services allant de la préparation des aliments aux soins à domicile, les dispositions de l'ALENA et de l'AGCS concernant le « traitement national » et l'« accès au marché » obligent le Canada à permettre l'entrée des entreprises étrangères dans l'industrie. En accroissant les pressions exercées en faveur d'un système de santé privé, la libéralisation du commerce intensifie l'insécurité

économique des membres les plus vulnérables de la société en les obligeant à entrer en concurrence sur le marché pour obtenir les services de santé dont ils ont besoin.



US = É.-U.; ROW = RDM

Le commerce des produits et services de santé et les femmes handicapées

Les femmes handicapées qui ont participé à la présente étude avaient beaucoup de choses à dire au sujet de la mesure dans laquelle les prix des médicaments avaient des répercussions sur leur vie et au sujet de certaines questions commerciales liées aux produits pharmaceutiques. Cependant, la plupart d'entre elles n'avaient pas eu recours à des services de santé privés. Cela en soi, renforce les tendances indiquées ci-dessus, selon lesquelles, bien qu'il plane une menace sur les services de santé en vertu des accords commerciaux, il ne s'est pas encore produit de privatisation importante.

Les médicaments et les femmes handicapées

Les coûts des médicaments et de la protection par les régimes publics d'assurance-maladie étaient les deux questions les plus névralgiques pour les femmes avec lesquelles nous avons parlé. Pour certaines, dont une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial, la protection accordée par un régime d'assurance-maladie déterminait les médicaments qu'elle pouvait utiliser.

Je n'utilise que des médicaments couverts par le RAMO [Régime d'assurance-maladie de l'Ontario]. Si un médicament prescrit n'est pas couvert, je dois le remplacer par un autre médicament qui est couvert.

Une femme de Halifax a fait remarquer que la Nouvelle-Écosse ne couvrait pas complètement ses frais de médicaments.

De tous les médicaments que j'ai essayés, il n'y en a qu'un seul que je peux utiliser et il n'est pas couvert complètement par le MSI [Régime d'assurance-médicale] et il me coûte cher; il y a deux médicaments qui me

coûtent presque 50 \$ par mois que je dois déboursier et qu'on ne couvre pas, et ce montant est énorme pour mon budget.

Dans le cas d'une femme autochtone de Halifax, une partie, mais pas la totalité, de ses médicaments sont couverts par le régime fédéral pour les Autochtones.

J'ai des médicaments, mais je ne sais pas quels rapports ils ont avec le commerce. Ce sont des médicaments dont j'ai besoin et qui ne seront pas payés par les services communautaires, mais j'ai la chance d'être d'origine autochtone, de sorte que cela me permet d'obtenir quelque chose à cause de mon statut. Mais il y a des médicaments qui seraient utiles et qui ne seront pas payés du tout.

Il y a avait une disparité considérable entre les coûts des médicaments lorsque les femmes handicapées étaient employées au lieu de bénéficier d'un programme gouvernemental de soutien du revenu. Dans le cas des femmes handicapées bénéficiant des programmes provinciaux d'aide sociale, les médicaments d'ordonnance sont habituellement couverts. Tel n'est pas le cas pour celles qui reçoivent un revenu sous forme de prestations de pension ou de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Dès que les femmes handicapées se joignent à la population active, elles perdent habituellement cette protection et ajoutent des dépenses considérables à leur vie.

Il faut parfois être une personne recevant de l'aide sociale, par exemple, pour bénéficier d'une couverture quelconque des médicaments, tandis que si on est une personne handicapée qui travaille, et nous savons ce que c'est, on est une travailleuse ou un travailleur à faible revenu. Comment alors peut-on avoir les moyens d'acheter ses médicaments et tous les articles dont on a besoin (femme de Winnipeg)?

Mais le fait d'accepter de l'aide d'un programme gouvernemental pour l'achat des médicaments peut présenter des inconvénients. Une femme de Halifax a laissé entendre qu'elle devait acheter des médicaments plus anciens et moins efficaces, si elle voulait que ses médicaments continuent d'être couverts.

Je n'ai pas recours aux services de santé privés, car je n'en ai pas les moyens, c'est ce qui m'en empêche, mais je le pourrais certainement si j'avais de l'argent. À l'heure actuelle, je travaille et je paye toutes mes factures et le reste, mais mes médicaments sont payés par les services communautaires, et si je gagne plus que ce qu'on aurait budgété pour moi auparavant lorsque les services communautaires payaient mon loyer, ma nourriture et mes médicaments, tout cela ensemble, si je gagne plus que cela, je vais finir par devoir payer mes médicaments, qui coûtent 300 \$ par mois, tandis que si je continue à gagner juste un peu d'argent, ils continueront de les payer. Mais il y a des moments où, par exemple j'ai besoin de médicaments pour le cholestérol et je ne peux pas obtenir les meilleurs, car, eh bien, je le pourrais si je pouvais les payer, donc, maintenant, j'utilise des médicaments plus anciens qui ne sont pas aussi

bons, mais qui sont couverts, ainsi, mes choix sont assez limités pour cette raison.

En raison de cette disparité, un grand nombre de femmes handicapées estiment qu'elles n'ont pas d'autre choix que de se tenir à l'écart de la population active pour faire en sorte que les coûts de leurs médicaments soient couverts par l'assurance.

Une femme handicapée de Winnipeg a laissé entendre que les modifications apportées à la législation sur les brevets dans le cadre des accords commerciaux ont rendu sa situation beaucoup plus difficile.

Parce que je travaille, et ici c'est encore l'histoire de la travailleuse à faible revenu, parce que je travaille, je n'ai pas accès aux médicaments gratuits ni à quoi que ce soit. Certains des nouveaux [médicaments] qui ont moins d'effets secondaires sont plus coûteux que ceux qu'on avait l'habitude de prescrire ou qui sont plus anciens. Ici encore, on est aux prises avec la législation sur les brevets et, par conséquent, il se peut qu'ils ne soient même pas couverts. Il y a des médicaments très particuliers, du moins selon mon expérience, dont j'ai besoin parce qu'ils sont liés expressément à mon handicap et qui sont très, très coûteux et souvent ne sont pas couverts. Je dois y renoncer... je les remplace par des médicaments qui sont peut être moins efficaces où je n'en prends pas du tout et j'essaie de m'adapter, de m'en passer durant une semaine, car je n'ai pas les moyens de les payer durant cette semaine, étant donné qu'ils coûtent 200 \$ par mois, et que cela a des répercussions sur ma vie quotidienne.

Le commerce influe non seulement sur le prix, mais aussi sur la perception de l'accès aux médicaments appropriés, dans le cas de certaines femmes handicapées. De l'avis d'une femme de Winnipeg, pour obtenir ce dont elle avait besoin, elle devait passer la frontière.

Je souhaiterais que, étant donné nos accords commerciaux, il puisse y avoir, en quelque sorte, une meilleure circulation des médicaments qui sont acceptés au Canada, et je vais vous donner un exemple. Vu mon handicap... j'ai beaucoup de migraines, énormément de migraines. Il s'agit d'un médicament que je peux acheter en vente libre aux États-Unis et il est absolument extraordinaire, car si je ne l'avais pas, il y aurait beaucoup de jours où je ne serais pas capable de travailler, par exemple tous les deux jours de ma vie. Par conséquent je dois me rendre aux États-Unis et, alors, j'achète la plus grosse bouteille possible.

Pour une autre femme de Halifax, l'obtention des médicaments des États-Unis présentait des obstacles, mais elle ne savait pas exactement quels étaient les obstacles au commerce.

Il y a un médicament dont j'ai besoin qui est en vente aux États-Unis, mais pas au Canada. On ne peut pas l'acheter au Canada, on peut se rendre aux États-Unis et en acheter une certaine quantité pour son usage personnel et la

rapporter, mais on ne peut pas commander ce médicament par la poste, pour une raison qui a rapport aux douanes.

L'accès aux médicaments appropriés pour les femmes handicapées comprend non seulement l'accès du point de vue des coûts, mais aussi la disponibilité des médicaments appropriés dans le système de santé canadien ou, à tout le moins, au-delà de la frontière américaine. Comme le montre le cas de la femme de Winnipeg, il existe des processus d'approbation des médicaments différents au Canada et aux États-Unis. Cela signifie que certains médicaments peuvent être disponibles dans un pays, mais pas dans l'autre. Certaines personnes peuvent soutenir qu'il ne s'agit pas là d'une question de politique commerciale. Néanmoins, comme le font remarquer les femmes, si nos politiques commerciales reconnaissaient et reflétaient les disparités dans l'accès pour les femmes et les hommes handicapés, il faudrait qu'elles tiennent également compte des disparités dans les processus d'approbation des médicaments.

La privatisation des services de santé et les femmes handicapées

La plupart des femmes handicapées avec lesquelles nous avons parlé n'avaient pas fait l'expérience de la privatisation des services de santé. Mais, comme l'a fait remarquer une femme de Winnipeg, cela ne veut pas dire qu'elles ne la voient pas venir à la suite des accords commerciaux.

Ma compréhension de la question est qu'il y a eu des pressions exercées par certaines entreprises médicales des États-Unis qui désirent s'installer au Canada et qui affirment que, étant donné que nous avons le libre-échange, elles devraient pouvoir venir tout simplement s'installer et qu'autrement, il s'agit d'une pratique commerciale déloyale.

Cela ne signifie pas non plus que les femmes soient d'accord sur la privatisation ou la privatisation éventuelle des soins de santé, selon une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial.

Je n'ai jamais eu recours à des soins de santé privés, Dieu merci! Si nous payons pour les soins de santé par l'intermédiaire de nos impôts, pourquoi devrions-nous avoir recours à des soins de santé privée? Quelque chose doit aller mal ou manquer dans notre façon de procéder. Si on doit recourir aux soins de santé privés parce qu'on ne peut pas utiliser le système public, il devrait y avoir une limite sur le montant qu'on paye pour les soins. Le gouvernement devrait couvrir la majeure partie du coût. Si j'ai besoin d'un service qui n'est pas offert dans le cadre du système public, quels autres choix ai-je, en particulier du point de vue de la santé? Il n'est pas juste que je finance les soins de santé publics et que je doive ensuite payer des montants supplémentaires pour des soins de santé privés. Il y a là quelque chose qui manque.

Une femme de Toronto appartenant à un groupe ethnoracial soutient que les politiques commerciales mises en oeuvre par le gouvernement fédéral influent sur les politiques du gouvernement provincial et des administrations locales, lesquelles ont, à leur tour, des répercussions sur sa vie.

Les politiques gouvernementales à l'égard des États-Unis influent sur les organismes locaux. C'est un cycle. On élabore une politique puis on la transmet aux organismes locaux, qui les transmettent, à leur tour, à leurs clientes et clients. Un seul effet déclenche tout.

Un grand nombre des femmes handicapées reconnaissent aussi que, pour continuer à participer à la vie sociale, elles auraient besoin qu'on leur fournisse des soins de santé uniformes. Comme l'a dit une femme de Calgary, il existe une certaine crainte que la privatisation ne crée encore plus d'obstacles à l'accès aux soins de santé.

La privatisation établit un régime à deux vitesses dont le personnel et les employeuses et employeurs devront assumer les coûts... Un tel régime peut présenter une couverture très limitée quant aux médecins que vous pouvez consulter. Je préférerais voir l'argent demeurer investi dans le système de santé public.

Bien que la privatisation des produits et services de santé n'ait pas été un grave problème à ce moment là, les femmes handicapées ont fait savoir clairement que la plupart d'entre elles n'étaient pas intéressées à perdre leur système de santé public.

Le commerce des produits et services de santé et les recommandations de principe

En ce qui concerne les femmes handicapées, l'augmentation des prix des produits pharmaceutiques liée à l'adhésion du Canada aux accords commerciaux internationaux et le mouvement en faveur d'une privatisation accrue des services de santé sont deux facteurs qui ont eu des répercussions considérables.

En tant qu'importantes utilisatrices de produits pharmaceutiques, de nombreuses femmes handicapées sont confrontées à des coûts mensuels énormes pour l'achat de leurs médicaments. Un grand nombre d'entre elles comptent sur les programmes publics, y compris l'aide sociale provinciale, pour couvrir ces coûts. Mais, dans la plupart des provinces, l'admissibilité à ces programmes est limitée aux personnes incapables de travailler. En conséquence, les femmes handicapées qui ont à assumer des coûts de médicaments élevés doivent soit demeurer à l'écart de la population active et recourir à l'aide gouvernementale pour l'achat de leurs produits pharmaceutiques, soit se joindre à la population active et faire partie des « travailleuses à faible revenu » — qui utilisent une forte proportion de leur revenu pour payer les coûts de leurs médicaments. Cette absence d'aide au paiement des coûts des médicaments constitue pour de nombreuses femmes handicapées une désincitation à travailler et renforce l'idée qu'elles ne peuvent pas être des membres productifs de la société canadienne, même si beaucoup d'entre elles choisiraient de travailler si elles bénéficiaient des mesures de soutien appropriées.

L'incertitude au sujet de l'avenir des services de santé publics a aussi eu des répercussions sur les femmes handicapées. Les femmes avec lesquelles nous avons parlé ont dit que les services de santé privés ne prennent pas encore une place importante dans leur vie, mais elles se préoccupent au sujet de ce qui arriverait si elles commençaient à perdre certains des éléments du système de soins de santé qui leur apportent actuellement un soutien important. La possibilité future de soins de santé privatisés, au moment où les personnes handicapées

manifestent un intérêt accru pour la gestion de leurs propres soins, laisse ces dernières plus vulnérables face aux forces du marché, pour ce qui est de l'obtention de leurs soins, et peut saboter ou réduire encore davantage les programmes publics.

En raison de ces préoccupations, les femmes ont cerné plusieurs domaines dans lesquels il faudrait poursuivre l'élaboration de politiques.

10. Lorsqu'il élabore des politiques commerciales, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) devrait reconnaître les problèmes de manque d'accès créés par la disparité des coûts des produits de santé entre le Canada et les États-Unis, et créer un mécanisme approprié pour corriger cet écart, à l'intention des personnes handicapées qui ont besoin de ces produits.
11. Le MAECI devrait veiller à ce que, dans le cadre des politiques commerciales existantes et en cours d'élaboration, on mette en place des normes d'accessibilité communes (y compris la prestation des services d'interprètes dans les établissements de soins de santé d'urgence) qui viennent appuyer la législation nationale existante.
12. Le MAECI devrait faire en sorte que les accords commerciaux internationaux, tant les accords existants que les accords à venir, ne désorganisent pas l'accès aux soins à domicile financés par le gouvernement.
13. Les entreprises des États-Unis qui vendent des produits de santé et des appareils et accessoires fonctionnels devraient être encouragées à établir des concessions au Canada afin d'accroître l'accessibilité et l'abordabilité de ces articles pour les consommatrices et les consommateurs.

5. L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS SUR LE COMMERCE ET AUX SERVICES POUR LES FEMMES ENTREPRENEURES HANDICAPÉES

La situation économique et les goûts personnels d'un grand nombre de femmes handicapées peuvent les amener à considérer l'entrepreneuriat comme un choix valable. Comme l'a montré Gail Fawcett (1999), les femmes handicapées connaissent des taux de pauvreté plus élevés que les femmes non handicapées et que les hommes, handicapés ou non. Une proportion importante des femmes et des hommes handicapés restent complètement à l'écart de la population active. En 1993 et 1994, plus de la moitié (56,8 p. 100) des femmes handicapées en âge de travailler sont demeurées hors de la population active rémunérée pour toute la période de deux ans, contre seulement 15,3 p. 100 de femmes non handicapées. Les femmes handicapées gagnent habituellement moins que les femmes non handicapées ou les hommes handicapés. Les femmes et les hommes handicapés sont plus susceptibles d'être les seules personnes à gagner le revenu familial que les femmes et les hommes non handicapés. Près d'une femme handicapée sur dix est une mère seule (Fawcett 1999). Pour les femmes et les hommes handicapés, l'emploi dépend souvent des attitudes des employeuses et employeurs et de leur consentement à s'adapter à la situation des personnes handicapées (Bunch et Crawford 1998). Cela a amené un nombre croissant de femmes handicapées à considérer le travail autonome comme un choix valable.

De plus en plus de femmes relèvent les défis et profitent des possibilités de l'entrepreneuriat. En 2000, les femmes entrepreneures avaient une participation majoritaire dans 15 p. 100 (et un certain degré de participation dans 45 p. 100) des petites et moyennes entreprises du Canada (Industrie Canada 2003). Cependant, les statistiques sur le nombre de femmes handicapées qui sont des travailleuses autonomes sont presque inexistantes. Dans un examen de la documentation (Neufeldt *et al.* 1999), on n'a découvert qu'une seule étude concernant les femmes handicapées et le travail autonome. En mai 1996, Employment Action (une société à but non lucratif) a effectué une recherche sur les femmes entrepreneures handicapées pour la Women's Enterprise Society of British Columbia. Les principaux objectifs du projet étaient de sensibiliser les femmes handicapées aux mesures d'appui et aux services généraux aux entrepreneures et entrepreneurs effectuant du travail autonome, lequel était considéré comme un choix viable, et d'élaborer des stratégies pour soutenir ces personnes. L'étude ne fournissait aucune statistique sur le nombre de femmes handicapées au Canada et en Colombie-Britannique qui étaient des travailleuses autonomes à l'époque et, à la connaissance des chercheuses et chercheurs du Centre Canadien d'études sur le handicap, aucun suivi n'a été effectué par la Women's Enterprise Society of British Columbia.

En mai 1997, le Network for Entrepreneurs with Disabilities (NEWD) a effectué une étude auprès de ses 171 membres afin de mettre à jour ses renseignements sur les obstacles auxquels se heurtent les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et de formuler des recommandations afin d'éliminer ces obstacles (NEWD 1998). Sur les 61 réponses reçues, 31 p. 100 provenaient de femmes handicapées. Les répondantes et répondants désiraient l'indépendance, la compréhension et le respect, l'élimination des désincitations à exercer un travail autonome, en particulier à temps partiel, et de l'aide pour obtenir l'égalité des chances avec les entrepreneures et entrepreneurs non handicapés. Des recommandations étaient formulées à ces égards.

L'entrepreneuriat pour les personnes handicapées et les femmes a été soutenu par le gouvernement fédéral et les provinces et par des organismes du secteur privé. Par exemple, le ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest finance des prêts aux entreprises et des programmes de formation afin d'aider les entrepreneures et entrepreneurs handicapés qui vivent dans les régions urbaines et rurales des provinces de l'ouest à fonder et à lancer leurs propres entreprises, tandis que l'Agence de promotion économique du Canada Atlantique finance le NEWD, en Nouvelle-Écosse, afin qu'il offre des mesures d'appui semblables. Le Réseau national pour la santé mentale aide les personnes ayant des troubles du psychisme qui désirent travailler à leur propre compte et le Fonds d'intégration de Développement des ressources humaines Canada a soutenu des projets liés à l'entrepreneuriat. Des associations d'entrepreneures et d'entrepreneurs handicapés, telles que le Network of Entrepreneurs with Disabilities Manitoba et le NEWD, ont aussi été créées. Des ressources génériques, telles que les centres de services aux entreprises du Canada et les centres de services pour les femmes entrepreneures, ont commencé à accroître l'accessibilité de leurs services pour les personnes handicapées. Cependant, les participantes aux groupes de discussion ont fait remarquer que les ressources en entrepreneuriat pour les personnes handicapées ne répondaient pas aux préoccupations particulières des femmes entrepreneures handicapées.

Les entrepreneures et entrepreneurs qui s'intéressent au commerce peuvent avoir accès à des ressources par l'intermédiaire du Service des délégués commerciaux du Canada, lequel comprend une section spéciale appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce ». ⁷ Notre analyse de ce site indique qu'il ne traite pas des questions qui préoccupent particulièrement les femmes handicapées. En outre, nous estimons qu'il ne répond pas aux lignes directrices actuelles en matière d'accessibilité.

Malgré ces services, les femmes handicapées visées par notre étude, tant celles qui se sont identifiées comme entrepreneures que celles qui ne l'ont pas fait, ont dit manquer de connaissances d'une façon générale au sujet des accords commerciaux et de renseignements particuliers au sujet des exigences concernant particulièrement l'importation (ou l'exportation) des aides techniques.

Renseignements sur l'entrepreneuriat

Plusieurs femmes désiraient savoir comment elles pouvaient devenir entrepreneures et estimaient ne pas savoir par où commencer ni où (ou même si) elles pouvaient obtenir les mesures d'appui et la formation nécessaires.

Si je devais mettre sur pied ma propre entreprise, j'aurais besoin d'appareils et de programmes informatiques. Je veux être en mesure de faciliter cela, y compris la façon de fonder et de construire. Les coûts présentent aussi un problème. J'aimerais être entrepreneure, mais il y a des obstacles qui m'empêchent de le faire (femme sourde de Winnipeg).

Je désire diriger ma propre entreprise comme dispensatrice de soins à domicile. Je ne suis pas certaine de la façon d'entreprendre cela (femme sourde de Winnipeg).

Renseignements sur les visas et l'assurance

Pour les femmes qui s'étaient déjà identifiées comme entrepreneures, il se présentait des problèmes particuliers concernant les activités transfrontalières. Certaines femmes de Winnipeg craignaient que leur handicap ne nuise à l'obtention d'un visa et d'une assurance pour travailler aux États-Unis, ce qui soulève la question de savoir s'il existe un préjugé inhérent aux accords commerciaux qui limite la mobilité de certains segments de la population. Cette préoccupation n'est pas nouvelle ni unique. Macdonald a constaté que [Traduction] les nouveaux accords commerciaux comme l'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) contiennent aussi des dispositions sur les services qui permettent la migration de certaines catégories de personnes exerçant une profession (habituellement des hommes) très instruites et bien rémunérées, tout en limitant le mouvement d'autres catégories de travailleuses et de travailleurs (Macdonald 2003). La femme de Winnipeg trouvait que ce préjugé était directement lié à son handicap.

Je sais pour l'assurance, par exemple, que, si quelque chose m'arrive, je ne pourrai simplement plus être assurée à cause de [mon handicap]... Ce qui me préoccupe aussi est que je peux décider que je veux aller travailler aux États-Unis et obtenir de l'assurance-maladie. Quoi qu'il en soit, cela pourrait présenter un problème, je ne sais pas si c'est possible [étant donné mon handicap]. C'est un problème commercial en ce qui concerne les personnes handicapées qui passent la frontière (femme entrepreneure de Winnipeg).

L'une des choses que je prévois faire est d'animer des ateliers et de donner des consultations aux États-Unis. L'un des problèmes est le type de visa dont on a besoin pour y aller et effectuer ce genre de travail. D'autres personnes que je connais le font effectivement et cela me fait un peu peur, car, à supposer que j'aie y animer un atelier, j'ai besoin de ce qu'on appelle un visa T1 et on ne peut pas l'obtenir tant qu'on n'a pas réellement passé la frontière. Donc, on prend des dispositions concernant cet atelier et c'est le jour où on passe la frontière qu'on demande le visa et que la personne responsable de l'immigration à la frontière délivre celui-ci. Donc cela me préoccupe un peu, mais d'autres personnes disent « non! non! Aucun problème! » Mais rien qu'à y penser, ouf!

Une autre participante : *Qu'arrive-t-il si on refuse d'accorder le visa?*

Eh bien! On retourne chez soi. Ensuite, il y a un autre type de visa que je dois me procurer, par exemple, si je dois me rendre aux États-Unis pour deux semaines pour donner une consultation. Il s'agit d'un type de visa différent. Par conséquent, je suis en train d'étudier cela, mais ce n'est pas simple. En fait, je vais devoir consulter un genre d'avocat spécialisé en immigration, car je n'ai pas vraiment de plan. Ce sont là les types de questions qui me préoccupent (femme entrepreneure de Winnipeg).

Ce que la participante ne mentionne pas explicitement, ce sont les problèmes liés à ce type de demande de visa pour certaines personnes handicapées. Par exemple, lorsqu'une

personne a des troubles de mobilité ou de la fatigue, il est impossible pour elle d'entreprendre seule les démarches décrites ci-dessus.

Renseignements sur les douanes, les tarifs et les normes

Une entrepreneure a trouvé difficile d'avoir accès à des renseignements sur la façon dont fonctionnent les douanes, les tarifs et les normes américaines et canadiennes, lorsqu'elle importait des marchandises en provenance des États-Unis.

Je n'ai pas obtenu suffisamment de renseignements sur la façon dont se déroulaient les formalités douanières, dont se déroulaient les exportations et les importations, etc., lorsque j'ai ouvert ma boutique. On pourrait obtenir plus de renseignements au moyen de cours de formation, peut-être par l'intermédiaire du CRVA [Centre de ressources sur la vie autonome]. SEED Winnipeg ne s'occupe pas du tout des exportations et des importations, des permis, etc. Lorsqu'on expédie des marchandises à certains endroits, on a besoin de permis spéciaux. Ces renseignements devraient être faciles à consulter sans qu'on ait à chercher pour les trouver. En outre, il est difficile d'obtenir des renseignements de l'ADRC au téléphone, car, parfois, on est immobilisé dans son système téléphonique automatisé. Il faudrait que les douanes offrent un cours de formation fournissant des renseignements sur la façon de remplir les documents correctement, sur la façon de simplifier les choses. Le cours pourrait être donné au CRVA par l'intermédiaire du Programme d'aide aux entrepreneurs handicapés en milieu urbain, ou par l'intermédiaire de l'ADRC. Il pourrait aussi être donné par l'intermédiaire du NED [Network of Entrepreneurs with Disabilities]. Toute personne qui se lance en affaires a besoin de ce type de renseignement. À moins qu'on puisse trouver toutes ses fournisseuses et tous ses fournisseurs au Canada (ce qui est presque impossible), on a besoin d'un cours comme celui-ci. On peut obtenir de meilleurs prix aux États-Unis.

Selon les marchandises qu'on importe, il existe différentes lois concernant les tarifs. Les lois diffèrent selon la situation. Il serait difficile de placer ce genre de renseignements dans un site Web, car ils sont trop compliqués. J'ai importé des composants pour les incorporer dans mon produit. L'ADRC voulait savoir si ces composants étaient conformes aux normes de la CSA et s'ils étaient étiquetés correctement. Il existe différents droits de douane et différents tarifs selon les produits. Tout cela est réellement frustrant.

Si l'ADRC créait un site Web, elle pourrait fournir des renseignements sur ce dont on a besoin pour importer et exporter à différents endroits et indiquer un numéro à composer pour obtenir de plus amples renseignements. Cela pourrait se révéler impossible, étant donné que cela exigerait des heures-personnes. En outre, il est très important qu'on puisse parler au téléphone à une personne qui connaît bien ces questions (femme entrepreneure de Winnipeg).

Une autre difficulté relative aux douanes était la documentation exigée. Cela rend la vie particulièrement difficile aux personnes qui ont des déficiences visuelles ou de la difficulté à se servir de leurs mains. Cela peut aussi présenter un problème aux personnes qui ont des difficultés d'apprentissage.

L'ADRC pourrait aussi simplifier certains de ses formulaires. Nous avons besoin d'un certificat des douanes qui vient avec les marchandises pour indiquer qu'elles ont été fabriquées aux États-Unis. S'il arrive que ce document n'accompagne pas votre expédition, vos marchandises peuvent être immobilisées aux douanes durant des jours jusqu'à ce que celles-ci reçoivent la documentation des États-Unis. Pourquoi les douanes ont-elles besoin de ce certificat, si les importations sont visées par l'ALENA, à moins que les marchandises ne proviennent d'un autre pays? Les douanes devraient imposer des pénalités aux entreprises qui ne fournissent pas les certificats ou créer une base de données sur les entreprises qui produisent les marchandises aux États-Unis, afin que le certificat ne soit pas nécessaire. C'est la seule façon que je peux voir pour résoudre le problème (femme entrepreneure de Winnipeg).

Renseignements sur les maisons de courtage

Peu des femmes auxquelles nous avons parlé savaient quelque chose au sujet du rôle des maisons de courtage dans le commerce et des avantages et des remises lorsqu'on a recours à leurs services. Les courtières et courtiers en douane agréés sont chargés de percevoir les droits de douane sur les marchandises importées au Canada. Ils exigent un droit pour leurs services.

Une femme entrepreneure de Winnipeg décrit ses expériences.

Je n'ai pas eu de difficultés lorsqu'est venu le temps d'importer les produits eux-mêmes. Une partie de l'entente était que l'entreprise de laquelle j'achetais les produits payait les frais d'expédition et les frais de courtage. Le courtage consiste dans le fait qu'une entreprise remplit les documents et passe les marchandises aux douanes pour vous. Si vous retenez les services d'une maison de courtage et que les frais ne soient pas payés par l'entreprise qui vous envoie les marchandises, vous devez payer ces frais vous-même. Si j'utilisais une maison de courtage, cela constituait un obstacle financier, particulièrement lorsque je m'efforçais de lancer une entreprise. Si je contournais la maison de courtage et remplissais moi-même les documents de douane, je devais les refaire s'ils n'étaient pas remplis exactement de la façon exigée par l'ADRC. C'était une perte de temps.

Le fait de ne pas utiliser une maison de courtage, lequel était plus avantageux pour cette femme sur le plan financier, signifiait qu'elle était confrontée à de plus grands obstacles en raison de son handicap.

Je devais alors ramasser l'expédition aux douanes moi-même et, lorsque je demandais aux fonctionnaires de m'aider à transporter une caisse à ma voiture à cause de mon handicap, ces personnes répondaient que cela ne faisait pas partie de leur description d'emploi. Les documents de douane sont très difficiles à comprendre à moins que vous en remplissiez continuellement ou que vous vous fassiez montrer par quelqu'un la façon de le faire. Si vous ne savez pas comment remplir les documents, vous faites mieux d'utiliser les services d'une maison de courtage, ce qui coûte plus cher et constitue un obstacle financier. Lorsque vous importez pour des milliers de dollars de marchandises, les frais sont imposés en pourcentage. Après que j'ai inclus ces frais dans le coût de mes marchandises, il devient plus difficile d'être compétitive.

Pour régler le problème du passage aux douanes, l'ARDC devrait mettre sur pied une formation sur ses règlements et sur la façon de remplir ses documents. Le cours devrait se donner au CRVA, au NED ou quelque part ailleurs. En outre, on pourrait faire une exception pour les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et, dans ce cas, ces personnes enverraient leurs documents aux douanes et on leur permettrait de faire ramasser leur expédition par un messenger au lieu d'aller la chercher elles-mêmes, de faire la queue et, peut-être, de constater qu'elles n'ont pas rempli correctement les documents (femme entrepreneure de Winnipeg).

Les personnes ayant un handicap moteur, une déficience visuelle, des difficultés d'apprentissage ou une déficience auditive peuvent toutes être confrontées à des difficultés semblables, si on n'apporte pas de modifications aux systèmes douaniers existants. Elles peuvent être incapables d'avoir accès aux bureaux ou d'obtenir des services appropriés, comme l'utilisation du langage gestuel, lorsqu'elles vont voir une maison de courtage. La plupart de ces maisons n'ont pas les ressources nécessaires pour fournir les documents sur des supports multiples et des supports de rechange à l'intention des personnes incapables de lire les imprimés. Une solution de rechange indiquée dans les recommandations consiste à éliminer les frais de courtage pour les entrepreneures et entrepreneurs handicapés et à faire assumer ces frais par le gouvernement.

L'accès aux renseignements sur le commerce et aux services et les recommandations de principe

D'une façon générale, les femmes handicapées ne savaient pas grand chose au sujet du commerce et de la façon dont celui-ci influait sur leur vie. Plus de femmes sont désireuses de devenir entrepreneures, mais elles estiment avoir besoin de mesures d'appui ou de formation supplémentaires. Certaines savaient que des cours avaient déjà été donnés, mais elles n'étaient pas certaines qu'ils étaient encore offerts. Plusieurs ont mentionné des réseaux d'entrepreneures et d'entrepreneurs handicapés dans leur propre région, mais aucune n'a mentionné le programme appelé « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada.

Les femmes entrepreneures handicapées estimaient posséder peu de renseignements au sujet de l'importation et de l'exportation de marchandises ou de l'exécution de travaux aux États-Unis. Elles estimaient qu'elles étaient confrontées à des obstacles supplémentaires en raison de leurs handicaps. Les femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux connaissaient encore plus de difficultés associées à l'obtention de renseignements pertinents dans une langue qu'elles comprenaient. Par conséquent, un grand nombre de femmes handicapées ne se voyaient pas comme engagées ou capables de parler d'une manière qui fasse autorité au sujet des questions commerciales et de leurs répercussions sur leur vie. Même comme entrepreneures, elles estimaient ne pas posséder suffisamment de renseignements ni avoir un accès convenable à des ressources pour être en mesure de se lancer avec succès dans le commerce international.

14. Le MAECI devrait effectuer une analyse systématique de la totalité de ses politiques commerciales, du point de vue des personnes handicapées, afin de cerner les défis et les possibilités qui se présentent aux femmes et aux hommes handicapés.
15. Le MAECI et l'industrie devraient élaborer et annoncer un site Web à propos des politiques commerciales et internationales et de leurs répercussions sur les femmes et les hommes handicapés. Les renseignements devraient être accessibles sur des supports multiples.
16. L'ADRC, d'autres organismes fédéraux, des organismes à but non lucratif et l'industrie devraient offrir des ateliers sur la réglementation douanière associée à l'importation de marchandises et des services et sur la façon de remplir les documents nécessaires.
17. L'ADRC devrait élaborer un site Web accessible et convivial offrant des renseignements douaniers pertinents aux entrepreneures et entrepreneurs, y compris une liste de numéros de téléphone ou d'ATME que ces personnes pourraient composer pour obtenir des éclaircissements ou poser des questions.
18. La section appelée « Les Femmes d'affaires et le commerce » du Service des délégués commerciaux du Canada devrait élaborer et placer sur son site Web des renseignements particuliers sur les questions d'accès et d'inclusion, à l'intention des femmes entrepreneures handicapées qui désirent se lancer dans le commerce.
19. Les entrepreneures et entrepreneurs handicapés devraient créer un réseau national de soutien et de réseautage, dans lequel on mettrait particulièrement l'accent sur le recrutement de femmes entrepreneures handicapées et sur le soutien à celles-ci.

6. CONCLUSIONS

Les politiques commerciales semblent souvent éloignées de la vie des personnes, d'une façon générale, et, plus particulièrement, de la vie des femmes handicapées. Toutefois, notre recherche a montré qu'il existe un lien direct entre les politiques et pratiques commerciales et la qualité de la vie des femmes handicapées. Ces femmes n'ont pas profité de la libéralisation du commerce avec les États-Unis durant la dernière décennie. Bien au contraire, leur vie est devenue plus difficile à la suite de cette libéralisation. Pour certaines femmes handicapées, les changements qui ont découlé du libre-échange ont été nuisibles à leur survie.

De nombreuses femmes handicapées comptent sur les programmes gouvernementaux pour leur assurer un revenu et des mesures de soutien. Une conséquence indirecte de la libéralisation du commerce est la réduction de l'appui aux programmes gouvernementaux. Par conséquent, ces femmes handicapées ont dû assumer les coûts directs de l'obtention d'aides techniques et de produits et services de santé. La libéralisation du commerce n'a pas réduit les coûts dans ces trois domaines. En conséquence, les femmes handicapées se sont heurtées à des obstacles supplémentaires qui les empêchent d'entrer ou de demeurer dans la population active rémunérée. Cela les rend plus dépendantes des programmes gouvernementaux ou incapables d'obtenir les appareils et accessoires ou les services appropriés.

Pour les femmes handicapées, et, vraisemblablement, pour toutes les personnes handicapées, le commerce est façonné par des hypothèses inappropriées au sujet du rôle de la profession médicale dans leur vie. Les appareils et accessoires fonctionnels ont été définis exclusivement selon des catégories médicales au lieu de refléter l'utilisation et l'expérience qu'en ont faites les personnes handicapées. Les professionnelles et professionnels de la santé sont devenus des contrôleuses et contrôleurs d'accès aux aides techniques, même lorsque ces personnes n'ont pas de compétences ni de connaissances dans ce domaine. Les personnes qui connaissent le mieux leurs propres besoins, c'est-à-dire les consommatrices et les consommateurs, sont empêchées d'obtenir leurs propres appareils et accessoires, à moins qu'elles acceptent et soient en mesure d'engager les dépenses à cet égard.

En outre, les femmes handicapées sont désavantagées par leur propre manque de connaissances au sujet du commerce. Elles le sont aussi par leur manque de confiance dans leur capacité de traiter des répercussions que celui-ci peut avoir sur leur vie et par le fait qu'elles n'utilisent pas efficacement leur pouvoir d'achat en tant que consommatrices. Peu de Canadiennes et de Canadiens savent ou estiment qu'ils peuvent parler avec assurance du commerce, mais, dans le cas des femmes handicapées, leur manque de connaissances peut signifier qu'il leur reste moins de choix dans un domaine qui influe considérablement sur leur vie.

Ce manque de connaissances au sujet des répercussions du commerce sur les femmes handicapées se traduit dans la documentation générale sur le commerce. À notre connaissance, la présente étude est la première du genre qui porte sur la façon dont les

femmes handicapées, ou les personnes handicapées, d'une façon générale, sont touchées par le commerce. Il s'agit donc d'une première incursion dans ce nouveau territoire de recherche.

On pourrait et on devrait écrire davantage dans ce domaine et effectuer des études qui traduisent, d'une façon plus générale, la situation des Canadiennes et des Canadiens handicapés. Il faudrait donc étudier la situation des femmes au Québec, examiner de plus près les questions concernant les femmes autochtones handicapées, les questions concernant les femmes à différents moments de leur vie, les différences qui surviennent lorsque les femmes ont une responsabilité (en particulier en tant que mères seules à soutenir leur famille) à l'égard d'enfants, et effectuer une comparaison de ces questions dans le cas des femmes et des hommes handicapés. Nous avons besoin de données supplémentaires pour améliorer notre compréhension des questions commerciales qui touchent les femmes handicapées, ainsi que de données par province sur la privatisation des soins à domicile, d'enquêtes par sondages sur les personnes handicapées pour documenter les menues dépenses relatives à l'incapacité, ainsi que de données sur l'évolution de la santé des femmes handicapées au cours de leur vie. Il serait utile d'effectuer un suivi des données reliant les données sur les aides techniques accessibles par l'intermédiaire de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) aux sources de ces appareils et accessoires, ainsi qu'au revenu de ces personnes.

La présente étude illustre le fait que la politique commerciale influe sur la vie des Canadiennes et des Canadiens pris individuellement et que le commerce ne concerne pas seulement l'échange de biens et de services. Elle nous rappelle que nous devons nous assurer que, lorsque nous examinons le commerce, nous avons besoins d'être attentifs à la façon dont les pratiques commerciales influent différemment sur les personnes. Les participantes rappellent aux personnes responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre de politiques commerciales dans les secteurs public et privé qu'elles doivent avoir voix au chapitre. Leurs intérêts n'ont pas été représentés jusqu'à présent, mais ce sont elles qui doivent assumer les coûts permanents de cette exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

- Afshar, H. et C. Dennis (publié sous la direction de). 1992. *Women and Adjustment Policies in the Third World*. London : Macmillan.
- Australie, groupe de travail sur les questions touchant les personnes handicapées. 1991. *Discussion Paper on the Additional Costs Faced by People with Disabilities*. Canberra : gouvernement de l'Australie.
- Australie, comité permanent de l'industrie. 1990. *Aids and Appliances for People with Disabilities*. Rapport n° 3. Canberra : gouvernement de l'Australie, le 18 juillet.
- Barile, M. 2001. « Disablement and the Feminisation of Poverty ». *Women in Action*. 2: 1–4.
- Batavia, A.I. et G. DeJong. 2001. « Disability, Chronic Illness and Risk Selection ». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 82 : 546–552.
- Beneria, L. et S. Feldman (publié sous la direction de) 1992. *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*. Boulder : Westview Press.
- Blumberg, R.L., C.A. Rakowski, I. Tinker et M. Monteon (publié sous la direction de). 1995. *Engendering Wealth and Well-Being*. Boulder : Westview Press.
- Bunch, M. et C. Crawford. 1998. *Persons with Disabilities: Literature Review of the Factors Affecting Employment and Labour Force Transitions*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada.
- Canada, DRHC (Développement des ressources humaines Canada). 2002. *Vers l'intégration des personnes handicapées*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Canada, Industrie Canada. 2003. « Les femmes entrepreneures s'imposent de plus en plus au Canada ». *Bulletin semestriel sur la petite entreprise*. 4(3) : 1.
<http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/insbrp-rppe.nsf/fr/rd00734f.html>. Consulté le 15 mars 2003.
- . S.d. « Statistiques relatives à l'industrie canadienne ». http://strategis.ic.gc.ca/canadian_industry_statistics/cis_nsf/IDF/cis33911defF.html. Consulté le 15 mars 2004.
- Canada, Comité permanent de l'industrie. 1997. *Le Comité permanent de l'industrie, Cinquième rapport*. Examen de l'article 14 de la Loi de 1992 modifiant la *Loi sur les brevets*. Ottawa.
- Canada, Statistique Canada. 2002a. *Un profil de l'incapacité au Canada en 2001 – Tableaux*. Ottawa : ministre de l'Industrie.
- . 2002b. *Le commerce international de services du Canada, 2001*.

- . 2003. *Les mesures de soutien à l'incapacité au Canada, 2001 - tableaux*. Ottawa : ministre de l'Industrie.
- CEPMB (Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés). 2000. Rapport annuel pour l'exercice se terminant le 31 décembre 1999. Ottawa : gouvernement du Canada.
- Cohen, M. 2001. « Ce qui est en jeu pour les femmes — Les femmes et les accords de commerce ». Exposé présenté à la table ronde sur les femmes et le commerce, Ottawa, du 7 au 9 décembre 2001.
- Cox, D. et Harris. 1986. « A Qualitative Assessment of Economic Impact on Canada of Sectoral Free Trade with the United States ». *Revue canadienne d'économique*. 19(3) : 377-394.
- CTC (Congrès du travail du Canada). 1997. *Mémoire au Comité permanent de l'industrie sur la loi C-91, Loi de 1992 modifiant la loi sur les brevets*. Le 8 avril 1997.
- DeJong, G. 1997. « Primary Care for Persons with Disabilities: An Overview of the Problem ». *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 76 : S2-8.
- Elson, D. (publié sous la direction d'). 1991. *Male Bias in the Development Process*. Londres : Macmillan.
- Fawcett, G. 1999. « Vivre avec un handicap sur le marché du travail : Obstacles et solutions ». *Perception*. 23(3) : 7-9.
- Feldman, S. 1992. « Crisis, Islam and Gender in Bangladesh: The Social Construction of a Female Labour Force ». Dans *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*. Publié sous la direction de L. Beneria et S. Feldman. Boulder : Westview Press.
- Feree, M.M., J. Lorber et B. Hess. (publié sous la direction de). 1999. *Revisioning Gender*. Londres : Sage Publications.
- Fernandez-Kelly, P. 1989. « Broadening the Scope: Gender and the Study of International Economic Development ». *Sociological Forum*. 4(4) : 11-35.
- Gabriel, C. et L. Macdonald. 1994. « NAFTA Women and Organizing in Canada and Mexico: Forging a Feminist Internationality. » *Millennium Journal of International Studies*. 23(3) (hiver) : 535-562.
- Gray, L. 1996. *Self-Employment as an Option for Women with Disabilities: A Report for the Women's Enterprise Society of British Columbia*. Prince George : Women's Enterprise Society of British Columbia.
- Green Shield Canada. 1998. *Analysis of Drug Claim Costs 1993-1997*. Toronto : Green Shield Canada.

- Hassanali, S. 2000. *Commerce international : intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans le processus d'élaboration des politiques : initiatives et leçons*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Hassanali, S. et N. Grandea. 2001. Condition féminine Canada. « Les possibilités et les défis de CFC ». Exposé présenté à la table ronde sur les femmes et le commerce, Ottawa, du 7 au 9 décembre 2001.
- Hewitt, T., H. Johnson et D. Wield. 1992. *Industrialization and Development*. Oxford : Oxford University Press.
- Joekes, S. et A. Weston. *Women and the New Trade Agenda*. New York : UNIFEM, 1995.
- Johnson, J.R. 2002. Quelle sera l'incidence des accords commerciaux internationaux sur les soins de santé au Canada? ». Étude n° 22. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow). Ottawa : Santé Canada.
- Jones, J.C.H., T. Potashnik et A. Zhang. 2001. « Patents, Brand-Generic Competition and the Pricing of Ethical Drugs in Canada: Some Empirical Evidence from British Columbia ». *Applied Economics*. 33 : 947–956.
- Lavigne, G., T. Burke et M. Lemonde (publié sous la direction de). 1999. « Les définitions féministes des modes de vie sains et des sociétés sensibles à l'être humain ». Compte rendu de la conférence de 1999 de l'Institut canadien de recherche sur les femmes. Toronto : Scrivener Press.
- Macdonald, L. 2003. « Gender and Canadian Trade Policy: Women's Strategies for Access and Transformation ». Dans *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy*. Publié sous la direction de C.T. Sjolander, H.A. Smith et D. Stienstra. Don Mills: Oxford University Press, p. 40–54.
- McColl, M.A. et S. Shortt. 2002. « Health Care Utilization Among Persons Living with Disabilities: Analyse faite à partir de l'Enquête nationale sur la santé de la population ». Inédite.
- Moghadam, V.M. 1993b. « Bringing the Third World In: A Comparative Analysis of Gender and Restructuring in the Third World and in State Socialist Societies ». Dans *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*, par V.M. Moghadam. Oxford : Clarendon Press, 1993.
- . 1995. « Gender Aspects of Employment and Unemployment in a Global Perspective ». Dans *Global Employment: An Investigation into the Future of Work*. Publié sous la direction de M. Simai. Londres : Zed Press.
- . 1999. « Gender and the Global Economy ». Dans *Revisioning Gender*. Publié sous la direction de M.M. Feree *et al.*

- Moghadam, V.M. (publié sous la direction de). 1993a. *Democratic Reform and the Position of Women in Transitional Economies*. Oxford : Clarendon Press.
- Neufeldt, A.H., H. Enns, C. Watters et V. Sannuto. 1999. *Urban Business Development and Disability: Models and Strategies*. Winnipeg : Centre Canadien d'études sur le handicap.
- NEWD (Network for Entrepreneurs with Disabilities). 1998. *Entrepreneur Survey: Final Report*. Halifax : Network for Entrepreneurs with Disabilities.
- Pearson, R. 1992. « Gender Issues in Industrialization ». Dans *Industrialization and Development*. Publié sous la direction de Hewitt *et al.* Oxford : Oxford University Press.
- Redclift, N. et M.T. Stewart (publié sous la direction de). 1991. *Working Women: International Perspectives on Women and Gender Ideology*. Londres : Routledge Press.
- Romanow, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. Ottawa.
- Shapiro, E. 1997. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Simai, M. (publié sous la direction de). 1995. *Global Employment: An Investigation into the Future of Work*. Londres : Zed Press.
- Sjolander, C.T., H.A. Smith et D. Stienstra (publié sous la direction de). 2003. *Feminist Perspectives on Canadian Foreign Policy*. Don Mills : Oxford University Press.
- Tiano, S. 1994. *Patriarchy on the Line: Labor, Gender, and Ideology in the Mexican Maquila Industry*. Philadelphie : Temple University Press.
- Ward, K. 1990. *Women Workers and Global Restructuring*. Ithaca : ILR Press.
- Watters, C. 1999. « Strategies for Overcoming Barriers for Women Entrepreneurs with Disabilities ». Dans *Les définitions féministes des modes de vie sains et des sociétés sensibles à l'être humain*. Compte rendu de la conférence de 1999 de l'Institut canadien de recherche sur les femmes. Publié sous la direction de Lavigne *et al.* Toronto : Scrivener Press.

ANNEXE A : MÉTHODOLOGIE

Objectifs de la recherche

Comment les politiques commerciales canadiennes peuvent-elles assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées? C'était là la question de recherche de l'étude.

Afin de fournir la réponse, le projet a consisté à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (régions, types de handicaps, ethnoraciaux, etc.) étaient touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 90 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain en 1994). Les objectifs de l'étude sont énoncés ci-dessous.

- Cerner les changements survenus dans la prestation des services et du soutien en matière de santé et leurs répercussions sur les femmes handicapées au cours de la dernière décennie.
- Cerner les changements survenus dans le commerce des appareils et accessoires fonctionnels et leurs répercussions sur les femmes handicapées au cours de la dernière décennie.
- Cerner les changements survenus dans l'accès des femmes handicapées aux activités commerciales et dans leurs moyens de les exercer au cours de la dernière décennie.
- Évaluer l'accès des femmes handicapées aux politiques commerciales existantes touchant les États-Unis et leur inclusion dans celles-ci.
- Cerner les changements survenus dans les politiques et les critères existants concernant l'élaboration des futures politiques commerciales afin d'assurer l'accès et l'inclusion des femmes handicapées.

Personnel du projet

Le personnel du projet comprenait les personnes suivantes : Deborah Stienstra, Ph.D., Chaire de recherche de la Banque royale, chef d'équipe de projet et chercheuse principale au Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH); Aileen Wight Felske, Ph.D., chercheuse adjointe, et Colleen Watters, attachée de recherche au Centre Canadien d'études sur le handicap et chargée du projet.

Nous avons embauché quatre assistantes à la recherche pour diriger des groupes de discussion à Winnipeg (pour les participantes qui étaient sourdes), à Halifax, à Toronto et sur l'Île de Vancouver. Ces assistantes étaient Rita Bomak à Winnipeg, Nadia Stuewer à Halifax, Rabia Khedr à Toronto et Cathy La France, dans l'île de Vancouver. Ces personnes étaient chargées d'identifier les participantes, d'organiser et d'animer les séances de groupes de discussion tenues dans leurs villes respectives et d'en faire rapport. Rabia Khedr a aussi recruté

cinq femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux pour des entrevues individuelles à Toronto. La chargée du projet a organisé et dirigé le groupe de discussion pour les femmes handicapées à Winnipeg et elle a mené des entrevues individuelles avec des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux à Winnipeg. Aileen Wight Felske était chargée de recueillir des données auprès de femmes handicapées à Calgary.

Hui-Mei Huang, étudiante diplômée, et Hugh Grant, membre du département des sciences économiques à l'Université de Winnipeg, ont effectué l'analyse des données économiques sur les statistiques du commerce. Lindsey Troschuk, assistante à la recherche au CCEH a effectué l'étude documentaire et apporté son aide pour d'autres tâches de collecte de données, selon les besoins.

Comité consultatif du projet

Nous avons mis sur pied un Comité consultatif chargé de donner une orientation générale et des conseils concernant le projet, d'examiner les outils de collecte de données, l'analyse des données et les recommandations et les rapports et de formuler des commentaires à leur égard. Tout le travail du Comité consultatif a été effectué au moyen de conférences téléphoniques. Les organismes partenaires comprenaient le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD), le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC), le Network of Entrepreneurs with Disabilities (NEWD) et la Cowichan Community Economic Development Cooperative. Ces organismes ont reçu des honoraires de 500 \$ chacun pour leur participation. Mary Frances Laughton, chef du Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels d'Industrie Canada, Gerry Martin, directeur du Centre for Women in Business, à la Mount Saint Vincent University, Shannon Campbell, du ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest, et Dana Peebles, de Kartini International (qui a de l'expertise dans le domaine des différences entre les sexes et du commerce) se sont aussi joints au comité. Nous avons tenté de trouver une personne pour représenter l'Agence de promotion économique du Canada Atlantique (APECA), mais nos efforts n'ont pas porté de fruits.

Activités du projet

Le projet a débuté en avril 2002 et s'est terminé le 31 mars 2003.

Dès le début, le projet a été examiné du point de vue des considérations éthiques et approuvé par le groupe de travail sur l'examen de l'éthique du CCEH.

Le projet comportait les activités décrites ci-dessous.

Analyse documentaire

Dans le cadre d'une vaste analyse documentaire, les chercheuses ont trouvé de la documentation sur les appareils et accessoires fonctionnels et sur les personnes handicapées par rapport au commerce, aux différences entre les sexes et au commerce, aux femmes et au commerce, et aux services de santé. Cependant, il y avait très peu de documentation concernant les femmes handicapées et le commerce, et il a donc fallu établir des corrélations. En outre, l'assistante à la recherche a examiné les programmes gouvernementaux relatifs à l'entrepreneuriat et à l'incapacité, ainsi qu'à la fourniture d'appareils et d'accessoires

fonctionnels aux personnes handicapées. Elle a trouvé de nombreux documents concernant la privatisation des services de santé.

Groupes de discussion

Les groupes de discussions ont examiné la façon dont les politiques commerciales relatives aux appareils et accessoires fonctionnels et aux services de santé influent sur la vie des femmes handicapées. En outre, ils ont examiné la façon dont le commerce influait sur les femmes entrepreneures handicapées du point de vue des biens et des services qu'elles avaient besoin d'acheter (en particulier des États-Unis) pour exploiter leurs entreprises.

Quatre séances de groupes de discussion ont eu lieu à Winnipeg, à Halifax et à Toronto. Trois de ces séances s'adressaient aux femmes handicapées et aux femmes entrepreneures handicapées et l'une d'elles, tenue à Winnipeg à l'intention des femmes sourdes, s'est déroulée en American Sign Language (ASL). Aileen Wight Felske a eu de la difficulté à recruter et à organiser un groupe de discussion à Calgary et elle a donc eu des entrevues avec quatre femmes handicapées.

L'assistante à la recherche de la Colombie-Britannique a décidé de tenir la séance du groupe de discussion de l'Île de Vancouver sous forme de séance en ligne afin de permettre la participation des femmes handicapées vivant à distance les unes des autres. Elle a eu de la difficulté à mettre sur pied et à faire fonctionner ce groupe, étant donné qu'il a fallu du temps pour trouver un serveur de liste qui était accessible aux consommatrices ayant différents besoins en matière de technologie d'adaptation et que, en outre, le recrutement s'est révélé difficile. Un serveur de liste accessible par l'intermédiaire des groupes Yahoo a été établi et trois femmes ont participé à la session.

Le Comité consultatif a recommandé qu'on réunisse un septième groupe de discussion pour examiner les conclusions après l'achèvement de l'analyse des données. La séance de ce groupe de discussion, qui a eu lieu en mars 2003, a permis aux participantes de vérifier les conclusions et de proposer des modifications à l'ébauche du rapport du projet, qu'on leur avait distribuée, avant cette séance.

Entrevues avec des femmes appartenant à des groupes ethnoraciaux

Grâce au programme ethnoculturel de la Society for Manitobans with Disabilities de Winnipeg, des entrevues ont eu lieu avec trois femmes membres appartenant à des groupes ethnoraciaux. Des animatrices de programme étaient présentes pour fournir des services de traduction étant donné que la langue maternelle des participantes n'était pas l'anglais. En août 2002, l'Ethno-Racial People with Disabilities Coalition of Ontario (ERDCO), à Toronto, a recruté et interviewé cinq participantes. On trouvera dans la section de l'analyse des données du présent rapport des résumés des conclusions des entrevues avec les femmes handicapées appartenant à des groupes ethnoraciaux.

Groupes de discussion par courriel

Étant donné le fait que seulement un certain nombre de femmes handicapées du pays ont pu participer aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles, le Comité consultatif du projet a recommandé la mise sur pied d'un groupe de discussion par courriel pour permettre à un plus grand nombre de femmes de partager leurs points de vue sur la façon dont les

politiques commerciales influent sur leur vie. Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a offert son aide pour animer ce groupe.

Afin de tâter le terrain pour voir combien de femmes handicapées pourraient se montrer intéressées à participer à ce type de groupe, nous avons envoyé une invitation aux abonnées des serveurs de liste du RAFHC du Canada et de l'Ontario. La réponse a été décevante, puisque seulement deux personnes se sont montrées intéressées. Étant donné le faible taux de réponse, nous n'avons pas établi de serveur de liste. Il se peut que certaines femmes handicapées dont les noms figurent sur les listes du RAFHC aient des besoins fondamentaux de nourriture, de logement, de transport, d'emploi, etc. qui ne sont pas satisfaits et auxquels elles doivent apporter beaucoup d'attention. Il se peut aussi que, malgré la diffusion de la documentation, de nombreuses femmes handicapées aient de la difficulté à concevoir la façon dont des questions comme celle du libre-échange peuvent avoir des répercussions sur leur vie.

Analyse de données économiques

Hui-Mei Huang, étudiante diplômée, et Hugh Grant, membre du département des sciences économiques de l'Université de Winnipeg, ont effectué l'analyse économique des statistiques canadiennes récentes sur le commerce et de leurs répercussions sur les Canadiennes et les Canadiens handicapés. Les conclusions de cette analyse figurent dans le présent rapport. L'analyse comportait les limites suivantes. La partie portant sur les personnes handicapées a été limitée à leurs rôles de *consommateurs* de biens particuliers et n'a pas tenu compte de leur rôle de producteurs; seulement deux grandes catégories de marchandises (les appareils et accessoires fonctionnels et les produits pharmaceutiques) et les industries connexes (fabrication de fournitures et appareils médicaux et de produits pharmaceutiques) ont été examinées, compte tenu de la disponibilité des données, et l'examen a été limité à la période comprise entre 1992 et 2001, au cours de laquelle ont eu lieu la mise en vigueur de l'ALE, en 1989, celle de l'ALENA, en 1994, et l'achèvement des négociations commerciales multilatérales du Cycle d'Uruguay sous les auspices de l'OMC, en 1995.

Entrevues avec les vendeuses et vendeurs, les coordonnatrices et coordonnateurs de programmes et les décisionnaires dans le domaine des appareils et accessoires fonctionnels

En janvier 2003, nous avons eu 12 entrevues avec des vendeuses et des vendeurs, des coordonnatrices et des coordonnateurs de programmes et des décisionnaires du domaine des appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées, des courtières et des courtiers et des personnes connaissant bien le domaine des questions frontalières. Parmi les répondantes et répondants se trouvaient quatre coordonnatrices ou coordonnateurs de programmes ou décisionnaires (trois personnes du Manitoba et une de la Saskatchewan), une personne s'occupant de recherche et de développement dans le domaine des appareils et accessoires fonctionnels, en Ontario, sept vendeuses et vendeurs (quatre personnes au Manitoba, une en Ontario et deux à Terre-Neuve-et-Labrador) et deux maisons de courtage basées au Manitoba. Malheureusement, un vendeur et les deux maisons de courtage n'ont pas présenté de formulaires de consentement signés (malgré nos demandes à cet effet), et nous ne pouvons donc pas les citer dans l'analyse. Parmi les vendeuses et vendeurs, il y avait trois personnes qui vendaient des produits pour des personnes qui sont aveugles ou ont une déficience visuelle (deux de ces personnes vendaient aussi des appareils pour les personnes ayant des troubles d'apprentissage), deux établissements qui s'occupaient d'aide à la mobilité,

d'appareils orthopédiques et de prothèses (l'un d'eux vendait aussi des fournitures de mastectomie et de stomie), une personne qui stockait un produit particulier pour les personnes ayant des troubles d'apprentissage et une entreprise qui commercialisait plusieurs types d'appareils pour enfants. Entre autres, les produits comprenaient Dragon NaturallySpeaking et des planches de transfert.

Nous nous sommes adressées aux membres du Comité consultatif du projet et à des personnes-ressources que connaissait le CCEH en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse pour obtenir des noms de personnes avec lesquelles nous pourrions peut-être avoir des entrevues. Le Bureau de l'industrie des appareils et accessoires fonctionnels a compilé une liste de 40 vendeuses et vendeurs d'aides et d'appareils et accessoires destinés aux personnes handicapées qui utilisent des prothèses auditives ou visuelles ou des aides à l'apprentissage et à la mobilité, et nous nous sommes adressées à trois entreprises de vente du Manitoba que connaissait l'équipe de recherche. Lors du choix de personnes aux fins des entrevues, nous avons tenté de choisir deux ou trois vendeuses ou vendeurs dans chacune des catégories susmentionnées et nous les avons abordés par téléphone et par courriel. Dans nos choix, nous nous sommes efforcées d'assurer une représentation du plus grand nombre de provinces possibles parmi les 10 existantes. Nous avons aussi tenté de rejoindre des décisionnaires et des coordonnatrices et coordonnateurs de programmes dans toutes les provinces.

Malheureusement, un grand nombre des vendeuses et vendeurs n'ont pas retourné nos appels téléphoniques ni répondu à nos courriels. Malgré plusieurs tentatives, nous n'avons pas pu avoir d'entrevue avec une entreprise qui fabriquait ou vendait des prothèses auditives. Nous avons eu des entrevues fructueuses avec des coordonnatrices et des coordonnateurs de programme et des décisionnaires au Manitoba et en Saskatchewan, mais une personne-ressource du programme Alberta Aids to Daily Living (AADL) estimait que la participation au projet en cours n'était pas prioritaire pour elle. Le directeur du programme gouvernemental de la Colombie-Britannique n'a pas retourné nos appels téléphoniques et la personne-ressource au Programme des appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) de l'Ontario a fait savoir qu'elle ne pouvait pas signer le formulaire de consentement, mais elle a plutôt dirigé la chercheuse vers la section des communications de son ministère pour obtenir une signature. Cependant, elle a fourni l'adresse du site Web du programme, lequel offrait une mine de renseignements. Nous n'avons pas pu obtenir des noms de coordonnatrices ou coordonnateurs de programmes et de décisionnaires au Québec, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador, et au Nouveau-Brunswick.

Questions pour les participantes aux groupes de discussion et pour les entrevues individuelles

1. Si vous avez acheté des aides techniques et des appareils et accessoires fonctionnels, tels que du logiciel spécialisé, des lecteurs d'écran, des appareils de grossissement, des scanners, des fauteuils roulants, des marchettes, etc., dans quelle mesure avez-vous eu de la facilité ou de la difficulté à obtenir ces aides et ces appareils et accessoires?

Si vous avez eu de la difficulté à les obtenir, à quels obstacles vous êtes-vous heurtée?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords commerciaux, en particulier ceux entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

2. Si vous avez utilisé des services et des produits de santé privés (tels que des services de soins à domicile privés ou des médicaments non couverts par des programmes financés par les gouvernements), dans quelle mesure avez-vous eu de la facilité ou de la difficulté à les obtenir?

Si vous avez eu de la difficulté à utiliser ces produits et services, à quels obstacles vous êtes-vous heurtée?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords de libre-échange, en particulier ceux entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

3. Pouvez-vous penser à des moyens qu'on pourrait prendre pour modifier les politiques commerciales canadiennes de façon à accroître l'accessibilité des appareils et accessoires fonctionnels, des produits et services de santé et des renseignements au sujet du commerce pour vous en tant que femme handicapée?

4. Certaines d'entre vous qui êtes des entrepreneures ont mentionné que vous achetez des biens et services d'entreprise des États-Unis ou vendez vos propres biens et services aux États-Unis. Dans quelle mesure est-il facile ou difficile pour vous de travailler avec des entreprises des É.-U.?

Ce faisant, à quels obstacles vous heurtez-vous?

Savez-vous si ces obstacles sont liés aux accords de libre-échange, en particulier les accords entre le Canada et les États-Unis?

Quelle mesure peut-on prendre pour éliminer ces obstacles?

Formulaire de consentement pour les participantes aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles

Juillet 2002

Je, _____, accepte de participer au projet intitulé « Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce », lequel vise à examiner la façon dont les politiques commerciales canadiennes peuvent assurer l'accès et l'inclusion aux femmes handicapées.

Ce projet consiste à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (y compris leurs régions, leurs types de handicaps et leurs antécédents ethnoraciaux) ont été touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 1990 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, en 1994).

Je comprends que cette recherche est effectuée par une équipe de recherche dirigée par Deborah Stienstra, du Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH), et que les entrevues sont effectuées par les assistantes à la recherche du CCEH. Cette recherche est financée par Condition féminine Canada et a été approuvée par le Comité d'examen de l'éthique du CCEH.

Je comprends que ma participation consistera à répondre à une série de questions (soit au cours d'une entrevue individuelle, soit au sein d'un groupe de discussion, au sujet des femmes handicapées et du commerce). La séance du groupe de discussion durera environ deux heures. Les questions me seront remises avant la séance du groupe de discussion ou avant l'entrevue.

Aucune citation directe provenant de l'entrevue ou du groupe de discussion et m'étant attribuée ne sera utilisée sans ma permission écrite préalable.

J'accepte que l'entrevue ou la séance de discussion soit enregistrée sur une bande audio afin de permettre aux chercheuses de réviser et de transcrire la discussion. La bande audio sera effacée après la transcription de la discussion. Les noms des participantes au groupe de discussion et leurs caractéristiques personnelles uniques, etc. ne seront pas inclus dans des rapports de recherche ou d'autres publications sans la permission écrite de la participante.

Les données obtenues au cours des séances de groupes de discussion ou des entrevues individuelles seront tenues confidentielles et on demandera aux participantes aux groupes de discussion de ne pas révéler l'identité des autres participantes. Je comprends cependant que la CCEH ne peut pas garantir que les autres participantes se conformeront à cette demande.

Je comprends que la chercheuse principale, la chargée du projet et les assistantes à la recherche qui dirigeront les groupes de discussion et les entrevues auront accès aux données recueillies. Je comprends aussi que les données écrites recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront emmagasinées au CCEH durant une période de trois ans suivant l'achèvement du projet et qu'elles seront ensuite détruites.

Je comprends que les données recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront analysées et qu'elles seront incluses dans le rapport sur le projet, lequel sera fourni à l'organisme de financement, Condition féminine Canada.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer de l'étude n'importe quand sans pénalité en communiquant avec les chercheuses. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question.

Je comprends que je recevrai une rétribution de 50 \$ pour ma participation.

Je comprends que, si j'ai d'autres questions à poser au sujet de l'étude, je peux communiquer avec les chercheuses par téléphone au Centre Canadien d'études sur le handicap, dont le numéro est 287-8411, ou par courriel à l'adresse ccds@disabilitystudies.ca. Je peux aussi communiquer avec la chercheuse principale, Deborah Stienstra, au même numéro de téléphone, ou par courriel, à l'adresse d.stienstra@uwinnipeg.ca.

Je comprends que, si j'ai des préoccupations éthiques au sujet de la recherche, je peux communiquer avec la présidente du comité de recherche du CCEH, au 56, The Promenade, Winnipeg (Manitoba), R3B 3H9.

Dans les situations où on ne pourra pas obtenir de consentement éclairé par écrit en raison de la nature d'un handicap, un consentement enregistré sur bande audio sera accepté.

Signature de la participante _____

Renseignements _____

Date _____

Signature de la chercheuse _____

Date _____

Remettre un exemplaire à la participante et l'autre à la chercheuse.

Questions pour les vendeuses et vendeurs, les coordonnatrices et coordonnateurs de programme et les décisionnaires des programmes d'appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées

Questions pour les vendeuses et vendeurs

1. A. Quelles aides et appareils et accessoires vendez-vous actuellement?
 - B. Comment les décisions sont-elles prises quant aux marques de produits que vous offrez, aux prix, au nombre d'articles commandés, à la méthode de livraison des articles aux consommatrices et aux consommateurs, etc.?
 - C. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les types de produits que vous offrez, sur le nombre de chaque article acheté, sur le prix, etc.?
 - D. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les clientes et clients, pour ce qui est du prix, du choix, etc.?
2. Prévoyez-vous apporter des changements aux types de produits que vous vendez? Dans l'affirmative, quels changements prévoyez-vous apporter et quelles en sont les raisons?

Questions pour les coordonnatrices et coordonnateurs de programmes d'appareils et accessoires fonctionnels

1. A. Quels appareils et accessoires fonctionnels et quelles aides technologiques, etc., votre programme finance-t-il actuellement pour les consommatrices et les consommateurs?
 - B. Quel pourcentage des coûts de ces appareils et accessoires votre programme finance-t-il?
 - C. Comment les décisions sont-elles prises quant aux politiques relatives aux programmes, aux appareils et accessoires que vous financez, aux personnes admissibles au financement, aux vendeuses et vendeurs choisis pour offrir vos appareils et accessoires, etc.?
2. Quels renseignements sur la disponibilité des aides, des appareils et accessoires fonctionnels et des possibilités de financement votre programme fournit-il aux consommatrices et consommateurs handicapés, aux organismes représentant les personnes handicapées, aux programmes de soutien du revenu, aux groupes communautaires, aux vendeuses et vendeurs, etc.?
3. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les types d'appareils et accessoires fonctionnels que votre programme couvre et sur les autres décisions de principe de votre programme à l'égard du financement, des critères d'admissibilité, des vendeuses et vendeurs choisis pour offrir vos appareils et accessoires fonctionnels, etc.? Si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions, quelle en est la nature?

4. Quelles modifications estimez-vous qu'on pourrait apporter à votre programme pour améliorer sa capacité de répondre aux besoins des consommatrices et consommateurs handicapés?

Questions pour les personnes connaissant bien les questions douanières et frontalières

1. Lorsqu'on commande aux États-Unis des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques pour les personnes handicapées, sur quels types de produits un droit de douane sera-t-il imposé? Quels sont les produits exonérés?
2. A. Comment les décisions sont-elles prises à l'égard des droits de douane, des frais de douane, des frais de courtage, etc. et à quels produits ces droits et frais sont-ils appliqués?

B. Quelles sont les politiques existantes à l'égard des frais de courtage, des droits de douane et des frais de douane sur les aides, les appareils et accessoires fonctionnels et les aides techniques?

C. Si les personnes handicapées paient des frais de courtage ou des droits de douane sur des aides et des appareils et accessoires fonctionnels qui sont exonérés, existe-t-il des formalités à suivre pour recouvrer ces droits? Dans l'affirmative, quelles sont ces formalités?
3. A. Quels renseignements fournit-on aux personnes handicapées au sujet des douanes, des frais de courtage, des droits de douane, et des exemptions sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels?

B. Quels renseignements fournit-on aux personnes handicapées au sujet des formalités à suivre pour recouvrer ces frais et droits (lorsqu'il y a lieu)?

C. Quelles modifications recommanderiez-vous aux types de renseignements qui sont fournis aux consommatrices et aux consommateurs?
4. Savez-vous si les accords commerciaux internationaux ont des répercussions sur les frais de douane, les droits de douane et les frais de courtage sur les aides techniques et les appareils et accessoires fonctionnels? Dans l'affirmative, quelle est la nature de ces répercussions?
5. Quelles modifications aux politiques recommanderiez-vous à l'égard des droits de douane, des frais de courtage et des frais de douane exigés à l'égard des appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées?
6. A. Devrait-on adopter des normes uniformes sur les aides et les appareils et accessoires fonctionnels pour les personnes handicapées disponibles au Canada et aux États-Unis? Dans l'affirmative, ou dans la négative, veuillez fournir des explications sur votre point de vue.

B. Quels types de normes uniformes devrait-on adopter ?

Formulaire de consentement pour les entrevues individuelles avec les coordonnatrices et les coordonnateurs de programmes d'appareils et d'accessoires fonctionnels, les décisionnaires et les vendeuses et vendeurs

Novembre 2002

Je, _____, accepte de participer au projet intitulé « Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce », lequel vise à examiner la façon dont les politiques canadiennes peuvent assurer l'accès et l'inclusion aux femmes handicapées

Ce projet consiste à examiner la façon dont les femmes handicapées ayant différents antécédents (y compris leurs régions, leurs types de handicaps et leurs antécédents ethnoraciaux) ont été touchées à titre de consommatrices de services de santé et d'appareils et accessoires fonctionnels, et à titre d'entrepreneures s'adonnant au commerce, par les changements apportés au commerce entre le Canada et les États-Unis au cours des années 1990 (y compris par l'adoption et la mise en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, en 1994.

Je comprends que cette recherche est effectuée par une équipe de recherche dirigée par Deborah Stienstra, du Centre Canadien d'études sur le handicap (CCEH), et que les entrevues sont effectuées par la chargée du projet. Cette recherche est financée par Condition féminine Canada et a été approuvée par le Comité d'examen de l'éthique du CCEH.

Je comprends que ma participation consistera à répondre à une série de questions, au cours d'une entrevue individuelle, au sujet de l'accessibilité des appareils et accessoires fonctionnels et des aides techniques pour les femmes handicapées. L'entrevue durera de 30 à 45 minutes environ. Les questions me seront remises avant l'entrevue.

Aucune citation directe provenant de l'entrevue et m'étant attribuée ne sera utilisée sans ma permission écrite préalable.

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée sur bande audio afin de permettre aux chercheuses de réviser et de transcrire la discussion. La bande audio sera effacée après la transcription de la discussion. Les noms des personnes participant à l'entrevue et leurs caractéristiques personnelles uniques, etc. ne seront pas incluses dans des rapports de recherche ou d'autres publications sans la permission écrite de la personne participante.

Les données obtenues au cours des entrevues individuelles seront tenues confidentielles.

Je comprends que la chercheuse principale et la chargée du projet qui dirigeront les entrevues auront accès aux données recueillies. Je comprends aussi que les données écrites recueillies au cours des séances de groupes de discussion et des entrevues seront emmagasinées au CCEH durant une période de trois ans suivant l'achèvement du projet et qu'elles seront ensuite détruites.

Je comprends que les données recueillies au cours des entrevues seront analysées et qu'elles seront incluses dans le rapport sur le projet, lequel sera fourni à l'organisme de financement, Condition féminine Canada.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer de l'étude n'importe quand sans pénalité en communiquant avec les chercheuses. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question.

Je comprends que, si j'ai d'autres questions à poser au sujet de l'étude, je peux communiquer avec les chercheuses par téléphone au Centre Canadien d'études sur le handicap, dont le numéro est 287-8411, ou par courriel à l'adresse ccds@disabilitystudies.ca. Je peux aussi communiquer avec la chercheuse principale, Deborah Stienstra, au même numéro de téléphone, ou par courriel, à l'adresse d.stienstra@uwinnipeg.ca.

Je comprends que, si j'ai des préoccupations éthiques au sujet de la recherche, je peux communiquer avec la présidente du comité de recherche du CCEH, au 56, The Promenade, Winnipeg (Manitoba), R3B 3H9.

Dans les situations où on ne pourra pas obtenir de consentement éclairé par écrit en raison de la nature d'un handicap, un consentement enregistré sur bande audio sera accepté.

Signature de la participante _____

Renseignements _____

Date _____

Signature de la chercheuse _____

Date _____

Remettre un exemplaire à la personne participante et l'autre à la chercheuse.

ANNEXE B : TABLEAUX

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC | 63 |
| 2 | Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises..... | 64 |
| 3 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels | 65 |
| 4 | Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux..... | 66 |
| 5 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques | 67 |
| 6 | Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques | 69 |
| 7 | Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication des produits pharmaceutiques et médicaments | 70 |
| 8 | Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001 | 71 |
| 9 | Dépenses publiques et privées pour les médicaments | 72 |
| 10 | Commerce des voyages liés à la santé, 1992-2001 | 73 |
| 11 | Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels..... | 74 |

Tableau 1: Certains taux tarifaires aux termes de l'Accord sur l'OMC

| Numéro tarifaire | Dénomination des marchandises | Taux de droit de base | | | Taux de droit consolidé | | Droit de négociateur primitif | Autres droits ou imposition | Date de mise en oeuvre finale |
|---------------------|--|-----------------------|-------|------|----------------------------|-------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | Ad Valorem | Autre | NC/C | Ad | Autre | | | |
| | | (%) | | | Valorem | (%) | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 8713 | <i>Fauteuils roulants et autres véhicules pour invalides</i> | | | | | | | | |
| 8713.10.00 | Sans mécanisme de propulsion | 9,2 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 8713.90.00 | Autres | 9,2 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9019-20 | <i>Appareils de mécanothérapie</i> | | | | | | | | |
| 9019.10 | Appareils de mécanothérapie; appareils de massage; appareils de psychotechnie | | | | | | | | |
| 9019.10.10 | Appareils de mécanothérapie; appareils de massage actionnés à moteur; appareils de psychotechnie | 9,2 | C | | 00 | | | 1999 | |
| 9019.10.20 | Appareils de massage actionnés manuellement | 13,6 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9019.20.00 | Appareils d'ozonothérapie, d'oxygénothérapie, d'aérosolthérapie, appareils respiratoires de réanimation et autres appareils de thérapie respiratoire | 4,8 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9020.00.00 | Autres appareils respiratoires et masques à gaz, à l'exclusion des masques de protection dépourvus de mécanisme et d'élément filtrant amovible | 0,0 | C | | 00 | | | | |
| 9021 | <i>Articles et appareils d'orthopédie</i> | | | | | | | | |
| | Prothèses articulaires et autres appareils d'orthopédie ou pour fractures | | | | | | | | |
| 9021.11.00 | Prothèses articulaires | 9,2 | C | | 00 | | | 1999 | |
| 9021.19.10 | Attelles en bandes plâtrées | 10,0 | NC | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9021.19.20 | Ceintures et bandages de prothèses et suspensoirs; bandes abdominales d'orthopédie | 17,5 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9021.19.30 | Autres appareils d'orthopédie ou pour fractures | 0,0 | C | | 0,0 | | | | |
| | Articles et appareils de prothèse dentaire | | | | | | | | |
| 9021.21.00 | Dents artificielles | 00 | NC | | 0,0 | | | | |
| 9021.29.10 | Articles de prothèses dentaires, sauf prothèses dentaires | 0,0 | NC | | 0,0 | | | | |
| 9021.29.20 | Prothèses dentaires, y compris les dentiers, les ponts fixés et les couronnes | 10,2 | NC | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9021.30.00 | Autres articles et appareils de prothèses | 0 | C | | 00 | | | | |
| 9021.40.00 | Appareils pour faciliter l'audition aux sourds à l'exclusion des parties et accessoires | 0,0 | C | | 0,0 | | | | |
| 9021.50.00 | Simulateurs cardiaques, à l'exclusion des parties et accessoires | 9,2 | C | | 0,0 | | | 1999 | |
| 9021.90.00 | Autres | 9,2 | C | | 0,0 | | | 1999 | |

Source : OMC, tarif des douanes – annexe – section V - Canada. Partie I – Tarif de la nation la plus favorisée.

**Tableau 2 : Commerce international du Canada, 1992-2001, commerce total et certaines marchandises
(millions de dollars canadiens)**

| Marchandises | Commerce | Région | 1992 | 2001 | Variation en % (année de base 1992) | Variation en % (année de base 2001) |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|-------------|--|--|
| Appareils et article fonctionnels | Exportations | É.-U. | 18 | 91 | 406,0 | 80,2 |
| | | RDM | 64 | 66 | 3,1 | 3,0 |
| | | Total | 81 | 157 | 93,9 | 48,4 |
| | Importations | É.-U. | 253 | 462 | 82,6 | 45,2 |
| | | RDM | 55 | 204 | 271,0 | 73,0 |
| | | Total | 309 | 666 | 115,5 | 53,6 |
| Produits pharmaceutiques | Exportations | É.-U. | 213 | 1 833 | 761,0 | 88,0 |
| | | RDM | 214 | 363 | 70,0 | 41,0 |
| | | Total | 428 | 2 196 | 413,0 | 81,0 |
| | Importations | É.-U. | 816 | 3 175 | 210,0 | 67,8 |
| | | RDM | 556 | 3 120 | 169,0 | 62,8 |
| | | Total | 1 372 | 6 295 | 385,0 | 68,7 |
| Commerces marchandises | Exportations | É.-U. | 125 670 | 350 734 | 179,1 | 64,2 |
| | | RDM | 37 158 | 51 731 | 39,2 | 28,2 |
| | | Total | 162 828 | 402 466 | 147,2 | 59,5 |
| | Importations | É.-U. | 96 470 | 218 306 | 126,3 | 55,8 |
| | | RDM | 51 548 | 124 687 | 142,0 | 58,7 |
| | | Total | 148 018 | 342 993 | 131,7 | 56,8 |

Source : Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <<http://strategis/gc/ca>>. Consulté en octobre 2002.

**Tableau 3 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, certains appareils et accessoires fonctionnels
(en millions de dollars canadiens)**

| Marchandises (Code) | Tarif | | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | |
|--|--------------|--------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| Fauteuils roulants (SH 8713) | 9.3 | Exportations | É.-U. | 1 | 10 | 14 | 24 | 26 | 31 | 30 | 27 | 22 | 12 |
| | | | RDM | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| | | | Total | 4 | 12 | 15 | 27 | 30 | 37 | 35 | 31 | 27 | 17 |
| | Importations | É.-U. | 17 | 16 | 16 | 16 | 16 | 20 | 29 | 31 | 33 | 40 | |
| | | RDM | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 6 | 6 | 9 | 11 | |
| | | Total | 20 | 18 | 18 | 19 | 18 | 24 | 35 | 36 | 42 | 50 | |
| Ozonothérapie, oxygénothérapie ou aérosolthérapie (SH 901920) | En fr. | Exportations | É.-U. | 6 | 6 | 7 | 14 | 11 | 9 | 13 | 12 | 16 | 16 |
| | | | RDM | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 9 | 9 | 11 | 14 |
| | | | Total | 6 | 8 | 10 | 19 | 16 | 13 | 22 | 21 | 27 | 30 |
| | Importations | É.-U. | 49 | 50 | 42 | 43 | 40 | 48 | 57 | 66 | 54 | 61 | |
| | | RDM | 7 | 6 | 9 | 13 | 10 | 13 | 14 | 30 | 35 | 49 | |
| | | Total | 55 | 56 | 51 | 56 | 50 | 61 | 70 | 96 | 89 | 109 | |
| Articles et appareils d'orthopédie (SH 9021) | En fr. | Exportations | É.-U. | 11 | 15 | 13 | 15 | 17 | 21 | 28 | 31 | 41 | 63 |
| | | | RDM | 60 | 63 | 64 | 73 | 76 | 72 | 86 | 76 | 65 | 47 |
| | | | Total | 70 | 78 | 77 | 87 | 94 | 94 | 115 | 107 | 106 | 110 |
| | Importations | É.-U. | 187 | 221 | 244 | 274 | 270 | 292 | 347 | 343 | 355 | 362 | |
| | | RDM | 46 | 49 | 59 | 56 | 58 | 68 | 97 | 132 | 135 | 145 | |
| | | Total | 233 | 270 | 303 | 330 | 328 | 360 | 444 | 475 | 490 | 507 | |
| Total | Exportations | É.-U. | 18 | 31 | 34 | 53 | 54 | 61 | 72 | 70 | 79 | 91 | |
| | | RDM | 64 | 67 | 68 | 81 | 85 | 82 | 101 | 89 | 81 | 66 | |
| | | Total | 81 | 98 | 102 | 133 | 139 | 144 | 172 | 159 | 160 | 157 | |
| | Importations | É.-U. | 204 | 237 | 259 | 290 | 285 | 312 | 376 | 373 | 388 | 401 | |
| | | RDM | 49 | 51 | 61 | 58 | 61 | 72 | 103 | 138 | 145 | 156 | |
| | | Total | 302 | 339 | 363 | 391 | 386 | 432 | 536 | 577 | 586 | 618 | |

Source : Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Stratégis d'Industrie Canada à l'adresse <<http://strategis.gc.ca>>. Consulté en octobre 2002.

Tableau 4 : Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fournitures et matériel médicaux (SCIAN 339110)
(en millions de dollars canadiens)

| Commerce | Région | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Exportations | É.-U. | 151 | 146 | 178 | 219 | 230 | 263 | 309 | 342 | 358 | 406 |
| | RDM | 109 | 128 | 131 | 175 | 224 | 217 | 232 | 168 | 137 | 114 |
| | Total | 261 | 273 | 309 | 394 | 454 | 480 | 542 | 510 | 495 | 521 |
| Importations | É.-U. | 900 | 1 008 | 1 093 | 1 139 | 1 142 | 1 311 | 1 597 | 1 706 | 1 688 | 1 912 |
| | RDM | 398 | 428 | 469 | 535 | 558 | 668 | 750 | 835 | 907 | 1 055 |
| | Total | 1 298 | 1 436 | 1 562 | 1 674 | 1 700 | 1 979 | 2 347 | 2 541 | 2 595 | 2 967 |
| Marché intérieur apparent | | 1 818 | 1 953 | 2 141 | 2 132 | 2 243 | 2 777 | 3 219 | 3 502 | 3 838 | 4 287 |
| Exportations/marché intérieur | | 14,3 % | 14,0 % | 14,4 % | 18,5 % | 20,2 % | 17,3 % | 16,8 % | 14,6 % | 12,9 % | 12,1 % |
| Importations/marché intérieur | | 71,4 % | 73,5 % | 73,0 % | 78,5 % | 75,8 % | 71,3 % | 72,9 % | 72,6 % | 67,6 % | 69,2 % |
| Production intérieure estimative* | | 781 | 791 | 888 | 853 | 996 | 1 278 | 1 413 | 1 470 | 1 738 | 1 841 |
| Production/consommation | | 43,0 % | 40,5 % | 41,5 % | 40,0 % | 44,4 % | 46,0 % | 43,9 % | 42,0 % | 45,3 % | 42,9 % |

Remarque :

*Estimée comme (marché intérieur apparent) – (importations) + (exportations).

Source : Industrie Canada, Strategis, <http://strategis.gc.ca>. Consulté le 1^{er} février 2004.

**Tableau 5 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques
(en millions de dollars canadiens)**

| Marchandises (Code) | Tarif | Commerce | Région | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|----------|--------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Thiocomposés organiques (SH 2930) | 10-12,5 | Exportations | É.-U. | 4 | 3 | 5 | 6 | 7 | 7 | 9 | 12 | 7 | 7 |
| | | | RDM | 5 | 5 | 7 | 8 | 5 | 6 | 8 | 8 | 3 | 1 |
| | | | Total | 8 | 8 | 12 | 13 | 12 | 13 | 16 | 20 | 10 | 8 |
| | | Importations | É.-U. | 23 | 28 | 40 | 41 | 43 | 50 | 61 | 48 | 39 | 37 |
| | | | RDM | 19 | 21 | 18 | 26 | 23 | 38 | 36 | 67 | 123 | 94 |
| Total | 42 | 49 | 58 | 67 | 66 | 88 | 97 | 115 | 161 | 131 | | | |
| Sucres chimiquement purs, leurs éthers et leurs sels (SH 2940) | 9,2-10 | Exportations | É.-U. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | RDM | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| | | Importations | É.-U. | 2 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 9 | 18 |
| | | | RDM | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 7 | 10 | 7 | 5 |
| Total | 6 | 5 | 4 | 4 | 9 | 4 | 8 | 11 | 15 | 23 | | | |
| Glandes et autres organes et héparine et ses sels; substances humaines ou animales préparées à des fins thérapeutiques non dénommées ailleurs (SH 3001) | 9,2-10,2 | Exportations | É.-U. | 49 | 59 | 70 | 80 | 60 | 63 | 124 | 113 | 114 | 141 |
| | | | RDM | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | | | Total | 50 | 61 | 72 | 82 | 61 | 64 | 125 | 114 | 115 | 142 |
| | | Importations | É.-U. | 4 | 5 | 4 | 7 | 6 | 5 | 8 | 7 | 8 | 9 |
| | | | RDM | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 6 | 8 | 5 | 5 | 6 |
| Total | 5 | 7 | 7 | 10 | 10 | 11 | 16 | 12 | 13 | 15 | | | |
| Sang; sang préparé (SH 3002) | 0-9,8 | Exportations | É.-U. | 35 | 34 | 36 | 39 | 34 | 36 | 56 | 140 | 113 | 148 |
| | | | RDM | 48 | 51 | 47 | 51 | 52 | 61 | 50 | 49 | 42 | 39 |
| | | | Total | 82 | 85 | 83 | 90 | 86 | 97 | 106 | 189 | 155 | 187 |
| | | Importations | É.-U. | 117 | 156 | 184 | 145 | 140 | 175 | 253 | 301 | 254 | 338 |
| | | | RDM | 24 | 26 | 35 | 40 | 49 | 66 | 104 | 75 | 120 | 298 |
| Total | 140 | 182 | 219 | 185 | 189 | 241 | 357 | 375 | 375 | 635 | | | |

(Tableau 5 suite)

| Marchandises (Code) | Tarif | Commerce | Région | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|-------|--------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Médicaments (SH 3003) - non présentés sous forme de doses, ni conditionnés pour la vente au détail | 0,9.5 | Exportations | É.-U. | 20 | 21 | 32 | 29 | 30 | 49 | 71 | 77 | 98 | 42 |
| | | | RDM | 23 | 30 | 21 | 20 | 20 | 20 | 18 | 26 | 9 | 5 |
| | | | Total | 44 | 52 | 53 | 49 | 50 | 69 | 89 | 103 | 107 | 47 |
| | | Importations | É.-U. | 25 | 22 | 37 | 38 | 67 | 98 | 144 | 157 | 159 | 92 |
| | | | RDM | 16 | 16 | 13 | 24 | 28 | 32 | 26 | 27 | 19 | 27 |
| | | | Total | 41 | 39 | 50 | 61 | 95 | 130 | 170 | 184 | 178 | 119 |

Source :

Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <http://strategis.gc.ca>. Consulté le 1^{er} février 2004.

Tableau 6 : Commerce selon la classification des marchandises, 1992-2001, produits pharmaceutiques (suite)
(en millions de dollars canadiens)

| Marchandises (Code) | Tarif | Commerce | Région | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|----------|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Médicaments (SH 3004) | 0-9,5 | Exportations | É.-U. | 81 | 115 | 243 | 314 | 418 | 690 | 648 | 636 | 880 | 1 398 |
| | | | RDM | 98 | 119 | 119 | 153 | 172 | 220 | 342 | 313 | 247 | 247 |
| | | | Total | 179 | 234 | 362 | 467 | 590 | 910 | 990 | 949 | 1 127 | 1 645 |
| | | Importations | É.-U. | 536 | 385 | 734 | 823 | 949 | 1 130 | 1 430 | 1 864 | 2 379 | 2 471 |
| | | | RDM | 468 | 537 | 653 | 768 | 818 | 908 | 1 260 | 1 623 | 1 878 | 2 562 |
| | | | Total | 1 004 | 922 | 1 387 | 1 591 | 1 767 | 2 038 | 2 690 | 3 487 | 4 257 | 5 033 |
| Pansements et articles analogues (SH 3005) | 9,5-22,5 | Exportations | É.-U. | 16 | 17 | 24 | 37 | 33 | 43 | 47 | 53 | 61 | 35 |
| | | | RDM | 1 | 3 | 3 | 20 | 13 | 21 | 17 | 18 | 4 | 5 |
| | | | Total | 17 | 20 | 28 | 57 | 45 | 64 | 65 | 70 | 65 | 41 |
| | | Importations | É.-U. | 27 | 30 | 31 | 38 | 45 | 54 | 58 | 61 | 63 | 77 |
| | | | RDM | 10 | 13 | 10 | 16 | 16 | 22 | 30 | 27 | 33 | 36 |
| | | | Total | 37 | 43 | 41 | 54 | 62 | 76 | 88 | 89 | 96 | 113 |
| Autres - préparations chimiques pour usage pharmaceutique | 0-12,5 | Exportations | É.-U. | 8 | 7 | 12 | 10 | 13 | 27 | 37 | 55 | 45 | 63 |
| | | | RDM | 38 | 40 | 65 | 60 | 82 | 81 | 120 | 110 | 106 | 62 |
| | | | Total | 46 | 46 | 77 | 70 | 95 | 108 | 157 | 165 | 151 | 125 |
| | | Importations | É.-U. | 83 | 87 | 107 | 113 | 131 | 107 | 105 | 122 | 159 | 132 |
| | | | RDM | 15 | 16 | 22 | 23 | 24 | 34 | 34 | 39 | 66 | 92 |
| | | | Total | 97 | 102 | 129 | 136 | 155 | 141 | 139 | 161 | 224 | 225 |
| Total* | | Exportations | É.-U. | 213 | 256 | 422 | 515 | 595 | 913 | 993 | 1 086 | 1 318 | 1 833 |
| | | | RDM | 214 | 250 | 266 | 314 | 345 | 414 | 560 | 528 | 414 | 363 |
| | | | Total | 428 | 505 | 689 | 829 | 940 | 1 327 | 1 553 | 1 614 | 1 732 | 2 196 |
| | | Importations | É.-U. | 816 | 714 | 1 138 | 1 206 | 1 386 | 1 620 | 2 061 | 2 562 | 3 070 | 3 175 |
| | | | RDM | 556 | 636 | 757 | 903 | 965 | 1 110 | 1 505 | 1 873 | 2 250 | 3 120 |
| | | | Total | 1 372 | 1 350 | 1 895 | 2 109 | 2 351 | 2 730 | 3 566 | 4 435 | 5 320 | 6 295 |

Remarques :

* Le n « total » comprend les pompes (munies d'un dispositif mesureur) autres que celles qui servent à distribuer du carburant ou des lubrifiants.

Source :

Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <http://strategis.gc.ca>. Consulté en octobre 2002.

Tableau 7 : Commerce selon la classification des industries, 1992-2001, fabrication de produits pharmaceutiques et de (SCIAN 3254) (en millions de dollars canadiens)

| Commerce | Région | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Exportations | É.-U. | 205 | 259 | 430 | 516 | 607 | 929 | 1,012 | 1 114 | 1 360 | 1 932 |
| | RDM | 262 | 257 | 265 | 300 | 333 | 398 | 550 | 567 | 494 | 374 |
| | Total | 467 | 516 | 694 | 816 | 940 | 1 327 | 1 562 | 1 681 | 1 853 | 2 307 |
| Importations | É.-U. | 975 | 1 236 | 1 359 | 1 448 | 1 628 | 1 925 | 2 395 | 2 928 | 3 452 | 3 617 |
| | RDM | 729 | 836 | 1 001 | 1 195 | 1 300 | 1 373 | 1 801 | 2 126 | 2 477 | 3 428 |
| | Total | 1 704 | 2 072 | 2 360 | 2 643 | 2 928 | 3 298 | 4 196 | 5 054 | 5 929 | 7 045 |
| Marché intérieur apparent | | 5 474 | 6 189 | 6 123 | 6 577 | 6 680 | 6 857 | 7 408 | 8 336 | 9 556 | 11 531 |
| Exportations/consommation | | 8,5 % | 8,3 % | 11,3 % | 12,4 % | 14,1 % | 19,3 % | 21,1 % | 20,2 % | 19,4 % | 20,0 % |
| Importations/consommation | | 31,1 % | 33,5 % | 38,5 % | 40,2 % | 43,8 % | 48,0 % | 56,6 % | 60,6 % | 62,0 % | 61,1 % |
| Production intérieure estimative* | | 4 237 | 4 623 | 4 458 | 4 749 | 4 692 | 4 886 | 4 774 | 4 962 | 5 480 | 6 793 |
| Production/consommation | | 77,4 % | 74,8 % | 72,8 % | 72,2 % | 70,2 % | 71,2 % | 64,4 % | 59,5 % | 57,4 % | 58,9 % |

Remarque :

*Estimé comme (marché intérieur apparent) – (importations) + (exportations).

Source :

Établi à partir de données de Statistique Canada, accessibles dans le site Web Strategis d'Industrie Canada à l'adresse <http://strategis.gc.ca>. Consulté en février 2004.

**Tableau 8 : Prix des produits pharmaceutiques au Canada, 1992-2001
(pourcentage de variation annuelle)**

| Année | Produits pharmaceutiques | | Prix à la consommation | Tous les produits |
|---------|-------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
| | Prix des médicaments brevetés | Prix de l'industrie | | Prix à la consommation |
| 1992 | 2,1 | 3,6 | 2,2 | 1,5 |
| 1993 | 0,1 | 0,9 | 2,9 | 1,8 |
| 1994 | -0,7 | -0,4 | 0,9 | 0,2 |
| 1995 | -1,9 | -0,7 | -0,1 | 2,2 |
| 1996 | -2,2 | 0,0 | 0,4 | 1,6 |
| 1997 | -0,1 | -0,2 | -0,4 | 1,6 |
| 1998 | -0,1 | -0,7 | 2,2 | 0,9 |
| 1999 | 0,2 | 0,4 | 2,0 | 1,7 |
| 2000 | 0,4 | 1,0 | 2,8 | 2,7 |
| 2001 | 0,1 | 0,3 | 3,0 | 2,6 |
| Moyenne | -0,2 | 0,4 | 1,6 | 1,7 |

Sources :

Médicaments brevetés : indice des prix des médicaments brevetés (IPMB), Canada. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Industrie : indice des prix des produits industriels (produits pharmaceutiques), Statistique Canada.

Consommation : indice des prix à la consommation (produits pharmaceutiques), Statistique Canada.

Tous les biens de consommation : Statistique Canada.

**Tableau 9 : Dépenses publiques et privées pour les médicaments
(en millions de dollars et en % du total des dépenses pour les soins de santé)**

| Année | Total des dépenses | | Dépenses par habitant | | En % des dépenses pour les soins de santé |
|------------------|--------------------|----------------|-----------------------|----------------|--|
| | millions de \$ | % de variation | millions de \$ | % de variation | |
| Privées | | | | | |
| 1992 | 5 610 | 10,0 | 198 | 8,7 | 31,0 |
| 1993 | 6 135 | 9,4 | 214 | 8,1 | 31,4 |
| 1994 | 6 350 | 3,5 | 219 | 2,3 | 31,0 |
| 1995 | 6 737 | 6,1 | 230 | 4,9 | 31,7 |
| 1996 | 7 029 | 4,3 | 237 | 3,2 | 32,1 |
| 1997 | 7 811 | 11,1 | 261 | 10,0 | 33,5 |
| 1998 | 8 511 | 9,0 | 282 | 8,0 | 34,8 |
| 1999 | 8 905 | 4,6 | 292 | 3,8 | 34,0 |
| 2000 | 9 162 | 2,9 | 298 | 2,0 | 34,1 |
| 2001 | 9 496 | 3,6 | 306 | 2,7 | 33,9 |
| Moyenne | | 6,5 | | 5,4 | |
| Publiques | | | | | |
| 1992 | 2 854 | 11,7 | 101 | 10,4 | 5,5 |
| 1993 | 2 958 | 3,6 | 103 | 2,4 | 5,7 |
| 1994 | 2 998 | 1,3 | 103 | 0,2 | 5,7 |
| 1995 | 3 262 | 8,8 | 111 | 7,6 | 6,2 |
| 1996 | 3 214 | -1,5 | 108 | -2,5 | 6,1 |
| 1997 | 3 467 | 7,9 | 116 | 6,8 | 6,3 |
| 1998 | 3 863 | 11,4 | 128 | 10,4 | 6,5 |
| 1999 | 4 418 | 14,4 | 145 | 13,4 | 7,0 |
| 2000 | 5 150 | 16,6 | 168 | 15,6 | 7,5 |
| 2001 | 6 054 | 17,5 | 195 | 16,4 | 8,1 |
| Moyenne | | 9,2 | | 8,1 | |
| Total | | | | | |
| 1992 | 8 464 | 10,6 | 299 | 9,3 | 12,1 |
| 1993 | 9 093 | 7,4 | 317 | 6,2 | 12,7 |
| 1994 | 9 348 | 2,8 | 322 | 1,6 | 12,8 |
| 1995 | 9 999 | 7,0 | 341 | 5,8 | 13,5 |
| 1996 | 10 243 | 2,4 | 346 | 1,3 | 13,7 |
| 1997 | 11 278 | 10,1 | 377 | 9,0 | 14,4 |
| 1998 | 12 374 | 9,7 | 410 | 8,7 | 14,8 |
| 1999 | 13 323 | 7,7 | 437 | 6,8 | 14,9 |
| 2000 | 14 312 | 7,4 | 466 | 6,5 | 14,9 |
| 2001 | 15 550 | 8,6 | 501 | 7,6 | 15,2 |
| Moyenne | | 7,4 | | 6,3 | |

Source :
Institut canadien d'information sur la santé

**Tableau 10 : Commerce des voyages liés à la santé,* 1992-2001
(en millions de dollars canadiens)**

| Commerce | Région | 1992† | 1993† | 1994† | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--------------|--------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Exportations | É.-U. | 55 | 53 | 55 | 64 | 63 | 65 | 70 | 71 | 72 | 75 |
| | RDM | 13 | 14 | 15 | 21 | 23 | 22 | 20 | 21 | 22 | 21 |
| | Total | 68 | 67 | 70 | 85 | 86 | 87 | 90 | 92 | 94 | 96 |
| Importations | É.-U. | 176 | 122 | 90 | 171 | 184 | 210 | 244 | 266 | 292 | 327 |
| | RDM | 10 | 10 | 8 | 13 | 14 | 16 | 18 | 21 | 22 | 25 |
| | Total | 186 | 132 | 98 | 184 | 198 | 226 | 262 | 287 | 314 | 352 |

Remarques :

*On entend par dépenses de « voyages liés à la santé » toutes les dépenses effectuées dans un autre pays par des patients.

†Les données antérieures à 1995 sont limitées aux frais d'hôpitaux et de médecins payés en vertu de régimes d'assurance-maladie provinciaux pour des personnes résidant au Canada et, par conséquent, elles ne sont pas strictement comparables aux chiffres de 1995-2001.

Source :

Statistique Canada (2002b).

Tableau 11 : Programmes d'appareils et accessoires fonctionnels

| Nom du programme | Administré par | Appareils et articles couverts | Critères d'admissibilité |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Alberta | | | |
| Alberta Aids to Daily Living (AADL) | Ministère de la Santé et du Bien-être | Dossiers, aides pour le bain et la toilette, fournitures à cathéter, vêtements compressifs, chaussures faites sur mesure, pansements, électro-larynx, aides auditives (pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans), lits d'hôpital, fournitures pour incontinence, matériel d'injection (non fourni pour les injections d'insuline), lève-malade, prothèses mammaires, fournitures de stomie, oxygène, hortèses, prothèses, appareils d'oxygénothérapie, sièges spécialisés, coussins pour fauteuils roulants, fauteuils roulants (manuels et motorisés), marchettes | Les personnes qui sont frappées d'une invalidité chronique (six mois ou plus) ou d'une maladie, et les malades en phase terminale : les personnes résidant en Alberta et munies d'un numéro de soins de santé personnel valide |
| Colombie-Britannique | | | |
| SET-BC | Ministère de l'Éducation de la C.-B. | Le matériel va des outils pour améliorer l'accès aux logiciels de lecture d'écran, aux dispositifs de sortie vocale et aux systèmes informatiques adaptés. SET-BC choisit le matériel qui sera financé par le prêt bancaire en se fondant sur divers facteurs, dont le besoin de l'étudiante ou de l'étudiant, le coût, la durabilité et la disponibilité du matériel, ainsi que le soutien technique. | Les étudiantes et les étudiants, depuis l'école maternelle jusqu'à la 12 ^e année, qui résident en Colombie-Britannique |
| Programme des services aux adultes | S.O. | Technologie spéciale | Les étudiantes et les étudiants handicapés qui font des études postsecondaires et les employées et employés handicapés qui utilisent des technologies adaptées |
| Manitoba | | | |
| Aucun programme complet, seulement les programmes particuliers indiqués ci-dessous | | | |
| Le programme de prothèses mammaires | Santé Manitoba | Prothèses mammaires et soutien-gorge postopératoires | Les personnes qui ont subi une mastectomie unilatérale peuvent demander deux prothèses tous les quatre ans et deux soutiens gorge postopératoires tous les ans |
| Le programme de lunettes | Santé Manitoba | Lunettes | Toutes les personnes résidant au Manitoba et âgées de plus de 65 ans |

Tableau 11 (suite)

| | | | |
|--|---|--|---|
| Programmes de prothèses auditives | Santé Manitoba | Aides à l'audition (analogues ou numériques, embouts auriculaires et empreintes des oreilles) | Les personnes résidant au Manitoba et âgées de moins de 18 ans qui ont besoin d'une prothèse auditive prescrite par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audiologiste |
| Programme de chaussures orthopédiques | Santé Manitoba | Chaussures orthopédiques (standards ou faites sur mesure) | Toutes les personnes résidant au Manitoba et âgées de moins de 18 ans |
| Programme de prothèse oculaire et de verres de contact pour enfants en bas âge | Santé Manitoba | Prothèse oculaire et verres de contact pour enfants en bas âge (uniques ou bilatéraux) | Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont besoin d'une prothèse oculaire ou de coques à but esthétique prescrites par un médecin, ou de verres de contact correcteurs prescrits par un praticien; Santé Manitoba fournira une lentille par oeil, par enfant en bas âge |
| Programme de prothétique et d'orthostatique | Santé Manitoba | Membres artificiels et orthèses ou prothèses pour la colonne vertébrale et services connexes | Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont besoin de ces services, prescrits par un praticien |
| Programme de télécommunications | Santé Manitoba | Matériel de télécommunications, y compris les ATME et les téléavertisseurs | Toutes les personnes résidant au Manitoba qui ont une déficience auditive profonde ou un trouble de la parole profond. On n'accorde qu'une réduction de 80 %, une fois tous les cinq ans |
| Subvention au transport | Santé Manitoba | Couvre les coûts du transport à l'établissement approuvé le plus proche où le traitement est offert | Les personnes résidant au Manitoba qui ont été envoyées à l'extérieur du Manitoba par des spécialistes de cette province |
| Aides pour les aveugles | Institut national canadien pour les aveugles (INCA) | Montres et magnétophones à bandes en braille | Les personnes résidant au Manitoba qui sont aveugles ou ont une déficience visuelle grave |
| Programme communautaire de fauteuils roulants du Manitoba | Society for Manitobans with Disabilities (SMD) | Fauteuils roulants et autres aides à la mobilité | Selon le besoin médical; envoi par un médecin |
| Nouveau-Brunswick | | | |
| Programme de services de santé | Ministère de la Santé | Certains articles de base non couverts ordinairement par les régimes d'assurance-maladie ou les régimes de soins médicaux privés (fauteuils roulants, aides pour salle de bain, lève-malade, marchettes, réparation et pièces de rechange, aides à l'audition, appareils et accessoires orthopédiques, fournitures de stomie, prothèses, équipement d'oxygénothérapie et autres appareils respiratoires, etc.) | Les clientes et clients de l'aide sociale et les personnes à leur charge; les personnes qui ont des besoins en matière de santé particuliers et sont admissibles à des soins aux termes de l'article 4.4 de la <i>Loi sur la sécurité du revenu familial</i> et du règlement sur les soins de santé prolongés; les enfants ayant des besoins spéciaux qui sont des clientes ou clients du programme des services communautaires aux enfants ayant des besoins spéciaux (CBSCSN), lorsque la famille fait la preuve qu'elle a besoin d'aide financière |

Tableau 11 (suite)

| | | | |
|---|---|--|--|
| Programme de remboursement de la taxe sur les véhicules | Ministère des Finances | Remboursement de la fraction provinciale de 8 % de la taxe de vente harmonisée (TVH) ou de la taxe sur les véhicules provinciale (TVP) de 15 % sur les transactions de vente privées pour les personnes handicapées | Le véhicule est spécialement équipé d'un appareil permettant à un fauteuil roulant ou un fauteuil triporteur d'y entrer ou d'en sortir; ou le véhicule est spécialement équipé de commandes de conduite auxiliaire |
| Programme de matériel de réadaptation pour les personnes âgées | Financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais administré par la Croix-Rouge canadienne | Matériel standard et spécialisé prêté pour améliorer la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne de façon à maintenir la capacité des personnes âgées à demeurer au sein de la collectivité; aides à la mobilité | Les personnes âgées de plus de 65 ans dans les maisons de soins infirmiers |
| Programme Services de soutien, d'emploi et de formation (SSEF) pour les personnes handicapées | Ministère de la Formation et du Développement de l'emploi | Services de formation et d'emploi qui permettent aux personnes handicapées d'atteindre leurs buts professionnels ou d'obtenir un emploi | Processus de demande; envoi par un médecin |
| Aide financière aux personnes handicapées | Ministère des Transports | Aide financière pour les coûts de l'achat et de l'installation de matériel et d'accessoires automobiles nécessaires en raison d'un handicap d'un ou de plusieurs conducteurs ou passagers réguliers, tel qu'un appareil de levage pour fauteuils roulants ou un dispositif élévateur de triporteur, des rampes d'accès, des modifications au plancher et aux portes, des systèmes de retenue, des sièges pour les personnes ayant des besoins spéciaux des commandes manuelles, etc. | Les demandes doivent être approuvées par le ministère des Transports |
| Terre-Neuve-et-Labrador | | | |
| Aucun | S.O. | S.O. | S.O. |
| Territoires du Nord-Ouest | | | |
| Aucun | S.O. | S.O. | S.O. |
| Nouvelle-Écosse | | | |
| Programme communautaire d'aide au transport | Ministère des Transports | Comprend les services de transport dans les régions rurales et semi-rurales de la Nouvelle-Écosse | Les personnes qui ont une incapacité ou une maladie de longue durée et qui ne peuvent pas utiliser les transports en commun |

Tableau 11 (suite)

| Nunavut | | | |
|--|--|--|--|
| Aucun | S.O. | S.O. | S.O. |
| Ontario | | | |
| Programme des appareils et accessoires fonctionnels et d'oxygéno-thérapie à domicile | Administré par la Direction du soutien opérationnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario | Couvre plus de 8 000 pièces, articles ou fournitures appartenant à 11 catégories : prothèses, fauteuils roulants, moyens de déplacement et systèmes de sièges spéciaux, fournitures d'alimentation entérale, moniteurs et bandes de test de diabète insulino-dépendant, prothèses auditives, appareils respiratoires, orthèses, aides à la vision et à la communication, et oxygène et appareils dispensateurs d'oxygène. Le programme paye jusqu'à 75 % du coût des appareils et accessoires tels que les membres artificiels, les supports orthopédiques, les fauteuils roulants, les prothèses mammaires et les appareils respiratoires. Pour les prothèses auditives, le programme contribue un montant fixe. Oxygène et matériel dispensateur d'oxygène à domicile. | Les personnes résidant en Ontario (munies d'un numéro du régime provincial d'assurance-maladie) qui ont une incapacité ou une maladie de six mois ou plus |
| Île-du-Prince-Édouard | | | |
| Programme de soutien aux personnes handicapées | Services et mesures de soutien pour les personnes handicapées, ministère de la Santé et des Services sociaux | <p>Le programme, qui est fondé sur des évaluations individuelles, comporte une contribution de la personne, ou de la famille établie selon la capacité de payer et ce, jusqu'à un minimum indiqué dans un barème de cotisation des clientes et clients.</p> <p>Le matériel peut comprendre des aides pour salle de bain, des aides pour les personnes alitées, des fournitures de stomie, des appareils de communication, des fournitures pour appareils d'alimentation, des prothèses auditives, des orthèses, des prothèses</p> <p>Dispositifs, aides visuelles, fauteuils roulants, aides pour la posture et le déplacement et matériel d'analyse comportementale appliquée</p> | Les personnes âgées de 64 ans ou moins qui ont une limitation fonctionnelle résultant d'une incapacité ou d'une maladie qui limitent leurs capacités d'exercer des activités nécessaires à leur indépendance et à leur bien-être. Les incapacités ne comprennent pas la maladie mentale, elles doivent être continues ou récidivantes et susceptible de durer plus d'un an |

Tableau 11 (suite)

| Québec | | | |
|---|--------------------------------|---|--|
| Prothèses auditives | Régie de l'assurance - maladie | Prothèses auditives | Les personnes ayant une perte auditive; la protection varie selon l'âge et le degré de la perte d'audition |
| Prothèses visuelles | Régie de l'assurance-maladie | Aides à la lecture tels que des magnétophones, des systèmes de télévision en circuit fermé, des systèmes et calculatrices optiques, des aides à l'écriture (telles que les machines à écrire classique et des appareils de transcription en braille), des aides à la mobilité (telles que des cannes blanches et des détecteurs électroniques d'obstacles) | Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui sont aveugles ou ont une basse vision |
| Appareils de stomie | Régie de l'assurance-maladie | Appareils de stomie | Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente dont la nature permanente est attestée par un certificat médical |
| Appareils et accessoires qui compensent les handicaps physiques | Régie de l'assurance-maladie | Achat, ajustement, remplacement, réparation et, dans certains cas, aides à la marche, aides à la verticalisation, aides au déplacement, aides au maintien de la posture et leurs composants, suppléments et accessoires; achat, ajustement, remplacement et réparation d'orthèses et de prothèses. Le programme ne couvre pas les fauteuils triporteurs et quadriporteurs motorisés, mais il couvre l'ajustement et la réparation de ces appareils, s'ils ont été payés par l'Office des personnes handicapées du Québec avant le 12 novembre 1998. | Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont une déficience physique et satisfont aux conditions d'admissibilité du programme |
| Formes mammaires externes | Régie de l'assurance-maladie | Pour chaque sein, le montant de 200 \$ payable tous les deux ans à partir de la date de l'opération ou, dans le cas de l'aplasie, à partir de la date du rapport médical. | Toutes les femmes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont subi une mastectomie totale ou radicale et les femmes âgées de 14 ans ou plus qui ont une absence totale de la formation des seins, faisant l'objet d'un diagnostic médical d'aplasie |
| Prothèses oculaires | Régie de l'assurance-maladie | Pour chaque oeil, le remboursement du coût de l'achat ou du remplacement d'une prothèse oculaire une fois par période de cinq ans et une allocation annuelle pour la réparation et l'entretien de la prothèse. | Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec qui a besoin d'une prothèse oculaire (oeil artificiel) |

Tableau 11 (suite)

| Saskatchewan | | | |
|--|--|--|---|
| Aides à la vie autonome de la Saskatchewan (SAIL) | Ministère de la Santé | Services orthopédiques (prothèses, orthèses, sièges adaptés spécialisés et chaussures faites sur mesure), et soins respiratoires à domicile (oxygénothérapie à domicile, appareils respiratoires). Ce programme ne couvre pas les personnes admissibles à des services d'autres ministères ou organismes du gouvernement du Canada, à l'assurance du gouvernement de la Saskatchewan relative à la Commission des accidents du travail ni les personnes qui résident dans des hôpitaux généraux fournissant des soins de réadaptation ou des soins prolongés | Envoi par un spécialiste, un médecin ou un physiatre |
| Programme pour paraplégiques | Ministère de la Santé | Financement de certains médicaments, fournitures pour incontinence, appareils de réadaptation spécialisés, commande manuelle, rampes d'accès et appareils de levage pour fauteuils roulants | Personne envoyée par un physiatre |
| Programme pour les personnes atteintes de la fibrose kystique | Ministère de la Santé | Certains médicaments, suppléments alimentaires et digestifs | Personne envoyée par un médecin |
| Programme pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique | Ministère de la Santé | Certains médicaments sont couverts | Personne envoyée par le service de dialyse d'un hôpital |
| Programme des fournitures de stomie | Ministère de la Santé | Remboursement des fournitures de stomie | Personne envoyée par un stomothérapeute |
| Programme des aides pour les aveugles | SAIL fournit du financement à l'INCA | Montres en braille, calculatrices parlantes, et prothèses pour mal-voyants | |
| Programme de matériel pour besoins spéciaux | Administré par le Saskatchewan Abilities Council en vertu d'un contrat avec SAIL | Aides à la mobilité, aides environnementales | |
| Yukon | | | |
| Aucun | S.O. | S.O. | S.O. |

NOTES

¹ Il n'existe pas de différences importantes entre le pourcentage des femmes et des hommes qui citent ces raisons pour leurs besoins non satisfaits en matière d'appareils et accessoires fonctionnels.

² Pour de plus amples détails, voir l'annexe A.

³ *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) 20, USC, Ch. 33, 1401, 25, US.

⁴ On trouvera de plus amples détails au tableau 3.

⁵ On trouvera au tableau 11 de plus amples détails sur le programme d'appareils et accessoires fonctionnels de chaque province.

⁶ Nous n'avons pas pu vérifier dans quelle mesure ce système a été une réussite en Australie, mais, selon les comptes rendus que nous avons pu trouver, il y a eu certains transferts de fonds gouvernementaux à des fabricants du secteur privé à l'appui de celui-ci.

⁷ <http://www.dfait-maeci.gc.ca/businesswomen/moreabout-fr.asp>. Consulté le 11 mars 2004.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada Appel de propositions Les accords commerciaux et les femmes *

Sauvegarder les mesures proactives d'équité en emploi au Canada à l'heure des Accords de commerce

Lucie Lamarche

Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes

Olena Hankivsky and Marina Morrow with Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds

Intégration des considérations liées à l'égalité entre les sexes dans la politique commerciale du Canada : Une étude de cas de la mobilité de la main d'œuvre dans les accords commerciaux

Chantal Blouin, Heather Gibb, Maire McAdams and Ann Weston

The North-South Institute

Les accords commerciaux, les services de santé et la santé des femmes

Teresa Cyrus et Lori Curtis

Les femmes handicapées et la libéralisation du commerce

Deborah Stienstra, Colleen Watters, Hugh Grant, Hui-Mei Huang et Lindsey Troschuk

La prise en compte des particularités propres à chacun des sexes au sein de l'Organisation mondiale du commerce : un modèle canadien de promotion et d'analyse

Dana Peebles

Du commerce des fourrures au libre-échange : la foresterie et les femmes des Premières nations au Canada

Connie Deiter et Darlene Rude

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs