

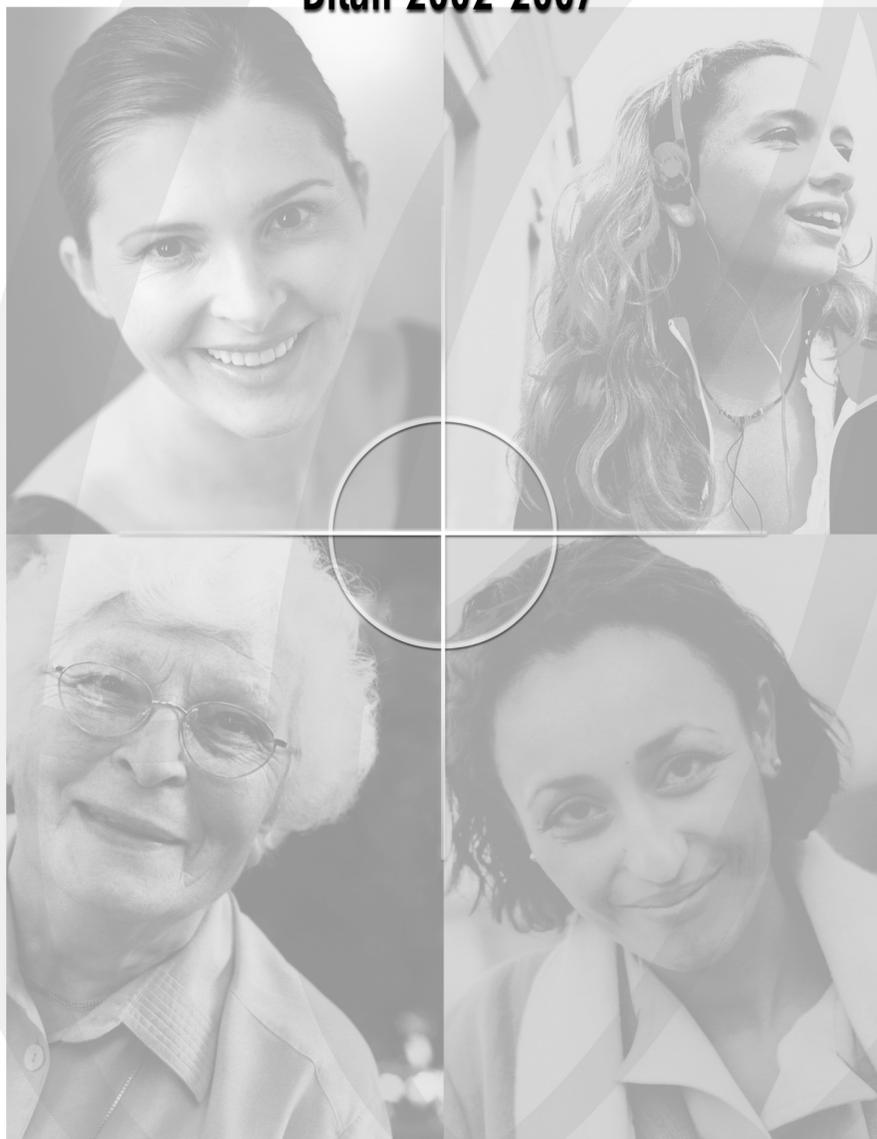
# Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes AU FÉMININ... À L'ÉCOUTE DE NOS BESOINS

Bilan 2002-2007



**Objectifs ministériels et stratégie d'action  
en santé et bien-être des femmes  
AU FÉMININ... À L'ÉCOUTE DE NOS BESOINS**

**Bilan 2002-2007**



Mai 2008

## **Rédaction**

Pascale Gagnon, Unité de l'éthique  
Nathalie Labrecque, Direction de la recherche et de l'innovation  
Nicole Rozon, Unité de l'éthique  
Suela Sefa, Direction des services sociaux généraux

## **Coordination**

Pascale Gagnon, Unité de l'éthique

## **Traitement de texte et mise en page**

Diane Néron, Unité de l'éthique  
Isabelle Leclerc, Unité de l'éthique

## **Révision linguistique**

Madeleine Fex

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) à la rubrique publications, section documentation**

ou

**<http://ethique.msss.gouv.qc.ca>**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53052-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53053-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

## Sommaire

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rendait publics les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*.

Cette stratégie d'action en santé et bien-être des femmes est basée sur trois principaux objectifs, soit :

- Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services
- Adapter des soins et des services aux besoins des femmes
- Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins

La stratégie, mise en œuvre dans une première phase, couvrait la période 2002-2006. Le présent bilan fait état des actions accomplies principalement durant cette période et, lorsque les données sont disponibles, pour l'année 2006-2007. Il fournit également des données plus générales sur la progression de l'état de santé des femmes, en portant une attention particulière aux spécificités qui leur sont propres.

### **Objectif 1 Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services**

Cet objectif vise à mieux considérer les besoins des femmes au moment de la planification des services de santé et de services sociaux. Le MSSS souhaite ainsi que son personnel et celui du réseau modifient graduellement leurs pratiques pour en arriver à une systématisation de la prise en compte de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) lors des différentes étapes de gestion.

Pour y parvenir, le MSSS a tout d'abord réalisé un projet pilote d'intégration de l'ADS aux travaux d'élaboration (1997 à 2000) et de mise en œuvre (2000 à 2004) des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes en perte d'autonomie. L'ADS a ensuite été intégrée au volet *Proches aidants* de la Politique de soutien à domicile et au Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. L'ADS a aussi été présentée dans le *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*.

L'engagement du MSSS à l'égard du projet gouvernemental d'expérimentation de l'ADS a donné lieu à une volonté plus large d'intégrer cette approche aux pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS s'est donné un calendrier d'implantation progressive de l'ADS à certains programmes ciblés, et ce, afin de favoriser une meilleure intégration des besoins des femmes à la planification nationale et régionale de soins et de services. Ainsi, l'ADS a été inscrite au cahier des charges du MSSS à partir 2003-2004. En 2004-2005, l'ADS a été étendue aux ententes de gestion, plus particulièrement concernant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. En 2005-2006, les agences et les CSSS ont été invités à intégrer l'ADS aux projets cliniques touchant les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille, les services aux personnes aidantes et les services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Afin de favoriser l'intégration de l'ADS, le MSSS s'est engagé à sensibiliser le personnel d'encadrement et à former le personnel concerné du ministère, des agences, des CSSS et des établissements. Après avoir élaboré du matériel de formation adapté au secteur de la santé et des services sociaux, une trentaine de personnes-ressources du MSSS et du réseau ont été formées à l'ADS afin de pouvoir offrir des sessions de sensibilisation et de formation à l'intention des gestionnaires et du personnel. Depuis

2005, des sessions pilotes de sensibilisation et de formation ont été offertes au personnel d'encadrement et au personnel professionnel du MSSS et plusieurs sessions de sensibilisation et de formation à l'ADS ont été organisées au sein du réseau de santé et de services sociaux dans la majorité des régions : plus de 1 000 personnes ont participé à ces sessions (près de 600 en sensibilisation et près de 500 en formation).

Afin de soutenir l'élaboration des projets cliniques, le MSSS a aussi coordonné la publication d'une monographie sur la santé des femmes (2004) et d'une monographie sur la santé des hommes (2005). Toutes deux incluent des analyses basées sur les déterminants de la santé de même que sur les besoins spécifiques des femmes et des hommes, afin de faciliter la planification d'une organisation de services qui répondent adéquatement aux besoins spécifiques des deux groupes.

Une plus grande représentation féminine au sein des instances décisionnelles constitue un appui de taille pour mieux adapter les services de santé aux besoins spécifiques des femmes. Cette représentation a été en constante progression depuis 1994 et, depuis 2002, la représentation féminine moyenne au sein des instances décisionnelles régionales a atteint le niveau de la quasi-parité et s'y maintient.

Signalons finalement que le MSSS a encouragé la prise en considération des problématiques spécifiques de certains groupes plus vulnérables (femmes immigrantes, femmes autochtones, femmes handicapées, femmes homosexuelles ou bisexuelles, femmes vivant des conditions économiques difficiles) lors de la planification de soins et des services.

## **Objectif 2 Adapter des soins et des services aux besoins des femmes**

Cet objectif vise à mener des actions pour promouvoir la santé et le bien-être des femmes, à prévenir la détérioration de leur état de santé et à intervenir le plus efficacement possible afin d'améliorer les soins et les services relativement aux problématiques suivantes : vieillissement, périnatalité, planification des naissances, violence conjugale et sexuelle, femmes tirant revenu d'activités sexuelles, santé physique, santé mentale, habitudes de vie et évolution de la prestation des services. Voici un bref aperçu des actions réalisées depuis 2002 dans chacun de ces domaines.

**Vieillesse** — Les actions du MSSS ont porté principalement sur l'amélioration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et sur la prévention des chutes. L'ADS a été intégrée au plan de mise en œuvre des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La Politique de soutien à domicile fait aussi appel à l'ADS. Concernant la prévention des chutes, les CSSS des différentes régions du Québec ont mis en place un continuum d'interventions visant à offrir des services appropriés aux personnes âgées à risque.

**Périnatalité** — Le MSSS publiait, en 2004, son Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Toutes les composantes de ces services reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux familles en situation de vulnérabilité (faible scolarité, faible revenu, jeune âge de la mère, isolement social, etc.). Les sommes allouées aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ont augmenté au cours des dernières années. En 2005-2006, 45 % de femmes ont pu profiter des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (volets *Soutien aux jeunes familles* et *Soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté*), comparativement à 56,4 % en 2006-2007. Le MSSS soutient également l'élaboration et la réalisation d'activités de formation ainsi que la production et la diffusion de guides d'intervention et d'outils complémentaires.

Un bilan de la Politique de périnatalité de 1993 a été réalisé et les travaux d'élaboration de la nouvelle politique de périnatalité ont été menés. L'humanité, la précocité, la sécurité et la prise en compte des dimensions éthiques sont les valeurs qui guident les orientations de cette

prochaine politique. Celle-ci soulignera l'importance d'une offre de services à l'ensemble de la clientèle périnatale, tout en maintenant les acquis par rapport aux clientèles vulnérables. Elle présentera une vision globale et intégrée de la périnatalité tout au long des périodes prénatale, périnatale et postnatale tout en abordant différentes thématiques susceptibles d'influencer l'expérience du « devenir parent », l'adaptation à ce rôle, le développement de l'enfant ainsi que ses futures conditions de vie. Enfin, la nouvelle politique de périnatalité abordera le soutien aux parents vivant en contexte de vulnérabilité, la prévention de la grossesse à l'adolescence, la procréation assistée, la prématurité et le retard de croissance intra-utérine, les anomalies congénitales, la consommation d'alcool et de drogue, les situations de violence, d'abus et de négligence, la santé mentale en période périnatale, les soins de fin de vie et le deuil périnatal.

Par ailleurs, une nouvelle réglementation sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchement à domicile a été adoptée en mai 2004. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005, le programme d'assurance responsabilité civile et professionnelle des établissements de santé est étendu à la responsabilité découlant de la pratique des sages-femmes à domicile; l'accouchement à domicile avec une sage-femme est donc possible. Depuis, six hôpitaux ont signé des ententes visant à permettre les accouchements avec l'assistance d'une sage-femme et, en 2008, dix maisons de naissance seront en activité au Québec.

**Planification des naissances et prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)** – De nombreuses actions ont été menées, tant à l'échelle provinciale qu'à l'échelle régionale et locale, afin de favoriser l'éducation à la sexualité chez les jeunes, de promouvoir des comportements sexuels sains et sécuritaires et de prévenir les ITSS et les grossesses chez les adolescentes. D'autres actions ont été élaborées afin d'offrir du soutien au moment de la prise de décision relative à l'issue de la grossesse et de soutenir les parents adolescents.

L'éducation à la sexualité chez les jeunes constitue une préoccupation partagée par le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Les deux ministères ont mis au point des outils et des sessions de formation visant à soutenir le personnel du milieu scolaire et celui des CSSS dans la mise en œuvre de projets et de situations d'apprentissage adaptés aux phases du développement des jeunes et visant la promotion de comportements sexuels sains et sécuritaires.

Dans le contexte de l'entente de complémentarité des services entre leurs réseaux, le MSSS et le MELS, avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec, soutiennent le déploiement de l'approche *École en santé* dans les écoles du Québec. Ainsi, les écoles qui mettent cette approche en œuvre peuvent avantageusement être guidées dans le choix des meilleures pratiques en promotion de la santé et du bien-être et en prévention, et plus particulièrement en matière d'éducation à la sexualité.

Divers autres outils d'information et de sensibilisation ont été élaborés et mis à la disposition des instances et des acteurs concernés au cours des dernières années, notamment le magazine *Ça s'exprime*, la vidéo *Les années papillon* et la pièce de théâtre *Pas de bébé, pas de bébittes*.

Lors des campagnes *Jeunes* du MSSS, des activités de sensibilisation à l'adoption et au maintien des comportements sains et sécuritaires sont aussi menées dans les écoles et dans les cliniques jeunesse qui offrent, en plus de ces activités, des services-conseils et de soutien aux jeunes à risque ou en difficulté (accès à la contraception et services d'interruption volontaire de grossesse).

**Violence conjugale** – La majorité des victimes de violence conjugale sont encore des femmes, âgées de 18 à 49 ans, conjointes ou ex-conjointes de l'auteur présumé. La problématique de la violence conjugale touche plus particulièrement les populations des régions du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord et de Montréal.

Afin de prévenir la violence conjugale et d'aider les femmes qui en sont victimes, le MSSS a participé activement aux travaux d'élaboration du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. Le ministère a accru son soutien financier en injectant, de 2003 à 2006, une somme de plus de 23 millions \$ afin d'assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts par différents organismes communautaires en matière de violence conjugale (consolidation et élaboration des nouveaux services dans les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence, soutien aux centres de femmes et aux organismes communautaires intervenant en violence conjugale, etc.). Le Programme national de santé publique 2003-2012 prévoit le soutien des cliniciens dans la détection précoce de la violence conjugale.

Plusieurs activités d'information et de sensibilisation d'envergure nationale et régionale ont aussi été menées en matière de prévention, plus particulièrement en vue de promouvoir les rapports égalitaires entre les sexes chez les jeunes, notamment la campagne *Aimer sans violence*, le guide d'animation *5 X Non*, des outils et des formations selon l'approche *École en santé*.

**Violence sexuelle** – Les femmes et les enfants (plus particulièrement les filles de 12 à 17 ans) sont les groupes de la population les plus touchés par les infractions sexuelles. Sur le plan régional, les populations des régions du Nord-du-Québec et de la Côte-Nord sont plus touchées par cette problématique.

Afin de prévenir la violence sexuelle et d'aider les femmes et les enfants qui en sont victimes, une campagne triennale de sensibilisation contre les agressions sexuelles s'adressant aux jeunes s'est déroulée de 2001 à 2004 et des actions ont été entreprises en vue de consolider et de développer les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et d'implanter des centres désignés (un centre désigné étant un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, généralement un centre hospitalier ou un CSSS, qui offre des services médicaux et qui effectue l'intervention médicolégale et médicosociale à l'intention des personnes victimes d'une agression sexuelle), partout au Québec. Les centres désignés travaillent en partenariat avec d'autres organismes de la région.

**Femmes tirant revenu d'activités sexuelles** – Les agences ont déployé des services intégrés de dépistage et de prévention. Le MSSS, par l'entremise du Service de lutte contre les ITSS de la Direction de la protection de la santé, a produit et soutenu la production d'outils visant la prévention, la promotion et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, afin que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en santé, en sécurité et avec dignité. Une entente entre les principaux partenaires de lutte contre le VIH-sida est aussi intervenue afin de permettre le soutien de projets de communications et de transfert de connaissances auprès des clientèles vulnérables, dont les travailleuses du sexe.

**Santé physique** – Des actions ont été poursuivies afin de prévenir les maladies cardiovasculaires et de favoriser le dépistage précoce du cancer chez les femmes. Dans le cas des maladies cardiovasculaires, les orientations ministérielles prennent désormais en compte la spécificité des types de maladies selon le sexe. Dans la lutte contre le cancer, et plus particulièrement les cancers du poumon et du sein, le MSSS a mené diverses actions : lutte contre le tabagisme pour diminuer le taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon, des bronches et de la trachée, et poursuite du programme de dépistage du cancer du sein dans toutes les régions du Québec.

**Habitudes de vie** – Afin de soutenir les efforts du gouvernement en vue de fournir à la population des environnements qui facilitent un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation, deux programmes gouvernementaux de promotion des saines habitudes de vie (*Vas-y, fais-le pour toi!* et *Bougez plus, mangez mieux!*) ont été mis sur pied afin de

promouvoir la pratique régulière d'activités physiques et une meilleure alimentation. Des mesures ont également été prises afin de favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie et pour déployer l'approche *École en santé*.

Plus récemment, le Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir*, a été lancé. Ce plan, issu d'une concertation entre 7 ministères et 3 organismes gouvernementaux, comporte 75 actions réparties selon 5 axes d'intervention prioritaire et s'adresse à toute la population, mais de façon particulière aux jeunes (0 à 25 ans) et à leur famille.

**Toxicomanie** – Le nouveau Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, *Unis dans l'action*, inclut certaines actions touchant les jeunes femmes, les femmes âgées et les femmes incarcérées; la toxicomanie chez les femmes enceintes a été particulièrement ciblée. Des recherches exploratoires ont été menées sur la question de la prévention de la consommation d'alcool et du tabagisme durant la grossesse. Un état de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec a été dressé et un dépliant d'information à l'intention des jeunes femmes a été diffusé.

**Santé mentale** – Le Ministère a produit le *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, qui intègre l'ADS, et qui sert à la formation du personnel responsable des projets cliniques en région.

**Évolution de la prestation des services** – Les soins et les services doivent être adaptés aux transformations vécues par le réseau. Dans cette optique, un facteur de féminisation a été ajouté dans le modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre dans le réseau. Une enquête a aussi été réalisée en 2003 sur les facteurs d'attraction et de maintien en emploi des infirmières du Québec.

**Proches aidants** – La contribution des proches aidants a été reconnue dans la Politique de soutien à domicile, *Chez soi : le premier choix*, lancée en 2003. Un outil d'évaluation des besoins de ces proches a été suggéré. Les services en soutien aux familles dont un membre présente un trouble envahissant du développement (TED), une déficience physique ou une déficience intellectuelle sont de plus en plus accessibles : les cibles relatives au nombre de familles à desservir ont été atteintes et même dépassées en 2005-2006.

### **Objectif 3 Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins**

Le MSSS a fait régulièrement le point sur l'état de santé et de bien-être des femmes. Certaines questions ont été plus particulièrement documentées : le suicide chez les jeunes filles homosexuelles, l'organisation des services de génétique, l'encadrement de la procréation assistée de même que certaines problématiques liées à la qualité des milieux de vie et à la santé environnementale.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 encourage également une stratégie de développement des communautés afin de favoriser l'émergence d'initiatives et le développement de capacités individuelles et collectives en vue d'améliorer la santé et le bien-être des gens dans les milieux locaux.



## Table des matières

SOMMAIRE .....	3
INTRODUCTION .....	13
MÉTHODOLOGIE .....	15
OBJECTIF 1 INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE ET RÉGIONALE DES SOINS ET DES SERVICES .....	17
<b>1.1 L'ANALYSE ET L'INTÉGRATION DES BESOINS DES FEMMES</b> .....	17
1.1.1 <i>Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et des agences régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et élaborer les formations adéquates</i> .....	18
1.1.2 <i>Produire et diffuser deux monographies réalisées à partir de l'Enquête sociale et de santé de 1998, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois</i> .....	21
1.1.3 <i>S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être</i> .....	21
1.1.4 <i>Considérer les besoins des femmes au moment de la planification régionale</i> .....	21
1.1.5 <i>Déterminer des stratégies efficaces auprès des femmes avec des approches de développement des communautés et de développement au niveau local</i> .....	23
1.1.6 <i>Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux</i> .....	23
<b>1.2 L'ÉGALITÉ DES FEMMES EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE</b> .....	27
1.2.1 <i>Les diversités culturelles</i> .....	27
1.2.2 <i>Les réalités autochtones</i> .....	29
1.2.3 <i>Les limitations fonctionnelles</i> .....	29
1.2.4 <i>Les orientations sexuelles</i> .....	30
1.2.5 <i>La pauvreté</i> .....	32
OBJECTIF 2 ADAPTER DES SOINS ET DES SERVICES AUX BESOINS DES FEMMES .....	35
<b>2.1 LE VIEILLISSEMENT</b> .....	35
<b>2.2 LA PÉRINATALITÉ</b> .....	37
2.2.1 <i>La promotion de la grossesse en santé et la prévention des problèmes périnataux</i> .....	37
2.2.2 <i>La pratique des sages-femmes</i> .....	39
2.2.3 <i>Le congé postnatal</i> .....	41
2.2.4 <i>La Politique de périnatalité</i> .....	42
<b>2.3 LA PLANIFICATION DES NAISSANCES</b> .....	42
2.3.1 <i>Contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées</i> .....	43
2.3.2 <i>Les services liés à une grossesse non planifiée</i> .....	48

2.4	LA VIOLENCE CONJUGALE ET SEXUELLE.....	49
2.4.1	<i>La violence conjugale</i> .....	50
2.4.2	<i>La violence sexuelle</i> .....	52
2.5	LES FEMMES TIRANT REVENU D'ACTIVITÉS SEXUELLES .....	54
2.6	LA SANTÉ PHYSIQUE .....	55
2.6.1	<i>Les maladies cardiovasculaires</i> .....	56
2.6.2	<i>Les cancers</i> .....	56
2.6.3	<i>L'image corporelle</i> .....	58
2.7	LES HABITUDES DE VIE .....	60
2.7.1	<i>Le tabagisme</i> .....	61
2.7.2	<i>Les toxicomanies</i> .....	61
2.7.3	<i>La sédentarité</i> .....	64
2.8	LA SANTÉ MENTALE .....	65
2.9	L'ÉVOLUTION DE LA PRESTATION DES SERVICES : SES EFFETS SUR LES PRINCIPALES ACTRICES .....	66
2.9.1	<i>Les travailleuses des réseaux</i> .....	67
2.9.2	<i>L'organisation des soins et des services</i> .....	67
2.9.3	<i>Les proches aidants</i> .....	68
OBJECTIF 3 AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DE LA POPULATION FÉMININE ET DE SES BESOINS .....		71
3.1	LES JEUNES FEMMES .....	71
3.2	L'EXPLOITATION SEXUELLE .....	72
3.3	LES ALTERNATIVES À LA MÉDECINE .....	72
3.4	LA REPRODUCTION HUMAINE ET LA GÉNÉTIQUE .....	73
3.5	LA SANTÉ DES POPULATIONS ET LES TRANSFORMATIONS DES MILIEUX DE VIE ET DE L'ENVIRONNEMENT .....	74
CONCLUSION .....		77
BIBLIOGRAPHIE .....		79
BILAN DES ACTIONS MINISTÉRIELLES EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES 2002-2007 .....		85

## Liste des tableaux

TABLEAU 1	REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DES CA DES RÉGIES ET DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1994 À 2005 .....	23
TABLEAU 2	REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DES CA DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES – 2006 .....	24
TABLEAU 3	REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DE CA DES 95 INSTANCES LOCALES - ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES - 2006 .....	25
TABLEAU 4	RÉPARTITION DES FEMMES ET DES HOMMES AU SEIN DES CA DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS - ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES - 2003 .....	26
TABLEAU 5	MAISONS DE NAISSANCE AU QUÉBEC .....	40
TABLEAU 6	PRESTATION DES SERVICES POUR LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE (COU) OFFERTS PAR LES PHARMACIENNES ET PHARMACIENS ET RÉMUNÉRÉS PAR LA RAMQ .....	46
TABLEAU 7	RÉPARTITION SELON L'ÂGE DES FEMMES AYANT REÇU DES SERVICES POUR LA COU, OFFERTS PAR LES PHARMACIENNES ET PHARMACIENS ET RÉMUNÉRÉS PAR LA RAMQ .....	47
TABLEAU 8	SERVICES AUX PERSONNES DONT LA SANTÉ MENTALE EST MENACÉE À COURT TERME 2004-2005 .....	66



## Introduction

Depuis déjà plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît l'importance des rapports sociaux sur la santé. L'état de santé des femmes est influencé par différents déterminants, tels que le revenu, le statut social, l'âge, l'origine, le milieu social et culturel ainsi que l'accès à l'éducation, aux soins de santé et aux loisirs.

Afin de mieux refléter les besoins des Québécoises, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait public, en 2002, les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*. Les orientations et les actions retenues conformément à cette stratégie ont été validées lors de consultations menées auprès des directions générales du MSSS, auprès des instances du réseau régional et auprès des principaux organismes nationaux concernés par la santé et le bien-être des femmes.

Le présent bilan fait état des actions qui ont été accomplies depuis 2002 par le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux, avec la collaboration et l'implication de nombreux partenaires du milieu, afin de mettre en œuvre cette stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. Ce bilan fournit aussi des données sur l'état de santé des femmes, sur des particularités qui leur sont propres ainsi que sur l'état des soins et des services qui leur sont plus spécifiquement destinés. Finalement, ce bilan constitue la base de connaissances nécessaires à l'élaboration de la prochaine stratégie d'action qui visera encore à promouvoir la santé et le bien-être des femmes, à prévenir les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui touchent les femmes et à intervenir en ciblant plus particulièrement les besoins des groupes les plus vulnérables.



## Méthodologie

Le présent bilan couvre principalement la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2006 et recense également, lorsqu'elles sont disponibles, des données de la période 2006-2007. Afin de produire ce bilan, nous avons utilisé les informations fournies par chacune des directions générales du MSSS responsables des diverses activités qui composent la stratégie ministérielle, soit la Direction générale de la santé publique, la Direction générale des services sociaux, la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, la Direction générale du personnel réseau et ministériel, la Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles et la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité.

Les informations portant plus particulièrement sur l'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) et sur la programmation de soins et de services spécifiques des femmes au sein des instances régionales et locales ont été recueillies auprès des agences de la santé et des services sociaux.

D'autres partenaires du MSSS et du réseau ont aussi collaboré à ce bilan. Mentionnons, entre autres, l'Institut de la statistique du Québec, l'Institut national de santé publique, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Sécurité publique et la Régie de l'assurance maladie du Québec.



## Objectif 1 Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services

La Politique de la santé et du bien-être<sup>1</sup> reconnaît que la santé et le bien-être de certains groupes de la société sont davantage touchés par des facteurs déterminants, tels les effets de la division sociale des rôles entre les sexes. Les femmes se sont vues traditionnellement attribuer des rôles et des responsabilités qui les ont longtemps tenues à l'écart des lieux de pouvoir et de décision. Dans ce contexte, il leur était difficile de participer à la programmation de services qui répondaient adéquatement à leurs besoins. Il convient donc de cerner les préoccupations en santé et bien-être qui leur sont propres afin de continuer à mieux adapter ces services.

Par ailleurs, une planification et une programmation de services destinés à l'ensemble des femmes ne peuvent remplacer la nécessité de considérer les services destinés à celles qui se trouvent dans des situations les rendant plus vulnérables. Les barrières et la discrimination peuvent prendre plusieurs formes et s'additionner. À cet égard, la société québécoise ne diffère pas des autres sociétés; elle impose une représentation sociale, économique, politique, culturelle, religieuse et privée de ce qui doit être féminin et masculin<sup>2</sup>.

Ainsi, deux mesures s'inscrivent dans ce premier objectif : celle de l'analyse et de l'intégration des besoins des femmes et celle de l'égalité des femmes en santé et bien-être.

### 1.1 L'analyse et l'intégration des besoins des femmes

Cet objectif a pour objet de favoriser la participation des femmes à une définition de la programmation nationale, régionale et locale de soins et de services qui réponde adéquatement à leurs besoins. Il vise également à harmoniser les besoins des femmes aux soins et services en santé et en services sociaux, tant à l'échelle locale et régionale qu'à l'échelle nationale. Finalement, il tend à éliminer les barrières et la discrimination vécue par les femmes plus vulnérables et, ainsi, à favoriser l'égalité des femmes en santé et bien-être.

Afin d'atteindre cet objectif, la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes proposait les actions suivantes :

- Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et des agences régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et élaborer les formations adéquates.
- Produire et diffuser deux monographies, réalisées à partir de l'Enquête sociale et de santé 1998, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois<sup>3</sup>.
- S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.
- Considérer les besoins des femmes au moment de la planification stratégique régionale.
- Déterminer les stratégies efficaces auprès des femmes à l'aide d'approches :
  - de développement social, à l'échelle nationale;

---

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 1998, 191 p. (Note : La deuxième stratégie de cette politique de 1992, révisée en 1998, visait à soutenir les milieux de vie et à développer des environnements sains et sécuritaires, notamment en favorisant une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes).

2 *Ibid.*

3 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Collection « La santé et le bien-être », Gouvernement du Québec, Québec, février 2001, 642 p.

- de développement des communautés, à l'échelle locale.
- Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

Les trois premières actions concernent plus spécifiquement l'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) aux pratiques de gestion des soins et services ainsi qu'aux pratiques liées au développement des compétences et à la reddition de compte. Nous aborderons cette question dans les points 1.1.1 à 1.1.3 du présent document.

La quatrième action concerne plus spécifiquement l'intégration des besoins des femmes à la planification régionale des soins et services. Nous aborderons cette question dans le point 1.1.4.

Finalement, les cinquième et sixième actions concernent plus spécifiquement la place occupée par les femmes dans la planification et la programmation locale et régionale des soins et services. Nous aborderons cette question dans les points 1.1.5 et 1.1.6.

### **1.1.1 Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et des agences régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et élaborer les formations adéquates**

Depuis 1997, le gouvernement du Québec encourage l'intégration, dans ses pratiques et sa culture administrative, d'une approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes; il s'agit de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS). Cette approche permet d'avoir une meilleure connaissance des réalités vécues par les femmes et les hommes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. Ce type d'analyse vise à discerner, de façon préventive, les effets distincts, sur les femmes et sur les hommes, de l'adoption d'une politique ou d'un programme, afin de soutenir une prise de décision contribuant à l'égalité entre les sexes. Cette compréhension plus fine permet d'élaborer des politiques et des programmes qui tiennent davantage compte de ces spécificités et qui contribueront à l'égalité entre les sexes. Elle ouvre la voie à la possibilité d'adapter les actions afin de les rendre plus efficaces, tant auprès des femmes que des hommes.

Après avoir participé activement, à partir de 1997, aux travaux du comité interministériel responsable de l'expérimentation de projets en ADS et avoir mené un projet pilote d'intégration de l'ADS aux travaux d'élaboration et de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie<sup>4</sup>, le MSSS annonçait en février 2003 sa décision d'intégrer l'ADS aux pratiques de l'ensemble des instances régionales du réseau de la santé et des services sociaux.

#### *Cahier des charges et cibles nationales*

L'engagement du MSSS à l'égard du projet gouvernemental d'expérimentation de l'ADS a donné lieu à une volonté plus large d'intégrer cette approche aux pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS s'est donné un plan d'intégration progressive de l'ADS à certains programmes ciblés, et ce, afin de favoriser une meilleure adaptation de la planification nationale et régionale de soins et de services aux besoins spécifiques des femmes. Depuis 2003, l'ADS a été intégrée à d'autres programmes du MSSS, notamment la Politique de soutien à domicile (volet *Proches aidants*), le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 et le Guide de développement des compétences en santé mentale.

Lorsqu'il s'agit de considérer les besoins des femmes au moment de la planification stratégique régionale, deux outils s'avèrent utiles : le cahier des charges par lequel le MSSS détermine les cibles

---

4 SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE, *L'expérimentation de l'analyse différenciée selon les sexes au gouvernement du Québec : ses enseignements et ses retombées*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, p. 19 à 22.

nationales à atteindre dans toutes les régions du Québec et les planifications régionales spécifiques. C'est pourquoi, en 2003-2004, l'ADS a été intégrée au cahier des charges du MSSS relativement à la planification régionale des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

En 2004-2005, l'implantation de l'ADS a été étendue aux travaux d'élaboration des projets cliniques concernant les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux jeunes en difficulté et à leur famille, aux personnes présentant des problèmes de santé mentale et aux proches aidants (plus particulièrement auprès des personnes ayant une déficience)<sup>5</sup>.

En 2005-2006, le cahier des charges rappelait aux agences l'importance d'appliquer l'ADS dans certains programmes spécifiques. Les services aux jeunes et à leur famille, les services en santé mentale ainsi que les services en soutien aux proches, en toxicomanie, sont également des cibles d'implantation de l'ADS.

En 2006-2007, s'ajoutaient à ces attentes les activités inscrites au Programme national de santé publique<sup>6</sup> concernant les projets cliniques et les clientèles ciblées. Par ailleurs, selon l'échéancier prévu, en 2007-2008, l'ADS devrait être intégrée aux activités en déficiences et dépendances, en 2008-2009, aux activités des services sociaux généraux, des services médicaux préhospitaliers, aux services de première ligne et spécialisés; en 2009-2010, l'intégration de l'ADS devrait être finalisée avec son implantation dans les activités de planification de main-d'œuvre et de planification budgétaire.

Cette intégration de l'ADS aux outils de planification constitue un rappel de l'engagement et de la volonté du MSSS que le réseau de la santé et des services sociaux prenne en considération les différences entre les sexes dans l'analyse des besoins des personnes et, le cas échéant, dans la conception et le déploiement de soins et de services. À cet effet, les agences, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les instituts sont encouragés à recourir à l'ADS dans la planification, dans la programmation et dans la prestation des soins et des services aux clientèles des programmes ciblés.

### *Formation à l'analyse différenciée selon les sexes*

La formation des personnes concernées étant une condition essentielle de succès afin que l'intégration de l'ADS se fasse de façon efficace, le MSSS en a fait l'une de ses priorités en s'engageant à élaborer une formation adaptée au secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, le MSSS demande à son personnel et à celui du réseau de s'assurer que, parmi les travaux visant à déterminer l'offre de services, des analyses soient réalisées afin de mettre en lumière les réalités différenciées selon les sexes, relativement à leurs besoins en services, et de s'assurer que les services qui seront dispensés favorisent une réelle équité et égalité entre les femmes et les hommes.

Au printemps 2003, une formation s'adressant au personnel professionnel et de gestion a été élaborée en collaboration avec le réseau. Une trentaine de personnes-ressources issues des différentes régions du Québec ont été formées afin qu'elles puissent transmettre à leur tour cette formation dans leur milieu respectif.

À partir de novembre 2005, des sessions pilotes de sensibilisation et de formation ont été organisées à l'intention du personnel d'encadrement et du personnel professionnel du MSSS. La sensibilisation et la formation à l'ADS du personnel du MSSS devraient se poursuivre jusqu'en 2010.

---

5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 146 p.

6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 126 p.

Des sessions se sont aussi déroulées au sein du réseau de la santé et des services sociaux, touchant près de 600 personnes en sensibilisation et près de 500 personnes en formation, et ce, dans la majorité des régions.

- Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, des gestionnaires de l'Agence, des gestionnaires des CSSS et des gestionnaires de programmes des établissements ont participé à une session de sensibilisation. Plusieurs membres du personnel de l'Agence et certains membres du personnel des CSSS, des établissements et des organismes régionaux ont reçu la formation à l'ADS.
- Dans la région de la Capitale-Nationale, tous les gestionnaires de l'Agence ont été sensibilisés à l'ADS. Plusieurs membres du personnel de l'Agence ainsi que certaines personnes travaillant dans des organismes régionaux ont reçu la formation à l'ADS.
- En Mauricie et au Centre-du-Québec, des sessions de formation et de sensibilisation à l'ADS ont été offertes aux gestionnaires et au personnel de l'Agence, ainsi qu'aux gestionnaires et au personnel de plusieurs CSSS et établissements de la région.
- En Estrie, des gestionnaires de l'Agence, des CSSS et des établissements du réseau jeunesse et du réseau déficiences ont été sensibilisés à l'ADS; des membres du personnel de l'Agence, des CSSS et d'un établissement ont été formés à l'ADS. L'ADS a été intégrée lors de l'élaboration du cadre de présentation des orientations régionales par programme services et sera intégrée à l'élaboration des projets cliniques de la région.
- Dans la région de Montréal, plusieurs gestionnaires de l'Agence et certains gestionnaires des CSSS ont participé aux sessions de sensibilisation à l'ADS.
- En Outaouais, des gestionnaires de l'Agence, des CSSS et des établissements ont été sensibilisés à l'ADS tandis que des membres du personnel de l'Agence, des CSSS et des établissements ont reçu la formation.
- En Abitibi-Témiscamingue, une session de sensibilisation a été dispensée au comité de direction de l'Agence, à certains gestionnaires et chefs de programmes des CSSS ainsi qu'à certains gestionnaires des établissements. La formation à l'ADS a été suivie par plusieurs membres du personnel de l'Agence.
- Sur la Côte-Nord, des gestionnaires de l'Agence, des CSSS et des établissements ainsi que des membres des conseils d'administration de certains organismes communautaires ont été sensibilisés à l'ADS et des membres du personnel de l'Agence, des CSSS, des établissements et d'organismes communautaires ont été formés à l'ADS.
- Dans le Nord-du-Québec, tous les gestionnaires de l'Agence et des CSSS de la région ont participé à la session de sensibilisation à l'ADS et plusieurs membres du personnel de l'Agence y ont été formés.
- En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, tous les gestionnaires de l'Agence ont participé à la session de sensibilisation à l'ADS.
- Dans Chaudière-Appalaches, l'Agence a mis sur pied une formation à l'ADS selon une formule en ligne. Cette formation a été suivie par des gestionnaires et des membres du conseil d'administration de l'Agence ainsi que par des gestionnaires et des cadres intermédiaires et professionnels des CSSS, de la Direction de la santé publique, des centres d'hébergement publics et des CHSLD privés conventionnés, des centres jeunesse et du milieu communautaire.
- À Laval, des gestionnaires de l'Agence, de la Direction de la santé publique et des CSSS ont été sensibilisés à l'ADS et la formation à l'ADS a été suivie par des membres du personnel de l'Agence.
- Dans Lanaudière, des gestionnaires de la Direction de la santé publique et des CSSS ont été sensibilisés à l'ADS et des membres du personnel de l'Agence et des CSSS ont reçu la formation.

- Dans les Laurentides, certains gestionnaires des CSSS et des établissements ont été sensibilisés à l'ADS et certains membres du personnel de l'Agence et des établissements ont reçu la formation.
- En Montérégie, une session de sensibilisation à l'ADS a été offerte lors d'une journée de réflexion sur la santé des femmes et la santé des hommes en 2006. Cette session a été suivie par des gestionnaires de l'Agence, des établissements et des organismes communautaires ainsi que des membres du personnel des instances régionales et locales.

Dans les régions 01 (Bas-Saint-Laurent), 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), des activités de sensibilisation et de formation à l'ADS devraient être réalisées d'ici 2011.

### 1.1.2 Produire et diffuser deux monographies réalisées à partir de l'Enquête sociale et de santé de 1998, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois

Afin de soutenir techniquement l'élaboration des projets cliniques, le Ministère a coordonné la publication de deux monographies différenciées selon le sexe afin d'obtenir un éclairage nouveau sur la santé des hommes et des femmes. La monographie *Santé et conditions de vie des Québécoises – Portraits d'hier et d'aujourd'hui*<sup>7</sup> a été diffusée au début de 2005 alors que la monographie *La santé des hommes au Québec*<sup>8</sup> a été diffusée au printemps 2006. Ces monographies mettent en évidence les rapports différenciés des femmes et des hommes à la santé. Elles présentent aussi les déterminants de la santé, les problèmes sociaux de même que les besoins spécifiques des hommes et des femmes.

### 1.1.3 S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être

En conformité avec les attentes du Conseil exécutif, la mise à jour de la Politique de la santé et du bien-être a fait place à un plan stratégique quinquennal 2005-2010, qui a été déposé à l'Assemblée nationale en avril 2005. Il n'était pas approprié d'appliquer l'ADS à ce plan stratégique, car son format actuel ne s'y prête pas.

### 1.1.4 Considérer les besoins des femmes au moment de la planification régionale

En 2002-2003, les régies régionales de la santé et des services sociaux avaient pour mandat de mieux adapter le système aux besoins particuliers de la population de leur région et de donner une voix et un pouvoir aux personnes des communautés régionales et locales. Leurs principales fonctions consistaient à planifier, à organiser, à mettre en œuvre et à évaluer, régionalement, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre.

En 2004, les régies régionales sont devenues les agences de la santé et des services sociaux<sup>9</sup>. Les agences ont pour mission de mettre en place, sur leur territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. De leur côté, les centres de santé et services sociaux (CSSS) ont la responsabilité d'assurer à la population locale de leur territoire l'accès à l'ensemble des services de santé et de services sociaux, de déterminer les besoins de la population afin de répondre, parfois en concertation avec des partenaires, à l'ensemble de ces besoins.

Les besoins en santé et en bien-être de toute la population sont déterminés par des projets cliniques locaux qui, grâce à des modes de prestation adaptés, sont articulés entre eux et englobent l'ensemble

---

7 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Santé et conditions de vie des Québécoises – Portrait d'hier à aujourd'hui*, Publications du Québec, Québec, 2004, 203 p.

8 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé des hommes au Québec*, Publications du Québec, Québec, 2005, 179 p.

9 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

des interventions, le diagnostic, l'intervention ou le traitement, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien de vie. Les projets cliniques exigent de chacun des CSSS et des centres hospitaliers de même que de leurs partenaires une imputabilité à l'égard des services offerts afin d'être en mesure de témoigner de l'atteinte des trois objectifs clés de la réforme, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité.

Au MSSS, l'intégration des besoins des femmes à la planification régionale a été portée à l'attention du Comité de gestion du réseau (CGR) en 2004; en relation avec le plan d'action gouvernemental, le CGR réaffirmait l'importance et la pertinence de l'ADS.

En ce qui concerne la prise en compte des besoins des femmes dans l'élaboration d'outils de planification régionale, seule la région de la Capitale-Nationale a poursuivi des travaux en se dotant d'un plan d'action en matière de santé des femmes<sup>10</sup>. Un comité régional composé de représentantes et de représentants de l'Agence, du Regroupement des groupes de femmes de la région 03, d'autres organismes de la région, de l'Université Laval, du Conseil du statut de la femme, de deux CSSS et de la Direction régionale de la santé publique a été créé en 2002 en vue de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action triennal qui a été lancé en 2004.

Le Plan d'action régional en santé des femmes de la Capitale-Nationale reprend les principaux constats issus d'une consultation régionale, tenue en 2001. Ces constats, présentés selon les volets *formation et sensibilisation, prévention et intervention, concertation et recherche*, servent de références aux objectifs et aux mesures retenus.

Le plan d'action propose des moyens afin d'assurer l'adaptation de certains services existants. L'élaboration de ce plan d'action a permis de réaliser que la santé des femmes est tributaire de plusieurs aspects et secteurs d'intervention, hors du champ de la santé et des services sociaux, et pour lesquels des partenariats sont nécessaires afin d'obtenir une réponse adaptée à la réalité des femmes d'aujourd'hui<sup>11</sup>. Les différentes problématiques retenues dans ce plan d'action sont présentées à l'intérieur des cinq catégories suivantes :

- la santé mentale (la détresse psychologique, la consommation des substances psychotropes, la toxicomanie chez les femmes enceintes et les mères, l'image corporelle et les troubles de conduite alimentaire);
- la santé physique (les maladies cardiovasculaires);
- la santé sexuelle et la reproduction (la périnatalité, la planification des naissances et la ménopause);
- la santé sociale (la pauvreté, les femmes âgées, les jeunes mères-chefs de famille monoparentale, la santé des lesbiennes, les femmes des communautés culturelles, les femmes handicapées et la violence);
- la transformation du réseau et ses répercussions sur la santé des femmes (les aidantes, les travailleuses du milieu communautaire, les travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux et les utilisatrices de services)<sup>12</sup>.

Ce plan d'action régional a permis la réalisation de divers projets touchant, notamment, les services aux femmes immigrantes, la lutte contre l'anorexie et la boulimie, l'information sur la ménopause, la planification des naissances et la lutte contre les maladies cardiovasculaires chez les femmes.

---

10 AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 – Pour s'adapter à votre réalité*, Québec, 2004, 129 p.

11 *Ibid*, p. 4.

12 *Ibid*, p. 5.

### 1.1.5 Déterminer des stratégies efficaces auprès des femmes avec des approches de développement des communautés et de développement au niveau local

Au-delà des structures de décision ou d'influence, la participation active des femmes dans leur communauté est importante. Cette participation permet le développement des capacités individuelles ainsi que la confiance en soi. Elle favorise aussi l'appropriation du pouvoir individuel et collectif. Le recours au développement social et des communautés est privilégié, notamment en ce qui concerne la réponse aux besoins des femmes, afin de favoriser leur santé et leur bien-être.

Les femmes occupent une place déterminante au sein des communautés. Elles sont présentes au sein de nombreux organismes communautaires et demeurent plus que jamais vigilantes quand vient le temps de défendre leurs acquis. Les femmes ont depuis longtemps compris l'importance stratégique de leur représentation au sein des instances de développement et de concertation locales et régionales. La santé et le bien-être font partie des priorités défendues par les femmes auprès de ces instances qui, face à la migration des populations et à la pression des marchés mondiaux, ont tendance à concentrer leurs ressources et leurs moyens sur le développement économique plutôt que sur le développement social.

Préoccupées par leur santé et leur bien-être, tout comme par une certaine autonomie d'action, les femmes ont été les instigatrices de nombreux services adaptés à leurs besoins. Encore aujourd'hui, les femmes sont en majorité des employées ou des bénévoles au sein d'organismes qui forment le tissu social. Elles ont fait émerger des réseaux maintenant reconnus pour leur grande utilité sociale : lieux d'hébergement et de soutien pour femmes victimes de violence, centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles, centres de femmes, maisons de naissance, groupes de soutien en périnatalité, groupes de soutien aux femmes atteintes d'un cancer du sein, etc.

### 1.1.6 Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux

En 1994, les femmes représentaient 33,8 % des membres des conseils d'administration (CA) des régies régionales de la santé et des services sociaux. Depuis 1994, la représentation féminine au sein des CA des régies régionales (et ensuite des agences) a progressé jusqu'à atteindre la quasi-parité en 2006, soit 36,9 % en 1997, 49 % en 2002 et 48 % en 2006 (voir le tableau 1).

TABLEAU 1

#### REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DES CA DES RÉGIES ET DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1994 À 2005 <sup>13</sup>

1994	1997	2002	2006
33,8 %	36,9 %	49 %	48 %

Adoptée en décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ne reprend pas l'obligation d'une répartition la plus équitable possible des femmes et des hommes au sein des CA des agences régionales et des instances locales. Par contre, le

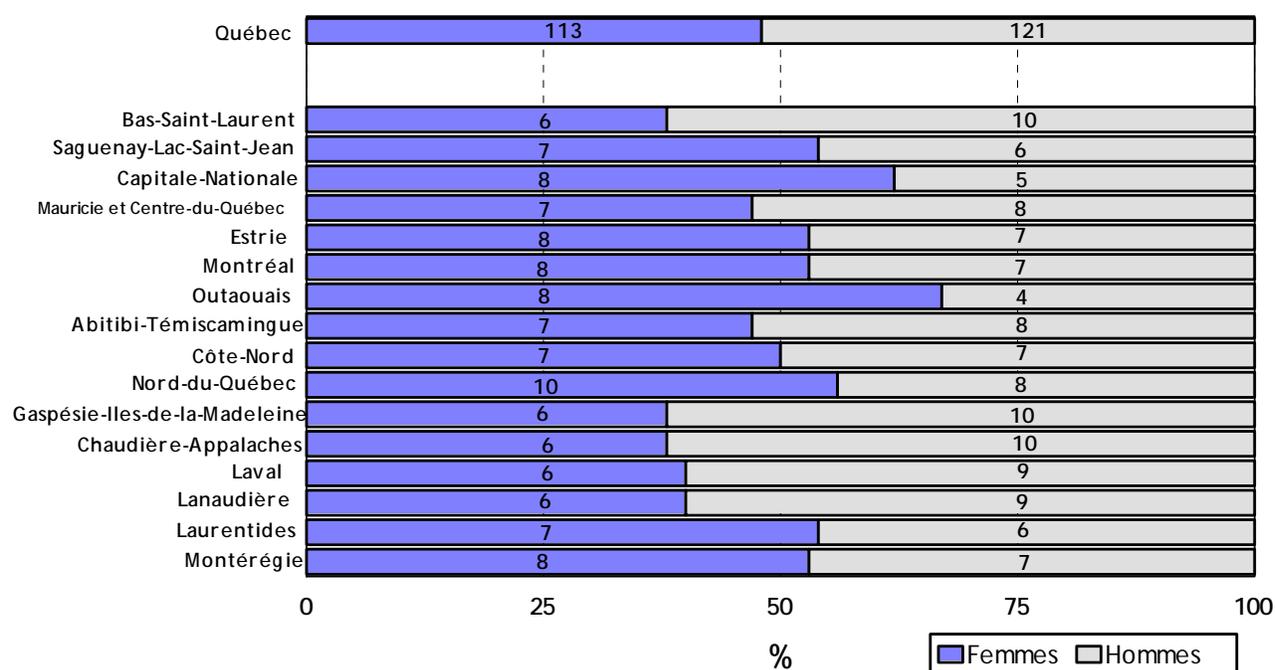
13 Données provenant du ministère des Affaires municipales et des Régions et du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994 à 2005.

ministre de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, lors de l'adoption du rapport de la Commission des affaires sociales, à inclure, dans les directives concernant les listes de noms suggérés pour la formation des conseils d'administration, une mention à l'égard de la parité entre les femmes et les hommes.

Selon les données de novembre 2006, la représentation moyenne des femmes au sein de l'ensemble des CA des agences régionales était de 47 %. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes au sein de l'ensemble des CA des agences ainsi que par région administrative.

TABLEAU 2

REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DES CA DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES – 2006 <sup>14</sup>



La répartition des femmes et des hommes au sein des CA des agences est très différente selon les régions. Ainsi, dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de Montréal, de l'Outaouais, du Nord-du-Québec, des Laurentides et de la Montérégie, la représentation des femmes au sein des CA était supérieure à 50 % en 2006. Dans la région de la Côte-Nord, cette représentation était équitable. En revanche, dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches, de Laval et de Lanaudière, la répartition des femmes au sein des CA était inférieure à 40 %.

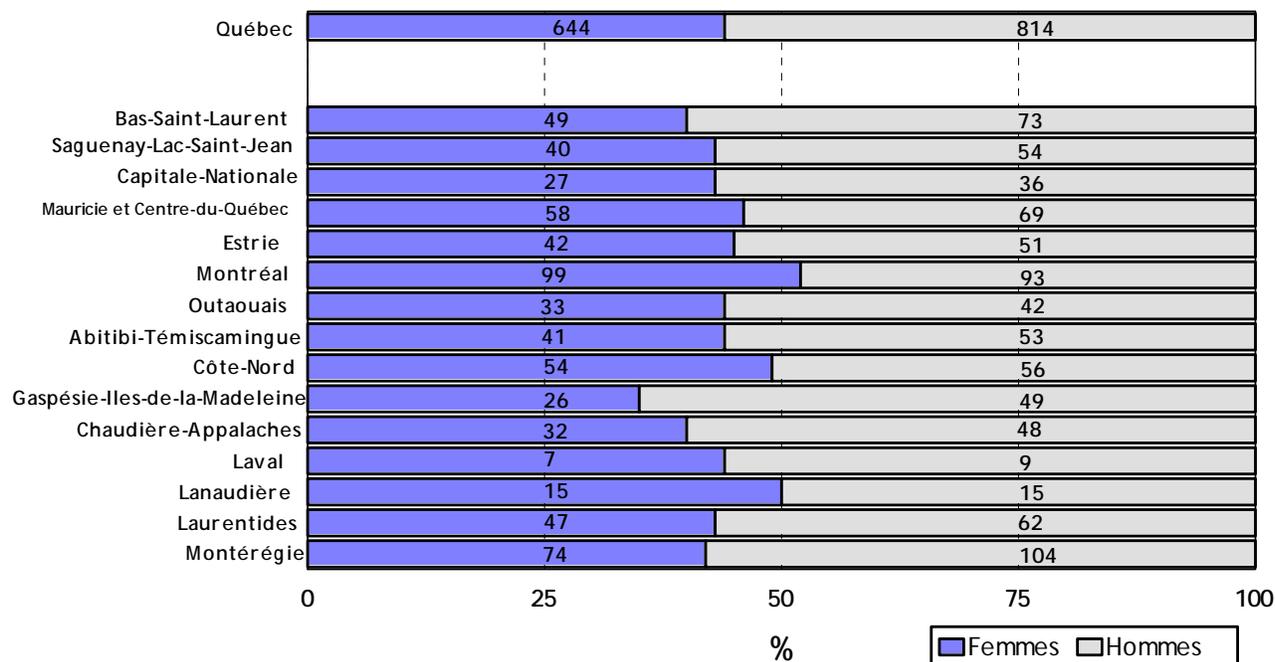
Le tableau 3 illustre la répartition des femmes et des hommes au sein de l'ensemble des CA des instances locales et par région administrative en 2006. Dans l'ensemble des CA des instances locales, les femmes représentaient, en moyenne, 44 % des membres en 2006. Parmi les régions, celle de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est la région où les femmes étaient les moins représentées, soit 35 %

14 Données extraites de l'application des conseils d'administration des établissements publics en date du 26 novembre 2006, Services des affaires corporatives et institutionnelles, ministère de la Santé et des Services sociaux.

(26 femmes/49 hommes). En revanche, les femmes sont majoritaires au sein du CA dans la région de Montréal, soit 52 % (99 femmes/93 hommes).

TABLEAU 3

REPRÉSENTATION FÉMININE AU SEIN DE CA DES 95 INSTANCES LOCALES - ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES - 2006 <sup>15</sup>

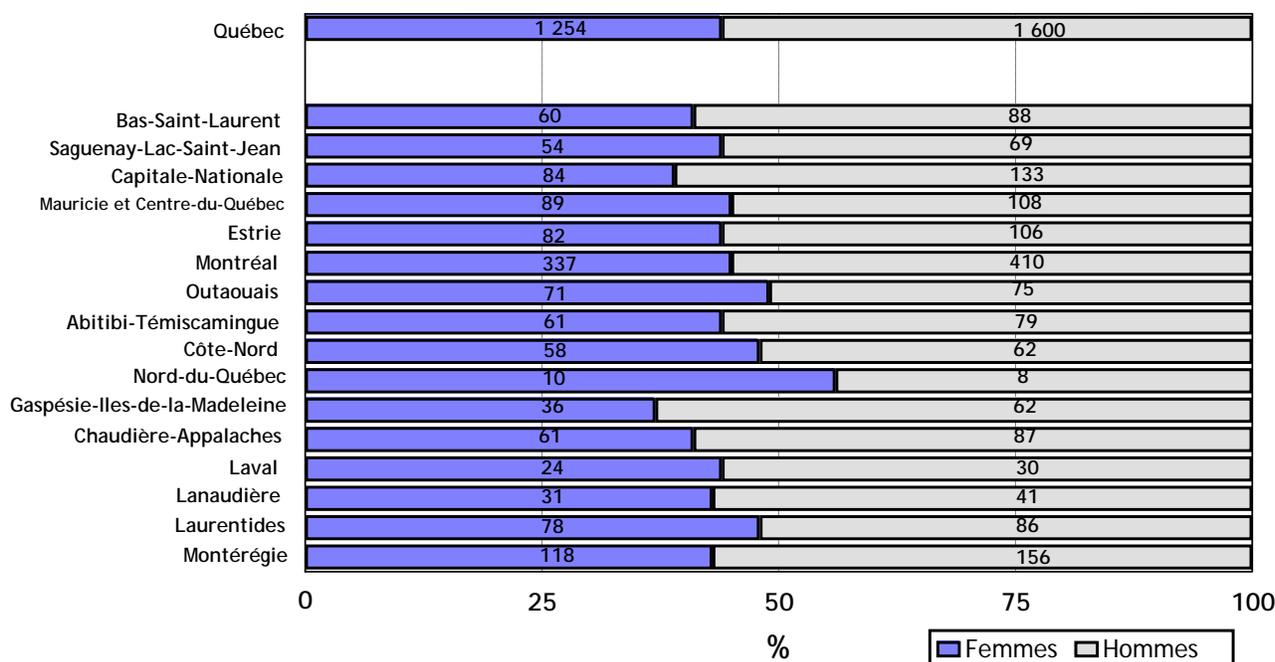


15 Données extraites de l'application des conseils d'administration des établissements publics en date du 26 novembre 2006, Services des affaires corporatives et institutionnelles, ministère de la Santé et des Services sociaux (Note : données non disponibles pour la région 10).

Le tableau 4 présente la répartition des femmes et des hommes dans l'ensemble des CA des établissements publics et par région administrative, en date du 3 septembre 2003. Dans l'ensemble du Québec, les femmes représentaient en moyenne 44 % des membres des CA des établissements publics.

TABLEAU 4

RÉPARTITION DES FEMMES ET DES HOMMES AU SEIN DES CA DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS - ENSEMBLE DU QUÉBEC ET RÉGIONS ADMINISTRATIVES - 2003 <sup>16</sup>



Nous constatons, à la lumière de ces données, que la représentation féminine globale au sein des CA des instances locales et régionales en santé et en services sociaux se rapproche progressivement de la parité.

Les *comités aviseurs* s'avèrent également des lieux d'influence d'importance au sein des agences lors de la prise de décision en matière de santé et de bien-être des femmes. Bien qu'ils fonctionnent selon une diversité de modèles, les comités aviseurs ont pour mandat, de façon générale, de conseiller, de donner leur avis à l'agence sur toute problématique influençant l'état de santé et de bien-être des femmes et de s'assurer que les services sont accessibles et adaptés à la réalité des femmes du territoire. En 2004, neuf comités consultatifs (ou aviseurs) étaient actifs (un comité par région); en 2006, seuls sept de ces comités étaient encore actifs.

Si la formule des *comités aviseurs* est la plus connue, elle ne constitue pas le seul moyen dont disposent les groupes de femmes pour faire entendre leurs demandes auprès des instances régionales. Les groupes locaux et régionaux élaborent aussi des programmes, des plans d'action ou des services qui tiennent compte des spécificités des femmes. Les groupes font aussi des représentations au conseil d'administration de l'agence, participent à diverses instances locales ou régionales et organisent des

<sup>16</sup> Données extraites de l'application des conseils d'administration des établissements publics en date du 26 novembre 2006, Services des affaires corporatives et institutionnelles, ministère de la Santé et des Services sociaux (Note : données non disponibles pour la région 10).

activités qui visent à intéresser et à interpeller les centres de décision sur les besoins spécifiques de la santé et du bien-être des femmes.

## 1.2 L'égalité des femmes en santé et bien-être<sup>17</sup>

Les objectifs ministériels en matière de santé et de bien-être des femmes ciblent des stratégies d'action à l'égard de femmes qui se trouvent dans des situations les rendant vulnérables. Certaines femmes, pour différentes raisons (origine, handicap, orientation sexuelle, pauvreté), font partie de groupes socialement exclus et pour elles, l'intégration sociale se révèle problématique. Dans cette optique, il va donc de soi que l'accès aux services et aux soins de santé peut aussi poser problème.

### 1.2.1 Les diversités culturelles

Les femmes des communautés culturelles représentent 8 % de la population québécoise. De ce nombre, 90 % vivent dans la grande région de Montréal<sup>18</sup>. L'organisation des services visant à répondre aux besoins de cette population diffère d'une région à l'autre. Les femmes issues d'une communauté culturelle ne forment pas un groupe homogène. Elles ont emprunté des chemins diversifiés et possèdent un statut légal qui leur est spécifique. Cette diversité oblige le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux à prévoir des soins et des services qui puissent répondre à un éventail de besoins. Les travaux ministériels visent à :

- *Considérer les diverses situations vécues par les femmes des communautés culturelles au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.*

La mise à jour de la Politique de la santé et du bien-être a plutôt fait place à un plan stratégique quinquennal pour la période 2005-2010. Le format de ce plan stratégique ne se prêtait pas à un traitement spécifique des besoins des femmes immigrantes et issues de communautés culturelles. Par contre, certaines particularités et situations vécues par les femmes et les familles des communautés culturelles sont prises en compte dans la future politique de périnatalité.

Par ailleurs, le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont soutenu la création du groupe de travail *Projet africain* qui s'adresse aux femmes d'origine africaine et à leur communauté. L'objectif du projet est, entre autres, de limiter la propagation du VIH-sida et des ITSS dans la communauté africaine en adaptant des outils de prévention à leur culture. Ce projet vise également à sensibiliser ces femmes à la nécessité et aux avantages d'un dépistage précoce du VIH lors de la grossesse.

- *Déterminer les actions à entreprendre pour contrer le problème des mutilations génitales.*

Afin de répondre à l'engagement de la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes et de mettre en œuvre les recommandations portant sur les mutilations génitales féminines (excision et infibulation) formulées dans l'*Avis sur l'égalité entre les hommes et les femmes*<sup>19</sup> produit par le Conseil du statut de la femme en décembre 2004, un groupe de travail a été mis en place au MSSS. Ce groupe de travail réunit des représentantes et des représentants des directions générales suivantes : Services sociaux généraux, Santé publique, Services de santé et médecine universitaire, Personnel réseau et ministériel et Communications. Le comité a consulté des expertes et des experts sur cette problématique.

---

17 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, 2002, p. 5.

18 *Ibid.*, p. 14.

19 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, avis, Québec, novembre 2004, n° 204-18-a, 174 p.

Ces consultations ont permis de constater l'existence de nombreux outils d'information et de formation sur les pratiques de l'excision et de l'infibulation au Québec et au Canada. On a également souligné le fait que les mesures à mettre en place devraient viser l'information et la sensibilisation du personnel du réseau aux significations culturelles et aux conséquences physiques et psychologiques de ces pratiques, afin de favoriser de meilleures attitudes envers les femmes qui les ont subies. Afin de répondre à ces besoins d'information et de sensibilisation, le MSSS a produit, en premier lieu, le dépliant *Les mutilations génitales féminines – Qu'en savez-vous?*<sup>20</sup> Ce dépliant a été diffusé lors de la Journée internationale de tolérance zéro pour les mutilations génitales féminines, le 6 février 2006.

Le comité de travail ministériel a aussi convenu de produire un document qui dressera un portrait de la situation et qui présentera d'autres recommandations visant à poursuivre la sensibilisation et la formation du personnel du réseau. Ce document contiendra également un répertoire des publications et des outils canadiens et québécois facilement accessibles. Le MSSS souhaite que les agences et les CSSS conviennent avec les organismes communautaires de leur rôle d'information et de sensibilisation au sein des communautés concernées.

- *À partir de l'état de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux personnes immigrantes et à celles des communautés ethnoculturelles, relever les actions qui concernent davantage les femmes.*

Un état de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles du Québec a été produit en 2002 par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)<sup>21</sup>, un regroupement d'organismes communautaires actifs auprès des personnes issues des communautés culturelles dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette démarche visait à prendre le pouls de l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux dans les régions qui accueillent un nombre significatif de personnes immigrantes ou issues de diverses communautés ethnoculturelles. La majorité des recommandations découlant de cet état de situation touchaient l'adaptation des services de santé; quelques-unes concernaient davantage les femmes et touchaient alors plus particulièrement les problématiques liées à l'isolement social et à la violence conjugale.

Parmi les principales actions réalisées depuis 2002 en vue d'améliorer l'adaptation des services aux besoins des femmes immigrantes ou issues de communautés culturelles, soulignons des formations sur l'approche interculturelle au regard de la violence faite aux femmes offertes au personnel des CSSS et d'organismes communautaires ainsi que l'adaptation du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Dans la région de la Capitale-Nationale, plusieurs actions ont été menées conformément au Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007, dont la réalisation d'un portrait de la situation des femmes issues des différentes communautés ethnoculturelles, la production d'un bottin sur les services destinés à ces femmes ainsi que des activités de sensibilisation et de formation offertes au personnel du réseau de la santé, au personnel du réseau communautaire et aux femmes des communautés ethnoculturelles.

Le MSSS s'est aussi engagé, à titre de partenaire, dans le Plan d'action 2004-2007 du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, *Des valeurs partagées, des intérêts communs – Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec*<sup>22</sup>. Ce partenariat s'est concrétisé plus particulièrement par la mesure 10.6, qui vise à prévenir

---

20 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les mutilations génitales féminines – Qu'en savez-vous?*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 2 p.

21 ALLIANCE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES POUR L'ÉGALITÉ DANS LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *État de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles du Québec*, avis, Montréal, 2002, 99 p.

22 MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION, *Des valeurs partagées, des intérêts communs – Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec – Plan d'action 2004-2007*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 135 p.

la violence conjugale et les agressions à caractère sexuel envers les personnes immigrantes ou issues des communautés culturelles et soutenir celles qui en sont victimes. Des projets de sensibilisation ont été réalisés dans les régions de Montréal et de Québec relativement à de cette mesure.

### 1.2.2 Les réalités autochtones

Les Autochtones forment un groupe diversifié : 11 nations autochtones sont regroupées en plusieurs communautés réparties sur le territoire québécois. Piliers importants de leur communauté, les femmes autochtones ont été tout particulièrement marquées par les changements profonds de leur mode de vie provoqués par l'impact de la colonisation, et notamment par les changements économiques, politiques et socioculturels qui ponctuent l'histoire du Québec.

Par conséquent, les femmes autochtones sont bien souvent plus vulnérables à certaines problématiques : toxicomanies diverses, grossesse précoce, violence sous toutes ses formes, etc. Ainsi, certaines données révèlent qu'environ 80 % des femmes autochtones vivant dans les communautés seraient victimes de violence conjugale<sup>23</sup>. Les travaux ministériels visent à :

- *Considérer les diverses situations vécues par les femmes autochtones au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.*

La mise à jour de la Politique de la santé et du bien-être a plutôt fait place à un plan stratégique quinquennal pour la période 2005-2010. Le format de ce plan stratégique ne se prêtait pas à un traitement spécifique des besoins des femmes autochtones.

Par contre, les nations crie et inuites ont procédé à leur premier exercice de planification stratégique : celui de la nation crie couvre la période 2004-2009 tandis que celui de la nation inuite couvrira la période 2007-2014. Nous savons que les communautés crie et inuites prennent en considération certaines situations vécues par les femmes et y répondent en fonction des modèles qui conviennent à leur réalité géographique et culturelle. Les directions de santé publique de ces régions adaptent également leurs actions aux réalités de cette population.

- *Assurer le suivi de l'investissement consenti pour des services d'hébergement pour les femmes autochtones victimes de violence ou en difficulté.*

Le MSSS a accordé aux maisons d'hébergement des enveloppes importantes en vue de rehausser le niveau de services pour les femmes autochtones victimes de violence. Ainsi, les organismes nationaux et les lieux consacrés au soutien et à l'hébergement des femmes autochtones des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Nunavik ont reçu du MSSS 1 015 324 \$ en aide financière pour l'année 2004-2005. En 2005-2006, cette aide financière était de 1 055 836 \$.

### 1.2.3 Les limitations fonctionnelles

La première stratégie d'action de la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1992, misait sur les habiletés sociales pour favoriser le renforcement du potentiel des personnes, notamment celles qui vivent un ou des handicaps. Les divers documents produits depuis sur la déficience intellectuelle ou physique visent tous à fournir aux personnes une gamme de services adaptés à leurs besoins ainsi que des outils qui leur permettraient de soutenir le développement de leur potentiel et de faciliter leur

---

23 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 15.

intégration à la société. Cependant, ces documents font rarement état des besoins spécifiques selon les sexes<sup>24</sup>.

Les objectifs ministériels sont :

- *Au moment de la mise en œuvre des politiques, des orientations et plans d'actions ministériels, qui sont propres aux services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, physique ou un trouble envahissant du développement, assurer la prise en compte des besoins des femmes en matière de planification des naissances, de périnatalité et de violence.*

La méconnaissance et l'insuffisance des données sur les besoins des femmes handicapées nuisent actuellement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques qui tiennent compte de leurs réalités. C'est pourquoi l'Office des personnes handicapées du Québec a produit le bulletin d'information statistique *L'incapacité chez les femmes au Québec*<sup>25</sup>, à partir des données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, publiée en 1998 (EQLA). Ce bulletin fournit des données statistiques intéressantes afin d'assurer une meilleure planification des soins et des services pour cette clientèle.

Les besoins des femmes handicapées, notamment en matière de planification des naissances, de périnatalité et de violence, doivent être intégrés aux programmes et aux politiques globales ministérielles. Leurs réalités sont également prises en compte dans les autres axes de la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, tels que la pauvreté, la santé physique, les habitudes de vie, la santé mentale, les nouvelles techniques de reproduction, etc. Les objectifs que poursuit le MSSS concernant l'ensemble de la collectivité féminine, dont les femmes handicapées.

Certains efforts en ce sens méritent d'être soulignés. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) offre maintenant des versions adaptées des documents d'information, permettant ainsi aux femmes handicapées d'avoir accès à l'information sur la prévention et le dépistage du cancer du sein. Un DVD traduit en plusieurs langues, dont le langage des signes québécois, et une vidéo pour les femmes malentendantes ont été réalisés au cours de 2005-2006.

De plus, le MSSS entend poursuivre ses efforts afin de favoriser l'accès des femmes handicapées au PQDCS dans chaque région. Le MSSS a sollicité l'intervention des centres de coordination des services régionaux du programme afin que des évaluations de l'accès physique aux centres soient effectuées et que les actions nécessaires à l'amélioration de cet accès soient entreprises au cours des prochaines années.

Les politiques sectorielles, les orientations et les plans d'actions ministériels à l'intention des personnes handicapées prévoient une gamme de services, dont la prévention des déficiences, l'intervention précoce dès l'apparition des incapacités, l'adaptation et la réadaptation ainsi que le soutien à l'intégration et à la participation sociale. Les données actuelles de deux programmes (Déficience physique : motrice, visuelle, auditive et langage et Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement) ne permettent pas actuellement d'analyser l'offre spécifique de services aux femmes handicapées. Cependant, on a demandé aux établissements de modifier, à moyen terme, leurs rapports financiers et leurs rapports d'activité afin d'y introduire des données ventilées selon les sexes.

#### 1.2.4 Les orientations sexuelles

La reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles et bisexuelles a franchi des pas considérables au Québec. En dépit de ces changements, la réalité des lesbiennes reste occultée.

---

<sup>24</sup> *Ibid*, p. 16.

<sup>25</sup> INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « L'incapacité chez les femmes au Québec », *Info Flash*, n° 20, Québec, 5 mai 2005, 11 p.

Pourtant, des études sur le comportement sexuel estiment que de 9 % à 12 % des femmes seraient bisexuelles et qu'environ 5 % des femmes seraient strictement homosexuelles<sup>26</sup>. Les orientations sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles proposent des changements d'attitudes et de valeurs envers les personnes homosexuelles qui s'appuient sur trois principes. Le premier concerne l'élimination de toute discrimination dans la prestation des services. Le deuxième reconnaît la légitimité des aspirations à un mieux-être pour les personnes homosexuelles et bisexuelles. Le dernier vise la promotion du respect de cette clientèle et de ses différences. Les travaux ministériels visent à :

- *Provoquer des changements d'attitudes et de valeurs dans les pratiques professionnelles en poursuivant les formations sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles, dont les femmes.*

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), conjointement avec le MSSS, coordonne l'offre de programmes de formation sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles.

La première formation, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité dans le respect de la diversité sexuelle*<sup>27</sup>, permet d'agir sur les facteurs de vulnérabilité des personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelle et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts. La formation s'adresse au personnel du réseau scolaire ainsi que du réseau de la santé et des services sociaux qui intervient régulièrement auprès des jeunes et des adultes.

La deuxième formation, *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles*<sup>28</sup>, s'inscrit en continuité de la formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité dans le respect de la diversité sexuelle*. Elle comprend deux volets. Le premier volet de la formation vise le personnel du réseau de la santé, des services sociaux et des organismes communautaires associés et permet de mieux comprendre le vécu psychosocial des jeunes d'orientation homosexuelle et bisexuelle. Le second volet de la formation vise les mêmes clientèles et permet de mieux comprendre le vécu psychosocial des adultes d'orientation homosexuelle et bisexuelle afin d'adapter l'intervention en fonction des besoins de cette clientèle.

Le MSSS et l'INSPQ ont sollicité l'appui et la contribution du MELS ainsi que de l'Association des centres jeunesse du Québec afin de soutenir ces programmes de formation à l'échelle nationale. À l'échelle régionale, les directions de santé publique ont amorcé l'application d'un plan régional d'action de manière à optimiser la diffusion de ces programmes de formation auprès de secteurs d'intervention touchant les services médicaux et psychosociaux de première ligne, les réseaux de l'adaptation sociale et de l'action communautaire ainsi que le réseau de l'éducation. Le bilan de participation à ces deux formations pour la période 2003-2006 est très positif : depuis 2003, plus d'une centaine de sessions de formation ont été offertes chaque année. Une moyenne de 2 400 personnes par année a participé à ces formations partout au Québec (à l'exception des régions du Nord-du-Québec et du Nunavik). Cette participation se répartit comme suit : une moyenne de 1 600 participantes et participants par année à la formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité dans le respect de la diversité sexuelle* et une moyenne de 1 400 à la formation *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles*<sup>29</sup>.

Pour les années 2005-2007, le MSSS et l'INSQ encouragent l'émergence de réseaux de services adaptés aux besoins des personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelle. Ainsi, un atelier sur l'approche

---

26 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité – Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles – Les chiffres clés, septembre 2003 à mars 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005.

27 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité – Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 2 p.

28 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Site Internet *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles – Programme de formation*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005.

29 Données fournies par la Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels de l'Institut national de santé publique, juillet 2007.

clinique des personnes homosexuelles ou bisexuelles, mis sur pied récemment à l'intention des médecins, a fait l'objet d'une promotion ciblée en 2007.

- *Examiner les résultats des recherches sur la santé des femmes bisexuelles et lesbiennes afin d'en dégager des pistes d'intervention.*

Les questions de santé relatives aux femmes bisexuelles et lesbiennes demeurent encore méconnues. L'insuffisance de données constitue un frein important à l'adaptation des services. L'Enquête sociale et de santé de 1998 pallie, en partie, cette insuffisance. En effet, elle constitue la première étude probabiliste à grande échelle à poser la question de l'orientation sexuelle.

En réponse aux revendications des femmes lors de la Marche mondiale de 2000, le MSSS s'était engagé à réaliser une analyse des services offerts aux lesbiennes et aux femmes bisexuelles. Cette recherche-action visait à permettre de mieux comprendre le rapport qu'elles entretiennent avec les services sociaux et de santé. En 2003, les résultats du rapport de recherche, réalisé par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes et financé par le MSSS, dévoilait les obstacles et les barrières d'accès aux services sociaux et de santé à partir de la réalité des lesbiennes<sup>30</sup>.

### 1.2.5 La pauvreté

De nombreux écrits sur la santé des populations indiquent que les personnes pauvres sont plus touchées par la maladie et meurent plus jeunes que les personnes riches. Dans diverses politiques, le MSSS reconnaît cette réalité et précise l'importance d'intervenir prioritairement auprès de cette clientèle. Les différences observées entre les femmes et les hommes en matière de santé s'expliquent par plusieurs facteurs, dont le statut socioéconomique. Les caractéristiques liées le plus souvent à un taux élevé de pauvreté sont l'âge (moins de 25 ans ou plus de 65 ans), le fait d'être une femme, de vivre seule, d'être handicapée, d'être en situation de monoparentalité, d'avoir un faible niveau de scolarité ou encore d'être analphabète. Au Québec, comme au Canada, la pauvreté des femmes responsables d'une famille monoparentale, ayant un enfant mineur, ne connaît pas de baisse : près de 60 % de ces familles sont pauvres<sup>31</sup>. En outre, plus l'âge des mères diminue, plus cette proportion s'accroît : 97 % de ces familles sont pauvres lorsque les femmes ont moins de 30 ans.

En 2002, le gouvernement du Québec lançait la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion<sup>32</sup>. Le MSSS a été associé aux travaux entourant ce projet gouvernemental. De cette stratégie découlent divers engagements ministériels, dont :

- *Consolider des actions de concertation locale et régionale en sécurité alimentaire.*

Afin de venir en aide aux femmes vivant dans la pauvreté, le MSSS a engagé, dans le secteur de la sécurité alimentaire, les sommes suivantes : 3,4 millions \$ en 2002-2003, 3,3 millions \$ en 2003-2004 et 3,3 millions \$ en 2004-2005. Un budget récurrent de 3,4 millions \$ a été annoncé en mai 2005. Une consultation auprès des directions de santé publique et des regroupements d'organismes nationaux a eu lieu concernant les objectifs et les modalités de répartition budgétaire. De nouvelles orientations ont été adoptées et le cadre de référence est en révision. Les budgets répartis entre les agences doivent permettre de financer des activités d'aide alimentaire d'urgence (25 % du budget) et des initiatives qui renforcent l'autonomie des personnes et des communautés concernant leur alimentation (75 %).

---

30 RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES, *Pour le dire... rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, 2003, 12 p.

31 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 17.

32 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, La volonté d'agir, la force de réussir*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, 57 p.

Les investissements en sécurité alimentaire contribuent à la lutte contre la pauvreté dans une optique de soutien au développement des communautés. De plus, ces mesures s'inscrivent dans le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir*<sup>33</sup>. Sans connaître de façon spécifique le pourcentage de femmes qui profitent de ce soutien, le nombre supérieur de femmes pauvres, comparativement au nombre d'hommes pauvres, laisse supposer que cette aide est majoritairement attribuée à des femmes et à leur famille. Des données récentes sur la sécurité alimentaire liée au revenu des ménages révèlent qu'au Québec, 18,9 % des ménages monoparentaux ayant une femme à leur tête étaient en situation d'insécurité alimentaire<sup>34</sup>.

Le soutien à l'action concertée en sécurité alimentaire contribue non seulement à améliorer l'accès à une alimentation saine, mais vise également à promouvoir une plus grande cohésion sociale au sein des communautés, tout en améliorant les conditions de vie sur le plan individuel et collectif.

Par ailleurs, des services particuliers sont offerts aux femmes enceintes, aux futurs pères et aux familles d'enfants âgés de 0 à 5 ans qui vivent dans une situation d'extrême pauvreté. Nous y reviendrons dans la section 2.2 traitant de la périnatalité.

---

33 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 50 p.

34 SANTÉ CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) – Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens – Tableaux de données complémentaires*, Gouvernement du Canada, 2007, 117 p.



## Objectif 2 Adapter des soins et des services aux besoins des femmes

Depuis le milieu des années 80, plusieurs efforts ont permis d'améliorer les services destinés aux femmes et surtout de mieux adapter ces services à leurs besoins. Dans plusieurs dossiers, des pas importants ont été franchis<sup>35</sup>. Au moment où le système de santé poursuit sa démarche en faveur d'une offre de services plus près des milieux de vie, il convient de faire le point sur l'état de la mise en œuvre des différentes politiques, orientations et stratégies d'action qui touchent les femmes. Comme ce réaménagement a plusieurs conséquences sur les conditions de vie des femmes, des travailleuses du réseau ainsi que sur celles qui travaillent dans le secteur communautaire, il conviendra également d'orienter ou encore de finaliser ces mises en œuvre, d'en évaluer les effets sur la santé et le bien-être et de réaliser les ajustements qui s'imposent afin de répondre encore mieux aux besoins des femmes. L'adaptation des soins et des services touche bien souvent l'ensemble des femmes, mais aussi, dans certains cas, certaines d'entre elles spécifiquement. Lors de la mise en œuvre de politiques ou d'orientations, il peut également être nécessaire de cibler des services particuliers afin de concentrer les efforts sur ceux-ci.

L'objectif 2 consiste à mener des actions visant à promouvoir la santé et le bien-être, à prévenir la détérioration de l'état de santé des femmes et à intervenir le plus efficacement possible afin de contrer les différents problèmes de santé et de bien-être qui touchent les femmes. Afin de réaliser cet objectif, la stratégie d'action proposait des actions liées aux problématiques suivantes :

- Le vieillissement
- La périnatalité
- La planification des naissances
- La violence conjugale et sexuelle
- Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles
- La santé physique
- Les habitudes de vie
- La santé mentale
- L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices

Des activités spécifiques avaient été déterminées concernant chacune de ces problématiques. Nous les reprenons dans les points qui suivent.

### 2.1 Le vieillissement

Le rapport Clair nous indique que d'ici 2021, la population des 65 à 74 ans augmentera d'un peu plus de 80 %, celle des 75 à 84 ans, d'environ 90 % et celle des 85 ans et plus, d'au-delà de 150 %<sup>36</sup>. Les femmes composent majoritairement le groupe des personnes âgées : 6 personnes âgées sur 10 sont des

---

35 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 5-6.

36 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (COMMISSION CLAIR), *Rapport sur la santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 410 p.

femmes et la tendance devrait se maintenir au cours des prochaines années. Concernant les femmes plus âgées, soit de 90 ans et plus, on trouve 3 femmes pour 1 homme<sup>37</sup>.

Bien que les femmes aient une espérance de vie plus longue que celle des hommes, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles vivent ces quelques années de plus dans de bonnes conditions. Les femmes doivent s'attendre à passer un peu plus de 13 ans, soit 15 % de leur vie, avec une incapacité<sup>38</sup>.

Cette situation amène des défis importants au réseau de la santé et des services sociaux. D'abord dans les soins et les services à donner aux femmes, ensuite dans la prévention des incapacités qu'elles seront amenées à vivre, puis dans la mise en place d'une structure organisationnelle capable de répondre adéquatement à l'importante transformation démographique qui s'annonce.

Afin de répondre à ces défis, les objectifs ministériels en santé et bien-être des femmes sont de :

- *Prévenir les incapacités, assurer la mise en œuvre des mesures prévues au Programme national de santé publique 2003-2012 sur la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes.*

À cet égard, chaque centre de santé et de services sociaux du Québec (CSSS) a progressivement mis en place un continuum d'interventions visant à rendre disponibles des interventions non personnalisées et personnalisées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont fait une chute.

Plusieurs étapes ont été franchies, soit l'allocation dans les régions d'une somme récurrente de 3,8 millions \$ pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile (à partir de 2004) et la diffusion du cadre de référence *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les personnes âgées vivant à domicile*<sup>39</sup>. Des mandats ont été confiés à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), notamment pour la préparation d'une formation, la production d'outils ainsi que le soutien aux formateurs régionaux. L'autre mandat concernait l'évaluation du programme de prévention des chutes chez les aînés. Une personne a été désignée responsable de la problématique de la prévention des chutes chez les personnes âgées dans chacune des directions régionales de santé publique (DSP). Une formation s'adressant aux acteurs régionaux responsables du dossier de la prévention des chutes a été dispensée sur les interventions multifactorielles (touchant tous les facteurs de risques liés aux chutes) non personnalisées et une évaluation des activités de formation a été réalisée. La formation sur les interventions multifactorielles personnalisées a été offerte à partir de l'automne 2007. Finalement, le Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes à l'intention du personnel clinique a été diffusé.

D'autres activités ont été mises en place, dont la conception, par l'Institut de gériatrie de l'Université de Montréal, de matériel pédagogique, d'outils et d'un guide de pratique individualisée pour le volet *intervention médicale préventive* en vertu du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées<sup>40</sup>. Les activités de formation seront complétées en organisant une formation sur les pratiques cliniques préventives (PCP) s'adressant aux conseillers médicaux des DSP responsables du programme de prévention des chutes et aux répondants régionaux des directions de santé publique (formation donnée par l'INSPQ). Les formateurs régionaux seront soutenus dans l'implantation des interventions et une évaluation des activités de formation sur le volet « PCP » doit être réalisée. Finalement, un comité intraministériel sur la prévention des chutes chez les personnes âgées devrait être mis sur pied en vue de faire la promotion des différentes interventions en prévention des chutes dans le continuum de services aux personnes âgées vivant à domicile. Il s'agira d'établir, avec les directions concernées, les paramètres d'organisation des services et de préciser les mesures d'évaluation des activités de

---

37 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 21.

38 *Ibid.*

39 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Un cadre de référence*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 61 p.

40 INSTITUT DE GÉRIATRIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Les chutes : les prévenir ou s'en relever* (site Internet).

prévention des chutes prévues par le programme national de santé publique (PNSP). Il est important de s'assurer que l'ADS soit utilisée lors de la réalisation de l'ensemble de ces travaux.

- *Intégrer les différences entre les femmes et les hommes âgés dans le cadre des différents travaux de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en matière d'intégration des services, d'accès à la gamme de services, de qualité et d'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.*

L'ADS a été intégrée au plan de mise en œuvre des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie<sup>41</sup> adopté en 2003. La Politique de soutien à domicile fait aussi appel à l'ADS pour le volet *Proches aidants*. Le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie inclut des mesures telles que la détermination de l'offre des services de longue durée qui doivent être accessibles aux femmes et aux hommes dans chaque territoire de CSSS<sup>42</sup>. Ces mesures tiennent compte des besoins spécifiques des communautés autochtones, linguistiques et ethnoculturelles, tout en accordant une attention particulière aux nouvelles approches à privilégier concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres affections connexes<sup>43</sup>.

Des activités de formation sur l'amélioration de la qualité des services en CHSLD sont dispensées depuis l'automne 2006 et elles intègrent les spécificités des femmes et des hommes. Le premier volet de ces activités de formation, terminé en 2007, visait à sensibiliser les membres de conseils d'administration de même que les directrices et les directeurs généraux à l'importance d'adopter une approche humaine, dite « milieu de vie », dans la manière de gérer et d'organiser les soins et les services offerts dans les CHSLD. Le second volet, en cours depuis mai 2006, est destiné à former le personnel d'encadrement de niveau intermédiaire de ces établissements, afin de l'outiller sur l'opérationnalisation de cette approche.

Un troisième volet de formation sera offert au personnel des CHSLD de même qu'à celui des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Plus spécifiquement, ce sont les préposées et préposés aux bénéficiaires conventionnés des réseaux public et privé qui seront appelés, en 2008, à recevoir une formation visant à améliorer leurs compétences, notamment en matière de savoir et de savoir être, afin d'adopter une approche répondant davantage aux caractéristiques et aux besoins spécifiques des femmes et des hommes âgés en perte d'autonomie.

## 2.2 La périnatalité

### 2.2.1 La promotion de la grossesse en santé et la prévention des problèmes périnataux

Dans le Programme national de santé publique 2003-2012, le MSSS confirme la pertinence de consolider un certain nombre de mesures destinées aux futurs parents et aux parents de jeunes enfants, en particulier ceux qui vivent dans des conditions socioéconomiques précaires, afin de favoriser la naissance d'enfants en santé, d'encourager leur développement global et de prévenir, chez ces derniers, des problèmes de santé et d'adaptation sociale, dont l'abus et la négligence. Parmi ces mesures, on trouve les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel, le programme d'immunisation de même que l'élaboration de pratiques cliniques préventives. Aussi, l'offre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, particulièrement pour les jeunes

---

41 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 47 p.

42 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 45 p.

43 *Ibid*, p. 35.

parents, fait partie de la stratégie d'action à l'intention des jeunes en difficulté et leur famille, élaborée par le Ministère.

- *Mettre à jour le programme Naître égaux – Grandir en santé et poursuivre sa mise en œuvre sur tout le territoire québécois.*

Le MSSS publiait, en 2004, le *Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*<sup>44</sup>. Ces services intègrent le Programme de soutien aux jeunes parents, le programme Naître égaux – Grandir en santé et les interventions éducatives précoces auprès des enfants. Rappelons que le programme Naître égaux – Grandir en santé a été expérimenté dans huit CLSC de Montréal-Centre et deux CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue au début des années 1990. Dès lors, il a été considéré comme un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité dont l'objectif était de permettre aux enfants de naître dans des conditions favorables à leur développement et à leur adaptation sociale<sup>45</sup>. Par la suite, il a été déployé conformément aux priorités nationales de santé publique 1997-2002 et au Programme national de santé publique 2003-2012. Le Programme de soutien aux jeunes parents est, pour sa part, issu du Sommet du Québec et de la Jeunesse de juin 2000.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité visent à soutenir ces familles, dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans. Ils s'adressent à deux clientèles : les jeunes parents de moins de 20 ans ainsi que les familles vivant dans l'extrême pauvreté, lesquelles sont désignées à partir de la situation socioéconomique des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans ou plus (diplôme d'études secondaires non complété et revenu se situant sous le seuil de faible revenu). Ces services se traduisent par un accompagnement des familles : visites à domicile, soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants et soutien aux actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables et à encourager la participation des familles. Toutes les composantes de ces services reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux familles en situation de vulnérabilité (faible scolarité, faible revenu, jeune âge de la mère, isolement social). Par ces services, on vise d'une part à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, parmi lesquels se trouvent l'abus, la négligence et la violence envers les enfants et d'autre part, à favoriser le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et à soutenir les femmes enceintes et les parents dans l'exercice de leur rôle parental.

En 2006-2007, une proportion de 56,4 % des femmes ayant accouché dans l'année et qui correspondent aux critères des SIPPE ont profité du programme (soit 5 240 femmes nouvellement inscrites sur 9 288 femmes visées). Une ventilation de la proportion de femmes desservies, par clientèle, indique que :

- 1 750 femmes du volet *Soutien aux jeunes parents* sur 2 275 femmes ayant accouché dans l'année (soit 76,95 % des femmes visées) ont profité du programme;
- 3 490 femmes du volet *Soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté* sur 7 013 femmes ayant accouché dans l'année (soit 49,8 % des femmes visées) ont profité du programme.

Les sommes investies à ce jour pour soutenir le déploiement du volet *Soutien aux jeunes parents* sont de l'ordre de 26 millions \$ et celles investies pour le volet *Soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté* sont de l'ordre de 22 millions \$.

---

44 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 28 p.

45 Catherine MARTIN et Ginette BOYER, *Naître égaux – Grandir en santé – Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1990, 200 p.

Soucieux d'appuyer de façon adéquate les acteurs concernés dans la mise en œuvre de ces services, le MSSS soutient l'élaboration et la réalisation d'activités de formation ainsi que la production et la diffusion de guides d'intervention et d'outils complémentaires au cadre de référence. Une évaluation d'implantation et des effets des services destinés aux jeunes parents est en cours.

### 2.2.2 La pratique des sages-femmes

De nombreuses femmes, désireuses d'accoucher en dehors des pratiques médicales habituelles, revendiquaient depuis plusieurs années la mise en place de nouveaux services. L'approche proposée par les sages-femmes ainsi que la Loi sur les sages-femmes<sup>46</sup>, qui est entrée en vigueur le 24 septembre 1999, ont permis de répondre à cette demande. Les services offerts par les sages-femmes s'inscrivent dans une approche globale de la naissance qui implique le couple et la famille. Afin de poursuivre le développement de ce nouveau service, les travaux ministériels ont pour objectif de :

- *Favoriser l'accès des femmes suivies par les sages-femmes à différents lieux de naissance.*

Les femmes suivies par une sage-femme doivent pouvoir choisir d'accoucher dans l'un des trois lieux suivants : la maison de naissance, le domicile et le centre hospitalier.

#### *Les maisons de naissance*

En 2003, une maison de naissance s'est ajoutée à celles qui avaient été implantées en 1994 lors de projets pilotes. Il s'agit de la maison de naissance de la Rivière, située à Nicolet dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Deux autres maisons de naissance sont par ailleurs en voie d'implantation : une dans la région des Laurentides (Blainville – CSSS de Saint-Jérôme) et une autre dans la région de la Capitale-Nationale (Limoilou – CSSS de la Vieille Capitale). Ainsi, d'ici la fin 2008, dix maisons de naissance seront en activité au Québec (voir le tableau 5).

---

46 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur les sages-femmes*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1999.

**TABLEAU 5**  
**MAISONS DE NAISSANCE AU QUÉBEC**

Régions	Établissements
Bas-Saint-Laurent	Maison de naissance Colette-Julien (CSSS de la Mitis)
Québec	Projet de maison de naissance de Limoilou (CSSS de la Vieille-Capitale, ouverture prévue en 2008)
Mauricie et Centre-du-Québec	Maison de naissance de la Rivière (CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska)
Estrie	Centre de maternité de l'Estrie (CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke)
Montréal	Maison de naissance Côte-des-Neiges (CSSS de la Montagne) Maison de naissance Lac Saint-Louis (CSSS de l'Ouest-de-l'Île)
Outaouais	Maison de naissance de l'Outaouais (CSSS de Gatineau)
Chaudière-Appalaches	Maison de naissance Mimosa (CSSS du Grand Littoral)
Laurentides	Maison de naissance de Blainville (CSSS de Saint-Jérôme, ouverture prévue en 2008)
Nunavik	Maternité de Pivirnituk (Centre de Santé Inuulitsivik)

### *Le domicile*

La réglementation sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile a été adoptée en mai 2004. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005, le programme d'assurance responsabilité civile et professionnelle des établissements de santé est étendu à la responsabilité découlant de la pratique des sages-femmes à domicile; l'accouchement à domicile avec l'assistance d'une sage-femme est donc possible.

### *Le centre hospitalier*

Le MSSS a commandé, en mai 2005, un sondage à la firme Som inc. afin de mieux connaître les attentes des femmes au regard des services de périnatalité. Ce sondage, réalisé auprès de 1 002 répondantes âgées de 18 à 45 ans, montre qu'une femme sur dix choisirait un suivi avec une sage-femme alors que les trois quarts d'entre elles opteraient pour un suivi avec un obstétricien et une femme sur cinq pour un suivi avec un médecin généraliste. Les trois quarts des femmes choisiraient d'accoucher en centre hospitalier, comparativement à 15 % en maison de naissance et à 9 % à domicile. L'option d'accoucher en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme obtiendrait la faveur de 39 % des femmes.

À la lumière des résultats de ce sondage, le MSSS soutient la signature d'ententes entre les centres hospitaliers et les CSSS qui offrent des services de sages-femmes afin que les femmes puissent accoucher en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme. Actuellement, six hôpitaux ont signé des ententes visant à permettre un accouchement avec l'assistance d'une sage-femme, soit :

- l'Hôtel-Dieu de Lévis (CSSS du Grand Littoral);
- le Centre hospitalier de LaSalle (CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle);
- l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (CSSS de la Montagne);
- le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CSSS — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke);
- l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (CSSS de Saint-Jérôme);
- l'Hôpital de Gatineau (CSSS de Gatineau).

Malgré ces ententes et malgré la demande, les accouchements en centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme demeurent rares; la grande majorité de ces accouchements ont lieu en maison de naissance.

### 2.2.3 Le congé postnatal

Depuis le virage ambulatoire du réseau de la santé et des services sociaux, le temps d'hospitalisation a diminué au Québec. La période d'hospitalisation à la suite d'un accouchement ne fait pas exception. Le congé postnatal — qualifié de précoce au moment du virage ambulatoire — survenait plus rapidement qu'avant. Afin d'être sécuritaire et bénéfique pour les mères, les nouveau-nés et les familles, cette diminution du temps d'hospitalisation devait s'accompagner d'un suivi approprié. C'est pourquoi il convenait alors de :

- *Procéder aux analyses pertinentes des indicateurs de suivi du congé précoce, lesquels sont inscrits au système d'information sur les clientèles et les services des CLSC, afin de faciliter le réajustement, si nécessaire, des services.*

Dans un premier temps, des échanges ont eu lieu avec les agences au sujet des difficultés éprouvées dans la mise en œuvre de la proposition d'organisation des services lors d'un congé précoce en périnatalité<sup>47</sup>. Dans un deuxième temps, un suivi des recherches universitaires sur ce thème a permis une meilleure lecture de la réalité qui entoure l'organisation des services.

#### *Les résultats*

Dans le cas d'un accouchement normal (sans complication), la durée moyenne du séjour à l'hôpital est passée de 3,5 jours en 1992-1993 à 2,5 jours en 1996-1997<sup>48</sup> puis à 2,4 jours en 2005-2006<sup>49</sup>. Dans le cas d'un accouchement par césarienne, la durée moyenne du séjour à l'hôpital est passée de 6 jours à 4,8 jours entre 1992 et 1997 et à 4,0 jours concernant l'ensemble des accouchements par césarienne en 2005-2006.

Ces chiffres nous permettent de constater tout le travail accompli. On doit cependant réitérer l'importance des conditions menant à un congé postnatal en toute sécurité et en toute quiétude, tant

---

47 Nicole GRAVEL, *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 100 p.

48 Nicole GRAVEL, Pauline BÉGIN-BROSSEAU et Sylvie MONTREUIL, *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, p. 14.

49 Durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie vaginale, par césarienne et pour le nouveau-né, selon le DRG, Québec, 2005-2006.

pour la mère que pour le nouveau-né. Dans cet esprit, un continuum de services, comprenant notamment un avis de grossesse, un accès à une information prénatale de qualité et une visite postnatale systématique, doit être mis en place ou consolidé.

#### 2.2.4 La Politique de périnatalité

Depuis la diffusion de la *Politique de périnatalité* de 1993, diverses actions ont été réalisées par le MSSS, le réseau et leurs partenaires. Les données relatives à la surveillance de l'état de santé dans le champ de la périnatalité remettent toutefois en question l'atteinte de certains objectifs. De plus, de nombreux changements tant sociaux que technologiques survenus depuis 1993 ont fait émerger de nouveaux besoins en périnatalité. Afin d'assurer un continuum de services qui répondent à ces besoins, le MSSS décidait :

- ♦ *D'effectuer des travaux d'évaluation ou des analyses préparatoires à la révision de la Politique de périnatalité dans la perspective d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance.*

Un bilan de la Politique de périnatalité de 1993 a été réalisé<sup>50</sup> et l'élaboration d'une nouvelle politique en matière de périnatalité est en cours.

L'humanité, la précocité, la sécurité et la prise en compte des dimensions éthiques sont les fondements sur lesquels s'appuient les orientations de la future politique de périnatalité. Celle-ci soulignera l'importance d'une offre de services à l'ensemble de la clientèle périnatale, tout en maintenant les acquis par rapport aux clientèles vulnérables. Elle présentera une vision globale et intégrée de la périnatalité tout au long des périodes prénatale, perinatale et postnatale en abordant différentes thématiques susceptibles d'influencer l'expérience du « devenir parent », l'adaptation à ce rôle, le développement de l'enfant ainsi que ses futures conditions de vie. On y trouvera des orientations relatives à l'importance de l'accès à une information prénatale de qualité, à la promotion de saines habitudes de vie, au soutien aux mères et aux pères, à la pertinence des interventions obstétricales, à l'allaitement maternel, etc.

Dans certains cas, les mères, les pères et les enfants peuvent vivre des situations particulières. La politique de périnatalité abordera donc le soutien des parents vivant en contexte de vulnérabilité, la prévention de la grossesse à l'adolescence, la procréation assistée, la prématurité et le retard de croissance intra-utérine, les anomalies congénitales, la consommation d'alcool et de drogue, les situations de violence, d'abus et de négligence, la santé mentale en période périnatale, les soins de fin de vie et le deuil périnatal.

### 2.3 La planification des naissances

Les grossesses précoces ont un impact sur les conditions de vie actuelles et futures des jeunes femmes. Certains services axés sur la prévention des grossesses précoces et la promotion des rapports sexuels respectueux et sécuritaires sont offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces interventions sont essentielles à la réduction du taux de grossesse à l'adolescence. Des activités de promotion, de prévention et d'éducation sont aussi offertes en milieu scolaire.

---

50 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bilan de la Politique de périnatalité de 1993 – Document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, 62 p.

### 2.3.1 Contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées

Le MSSS vise à contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées, notamment par :

- *La promotion des rapports sociaux égalitaires entre les hommes et les femmes dans une campagne de prévention des grossesses à l'adolescence.*

Afin d'offrir de meilleurs services, le MSSS et le MELS ont revu la complémentarité des services destinés aux jeunes en milieu scolaire. Ces travaux ministériels visent à diminuer le nombre de grossesses non planifiées. De nombreuses actions ont été et sont toujours menées, tant à l'échelle provinciale qu'à l'échelle régionale et locale, afin de prévenir les grossesses, d'offrir du soutien au moment de la prise de décision et de soutenir les parents-adolescents. Parmi ces actions, signalons :

#### *École en santé*

L'approche *École en santé*, inspirée de rapports d'experts internationaux dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), fait partie des cibles du Programme national de santé publique 2003-2012. Son élaboration et son déploiement sont sous la responsabilité du MELS et du MSSS, et ce, en vertu de l'entente de complémentarité des services entre les deux réseaux, ratifiée en 2003.

L'approche *École en santé* repose essentiellement sur la reconnaissance de l'efficacité d'agir simultanément, en concertation et avec l'implication de plusieurs acteurs de l'école et de la communauté, sur les facteurs clés du développement des jeunes, tant auprès des jeunes eux-mêmes qu'auprès de leur environnement (famille, école, communauté), au moyen d'un ensemble de mesures appropriées de promotion de la santé et de prévention qui se complètent et se renforcent mutuellement. Ces facteurs clés sont l'estime de soi, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, les environnements favorables et les services préventifs. Ces déterminants sont communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes.

L'approche *École en santé* permet de guider le choix des écoles au regard des meilleures pratiques en promotion de la santé et du bien-être et en prévention, notamment en matière d'éducation à la sexualité et de planification des naissances.

Parmi les actions menées relativement à la démarche nationale d'accompagnement, mentionnons :

- la production et la diffusion d'un cadre de référence et d'un guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires au regard de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des jeunes<sup>51</sup> de même qu'un exemple fictif de projet éducatif et de plan de réussite d'une école en santé en 2005;
- des activités nationales de formation et d'accompagnement, y compris la production d'outils;
- une analyse d'interventions réalisées en milieu scolaire au regard de leur cohérence et de leur contribution à l'approche *École en santé*;

---

51 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 77 p. (Note : *École en santé* est l'expression consacrée pour désigner l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention, à partir de l'école).

- la création d'un site Internet;
- un suivi administratif et l'élaboration de projets de recherche et d'évaluation concernant l'approche *École en santé*.

Au 31 mars 2007, la majorité des régions du Québec, à l'exception des régions de Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James, et la majorité des territoires locaux (92 % des CSSS et 87 % des commissions scolaires) s'étaient dotés d'un plan de déploiement de l'approche *École en santé*. À cette même période, 16 % des écoles publiques du Québec, soit 435 écoles des ordres d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, l'avaient mise en œuvre.

De 2003-2004 à 2006-2007, le MSSS a consacré 1 259 000 \$ à la démarche nationale d'accompagnement. En 2004-2005, afin de soutenir la mise en place de l'approche *École en santé* à l'échelle locale, le MSSS accordait aux agences de nouveaux crédits de développement en santé publique (recommandation d'une somme de 4 millions \$ pour l'ensemble des agences).

#### *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*

Le document *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*<sup>52</sup>, issu d'une collaboration entre le MSSS et le MELs, vise à outiller le personnel enseignant et le personnel des services complémentaires dans les écoles primaires et secondaires ainsi que leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement les CSSS. À l'instar du nouveau programme de formation de l'école québécoise, ce document propose une orientation mettant de l'avant une approche d'apprentissage axée sur le développement des compétences transversales dans tous les domaines généraux et disciplinaires de formation. On y aborde notamment la prévention de l'exploitation sexuelle, le respect de soi et les relations égalitaires. En complément à sa diffusion en 2004, des activités de formation ont été offertes aux acteurs concernés des deux réseaux (éducation et santé et services sociaux). Ce document ainsi qu'une mise à jour des recommandations d'experts servent de référence pour guider, dans la perspective de l'approche *École en santé*, le choix des écoles au regard des meilleures pratiques.

#### *Soutien à la production d'outils de sensibilisation au regard de l'éducation à la sexualité*

Le MSSS produit et publie deux à trois numéros par année du magazine *Ça s'exprime*<sup>53</sup>, en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal. Depuis 2004, ce magazine remplace *Le petit magazine* et vise à donner au personnel scolaire des outils pour mener des interventions d'éducation à la sexualité.

Le MSSS a soutenu la production, par Vidéo Femmes, de *Les années papillon*. Cette vidéo porte sur l'éducation à la sexualité pour les jeunes de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année et contribue au développement de leur jugement critique et à une meilleure connaissance de soi, tout en les sensibilisant à leur responsabilité face à leur propre sexualité.

Le MSSS a aussi soutenu, depuis 2003-2004, la présentation, par le Théâtre Parminou, de la pièce de théâtre interactif *Pas de bébé, pas de bébittes*. Cette pièce vise à sensibiliser les jeunes du secondaire à la prévention de grossesses non planifiées et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

---

52 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 58 p.

53 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et UNIVERSITÉ QUÉBEC À MONTRÉAL, *Ça s'exprime – Magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité des jeunes du secondaire*, Gouvernement du Québec, Québec, hiver 2005 à aujourd'hui.

Le MSSS a financé l'organisme Ruban en route pour la réalisation d'activités de sensibilisation et de prévention du VIH-sida et des ITSS auprès des écoles secondaires. Le MSSS a aussi soutenu l'UQAM pour la production de la vidéo *Drogue, alcool, sexe et risques* à l'intention des jeunes et pour la mise en place du site Internet *Élysa* qui répond à des questions sur la sexualité.

Finalement, le MSSS a soutenu la réalisation, par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, d'une étude qualitative qui avait pour objectif d'explorer la signification de la grossesse chez les jeunes filles de la rue ainsi que la place de la contraception dans le contexte particulier de la rue. La connaissance que les jeunes filles de la rue avaient des services de santé sexuelle et l'utilisation qu'elles en faisaient ont également été explorées afin d'améliorer les activités d'éducation et de prévention auprès de cette clientèle<sup>54</sup>.

### *Cliniques jeunesse*

Les cliniques jeunesse réalisent des interventions en vue de prévenir les grossesses à l'adolescence en offrant des services-conseils et des activités d'éducation à la sexualité, de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de planification des naissances. Ces cliniques sont prévues dans le Programme national de santé publique 2003-2012 et elles sont implantées, ou en implantation, dans toutes les régions du Québec. Conformément aux plans régionaux de santé publique (PAR) établis pour la période 2004-2007, la quasi-totalité des régions du Québec (14 sur 18) ont prévu la mise en place ou la consolidation de cliniques jeunesse dans les CSSS, en collaboration étroite avec le milieu scolaire et les organismes du milieu.

- *L'accessibilité à des services répondant aux besoins des jeunes en matière de contraception et de protection contre les ITSS-VIH.*

En 2001, le MSSS a publié ses orientations relatives à des services intégrés de dépistage des ITSS, du VIH et des autres hépatites virales à l'intention des clientèles vulnérables<sup>55</sup>. Le Programme national de santé publique 2003-2012 a permis de consolider ces services, qui sont implantés dans toutes les régions du Québec. L'une des activités réalisées par ces services a trait à l'offre de moyens de contraception, en l'occurrence, la contraception orale d'urgence (COU) et le condom.

Toujours dans le contexte de la prévention des ITSS, du VIH-sida et des hépatites virales, une attention particulière est accordée aux femmes plus vulnérables. Des projets sont à l'étude afin de mieux connaître ces femmes et de déterminer des pistes d'intervention afin de leur venir en aide. Le plan d'action 2005-2006 de ce projet comprend cinq activités : le réseautage, la sensibilisation, l'éducation et la formation, le transfert d'expertise, la promotion et l'évaluation.

Également, depuis quelques années, le test de dépistage du VIH fait partie d'un bilan prénatal complet offert à toute femme enceinte ou qui veut le devenir. Cette pratique est accompagnée d'un service-conseil. La femme enceinte peut, en tout temps, refuser ce test, lequel demeure confidentiel. Si le test s'avère positif, le médecin offrira à la mère la possibilité de suivre un traitement ou d'avoir une césarienne, ce qui diminuera le risque de transmission du VIH à l'enfant.

- *La mise en œuvre d'un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence.*

À la suite des travaux qui ont démontré que la contraception orale d'urgence pouvait contribuer à réduire, efficacement et sans danger, les grossesses non planifiées, le MSSS, en partenariat avec le Collège des médecins (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), a mis sur pied un nouveau

---

54 Nancy HALEY, Véronique DENIS et Élise ROY, *Étude sur la grossesse et la contraception chez les jeunes filles de la rue – Rapport sur les groupes de discussion*, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, Gouvernement du Québec, Montréal, 2005, 88 p.

55 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage de VIH, des MTS et d'hépatite virale – Orientations*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 30 p.

mode d'accès à la contraception orale d'urgence (COU), soit l'accès direct en pharmacie. La COU est une méthode de contraception qui s'utilise dans les heures ou les jours qui suivent une relation sexuelle non protégée. Selon plusieurs experts, l'utilisation plus répandue de la contraception orale d'urgence préviendrait 50 % des grossesses non planifiées, dont la moitié se termineraient par une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Depuis 2001, les pharmaciennes et pharmaciens du Québec peuvent prescrire la COU, à condition d'avoir suivi et réussi la formation obligatoire et d'être titulaire d'une attestation délivrée par l'OPQ. La formation les autorisant à prescrire la COU a été élaborée par l'OPQ, en collaboration avec le MSSS; un manuel d'autoformation a aussi été élaboré. Au début de l'année 2002, près de 90 % des pharmaciennes et pharmaciens avaient reçu la formation et étaient autorisés à prescrire la COU. Les femmes peuvent donc obtenir la COU sans ordonnance médicale; cette accessibilité directe en pharmacie de la COU permet de réduire le délai entre la relation non protégée et la prise du médicament, augmentant ainsi son efficacité. Les adolescentes de 14 ans et plus peuvent avoir accès à la COU sans le consentement de leurs parents, conformément à la pratique habituelle concernant les services et les soins de santé.

Jusqu'à la fin de 2003, les femmes devaient payer la consultation obligatoire auprès du pharmacien, selon le Protocole de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence. Cependant, à partir de décembre 2003, à la suite d'une entente entre le gouvernement et l'Association québécoise des pharmaciens du Québec, les honoraires associés à la consultation sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le contraceptif lui-même n'est pas gratuit, mais il est remboursable, conformément au régime d'assurance médicament qui s'applique, qu'il soit public ou privé. L'accès à la médication est confidentiel pour les étudiantes de moins de 18 ans dont les parents sont couverts par le régime public d'assurance médicament du Québec. Par contre, la confidentialité ne peut être assurée pour les jeunes filles qui sont inscrites à un régime d'assurance familial géré par les parents, à moins de payer la prescription elles-mêmes et d'aviser le pharmacien de ne pas transmettre la demande de paiement à la compagnie d'assurances. Il est aussi important de mentionner qu'une campagne d'information a été réalisée auprès du public et du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2004, le programme de remboursement de la COU a coûté 525 000 \$ et a permis de couvrir 33 473 services payés par la RAMQ. Soulignons que ce volume d'activités dépasse largement la prévision de 20 000 services par année, établie au moment de la mise en place de ce programme. En 2006, le nombre de services a presque doublé pour atteindre 67 068 et le coût des honoraires versés aux pharmaciennes et pharmaciens pour ces services dépasse le cap du million de dollars. Au total, 1 472 pharmacies, soit 90 % des pharmacies du Québec, avaient participé au programme en 2004. En 2006, le nombre de pharmacies ayant facturé ces services à la RAMQ en vertu de ce programme avait encore augmenté, soit un total de 1 596 (voir le tableau 6).

TABLEAU 6

**PRESTATION DES SERVICES POUR LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE (COU)  
OFFERTS PAR LES PHARMACIENNES ET PHARMACIENS ET RÉMUNÉRÉS PAR LA RAMQ <sup>56</sup>**

Année	Nombre de femmes	Nombre de services	Nombre de pharmacies	Coût des services
2004	27 238	33 473	1 472	525 526 \$
2005	46 052	58 594	1 528	919 951 \$
2006	50 834	67 068	1 596	1 052 445 \$

<sup>56</sup> Données fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En 2006, au-delà de 50 000 femmes ont fait appel aux services des pharmaciennes et pharmaciens pour la COU. Parmi elles, 18,2 % (9 260) sont des femmes de 18 ans et moins (voir le tableau 7). Précisons que le nombre plus élevé de services payés par la RAMQ, comparativement au nombre de femmes qui se sont prévaluées de ces services, s'explique par le fait qu'une même femme peut avoir profité plus d'une fois de l'accès à la COU en pharmacie.

TABLEAU 7

RÉPARTITION SELON L'ÂGE DES FEMMES AYANT REÇU DES SERVICES POUR LA COU, OFFERTS PAR LES PHARMACIENNES ET PHARMACIENS ET RÉMUNÉRÉS PAR LA RAMQ<sup>57</sup>

Année	Moins de 14 ans	De 14 à 18 ans	De 19 à 25 ans	Plus de 25 ans	Total
2004	78	4 517	10 139	12 504	27 238
2005	135	7 727	17 375	20 815	46 052
2006	129	9 131	19 152	22 422	50 834

- *Contraception hormonale offerte par les infirmières, ordonnances collectives.*

Afin d'améliorer l'accès des femmes aux méthodes contraceptives, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens, le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec ont élaboré conjointement un modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention du personnel infirmier et des pharmaciennes et pharmaciens. L'implantation de ce modèle permettra que la contraception hormonale soit offerte à toute femme en bonne santé, pour une période maximale de six mois<sup>58</sup>. Il s'agit là d'un autre moyen de réduire les difficultés d'accès à la contraception. Les impacts de l'application de ce protocole sont de différents ordres : une réduction prévisible du recours à l'IVG, une optimisation des ressources médicales et une application uniforme à l'échelle du Québec d'une mesure assurant un accès équitable à toutes les femmes du Québec.

Cette ordonnance collective constitue une application concrète de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi n° 90)<sup>59</sup>. Son élaboration a requis une concertation des différents ordres professionnels afin de définir les normes devant encadrer le cheminement de la cliente dans l'obtention d'une contraception hormonale. C'est ainsi qu'en janvier 2007, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens se sont entendus pour diffuser le *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*<sup>60</sup>.

Les professionnels visés par l'ordonnance collective de contraception hormonale doivent posséder la compétence requise. L'INSPO et le MSSS se sont entendus pour diffuser, aux infirmières et infirmiers du réseau de la santé, une formation visant à les rendre aptes à amorcer une contraception selon le modèle établi. Les infirmières et infirmiers visés sont principalement celles et ceux qui exercent en milieu scolaire (ordres secondaire, collégial et universitaire) et en clinique jeunesse, mais également

57 Données fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec, 2004-2006.

58 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Règlement modifiant le Règlement sur les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale* (Décret 964-2001 du 16 août 2001 (2001 G.O. 2 p. 6163), Québec, 2001.

59 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2002, 20 p.

60 COLLÈGUE DES MÉDECINS, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Québec, 2006, 20 p.

en services généraux, en périnatalité, dans les cliniques de planification des naissances, en groupe de médecine familiale et parfois dans les urgences de première ligne.

### 2.3.2 Les services liés à une grossesse non planifiée

#### *1- Le soutien au moment de la prise de décision*

Le projet mobilisateur sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, inscrit dans le cadre de la Politique gouvernementale en matière de condition féminine 1993-2003, comprend un volet particulier sur les services liés à une grossesse non planifiée<sup>61</sup>. Ces services couvrent l'aide à une prise de décision éclairée et le soutien dans les démarches subséquentes. À cet égard, il convient d'offrir des informations adéquates, complètes et respectueuses de l'intégrité physique et psychologique des femmes, tant en matière d'adoption qu'en matière de poursuite ou d'interruption de grossesse. Les différents organismes mis à contribution dans l'offre des services sont les CSSS, les centres hospitaliers, les cliniques jeunesse, les services infirmiers et psychosociaux en milieu scolaire et des organismes actifs auprès des jeunes. Les travaux ministériels visent à :

- *Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services nécessaires à une prise de décision éclairée, qui soit respectueuse de l'intégrité physique et psychologique des femmes.*

Toutes les femmes qui se trouvent dans une situation de grossesse non planifiée et qui s'adressent à une ressource, qu'elle soit publique ou privée, peuvent compter sur un soutien professionnel dans leur prise de décision. Trois issues sont possibles : la maternité, l'adoption ou l'interruption volontaire de grossesse. Si une femme fait une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG), une rencontre pré-IVG a notamment pour objectif de vérifier si la femme est sûre de sa décision, si elle l'a prise en toute liberté et sans contrainte et si elle comprend la nature et les conséquences de sa demande. Dans le cas où la femme est ambivalente quant au choix qu'elle a à faire, des services de consultation sont disponibles pour lui fournir toute l'information nécessaire à un choix éclairé et l'aider à prendre la meilleure décision pour elle-même, compte tenu de sa situation. Quelle que soit cette décision, les femmes, ou les couples, peuvent compter sur des ressources qui peuvent les soutenir dans leurs démarches subséquentes.

#### *2- Les services d'interruption volontaire de grossesse*

Concernant la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, les travaux ministériels visent à :

- *Appuyer les agences régionales dans leur démarche de suivi et d'évaluation des mesures de consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sur leur territoire et procéder à l'évaluation nationale des résultats, à partir des évaluations régionales, des indicateurs d'utilisation des services et du suivi de la mise en œuvre de ces mesures.*
- *Réaliser une étude de faisabilité d'un système d'information sur les interruptions volontaires de grossesse pratiquées au Québec et, par la suite, procéder à sa mise en place.*

Le MSSS assure un suivi de l'évolution du nombre d'IVG et du taux d'IVG dans chaque région du Québec. Il est possible d'évaluer l'accès aux services d'IVG en fonction de la région de résidence de la femme et du stade de sa grossesse.

---

61 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 25.

Depuis 10 ans, au Québec, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) s'est maintenu entre 29 000 et 31 000. Depuis 2002, il s'est stabilisé autour de 30 000 IVG par année, soit un taux de 0,62 pour 1 000 femmes. En 2005, le taux était de 0,59 pour 1 000 femmes. Précisons que le taux d'IVG chez les femmes de moins de 18 ans a diminué depuis cinq ans; il est passé de 14,0 pour 1 000 femmes en 2000 à 10,1 pour 1 000 en 2005.

Des services d'IVG de premier trimestre sont offerts dans toutes les régions du Québec. Concernant les grossesses du deuxième trimestre, des corridors de services établis dans les régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal assurent l'accès aux services d'IVG de 14 à 20 semaines. Les services sont offerts en Estrie uniquement pour les IVG de 20 à 22 semaines. Concernant les grossesses de plus de 23 semaines, les services d'IVG sont offerts aux États-Unis. Les femmes peuvent y avoir accès suite à une recommandation du CSSS Jeanne-Mance de la région de Montréal.

En 1996, près du quart des IVG étaient pratiquées dans des cliniques privées. Au cours des dernières années, cette proportion a décliné graduellement pour atteindre 17,6 % en 2005 (5 136 interventions). Les cliniques privées sont toutes situées à Montréal : les femmes qui s'y adressent, qu'elles soient résidentes de Montréal ou de sa périphérie, sont plus âgées que celles qui s'adressent à un établissement public. Par ailleurs, le 17 août 2006, la Cour supérieure du Québec rendait une décision exigeant du gouvernement qu'il dédommage les femmes ayant encouru des frais pour l'obtention d'une IVG en cabinets privés durant la période s'étendant du 2 mai 1999 au 22 février 2006. Ce processus de remboursement, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, est en cours.

En 2002, le MSSS apportait son soutien au Collège des médecins du Québec dans la révision de la pratique professionnelle en matière d'interruption volontaire de grossesse. Cette révision était devenue nécessaire étant donné l'évolution des différentes techniques médicales utilisées et la préoccupation de favoriser le recours à des techniques moins invasives. Un comité d'experts a été mis sur pied et, en septembre 2004, le Collège des médecins du Québec a diffusé ses lignes directrices sur l'interruption volontaire de grossesse<sup>62</sup>. Ces lignes directrices s'adressent particulièrement aux médecins omnipraticiens et aux obstétriciens-gynécologues qui pratiquent des IVG. Elles présentent les interventions cliniques les moins invasives en cas d'interruption de grossesse de même que les dimensions psychosociales à considérer lors des démarches entreprises par les femmes qui ont recours à ce type d'intervention.

Le document présente également des considérations générales entourant la prise de décision pour toute femme qui consulte pour une IVG ainsi que les éléments dont il faut tenir compte sur le plan médical concernant ce type d'intervention. Suivant des recommandations précises sur les techniques à utiliser selon l'âge gestationnel, l'IVG peut être effectué dans un centre hospitalier, dans un CSSS, dans une clinique privée ou dans une clinique communautaire.

## 2.4 La violence conjugale et sexuelle

La violence faite aux femmes, qu'elle ait lieu dans un contexte conjugal ou autre, n'est pas un fait nouveau. Les expressions de la violence sont multiples : harcèlement, dénigrement, exploitation financière, comportement contrôlant et abusif, coups et blessures entraînant parfois la mort, exploitation et agressions à caractère sexuel. Ce phénomène est présent dans toutes les sociétés et, peu importe leur statut social, leur revenu, leur culture, leur ethnie, leur âge ou leur orientation sexuelle, de nombreuses femmes sont exposées à des manifestations de violence.

---

62 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'interruption volontaire de grossesse – Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Québec, septembre 2004, 14 p.

### 2.4.1 La violence conjugale

Les enquêtes sociales de 1999 et 2004 de Statistique Canada indiquent que les Québécoises comme les Québécois subissent des actes de violence dans un contexte conjugal. Ces enquêtes démontrent néanmoins que la fréquence et la gravité de la violence subie par les femmes sont beaucoup plus importantes que celle subie par les hommes.

Le rapport *La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec – Statistiques 2005*<sup>63</sup> du ministère de la Sécurité publique présente les statistiques sur les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal, c'est-à-dire par un conjoint, un ex-conjoint ainsi que par un ami ou un ex-ami intime, qui ont été enregistrées en vertu du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire par les corps de police du Québec en 2005. Il s'agit d'infractions au Code criminel qui se sont avérées fondées après enquête policière. Ces statistiques ne reflètent qu'une partie de la criminalité commise dans un contexte conjugal, car seulement 30 % des crimes commis dans un tel contexte seraient soumis à la connaissance de la police. Néanmoins, elles offrent l'avantage de porter sur des cas jugés fondés après enquête policière et d'être présentées annuellement, comparativement aux statistiques issues d'enquêtes auprès de la population.

En 2005, 17 427 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ont été enregistrées, ce qui représente près du quart (23 %) de l'ensemble des infractions contre la personne. Après avoir légèrement diminué depuis 2001, le taux d'infractions par 100 000 habitants a augmenté de 3 % en 2005. Les infractions ont augmenté dans presque toutes les catégories d'infractions, sauf les homicides, les tentatives de meurtre et les voies de fait pouvant causer la mort, lesquels ont diminué.

Les groupes de la population les plus touchés par cette forme de criminalité sont les femmes, la population des 18 à 39 ans plus particulièrement, ainsi que, sur le plan régional, les populations des régions du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord et de Montréal. Les victimes de ces crimes ont le profil suivant : la majorité (83 %) sont des femmes, 88 % d'entre elles sont âgées de 18 à 49 ans, elles sont surtout les conjointes (44 %) et les ex-conjointes (43 %) de l'auteur présumé et elles ont été l'objet principalement de voies de fait simples (53 %), de menaces (17 %), de harcèlement criminel (13 %) et de voies de fait prenant la forme d'agressions armées ou d'agressions causant des lésions corporelles (12 %).

Précisons également que, selon les enquêtes de Statistique Canada de 1999, le taux de violence conjugale déclaré par les femmes autochtones était le double du taux observé chez les hommes autochtones et le triple du taux chez les femmes et les hommes non autochtones. En 2004, l'écart entre les femmes autochtones et les hommes autochtones s'est rétréci quelque peu, mais le taux de violence conjugale envers les femmes autochtones était toujours plus de trois fois supérieur au taux de violence conjugale envers les femmes ou les hommes non autochtones. Dans l'ensemble, 21 % des Autochtones ont déclaré avoir été victimes de violence conjugale en 2004, un pourcentage trois fois supérieur à celui concernant les non-Autochtones (7 %).

- *Élaborer un second plan d'action afin de poursuivre la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Ce plan identifiera des actions destinées à :*

---

63 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec – Statistiques 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 27 p.

**1 - Promouvoir les rapports égaux entre les sexes, particulièrement chez les jeunes, garçons et filles**

En 2004, la campagne *Aimer sans violence* a été menée afin de promouvoir des rapports égaux chez les jeunes. Elle a été accompagnée de la présentation d'une pièce de théâtre portant sur la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes et de la mise à jour du site Internet *www.aimersansviolence.com*. D'autres initiatives ont aussi été menées : diffusion d'outils destinés aux médias, soutien d'initiatives locales et régionales visant à prévenir et à contrer la violence conjugale, diffusion d'outils de prévention de la violence conjugale (guide d'animation *5 X Non* et *Aimer sans violence*), information aux actrices et acteurs concernés sur l'approche *École en santé*, formation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux sur le document *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*.

**2 - Soutenir la formation et la détection précoce de la violence conjugale**

Le Programme national de santé publique 2003-2012 prévoit le soutien des cliniciennes et cliniciens dans la détection précoce de la violence conjugale. Par ailleurs, le MSSS travaille en collaboration avec l'Institut national de la santé publique du Québec et le ministère de la Famille et des Aînés afin d'inclure la détection précoce dans le protocole d'entente entre les centres de la petite enfance (CPE) et les CLSC<sup>64</sup>. Par ailleurs, une étude exploratoire portant sur la consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec a été réalisée par l'INSPQ et rendue publique en décembre 2006<sup>65</sup>.

**3 - Assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux femmes victimes de violence**

En 2003-2004, le MSSS a accordé une somme de 8 millions \$ afin d'assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts par des organismes communautaires aux femmes victimes de violence conjugale. En 2004-2005, une somme de 7 millions \$ a été consacrée aux services destinés aux femmes victimes de violence conjugale et en 2005-2006, une somme de 8 millions \$ a été répartie entre les organismes communautaires intervenant en violence conjugale. De plus, le MSSS a soutenu des projets de recherche portant sur l'intervention en violence conjugale.

**4 - Consolider la concertation au sein du réseau et des partenaires intersectoriels et s'assurer de la cohérence de leurs actions**

Les agences régionales ont le mandat d'assurer la coordination de la concertation intersectorielle régionale en matière de violence conjugale. La mission du MSSS est de coordonner les tables de concertation régionale afin d'en favoriser le bon fonctionnement. Au cours de l'année 2004-2005, une relance portant sur l'importance de la concertation régionale a eu lieu afin de déterminer les conditions essentielles à la réussite des actions. Le MSSS travaille toujours à consolider la concertation intersectorielle et à assurer la coordination des services.

**5- Veiller à la réalisation de l'évaluation du second plan d'action en matière de violence conjugale**

Le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle est responsable de l'évaluation de la mise en œuvre des engagements pris dans le

---

64 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009*, ministère de la Justice et ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, p.10.

65 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec – Étude exploratoire*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 105 p.

cadre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale et sollicite chaque année le MSSS pour recueillir et actualiser les données.

#### 2.4.2 La violence sexuelle

Le rapport *Les agressions sexuelles au Québec – Statistiques 2005*<sup>66</sup> du ministère de la Sécurité publique présente les statistiques sur les agressions sexuelles et les autres infractions d'ordre sexuel qui ont été enregistrées en vertu du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire par les corps de police du Québec en 2005. Il s'agit d'infractions qui se sont avérées fondées après enquête policière. Cependant, les enquêtes sociales de Statistique Canada indiquent qu'environ 8 victimes d'infraction sexuelle sur 10 ne signalent pas le geste aux autorités. Il s'agit donc d'un portrait partiel de la réalité.

En 2005, 5 883 infractions sexuelles ont été enregistrées, soit près de 8 % de l'ensemble des crimes contre la personne. De 2002 à 2004, le taux d'infractions sexuelles est demeuré stable, mais il a augmenté de 14 % en 2005, ce qui, en nombre absolu, représente 739 infractions additionnelles. Cette hausse est attribuable en bonne partie à la médiatisation d'événements judiciaires d'importance en matière d'agressions sexuelles survenues en 2005. Ceux-ci ont en effet incité un nombre accru de victimes à porter plainte, souvent plusieurs années après l'infraction.

Les groupes de la population les plus touchés par les infractions sexuelles sont les femmes, les enfants, plus particulièrement les filles de 12 à 17 ans, et, sur le plan régional, les populations des régions du Nord-du-Québec et de la Côte-Nord. Les victimes de ces crimes ont le profil suivant : la majorité (82 %) sont des femmes, les deux tiers avaient moins de 18 ans au moment de l'infraction, près de 8 sur 10 connaissaient l'auteur présumé, les deux tiers ont été agressées dans une résidence privée et, dans le cas d'une victime sur 5, la plainte a été déposée au moins un an après l'infraction.

Afin de répondre aux besoins des femmes victimes de violence sexuelle, des actions diverses et cohérentes doivent être entreprises. En plus de soins cliniques, les femmes victimes de violence ont besoin d'être écoutées et protégées adéquatement, afin de retrouver confiance en elles et ainsi reprendre le pouvoir sur leur vie. Les actions de concertation et de collaboration devront être maintenues afin d'assurer la qualité, la continuité et l'accessibilité des services qui leur sont offerts. Il est crucial de diffuser l'information sur les services accessibles aux femmes afin qu'elles sachent où trouver de l'aide. De même, le personnel travaillant auprès de cette clientèle doit bénéficier de formations spécialisées selon les différentes formes de violence. Les travaux ministériels visent à :

- *Assurer la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux du plan d'action découlant des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*<sup>67</sup>. Pour y parvenir :

##### ***1 - Sensibiliser et informer la population afin de prévenir les agressions sexuelles***

De 2001 à 2004, le MSSS a mené, en étroite collaboration avec les directions régionales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, une campagne triennale de sensibilisation à la lutte contre les agressions sexuelles s'adressant aux jeunes<sup>68</sup> et incluant :

- la diffusion de messages au cinéma et à la radio;

---

66 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *Les agressions sexuelles au Québec – Statistiques 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 28 p.

67 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 90 p.

68 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006 – Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, p.17.

- la production d'autocollants avec messages de sensibilisation;
- la présentation d'activités théâtrales dans certaines écoles qui en ont fait la demande;
- la production du site Internet *www.agressionsexuelle.com*;
- l'élaboration d'activités de sensibilisation et d'information par des agences régionales (publicité, télévision, affiches, objets promotionnels, dépliants, etc.).

## ***2 - Assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux victimes***

En vue de réaliser cette mesure, différentes actions ont eu lieu, telles que :

- l'implantation des centres désignés partout au Québec (actuellement 14 sur 18 régions ont des centres désignés);
- la mise en place et la consolidation de centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), dont plusieurs sont en relation avec les centres désignés;
- un soutien financier à d'autres ressources communautaires dans les régions nordiques qui n'ont pas de CALACS.

De plus, le MSSS a été mandaté afin d'assurer la coordination des travaux du comité de travail interministériel sur la mise en œuvre et l'application de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé physique<sup>69</sup>.

## ***3- Favoriser la formation adéquate des intervenantes et intervenants***

Conformément aux Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle et au plan d'action qui prévoit l'élaboration d'outils et la tenue de formations, les mesures suivantes ont été réalisées :

- la formation d'équipes de formatrices et de formateurs des différentes régions où 14 équipes étaient présentes et un total de 64 personnes participantes;
- la production d'un document de formation sur l'intervention psychosociale auprès des victimes d'agression sexuelle, sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- la révision du guide d'intervention médicosociale en vue de répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle;
- la production d'un DVD de formation sur le guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

## ***4 - Collaborer à l'évaluation de la mise en œuvre des orientations en matière de violence sexuelle***

Le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle est responsable de l'évaluation de la mise en œuvre des orientations et sollicite le MSSS afin de recueillir les données chaque année. Ce comité a lancé, en juin 2007, un

---

69 Comité composé des ministères suivants : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Famille et des Aînés, ministère de la Justice, ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Sécurité publique.

document présentant le bilan 2001-2006 de la mise en œuvre des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle<sup>70</sup>.

## 2.5 Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles

Les femmes prostituées vivent intensément les rapports de domination des hommes sur les femmes. Plusieurs d'entre elles doivent également faire face à de nombreux préjugés, de sorte qu'elles font l'objet de discrimination et sont marginalisées. De plus, nous savons qu'elles sont très nombreuses à connaître d'importants problèmes sociaux et de santé, notamment les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'infection par le VIH, la toxicomanie, la violence, le manque de suivi psychosocial et médical à l'occasion d'une grossesse et après l'accouchement, etc.

Actuellement, nous avons peu de données sur ces femmes. Cependant, nous savons qu'une portion non négligeable de personnes pratiquant la prostitution y font leurs débuts avant l'âge de 18 ans<sup>71</sup> et que cette activité est majoritairement hétérosexuelle et féminine. Selon les diverses études, peu de prostituées auraient plus de 25 ans. Elles sont généralement des consommatrices de diverses drogues ou substances illicites. En conséquence, le rapport de ces femmes aux services sociaux et de santé est teinté de toute cette réalité. Ainsi, elles fréquentent moins le réseau sociosanitaire, que ce soit pour des questions de conditions de vie difficiles et de survie, de fragilité physique ou mentale, de marginalisation, d'ignorance, de crainte ou de méfiance. Pour leur venir en aide, il faut obligatoirement penser à des interventions ciblées répondant à leurs besoins. Les orientations ministérielles visent à :

- *Assurer la prise en compte des besoins des femmes qui vivent d'activités sexuelles dans la programmation des services en :*

### *1 - Sensibilisant les instances aux réalités de ces femmes*

Concernant la prévention, la promotion et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour les femmes tirant un revenu d'activités sexuelles, le Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) de la Direction de la protection de la santé a participé financièrement à la production d'outils de référence et de soutien afin que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en santé, en sécurité et avec dignité.

### *2 - Encourageant les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux à faire preuve d'ouverture, de tolérance et de souplesse à leur endroit (ex. : plage horaire sans rendez-vous)*

Une entente entre le SLITSS et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida) a permis le financement de projets de communication, de marketing social, de transfert de connaissances à l'intention de différentes clientèles, dont les travailleuses du sexe.

---

70 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006 – Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, 83 p.

71 Sylvie GENDRON et Catherine HANKINS, *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité de maladies infectieuses, Montréal, 1995, p. 10-11.

### 3 - Appuyant diverses modalités de services dans leur milieu de vie (ex. : unité mobile de prévention ou de dépistage)

À la suite de la publication des orientations provinciales *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*<sup>72</sup> et du soutien du SLITSS, les agences ont déployé des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP). La mission première de ces services est d'établir un contact avec les clientèles vulnérables, dont les travailleuses du sexe, là où elles se trouvent, et de leur offrir, entre autres, des services de consultation, de prétest et de posttest, du dépistage, de la vaccination et des recommandations de suivi.

Par ailleurs, le Ministère a soutenu la production, par des organismes du milieu, d'outils et d'activités, dont :

- *Cat woman* : un outil de référence et de soutien qui facilite la mise sur pied d'interventions dans les milieux et les établissements fréquentés par les travailleuses du sexe;
- *3X* : un guide qui donne des pistes et des références afin que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en santé, en sécurité et avec dignité; il vise également à améliorer la prise de contrôle de ces femmes sur leur travail;
- *Spécial Striptease* : un guide qui s'adresse aux femmes travaillant comme danseuses dans ce milieu, et qui vise à améliorer la prise de contrôle sur leur vie, leur travail et leur milieu de travail;
- Le forum international *XXX : Célébrer une décennie d'action, façonner notre avenir*, qui a regroupé, en 2005, les travailleuses du sexe du Canada, de la France et de l'Inde, et qui leur a permis d'échanger sur différents thèmes liés à leur réalité.

## 2.6 La santé physique

La santé d'une population est souvent définie par l'espérance de vie et le taux de mortalité. Au Québec, en 2005, l'espérance de vie des hommes était de 78 années et celle des femmes, de 82,9 années. De 1981 à 2005, l'espérance de vie s'est accrue de plus de 5 années, soit un gain moyen de 1 année tous les 4 ans. Ce gain a été plus marqué chez les hommes (7 années comparativement à 4), ce qui a entraîné une réduction de l'écart selon le sexe (8 années comparativement à 5)<sup>73</sup>. Les femmes meurent principalement de maladies cardiovasculaires, de cancer de l'appareil respiratoire ou du sein et de maladies liées au vieillissement.

Au cours de leur vie, les femmes sont plus souvent touchées par la maladie et, par conséquent, elles font appel au réseau de la santé et des services sociaux plus souvent et plus longtemps que les hommes. Des indicateurs témoignent de leur état de santé; ces derniers se trouvent parmi les cinq déterminants de la santé, soit les habitudes de vie, l'environnement physique et social dont font partie les rapports sociaux et l'organisation des soins et des services.

---

72 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le dépistage anonyme du VIH – Vers des services intégrés de dépistage de VIH, des MTS, et d'hépatite virale – Orientations*, Québec, 2004, 30 p.

73 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *État de santé de la population québécoise – Quelques repères (2007)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, p. 15.

Voilà pourquoi, dans les dossiers sur la santé physique, nous avons abordé non seulement les facteurs endogènes ou biologiques venant modifier la santé physique des femmes, mais également des facteurs sociaux présents dans la vie des femmes.

### 2.6.1 Les maladies cardiovasculaires

Les données récentes (2005) nous indiquent que les maladies cardiovasculaires ont légèrement dépassé les cancers comme cause de mortalité chez les femmes au Québec (31,4 % comparativement à 30,4 %) <sup>74</sup>.

Les cardiopathies ischémiques (comprenant l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine) constituent la première cause de décès par maladie cardiovasculaire, autant chez les femmes que chez les hommes. De 1982 à 2005, le taux de mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de près de 60 %, passant de 356 à 147 décès pour 100 000 hommes et de 178 à 76 décès pour 100 000 femmes. Pendant la même période, le taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire a diminué légèrement. En 2003-2005, le taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire était de 37 décès pour 100 000 hommes, comparativement à 31 décès pour 100 000 femmes <sup>75</sup>.

Plusieurs facteurs de risques tels les concentrations faibles de bon cholestérol (HDL) et le diabète sont étroitement associés à certaines maladies cardiovasculaires. D'autres sont propres aux femmes, telle la prise de contraceptifs oraux lorsque jumelée au tabagisme. On attribue également aux femmes des habitudes de vie néfastes pour l'ensemble du système cardiovasculaire : le tabagisme, l'augmentation du stress attribuable à la double responsabilité professionnelle et parentale ainsi que la sédentarité d'un grand nombre d'entre elles. Jusqu'à tout récemment, la majorité des recherches portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement de ces maladies étaient réalisées majoritairement auprès des hommes. À ce propos, les travaux ministériels visent à :

- *Cibler et adapter les interventions préventives et curatives à réaliser auprès des femmes en encourageant l'utilisation des nouvelles connaissances concernant la spécificité des maladies cardiovasculaires chez ces dernières.*

Le MSSS, en collaboration avec le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, propose des orientations ministérielles comprenant des éléments qui prennent en considération la spécificité des maladies cardiovasculaires selon le sexe chez les patientes et les patients.

### 2.6.2 Les cancers

La probabilité que les Québécoises soient atteintes d'un cancer au cours de leur vie s'élève à environ 37 %. Chez les femmes, le cancer du sein compte le plus grand nombre de nouveaux cas et a été, jusqu'au milieu des années 90, la première cause de décès par cancer. En 2004, le taux québécois d'incidence du cancer du sein était le plus élevé au Canada, tandis que celui de mortalité en 2003 se comparait à la moyenne canadienne. Depuis une dizaine d'années, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la première cause de décès par cancer chez les Québécoises; en 2005, son taux se situait à 47 décès pour 100 000 femmes <sup>76</sup>.

Dans le Programme québécois de lutte contre le cancer et dans son plan d'action, des mesures sont prévues en matière de recherche, de traitement et d'adaptation-réadaptation des personnes atteintes, concernant neuf types de cancers, dont le cancer du sein et les cancers gynécologiques.

---

74 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Site Internet *La situation démographique au Québec (2005) –Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2005.

75 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *État de santé de la population québécoise – Quelques repères (2007)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, p. 20.

76 *Ibid*, p. 19.

- ♦ *Identifier les actions du Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe :*

### **1 - Pour lutter contre le cancer du poumon chez les femmes**

En 2004, selon les données de l'Institut de la statistique du Québec, 2 154 femmes sont décédées du cancer du poumon, ce qui représentait 25,2 % des décès causés par un cancer chez les Québécoises. Année après année, ces chiffres ne font qu'augmenter. En tenant compte du fait que l'usage du tabac est responsable de 85 % des cancers du poumon, il semble pertinent de mentionner des actions en matière de prévention et de sensibilisation dans la lutte contre le tabagisme. Chez les femmes, où la flambée des taux d'incidence et de mortalité liés au cancer du poumon ont triplé depuis 1976, le tabagisme demeure la principale cause évitable de décès par cancer. En outre, les personnes non-fumeuses qui sont exposées à la fumée secondaire ont un risque de cancer du poumon de 20 % supérieur à celui des personnes non exposées.

Dans le domaine de la prévention et de la protection de la santé, les modifications apportées en 2005 à la Loi sur le tabac<sup>77</sup> contiennent des mesures visant à protéger les jeunes contre le développement et l'habitude de l'usage du tabac et à limiter les méfaits du produit sur leur santé à court, moyen et long termes, dont éventuellement du cancer du poumon. Il s'agit principalement de l'interdiction de vente aux mineurs et de l'interdiction de fumer dans les cours d'école. Selon des données d'enquêtes, la proportion de jeunes filles du secondaire qui fument est plus importante que la proportion de garçons fumeurs. L'intervention législative permettra notamment de réduire la proportion de jeunes vulnérables au tabac.

L'interdiction de fumer à partir du 31 mai 2006 dans la plupart des lieux publics, y compris les bars et les restaurants, laquelle constitue une autre mesure spécifique des modifications apportées à la Loi sur le tabac, vise à protéger la population contre les méfaits de la fumée secondaire. Les campagnes d'éducation et de sensibilisation menées par le MSSS en ce sens sont révélatrices de la préoccupation manifestée au regard de ce problème de santé publique.

### **2 - Pour lutter contre le cancer du col de l'utérus**

Les données du Québec relatives à la morbidité et à la mortalité associées au cancer du col de l'utérus se classent déjà parmi les plus favorables au Canada, lequel se classe très avantageusement sur la scène mondiale concernant ce type de cancer. Ces résultats sont attribuables notamment à la participation au dépistage par la colpocytologie, communément appelée *PAP test*. Plusieurs femmes qui participent au dépistage font l'objet d'un surdépistage alors que 30 % des Québécoises âgées de 18 à 69 ans déclarent ne pas avoir subi de test dans les trois dernières années : 50 à 60 % des cancers du col sont diagnostiqués chez ces femmes qui ne participent pas suffisamment au dépistage. La priorité consiste donc à mieux sensibiliser les femmes qui ne participent pas au dépistage, tout en évitant d'encourager le surdépistage.

### **3 - Pour lutter contre le cancer du sein**

Si le cancer de l'appareil respiratoire a dépassé le cancer du sein pour ce qui est de l'indice de mortalité, le cancer du sein demeure la principale forme de cancer chez les femmes relativement à l'incidence<sup>78</sup>. Il est reconnu que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison pour les femmes. Le MSSS a mis de l'avant, depuis 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PODCS) sur tout le territoire québécois.

---

77 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

78 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *État de santé de la population québécoise – Quelques repères (2007)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, p. 19.

Des indicateurs propres au programme ont été intégrés dans les ententes de gestion établies entre le MSSS et chacune des agences de la santé et des services sociaux du Québec. Dès la signature des premières ententes, en 2004, les efforts consentis à l'échelle régionale et locale ont contribué à l'amélioration des taux de participation au programme<sup>79</sup>.

Présentement, selon le fichier fourni par la RAMQ, le nombre des femmes admissibles à ce programme est passé de 753 403 en 2003 à plus de 950 000 en 2007. Rappelons que ce programme vise les femmes de 50 à 69 ans. Quoique le recours à la mammographie soit assez répandu chez les femmes de ce groupe d'âge, il demeure insuffisant, puisque l'objectif visé par le programme de dépistage se situe à 70 % des femmes de ce groupe d'âge.

Aux efforts régionaux et locaux de dépistage sont venues s'ajouter des actions concertées entre de nombreux groupes de professionnels. Des travaux relatifs à l'assurance qualité et mobilisant notamment les associations et les ordres professionnels concernés par cette question se sont poursuivis, l'objectif visé par ces actions étant d'améliorer continuellement la performance du programme par rapport aux normes décrites dans le cadre de référence.

L'accessibilité des services constitue également une préoccupation dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PODCS). Les travaux entrepris dans certaines régions quant à l'accès physique aux lieux où sont assurés les services ont mené à des vérifications dans l'ensemble des régions. Par ailleurs, des adaptations et des traductions ont été effectuées afin de favoriser l'accès aux outils de communication par le plus grand nombre de femmes (femmes handicapées, femmes immigrantes et issues d'autres communautés culturelles).

La refonte du système d'information a quant à elle été influencée par la tenue de travaux portant sur la planification intégrée des ressources informatiques en santé publique et de travaux inhérents à la Loi n<sup>o</sup> 83 (Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives)<sup>80</sup>. Enfin, une analyse constante des données d'évaluation constitue un maillon important de la prise de décisions concernant les différents aspects de ce programme de dépistage.

### 2.6.3 L'image corporelle

L'image modèle actuelle du « féminin » est jeune, svelte et parfait. Même si, depuis les 25 dernières années, les femmes ont pris de plus en plus leur place dans toutes les sphères de la société, il n'en demeure pas moins qu'elles sont aux prises avec cette image de la femme<sup>81</sup>. Elles sont sollicitées pour modifier leur corps vieillissant ou esthétiquement inadéquat selon des critères de beauté reconnus socialement. Les schémas corporels des femmes sont fort diversifiés : non seulement nous constatons des différences de poids entre les femmes elles-mêmes, mais des étapes de vie appellent aussi des transformations qui marquent le corps. La santé et le bien-être des femmes se trouvent menacés par deux problématiques intimement liées à l'image corporelle : la préoccupation excessive à l'égard du poids et à l'égard des critères esthétiques socialement imposés.

Dans la première stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, la préoccupation était principalement liée à l'excès de poids. Or, les questions du poids et de l'image corporelle se rejoignent, particulièrement chez les jeunes filles (en 1999, 35 % des filles de 9 ans disaient essayer de

---

79 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de dépistage du cancer du sein – Rapport d'activité 2004-2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 53 p.

80 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi n<sup>o</sup> 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

81 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 31.

perdre du poids et 60 % des adolescentes de 13 à 16 ans souhaitent avoir une silhouette différente de la leur<sup>82</sup>).

Les plus récentes statistiques nous révèlent des données fortes préoccupantes. Le problème d'excès de poids dans la population croît constamment. Ainsi, en 1987, 19 % des personnes de 15 ans et plus présentaient un excès de poids; en 2003, plus de la moitié des Québécois et des Québécoises présentent un excès de poids (57 %), environ 35 %, de l'embonpoint et 22 %, de l'obésité<sup>83</sup>. La fréquence de l'obésité ne diffère pas entre les femmes et les hommes alors que ce n'est pas le cas de l'embonpoint, qui est plus fréquent chez les hommes (41 %) que chez les femmes (28 %)<sup>84</sup>. Les objectifs ministériels visent à :

- *Élaborer et mettre en œuvre des interventions dans les écoles, axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont une alimentation adéquate, en tenant compte des différences liées au sexe.*

En octobre 2006, le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 — Investir pour l'avenir<sup>85</sup>, a été diffusé. Il fait état des orientations du gouvernement et des actions à poursuivre et à mettre en place afin de favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif et de prévenir les problèmes reliés au poids et leurs conséquences, et ce, tant chez les individus que dans la société. Ce plan d'action s'adresse principalement aux jeunes de 0 à 25 ans et à leur famille; l'ensemble de la population est tout de même concerné par les actions qui touchent les milieux de vie et la modification des environnements. Coordonné par le MSSS, ce plan d'action est le fruit d'une concertation de sept ministères et de trois organismes gouvernementaux.

- *Inscrire la problématique de l'image corporelle et de la préoccupation excessive à l'égard du poids au Programme national de santé publique.*

La prévention de l'obésité et des problèmes liés au poids, dont la préoccupation excessive à l'égard du poids, fait partie du Programme national de santé publique 2003-2012<sup>86</sup> au chapitre du développement, de l'adaptation et de l'intégration pour les jeunes filles de même que dans celui des habitudes de vie et des maladies chroniques. Les activités à déployer auprès des jeunes le seront, conformément à l'approche *École en santé*, en fonction des particularités de chaque école et de chaque région et en tenant compte des particularités liées au genre.

Ces préoccupations requièrent d'intervenir sur plusieurs facteurs clés du développement des jeunes, dont l'estime de soi, les compétences personnelles et sociales et les saines habitudes de vie (alimentation et mode de vie physiquement actif). Une démarche de questionnement réflexif dans la perspective de l'approche *École en santé* permettra de guider les choix concernant les interventions les plus appropriées visant à promouvoir une image corporelle saine et à prévenir l'apparition des problèmes reliés au poids (obésité et obsession de la minceur) chez les adolescentes. Le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*, déployé actuellement dans plusieurs écoles, en est un bel exemple.

---

82 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, 2<sup>e</sup> édition, Collection « La santé et le bien-être », Gouvernement du Québec, Québec, 2002, 520 p.

83 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, p. 15.

84 *Ibid.*, p. 6.

85 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Investir pour l'avenir — Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 50 p.

86 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 126 p.

## 2.7 Les habitudes de vie

Nous savons que les habitudes de vie ont un impact majeur sur la santé et le bien-être. Les facteurs sociaux, tout aussi déterminants pour la santé, sont également intégrés à l'analyse des problématiques afin d'avoir une vision globale de la santé<sup>87</sup>. À cet égard, des interventions en promotion de la santé et en prévention sont prévues au Programme national de santé publique 2003-2012 concernant le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique ainsi que la consommation de drogues et d'alcool.

Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir*, se veut aussi une réponse aux demandes de la population voulant que le gouvernement du Québec consacre davantage d'efforts aux mesures de prévention chez les jeunes.

C'est ainsi que 7 ministères et 3 organismes ont étroitement collaboré à définir les actions à réaliser de 2006 à 2012. Sous la coordination du MSSS, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère de la Famille et des Aînés, le ministère des Affaires municipales et des Régions, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère des Transports de même que le Secrétariat à la jeunesse, l'Office de la protection du consommateur et l'Institut national de la santé publique du Québec mettront en place 75 actions réparties selon 5 axes d'intervention, soit :

- favoriser la saine alimentation;
- favoriser un mode de vie physiquement actif;
- promouvoir des normes sociales favorables;
- améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids;
- favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

L'un des objectifs de ce plan d'action 2006-2012 consiste à améliorer la qualité de vie de la population en lui permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation. Un autre objectif est de réduire le taux de prévalence de l'obésité de 2 % et celui de l'embonpoint, de 5 % chez les jeunes et les adultes, d'ici 2012. Il s'adresse à toute la population, mais de façon particulière aux jeunes (0 à 25 ans) et à leur famille.

Outre les actions qui visent à changer les environnements, le plan démontre la volonté du gouvernement de prévenir les problèmes reliés au poids en incluant des actions visant à prévenir la préoccupation excessive à l'égard du poids et l'acceptation de divers schémas corporels au sein de la société.

Lors du lancement du plan d'action, une entente a également été conclue entre la Fondation Lucie et André Chagnon et le gouvernement du Québec afin que chacune des deux parties injecte 20 millions \$ (total de 40 millions \$) dans un fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. Le 6 juin 2007, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi n<sup>o</sup> 1 créant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.

Rendue publique en mars 2006, la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009<sup>88</sup> s'adresse aux 35 ans ou moins et vise à mettre en place les conditions nécessaires afin que chacun soit en mesure de réussir à sa manière. Le gouvernement y réitère son engagement pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes en proposant notamment de favoriser le développement d'habiletés personnelles et sociales ainsi que l'acquisition de saines habitudes de vie. À cette fin, le gouvernement privilégie d'éliminer la

---

87 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 32.

88 SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE, *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 – Pour une jeunesse engagée dans sa réussite*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 64 p.

malbouffe des écoles et de déployer l'approche *École en santé*. Dans ce contexte, le MELS a publié sa politique-cadre sur une alimentation saine et un mode de vie physiquement actif en milieu scolaire.

### 2.7.1 Le tabagisme

Actuellement, plusieurs travaux établissent des relations de cause à effet entre les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiovasculaires et différentes formes de cancer liées au tabagisme. À ce sujet, nous remarquons que le taux de mortalité des femmes, dû aux maladies cardiovasculaires et au cancer, reflète l'augmentation du tabagisme chez celles-ci au cours des années 1950 à 1970<sup>89</sup>. Cependant, le tabagisme a régressé au cours de la dernière décennie, et ce, grâce à une intervention intense du gouvernement visant à contrer ce phénomène. Cette régression s'est manifestée tant chez les femmes que chez les hommes, le taux se situant à 21 % chez les hommes et à 15 % chez les femmes. Il faut cependant préciser qu'à l'inverse, en 2004, chez les jeunes du secondaire, l'usage du tabac était de 23 % chez les filles et de 15 % chez les garçons. Cette augmentation s'explique également par le fait que les jeunes femmes fument de plus en plus. Cette réalité est d'autant plus inquiétante que la diminution graduelle du tabagisme auparavant observée semble s'être arrêtée au cours de la dernière décennie. Afin de poursuivre les interventions ministérielles de lutte contre les méfaits du tabac, le MSSS a diffusé son plan de lutte contre le tabagisme. Les objectifs ministériels relatifs à notre bilan visent à :

- *Intensifier la disponibilité des services de soutien à l'arrêt tabagique entre autres, pour les femmes.*

En vertu du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005<sup>90</sup>, divers services ont été offerts en vue de soutenir les femmes dans leur démarche d'abandon du tabagisme. Ces services sont accessibles à toute la population. Parmi eux, soulignons les 159 centres d'abandon du tabagisme (CAT). Ceux-ci sont accessibles dans les 18 régions du Québec et offrent des services gratuits de counseling et de soutien pour aider, entre autres, les fumeuses à cesser de fumer. Une ligne sans frais, *J'ARRÊTE*, offre des services d'information personnalisée, de référence, de soutien à l'abandon du tabagisme et de suivi. La proportion de femmes utilisant ces services était de 62 % en 2004 et 2005 et de 65 % en 2006. Le site Internet [www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca) propose de l'information, une méthode, du soutien et de l'entraide aux personnes désireuses de se libérer du tabac. Le défi annuel *J'arrête, j'y gagne!* incite à l'abandon du tabagisme et offre de l'information, des conseils et du soutien. On estime que plus de 60 % des 30 000 personnes qui s'y inscrivent sont des femmes<sup>91</sup>. Le financement public des thérapies de sevrage de la nicotine (aides pharmacologiques) est disponible depuis octobre 2000 et vise à soutenir les personnes qui veulent cesser de fumer. D'après les données fournies par la RAMQ, 55 % des personnes ayant reçu un remboursement de cet organisme entre 2000 et 2004 étaient des femmes. Afin de poursuivre les actions de lutte contre le tabagisme, le MSSS a lancé un nouveau Plan québécois de lutte contre le tabagisme pour la période 2006-2010<sup>92</sup>.

### 2.7.2 Les toxicomanies

Outre le tabagisme, d'autres formes de toxicomanie ont également des conséquences nocives sur la santé des femmes. Les femmes dépendantes de l'alcool utilisent en plus grand nombre les services de santé et les services sociaux. Elles présentent également des symptômes de toxicomanie d'une plus grande gravité. En 1997, les femmes rejoignaient presque les hommes dans la consommation de drogues illicites (11 % comparativement à 14,2 %). Elles prenaient aussi davantage de psychotropes,

---

89 *Ibid*, p. 33.

90 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 – On respire la vie*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 28 p.

91 Chiffres fournis par la Direction de la promotion de la santé et du bien-être, Service de lutte au tabagisme, ministère de la Santé et des Services sociaux.

92 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 – Le Québec respire mieux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 53 p.

notamment les femmes de 45 ans et plus<sup>93</sup>. D'ailleurs, selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la consommation de psychotropes progresse constamment depuis 1997 et cette consommation ne semble pas diminuer avec l'âge.

Les femmes âgées de 65 ans et plus, non hébergées et inscrites à l'assurance médicaments gérée par la RAMQ, reçoivent 65,2 % des ordonnances pour traiter le système nerveux central. Dans cette catégorie de médicaments, on trouve la sous-classe des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques utilisés à court, moyen et long termes dans le traitement de divers troubles et maladies liés à l'anxiété et à l'insomnie<sup>94</sup>. La proportion de femmes âgées consommant ces médicaments (23 %) est presque deux fois plus élevée que celle des hommes (14,3 %). Les toxicomanies sont également préoccupantes lorsqu'elles touchent la période où les femmes et les hommes sont susceptibles de procréer. Il est connu qu'elles ont des effets à la fois sur la capacité de procréer et sur la capacité de mener à terme une grossesse dont l'aboutissement est un enfant en santé. Dans ce domaine, les travaux ministériels visent à :

- *Réaliser un suivi de l'implantation des activités qui s'adresseront aux femmes, dont les plus âgées, les jeunes et celles qui sont incarcérées, au moment de la mise en œuvre des orientations, des axes d'intervention et des axes de prévention en toxicomanie.*

Le MSSS a rendu public, en mars 2006, le Plan d'action interministériel en matière de toxicomanie 2006-2011<sup>95</sup>. Ce plan a été réalisé en concertation avec les ministères et les organismes gouvernementaux suivants : ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, ministère de la Justice, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Secrétariat à la jeunesse du ministère du Conseil exécutif, Secrétariat aux affaires autochtones et Société de l'assurance automobile du Québec.

Certaines des actions inscrites dans ce plan d'action touchent particulièrement les jeunes femmes, les femmes âgées et les femmes incarcérées. Ce plan vise à renforcer la prévention en intervenant directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des acteurs concernés. Un cadre de référence et un guide de bonnes pratiques, découlant de ce plan d'action, ont aussi été diffusés<sup>96</sup>. Ce document est destiné à soutenir les interventions, particulièrement auprès des adolescents et des jeunes adultes, des femmes enceintes et des jeunes mères et des personnes délinquantes. Une bonification des stratégies d'information, de sensibilisation et d'éducation permettant d'intensifier les pratiques est également prévue afin de sensibiliser les jeunes aux conséquences du calage d'alcool, de la consommation de cannabis et de l'inhalation de solvants.

Ce plan vise aussi à réduire la consommation de psychotropes en intensifiant la détection de la toxicomanie et l'orientation, particulièrement auprès des adolescentes et adolescents, des jeunes adultes et des personnes âgées. Cette réduction de l'offre de psychotropes se concrétisera également en détectant systématiquement la toxicomanie, notamment chez les jeunes en difficulté en milieu institutionnel, les femmes enceintes faisant appel à des services de périnatalité et les personnes en milieu carcéral.

---

93 Louise GUYON et autres, *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1996, 384 p. ; Louise GUYON et autres. *Quand les femmes parlent de leur santé*, Publications du Québec, Québec, 1990, 185 p. (Note : l'importante consommation de psychotropes chez les femmes est confirmée depuis plus de 20 ans dans les ouvrages de Louise Guyon).

94 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées – Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, pp. 17 et 87.

95 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Unis dans l'action – Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 80 p.

96 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence et guide des bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 86 p.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie<sup>97</sup> souligne le fait que les problèmes d'alcoolisme chez les personnes âgées ne sont pas dépistés et qu'il y a très peu de programmes de désintoxication et de traitement adaptés à leur réalité. Selon cet organisme, les moyens d'atteindre les personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies existent déjà; ce qui est maintenant nécessaire, c'est d'intégrer, dans les divers milieux d'intervention, des activités de prévention, de dépistage et d'orientation et d'établir, avec les intervenants spécialisés en toxicomanie, les collaborations nécessaires en vue d'assurer une continuité.

Les personnes contrevenantes ont besoin de services adaptés. On observe toutefois un manque de services spécialisés de traitement de la toxicomanie à leur intention, notamment pour répondre aux besoins particuliers de certaines d'entre elles, en particulier les femmes<sup>98</sup>. On constate également des lacunes importantes dans la détection des problèmes de toxicomanie de la clientèle correctionnelle, dans la concertation nécessaire à une évaluation approfondie de ces problèmes et dans l'orientation de cette clientèle. On souligne enfin le manque de concertation entre les ressources de réadaptation et l'appareil pénal<sup>99</sup>.

Dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, la clientèle des femmes enceintes est particulièrement ciblée. En 2000-2001, 24 % des femmes québécoises ayant déjà eu une grossesse ont affirmé avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse la plus récente, et environ 5 % d'entre elles en feraient une consommation abusive. La proportion des femmes consommant de l'alcool durant la grossesse est deux fois plus élevée au Québec que dans la population canadienne. Cela indique que les Québécoises perçoivent différemment la consommation d'alcool durant la grossesse. Il semble qu'elles croient alors possible d'en consommer de façon sécuritaire.

L'Institut national de santé publique recommande en conséquence de formuler un message clair et uniforme concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut engendrer le syndrome d'alcoolisation foetale. Selon les données disponibles, ce syndrome serait présent chez 0,5 à 2 enfants sur 1 000 naissances vivantes en Amérique du Nord. Ces données sont une source d'inquiétude. La prévalence du syndrome d'alcoolisation foetale chez les nouveau-nés québécois s'avère difficile à documenter en raison de difficultés liées à son dépistage et à son diagnostic. On estime toutefois entre 36 et 144 le nombre d'enfants atteints de ce syndrome sur les 72 000 naissances vivantes en 2002. Le problème serait plus fréquent encore au sein de certaines communautés autochtones.

La toxicomanie chez les femmes enceintes est maintenant reconnue comme un problème de santé publique, compte tenu de ses conséquences non seulement sur la santé de la future mère, mais aussi sur celle du fœtus. Diverses études ont mis en évidence les conséquences physiologiques (syndrome d'alcoolisation foetale, faible poids à la naissance, anomalies néonatales, retard de développement) ainsi que les coûts humains, sociaux et financiers découlant de ce problème (avortements spontanés, hospitalisations prolongées des nouveau-nés, médicaments).

On recommande, notamment, de soutenir les femmes enceintes par des mesures favorisant l'amélioration de leur situation financière et le développement des liens avec leur enfant. La période de la grossesse constitue un moment clé au cours duquel de telles démarches peuvent être initiées.

---

97 Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Le CPLT est composé de représentantes et représentants des organismes suivants : Bureau du Coroner du Québec, Centre Dollard-Cormier, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Direction générale des services correctionnels du Québec, Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, Établissement de détention de Montréal, Gendarmerie royale du Canada, GRIP Montréal, Hôpital Saint-Luc-CHUM, Infocentre du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Maison Jean Lapointe, Pavillon Foster, Régie de l'assurance maladie du Québec, Service de police de la Ville de Montréal, Société de l'assurance automobile du Québec, Statistique Canada et Sûreté du Québec.

98 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Unis dans l'action – Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, p. 33.

99 *Ibid.*

Avant le lancement du plan d'action 2006-2011, l'Institut national de santé publique du Québec a publié *l'État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*<sup>100</sup>. Le document brosse le portrait de la problématique et des interventions au Québec et conclut sur des recommandations dont les principales sont d'informer le public, de perfectionner les pratiques professionnelles, d'organiser les soins et les services, d'améliorer les connaissances, de favoriser la recherche et de coordonner les actions. Un dépliant, *La grossesse et l'alcool en questions*<sup>101</sup>, a également été produit par le MSSS, Éduc'alcool et le Collège des médecins du Québec. Il est distribué dans les cabinets de médecins à l'intention des femmes enceintes ou de celles qui désirent le devenir. Ce dépliant informe sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse.

La future politique de périnatalité fera aussi la promotion de l'abstention de toute consommation d'alcool comme comportement sécuritaire à privilégier pour la santé de l'enfant à naître. Des efforts seront déployés afin de transmettre et d'adapter cette information aux groupes visés, en concertation avec les différents acteurs concernés. À cet égard, le MSSS a demandé à l'INSPO de réaliser une recherche exploratoire portant sur les représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et les perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes. Les résultats de cette étude étant maintenant disponibles, il sera possible de tirer profit de ces données probantes pour orienter la conception et la diffusion des informations.

Concernant les femmes enceintes, qui constituent une clientèle cible, le MSSS a lancé un appel d'offres visant à confier à un organisme communautaire le mandat de concevoir et de réaliser des outils et des activités d'information, de sensibilisation et d'orientation sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et l'effet des drogues sur le fœtus (EDF).

### 2.7.3 La sédentarité

Plusieurs études ont démontré les bienfaits de l'activité physique sur l'état de santé physique et mentale. Selon Kino-Québec, les femmes de 25 à 44 ans vivent une importante diminution de la pratique d'activités physiques<sup>102</sup>. Cette diminution, qui entraîne un risque de sédentarité future, peut causer des problèmes de santé physique à court, moyen et long termes. Plusieurs explications permettent de déterminer les raisons qui freinent la participation de ces femmes à des activités physiques. Signalons principalement que c'est à cette période de la vie qu'elles ont des enfants tout en étant également actives sur le marché du travail. Ainsi, l'épuisement dû au cumul des tâches serait une explication importante à la diminution de la pratique d'activités physiques. Les femmes perçoivent l'activité physique comme un supplément aux tâches quotidiennes, en plus du temps à consacrer aux enfants et aux travaux ménagers. La lutte à la sédentarité doit donc être considérée dans une analyse plus globale des rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes, au partage des tâches familiales et au besoin de réalisation personnelle des femmes, dont celles âgées de 25 à 44 ans. Les objectifs ministériels visent à :

- *Réaliser une campagne de communication pour promouvoir l'activité physique en considérant les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes.*

Un programme gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie, *Vas-y, fais-le pour toi!* (et *Bougez plus, Mangez mieux!* de 2005-2007), s'est déroulé au cours de la période 2004-2007. Le volet médiatique de ce programme visait à promouvoir la pratique régulière d'activité physique et la consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes chaque jour. L'angle exploité dans le programme gouvernemental étant qu'il faut bouger pour le plaisir et non par obligation, aucune

---

100 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 65 p.

101 COLLÈGE DES MÉDECINS, ÉDUC'ALCOOL et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La grossesse et l'alcool en question*, Québec, 2004, 4 p.

102 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 34.

distinction n'est faite entre les hommes et les femmes, bien que les statistiques indiquent que les femmes sont moins actives que les hommes.

## 2.8 La santé mentale

Depuis maintenant près de 10 ans, la santé mentale des femmes et des hommes fait l'objet de plusieurs analyses comparées<sup>103</sup>. On a entre autres mis en évidence le fait que les femmes souffrent davantage de dépression sévère et de détresse psychologique que les hommes. Afin de poursuivre les travaux entrepris en santé mentale et de prévoir la mise en place de réseaux de services intégrés pour la clientèle féminine ayant des problèmes de santé mentale, le MSSS vise à :

- *Offrir des activités d'acquisition de compétence au personnel travaillant en santé mentale qui tiennent compte des approches différenciées selon les sexes afin de couvrir adéquatement les besoins.*

L'ADS a été intégré dans le *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*<sup>104</sup> et la *Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale*<sup>105</sup> diffusés en 2004. Ces documents ont servi aux agences comme outils de formation.

- *Déterminer les indicateurs sexués qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale.*

Au cours des dernières décennies, la hausse des taux de suicide au Québec est essentiellement attribuable aux suicides masculins, dont les taux sont de 22,0 pour 100 000 habitants pour la période de 1976-1978 et de 30,7 pour celle de 1999-2001<sup>106</sup>. Chez les femmes, les taux de suicide ont légèrement diminué, passant de 7,9 à 7,8 pour les mêmes périodes.

Depuis une vingtaine d'années, la répartition des décès par suicide selon l'âge s'est modifiée. Considérant l'ensemble des suicides au Québec, la part des jeunes adultes (20 à 34 ans) a diminué, passant de 39 % à 23 %, tandis que celle des personnes de 35 à 49 ans a augmenté, passant de 26 % à 37 %. Avec ces statistiques, le Québec affiche le plus haut taux de mortalité par suicide parmi les provinces canadiennes et l'un des plus élevés parmi les pays industrialisés<sup>107</sup>.

Les données sur les idéations suicidaires et sur les tentatives de suicide montrent que les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes à signaler des idées suicidaires ou des tentatives de suicide sur une période de 12 mois<sup>108</sup>. Elles sont cependant nettement moins nombreuses à passer à l'acte. Cette situation s'explique en partie par le recours beaucoup plus fréquent des femmes aux services sociaux. Les statistiques sur les interventions en services psychosociaux individuels, conjugaux ou familiaux, présentées dans le tableau 8, confirment le grand écart du nombre d'interventions ayant visé des femmes, soit deux fois plus d'interventions que celles ayant visé des hommes.

---

103 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 35.

104 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 52 p.

105 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 75 p.

106 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *État de santé de la population québécoise – Quelques repères (2007)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, p. 26.

107 *Ibid.*

108 Danielle SAINT-LAURENT et Clermont BOUCHARD, *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savez-vous de la situation récente?*, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 24 p.

TABLEAU 8

SERVICES AUX PERSONNES DONT LA SANTÉ MENTALE EST MENACÉE À COURT TERME  
2004-2005 <sup>109</sup>

Région sociosanitaire		Usagers (individus différents)		Interventions	
		H	F	H	F
01	Bas-Saint-Laurent	1 383	2 933	5 513	13 310
02	Saguenay-Lac Saint-Jean	917	2 609	3 504	11 649
03	Capitale nationale	1 285	2 742	3 755	10 466
04	Mauricie et Centre-du-Québec	1 588	3 806	6 100	15 714
05	Estrie	963	1 803	3 171	6 775
06	Montréal	7 557	11 489	33 948	53 629
07	Outaouais	1 255	2 743	5 614	14 228
08	Abitibi-Témiscamingue	729	1 482	3 371	6 946
09	Côte-Nord	699	1 275	2 844	5 839
10	Nord-du-Québec	161	269	1 230	1 581
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 252	1 949	4 908	7 810
12	Chaudière-Appalaches	2 051	3 774	7 508	16 639
13	Laval	559	1 337	2 131	6 981
14	Lanaudière	957	2 112	3 377	9 054
15	Laurentides	1 226	2 449	4 284	10 241
16	Montérégie	3 381	7 186	16 015	36 324
	TOTAL	25 963	49 958	107 273	227 186

Dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010<sup>110</sup>, les jeunes de 15 à 19 ans (filles et garçons) et les hommes de 30 à 49 ans ont été désignés comme les clientèles le plus à risque du passage à l'acte suicidaire. Toutefois, étant donné qu'un nombre important de femmes de 30 à 49 ans ont recours aux services en santé mentale, il serait pertinent de désigner cette clientèle comme étant à risque et d'en tenir compte lors de la mise en place d'activités associées à ce plan d'action.

## 2.9 L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices

Au cours des années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux a connu des modifications majeures dans la façon de donner les services. Les impacts de ces transformations ont été importants sur les conditions de vie des femmes qui travaillent dans le réseau et des femmes qui offrent du soutien à domicile, notamment à leurs proches. Ces transformations sont également perceptibles sur l'organisation du travail et sur ses principaux acteurs et actrices<sup>111</sup>.

109 Banque commune de données *Intégration-CLSC*, 2004-2005.

110 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 96 p.

111 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 36.

### 2.9.1 Les travailleuses des réseaux

Le réseau de la santé et des services sociaux repose en grande partie sur le travail quotidien de femmes, notamment en ce qui a trait à la prestation des soins. Particulièrement éprouvé au cours des dernières années, le personnel du réseau connaît une situation préoccupante d'absentéisme au travail. Certains travaux visent à assurer une disponibilité de main-d'œuvre qualifiée. Pour ce faire, le MSSS examine la répartition des ressources humaines, les moyens informationnels et les méthodes de budgétisation<sup>112</sup>. Les travaux ministériels visent à :

- *Actualiser les plans d'action des rapports de planification de la main-d'œuvre, en tenant compte, entre autres, des besoins des travailleuses, et assurer les suivis réguliers selon les différents volets.*

Conformément à cette mesure, un facteur de féminisation a été ajouté dans le modèle de projection relatif à la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le modèle de projection est un modèle quantitatif de prévision de la main-d'œuvre mis au point par le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du MSSS. Ce modèle est utilisé lors des travaux de planification de la main-d'œuvre coordonnés par le MSSS et permet d'anticiper, à court et moyen termes, les besoins relatifs au recrutement dans les différentes catégories d'emploi du réseau<sup>113</sup>. Le modèle permet de comparer les besoins futurs en recrutement avec les prévisions relatives au nombre de diplômés dans les programmes de formation correspondants. Cette comparaison constitue généralement la première étape du processus de planification de la main-d'œuvre, puisqu'elle permet de savoir si le nombre de futurs diplômés sera suffisant pour combler les besoins de main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux dans les prochaines années.

Une recherche sur l'attraction et le maintien en emploi a également été réalisée auprès des infirmières en 2002-2003<sup>114</sup>. Cette recherche poursuivait trois objectifs : déterminer les facteurs qui influencent le choix des infirmières au regard du statut d'emploi, déterminer les facteurs et les stratégies en vue d'accroître la disponibilité des infirmières et préciser ce qui constitue pour elles un avancement ou un cheminement de carrière stimulant. Au terme de cette recherche, les recommandations faites sont divisées en six thèmes : les conditions financières<sup>115</sup>, l'organisation du travail, la pratique professionnelle, la formation et le perfectionnement, l'encadrement et l'environnement de travail.

### 2.9.2 L'organisation des soins et des services

Des travaux ministériels portent sur l'organisation des soins et des services et remettent en question les modèles de cette organisation du travail à la suite de la transformation des services offerts à la population. La démobilité du personnel à l'égard de certains emplois, notamment ceux de soir ou de nuit ou encore auprès de clientèles plus lourdes, pose des défis importants sur le plan d'un aménagement du travail qui tient compte des besoins de la population ainsi que de ceux du personnel. La présence des femmes dans la profession médicale vient également colorer les pratiques

---

112 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, p. 41.

113 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Présentation du modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre et des services sociaux* et *Planification et développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Gouvernement du Québec, Québec, août 2005, p. 5.

114 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec : sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, présenté au groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière par le sous-comité de la recherche, Gouvernement du Québec, Québec, décembre 2003, 131 p.

115 Il convient de noter qu'une entente sur l'équité salariale est intervenue en juin 2006 entre le gouvernement et les syndicats du réseau de la santé et des services sociaux. Cette entente s'applique à tout le personnel féminin salarié, y compris les personnes qui n'étaient pas admissibles à une accréditation syndicale.

médicales<sup>116</sup>. Les impacts de ce phénomène semblent être divers : allongement du temps de visite des patientes et des patients, diminution du nombre de consultations par jour, diminution du nombre d'heures de travail, etc. Les travaux ministériels visent à :

- *Cerner en profondeur les impacts socioéconomiques et organisationnels de la féminisation de la médecine en complétant des travaux de recherche pour comprendre les modèles de pratique médicale des femmes et des hommes.*

Le MSSS travaille sur un modèle de projection qui sert à estimer l'effectif médical sur 25 ans. Les projections sont séparées par âge et sexe. De cette façon, il sera possible de prévoir si l'ajout de médecins par année sera de plus en plus constitué de femmes, puisqu'il y a de plus en plus de femmes inscrites aux études en médecine. De plus, ce modèle peut tenir compte du taux d'activité des médecins selon leur âge et leur sexe. Actuellement, on pose l'hypothèse selon laquelle les femmes travaillent moins d'heures par semaine que les hommes. Toutefois, on pose une autre hypothèse selon laquelle la réduction des heures de travail des médecins est plutôt un phénomène générationnel. Afin de mieux organiser les services, il sera intéressant de vérifier ces hypothèses.

- *Sensibiliser les instances responsables de la formation médicale à l'importance d'intégrer les éléments d'une analyse différenciée selon le sexe dans le traitement d'une patiente et d'un patient.*

Un comité consultatif du MSSS travaillant en collaboration avec différentes universités a été mis en place afin de revoir le curriculum de formation universitaire des médecins. Des suggestions ont été faites sur l'importance de l'intégration des éléments d'une analyse différenciée selon les sexes dans le traitement d'une patiente et d'un patient. Ces suggestions devraient être prises en considération dans la révision de ces curriculums.

- *Poursuivre la recherche auprès du personnel soignant de la région de Québec sur les modèles d'organisation du travail.*

Les résultats de la recherche sur l'évaluation des interventions mises en place dans quatre CHSLD et dans un CHSGS ont été diffusés dans le bulletin *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*<sup>117</sup>, publié par le MSSS. Le rapport final est accessible sur le site Internet de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS).

- *Poursuivre le suivi de la transformation des services en santé physique et des effets de cette transformation sur l'accessibilité et la continuité des services.*

Les travaux sur le suivi de la transformation des services de santé en santé physique n'ont pu être poursuivis jusqu'en 2003 tel qu'il était initialement prévu. Par contre, dans les nouveaux dossiers d'évaluation, la préoccupation de l'adaptation des services aux besoins des femmes, qu'elles soient utilisatrices ou dispensatrices de soins et de services, est présente. Elle se concrétise par l'analyse des différents impacts de ces changements selon le sexe.

### 2.9.3 Les proches aidants

Les personnes ayant des incapacités, temporaires ou permanentes, peuvent demeurer à domicile et recevoir les soins et les services dont elles ont besoin. À cet égard, il est reconnu que les familles, et principalement les femmes, assument la majeure partie de ces services. Or, cette responsabilité exige des investissements souvent importants de la part des proches. Chez les femmes de tout âge et de toute condition socioéconomique, les exigences de la conciliation travail-famille associées à celles liées

---

116 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 37.

117 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 33, août 2005, 2 p.

aux soins et services à domicile peuvent souvent conduire à l'épuisement. C'est d'ailleurs ce que démontrent plusieurs recherches. Dans ce contexte où les femmes sont généralement plus pauvres que les hommes, cet investissement a d'importantes conséquences, tant sur le plan financier que sur le plan familial et personnel. L'organisation des services doit être fondée sur le libre engagement de la personne aidante et tenir compte de l'ensemble de ses responsabilités professionnelles, familiales, sociales et personnelles. Cette organisation doit s'appuyer sur une réelle reconnaissance, par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des tâches accomplies par les proches et sur un véritable partenariat entre les intervenants et les personnes aidantes.

Le MSSS reconnaît cette réalité et tente d'améliorer le soutien aux personnes ayant des incapacités et à leurs proches. Les travaux ministériels ont pour objectif de :

- *Soutenir la réalité des personnes aidantes en :*

### *1 - Poursuivant le développement des services à domicile*

La Politique de soutien à domicile, *Chez soi : le premier choix*<sup>118</sup>, publiée en 2003, reconnaît l'engagement des proches aidants et des familles qui fournissent actuellement la plus grande part de l'aide aux personnes ayant une incapacité. Les agences et les CSSS doivent assurer la mise en place d'une gamme de services à domicile, en partenariat avec les autres ressources du milieu, telles que les services professionnels, les services aux proches aidants et le soutien technique requis à domicile. La configuration et les modes de prestation de services s'ajustent aux besoins et aux caractéristiques propres à chaque territoire de CSSS.

### *2 - Soutenant la mise en place d'une gamme de services harmonisés dans tous les territoires de CLSC (devenu CSSS)*

Le MSSS tient compte de la contribution des familles et des proches envers les personnes qui reçoivent des services à domicile. Le MSSS doit aussi tenir compte des besoins de soutien des proches aidants afin de les aider à maintenir leur engagement sans risquer l'épuisement et compromettre leur propre santé. Les précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile<sup>119</sup>, parues en 2004, réitèrent la nécessité de travailler à l'élaboration d'une offre de services aux familles et aux proches diversifiée et adaptée à leurs besoins.

### *3 - Implantant un outil d'évaluation des besoins des proches aidantes et aidants, commun à tous les CLSC*

Un sous-comité de travail a été mandaté pour analyser et recommander un outil d'évaluation complémentaire destiné aux proches aidants. Le sous-comité a déposé son rapport en 2006 et le Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution et à domicile a recommandé un outil d'évaluation. L'utilisation de cet outil vise entre autres l'ensemble des clientèles ayant des besoins de services de soutien à domicile.

---

118 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix – La Politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 43 p.

119 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 39 p.

#### *4 - Rehaussant graduellement l'offre de services aux proches aidants*

Les récentes orientations en matière de déficience intellectuelle, de déficience physique et de troubles envahissants du développement (TED) ciblent le soutien aux familles parmi les priorités d'intervention. L'allocation directe permet aux familles de s'offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Dans les dernières années, les cibles relatives au nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience physique ou une déficience intellectuelle ont été atteintes. Ainsi, le Rapport de gestion 2005-2006<sup>120</sup> du MSSS souligne une augmentation des services, relativement à l'année 2004-2005, de près de 7 % concernant la clientèle en déficience physique et de près de 9 % concernant la clientèle en déficience intellectuelle. En ce qui concerne le nombre de familles desservies dont un membre présente un TED, la cible a non seulement été atteinte en 2005-2006, mais aussi largement dépassée, soit une augmentation de 29 % par rapport à l'année 2004-2005. Cette hausse très importante s'explique par l'établissement du diagnostic chez les jeunes enfants TED ainsi que par la précision des données.

L'atteinte de ces cibles reflète l'appropriation des orientations ministérielles par les régions. Les résultats sont d'autant plus positifs qu'ils ne prennent pas en compte les autres modalités de services utilisées, telles que l'appui aux tâches quotidiennes. Ces services sont généralement offerts par des fournisseurs autres que les établissements (organismes communautaires ou entreprises d'économie sociale).

Le soutien aux familles et aux proches, qui est également reconnu par la mise en œuvre de la Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix, demeure une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les divers ministères et organismes publics et privés. Le MSSS intervient en complémentarité avec divers acteurs concernés, notamment, avec le ministère de la Famille et des Aînés et le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine. Le gouvernement a aussi mis en place diverses mesures fiscales, crédits d'impôt et allocations spécifiques à l'intention des personnes ayant des incapacités ainsi qu'à leurs proches.

---

120 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de gestion 2005-2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, p. 74.

## Objectif 3 Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins

Les femmes et les hommes étant également en constante interaction avec leur environnement, on peut considérer que leur santé et leur bien-être évoluent dans le temps de même que dans l'espace géopolitique et économique qu'ils occupent. Dans ce contexte, il s'avère important de faire régulièrement le point sur leur état de santé et de bien-être. Les travaux de recherche ou d'évaluation doivent s'inscrire dans un processus d'analyse différenciée afin de discerner les réalités distinctes des femmes et des hommes. De grandes questions sont intégrées à ce plan de travail et rejoignent les préoccupations des femmes sur l'évolution de la société et la protection de la population. Leur mention pose également les premiers jalons d'une réflexion sociale plus globale sur l'avenir des conditions de vie des femmes et de leurs proches<sup>121</sup>.

### 3.1 Les jeunes femmes

La documentation existante porte sur des aspects morcelés des conditions de vie des jeunes filles, tels le tabagisme, la prise d'anovulants, la consommation d'alcool et la détresse psychologique. En effet, les femmes traversent à l'adolescence une période de vie où la sexualité, la reproduction et l'image qu'elles se font de leur corps deviennent de grandes préoccupations. C'est également une période d'intégration des rôles sociaux. C'est pourquoi, à l'adolescence, émergent des questionnements intenses sur les relations amoureuses. Ces relations s'expriment et s'expérimentent différemment selon les sexes et l'orientation sexuelle. L'intolérance parfois manifestée à l'endroit de l'homosexualité ainsi que son invisibilité dans les milieux de vie, notamment celui des jeunes, créent un sentiment d'isolement chez les jeunes homosexuels. Cela est particulièrement vrai chez les femmes qui, plus tardivement que les hommes, se reconnaissent comme lesbiennes ou bisexuelles. Or, même si nous possédons peu de données sur ces deux groupes de femmes, nous savons que la marginalisation et la discrimination vécue par celles-ci ont des conséquences importantes sur leur santé et leur bien-être, notamment au cours de l'adolescence<sup>122</sup>. Afin d'agir préventivement, les travaux ministériels visent à :

- *Documenter le phénomène des comportements et des idées suicidaires chez les jeunes filles, en considérant leur orientation sexuelle.*

Une monographie, *L'Épidémiologie du suicide au Québec*, a été produite en 2004 par l'INSPQ<sup>123</sup>. On y analyse la mortalité par suicide, les moyens utilisés ainsi que les tentatives de suicide et les idéations suicidaires selon le sexe.

- *Poursuivre les travaux visant à soutenir la mise en place d'interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans, notamment pour le volet lié au rôle joué par les rapports sociaux dans certains facteurs de protection et de risque chez les jeunes filles.*

Différentes interventions ont été offertes dans le contexte du déploiement de l'approche *École en santé*. Le rapport de gestion 2005-2006 du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport confirme le succès de ce programme. Au 31 mars 2006, 58 % des commissions scolaires avaient mis en œuvre cette approche, ce pourcentage dépassant la cible initialement prévue.

---

121 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 6.

122 *Ibid.*, p. 41.

123 Danièle SAINT-LAURENT et Clermont BOUCHARD, *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savez-vous de la situation récente?*, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 24 p.

### 3.2 L'exploitation sexuelle

Les clients qui demandent des services sexuels sont, pour la plupart, des hommes mariés, âgés de 30 à 50 ans et qui ont des enfants. Ils proviennent de tous les milieux socioéconomiques. Des études montrent également qu'une proportion non négligeable de ces clients consomme du matériel pornographique<sup>124</sup>. L'exploitation sexuelle des femmes et des enfants est basée sur cette réalité. L'exploitation sexuelle est une activité économique qui génère des profits importants, notamment pour des organisations criminelles. En 1997, les Nations Unies évaluaient à 4 millions le nombre de personnes dans le monde, majoritairement des femmes et des enfants, qui, chaque année, font l'objet de trafic sexuel. De leur côté, la Gendarmerie royale du Canada et Immigration Canada estiment que 8 000 à 10 000 femmes immigrant au Canada chaque année seraient victimes d'exploitation sexuelle. Très lucratif, le phénomène ne cesse de prendre de l'ampleur<sup>125</sup>. Au Québec, on commence à peine à aborder cette question. Une récente recherche du Conseil du statut de la femme sur cette question vient de corroborer nos données.

Le MSSS désire stimuler la production de recherches sur cette problématique afin de cerner davantage les besoins des femmes exploitées sexuellement dans le domaine de la santé ainsi qu'en matière de services sociaux. Le trafic sexuel des femmes immigrantes nous rappelle que l'industrie du sexe repose en grande partie sur la vulnérabilité des femmes et des enfants, puisqu'il est lié à la pauvreté, à la violence, à la toxicomanie, etc. De plus, certaines données nous indiquent qu'une très forte proportion de femmes autochtones se trouve parmi les prostituées de rue. Les travaux ministériels visent à :

- *Réaliser une recherche sur les besoins en santé et en matière de services sociaux auprès des femmes vivant d'activités sexuelles et de celles exploitées sexuellement.*

Ce projet devrait être pris en compte dans la prochaine stratégie d'action en santé et bien-être des femmes.

### 3.3 Les alternatives à la médecine

Le processus du vieillissement chez la femme fait en sorte qu'elle connaît non seulement des changements hormonaux importants, mais que généralement, elle vit aussi plus longtemps. Pour ralentir la progression des incapacités bien souvent liées au vieillissement ou pour réduire les effets de la ménopause, de nombreuses femmes se tournent vers des solutions de remplacement à la médecine. Plusieurs femmes les perçoivent comme des médecines douces qui proposent des soins et des traitements autres que ceux apportés par la médecine traditionnelle, de sorte que ces solutions de remplacement se développent rapidement. Dans certains cas, ces options apportent aux femmes des solutions là où elles ont l'impression de ne pas recevoir de réponse adéquate concernant des problèmes de santé. Ces options sont aussi perçues comme plus respectueuses de la vie humaine, de la nature et de la relation de l'humain avec l'écosystème. Pour bon nombre de femmes, les médecines douces sont considérées comme des réponses adéquates à leurs besoins. Certaines de ces options sont mieux connues que d'autres et nous en connaissons, à des degrés divers, l'efficacité et les effets<sup>126</sup>. Les travaux ministériels visaient à :

- *Cerner le phénomène de l'utilisation des médecines alternatives du point de vue des femmes en comparaison avec les thérapies médicales, notamment en période entourant la ménopause.*

---

124 Sylvie GENDRON et Catherine HANKINS, *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité des maladies infectieuses, Montréal, 1995, p. 47.

125 Geneviève ANGERS, « Bons baisers de Russie », *Gazette des femmes*, vol. 23, n° 6, mars-avril 2002, p. 15.

126 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, pp. 42-43.

Ce projet devrait aussi être pris en compte dans la prochaine stratégie d'action en santé et bien-être des femmes.

### 3.4 La reproduction humaine et la génétique

Chaque femme en âge de procréer est intimement concernée par les transformations apportées par les techniques de reproduction et par la génétique. En effet, plusieurs interventions, en génétique ou en techniques de reproduction, sont pratiquées en période périnatale. Par ailleurs, toutes les femmes peuvent être amenées à considérer le recours à ces techniques, que ce soit pour elles, leur partenaire ou les personnes dont elles ont la responsabilité.

De toute évidence, le développement de la biologie moléculaire et des recherches sur le génome humain pourrait avoir un impact sur de multiples problèmes de santé, déterminés ou fortement influencés par notre bagage génétique. Nous assistons d'ailleurs à l'émergence de la génétique des populations et à la création de liens entre génétique et santé publique<sup>127</sup>. Les actions ministérielles visent à poursuivre les travaux en matière de :

- *Génétique humaine visant à élaborer des orientations ministérielles.*

Le développement des techniques de reproduction, lorsqu'il est associé à celui de la génétique humaine, remet en question l'essence même de la reproduction humaine. Ainsi, bien que ces techniques recèlent de grandes promesses pour le traitement de certaines maladies, elles comportent également des possibilités inquiétantes, notamment pour les femmes. Avec l'émergence de certaines de ces techniques, les femmes sont maintenant sollicitées pour devenir des porteuses, pour fournir des ovules ou encore pour subir une intervention qui modifiera le processus de développement d'un enfant en devenir. Alors que les impacts de ces interventions sont peu connus, leur constante progression inquiète. À la lumière des recommandations émises dans différents documents, il apparaît clairement que la génétique soulève des préoccupations éthiques et sociales sérieuses<sup>128</sup>. Il importe que la société québécoise participe au débat entourant ces questions.

Le Plan d'action 2005-2008 sur l'organisation des services de génétique au Québec vise d'abord et avant tout l'organisation des services de génétique en prenant appui sur l'expertise déjà en place<sup>129</sup>. Il donne suite à une série de rapports et de documents publiés entre 1994 et 2002 sur le sujet. Il s'agit de la première phase d'une réflexion plus large amorcée au MSSS sur les développements de la génétique et leurs impacts sur le système de santé. Plusieurs questions d'importance doivent être examinées dont, entre autres, l'utilisation de la génétique dans les services de santé, le processus d'évaluation des techniques et des tests génétiques, les aspects éthiques, les aspects normatifs et les fonctions de santé publique. Dans le plan d'action 2005-2008, l'organisation de l'environnement social, normatif et réglementaire comprend l'intégration de l'information de nature génétique au système normatif actuel, avec renforcement de dispositions en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels afin de s'assurer de leur adéquation aux développements récents et futurs de la génétique. Le plan d'action vise également à définir des normes et des guides de pratique relatifs à l'encadrement des activités cliniques et de recherche en génétique. Finalement, il vise à favoriser la participation de la population au débat éthique sur les impacts sociaux liés au développement de la génétique.

Les actions prévues afin de consolider les services cliniques sont variées. Elles visent à mettre sur pied et à renforcer les équipes multidisciplinaires de soins en donnant priorité au conseil génétique. Elles visent aussi à reconnaître le conseil génétique comme élément essentiel dans la prestation de services

---

127 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, p. 43.

128 Documents produits par le Conseil de la santé et du bien-être, la Commission d'accès à l'information, le Collège des médecins du Québec et la Commission de l'éthique de la science et de la technologie.

129 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan d'action 2005-2008 pour l'organisation des services de génétique au Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, p. 1.

cliniques en génétique, à appuyer le développement de la génétique adulte au fur et à mesure de son émergence (ex. : cancers héréditaires, maladies génétiques à apparition tardive, etc.) et, finalement, à définir des normes et des guides de pratique visant à favoriser l'encadrement des activités cliniques et de recherche en génétique.

- *Élaboration d'un avis sur les effets du développement des techniques de reproduction concernant les femmes.*

Le MSSS a entrepris, en 2002, la consultation des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des cliniques privées qui pratiquent dans le domaine de la procréation assistée. Cette consultation a permis de connaître l'ampleur et la distribution des services offerts au Québec. Actuellement, 19 centres offrent des services de procréation assistée, dont 3 cliniques privées.

À la lumière des informations recueillies lors de cette consultation, les orientations ministérielles en matière d'encadrement de la procréation assistée ont été mises à jour et ont fait l'objet du projet de loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée<sup>130</sup> (projet de loi n° 89) déposé en décembre 2004. Ce projet de loi vise à protéger la santé des femmes ayant recours à des activités de procréation assistée, ainsi que la santé des enfants qui en sont issus. Le projet de loi a fait l'objet de consultations à la Commission des affaires sociales en mars 2006; 15 groupes ont été invités à participer à ces consultations, dont le Conseil du statut de la femme et la Fédération québécoise pour la planification des naissances. Depuis, le MSSS poursuit ses réflexions afin de :

- promouvoir une pratique de qualité, sécuritaire et éthique, par l'application des normes les plus rigoureuses en la matière;
- favoriser l'amélioration continue des services de procréation assistée par la mise en œuvre de mécanismes de suivi de ces activités.

### 3.5 La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement

Le concept de santé globale, tel que le perçoivent les femmes sensibilisées aux effets de l'environnement sur la santé, interpelle la sphère de la santé publique afin de maintenir, de renforcer et d'améliorer la qualité de vie des individus. Il vise le développement de stratégies de promotion de la santé et du bien-être en renforçant les déterminants positifs des personnes et des milieux, en agissant préventivement afin de diminuer les risques de détérioration de la santé et de protéger les personnes et leur environnement. Jusqu'à maintenant, la problématique de la santé et de la sécurité du travail en dehors du foyer a davantage été étudiée. Or, dans les faits, les blessures représentent une importante cause de limitation des activités des femmes. En effet, selon Statistique Canada, les femmes âgées de 12 à 45 ans subissent davantage de blessures autour de la maison (39 % des blessures comparativement à 26 % dans le cas des hommes du même groupe d'âge)<sup>131</sup>. Afin de favoriser la compréhension des principaux défis en matière de santé et de sécurité concernant les femmes, la stratégie ministérielle visait à :

- *Inscrire certaines problématiques liées à la qualité des milieux de vie et à la santé environnementale au Programme national de santé publique.*

Au chapitre de la santé environnementale, le Programme national de santé publique (PNSP) poursuit des objectifs de réduction des problèmes de santé liés à la contamination de l'environnement (eau,

---

130 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Projet de loi n° 89 – Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2004.

131 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, pp. 44-45.

air, sol) par des substances toxiques. Dans ce contexte, les femmes, particulièrement les femmes enceintes, reçoivent toujours une attention particulière, puisqu'elles sont souvent plus vulnérables que la population générale aux effets des substances toxiques, telles que le plomb, le mercure, les BPC et certains pesticides. Cette vulnérabilité particulière des femmes est prise en compte, entre autres, dans l'évaluation des risques liée à l'analyse des impacts environnementaux des projets industriels, dans l'élaboration de normes ou de critères servant à la gestion des contaminants, etc.

De plus, le PNSP a également proposé une stratégie de soutien au développement des communautés qui vise à favoriser l'émergence d'initiatives et le développement de capacités individuelles et collectives afin d'améliorer la santé et le bien-être des gens dans les milieux locaux<sup>132</sup>. Ainsi, la participation citoyenne, très souvent celle des femmes, favorise la prise en main du développement de la qualité de vie pour tous, tant sur le plan environnemental que sur le plan social et économique. De nombreux projets ont été entrepris par des femmes de tout âge ayant une famille et soutenus par la collectivité, en vue d'améliorer la sécurité et la salubrité des lieux : aménagement de parcs de jeux, dépollution de terrains, utilisation et embellissement d'espaces verts laissés à l'abandon, création de cuisines collectives, aide aux devoirs, activités multigénérationnelles, etc. Ces milieux locaux activement engagés dans leur propre développement agissent en fonction de leurs réalités et des intérêts globaux de leurs communautés.

Par ailleurs, les campagnes de sensibilisation et d'information du MSSS, entre autres sur la contamination d'aliments, dont certaines espèces de poissons contaminées par le mercure, comportent toujours des directives plus sévères à l'intention des femmes enceintes ou en âge de procréer.

Dans le dossier de la protection contre les cancers de la peau, l'un des objectifs prioritaires du PNSP était la mise sur pied d'un comité intersectoriel impliquant le monde de l'éducation. Ce comité a été récemment créé. Des efforts de sensibilisation seront déployés, particulièrement auprès des jeunes femmes, en vue de prévenir l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, fréquemment observée dans la pratique du bronzage à des fins esthétiques.

---

132 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, p. 70-71.



## Conclusion

La Stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, s'avère un projet ambitieux à bien des égards. Elle couvre un spectre très large de secteurs, elle interpellait un grand nombre de partenaires et appelle le déploiement d'actions à plusieurs niveaux d'interventions et sous différentes formes de pratiques. Le bilan des actions réalisées conformément à cette stratégie témoigne des préoccupations du MSSS envers les besoins spécifiques des femmes en matière de santé et de bien-être.

Il est important de souligner que ces actions n'auraient pu être réalisées sans la collaboration exceptionnelle d'une diversité de partenaires. À cet égard, mentionnons, entre autres, l'implication des acteurs des réseaux régionaux et locaux ainsi que l'engagement de tous les organismes nationaux, régionaux et locaux qui travaillent activement à l'amélioration de la santé et à l'atteinte du mieux-être des Québécoises.

Bien qu'il recense plusieurs actions réalisées depuis 2002, ce bilan révèle aussi l'ampleur du travail à accomplir et des améliorations encore attendues. L'égalité et l'adaptabilité des soins et des services en santé aux besoins des femmes s'inscrivent encore comme des défis d'actualité. C'est pourquoi les grands objectifs ministériels déterminés dans la stratégie *Au féminin... à l'écoute de nos besoins* demeurent encore pertinents. Par ailleurs, la stratégie devra être actualisée à la lumière d'actions à renforcer, d'actions à relancer, de nouvelles actions à élaborer, et ce, en fonction des nouvelles réalités qui marquent la société québécoise en constante évolution.

L'objectif ultime de ces actions demeure cependant la consolidation et le développement de soins et de services qui répondront adéquatement aux besoins spécifiques des femmes. Il sera aussi essentiel de cibler plus particulièrement des femmes vivant une plus grande vulnérabilité, en tenant compte, entre autres, de leurs particularités culturelles, de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leurs conditions de vie ou de leur handicap.

Le présent bilan servira donc de repère pour l'actualisation de la stratégie d'action en santé et bien-être des Québécoises. Toutefois, cette mise à jour sera aussi enrichie de données plus récentes provenant de diverses sources, notamment les orientations ministérielles en matière de santé et de services sociaux, les travaux de recherche ainsi que les avis émis par les principaux organismes concernés par la santé et le bien-être des femmes.



## Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 – Pour s'adapter à votre réalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 129 p.

ALLIANCE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES POUR L'ÉGALITÉ DANS LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *État de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles du Québec*, avis, Montréal, 2002, 99 p.

ANGERS, Geneviève. « Bons baisers de Russie », *Gazette des femmes*, vol. 23, n° 6, mars-avril 2002, page 15.

COLLÈGUE DES MÉDECINS, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Québec, 2006, 20 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'interruption volontaire de grossesse – Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Québec, septembre 2004, 14 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS, ÉDUC'ALCOOL et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La grossesse et l'alcool en question*, Québec, 2004, 4 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, avis, Gouvernement du Québec, Québec, novembre 2004, 174 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (COMMISSION CLAIR). *Rapport sur la santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 410 p.

GENDRON, Sylvie et Catherine HANKINS. *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Unité des maladies infectieuses, Montréal, 1995, 47 p.

GRAVEL, Nicole. *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 100 p.

GRAVEL, Nicole, Pauline BÉGIN-BROSSEAU et Sylvie MONTREUIL. *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 47 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *L'organisation des services de génétique au Québec – Plan d'action 2005-2008*, Gouvernement du Québec, Québec, avril 2005, 30 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2002.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2005.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les sages-femmes*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1999.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2006.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 90 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009*, ministère de la Justice et ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 35 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 89 – Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2004.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006 – Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, 83 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Règlement modifiant le Règlement sur les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale (Décret 964-2001 du 16 août 2001 [2001 G.O. 2 p. 6163])*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 2001.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Soutenir les proches aidants : constats, enseignements, pistes de réflexion, vingt-sept expériences de répit, de formation et de soutien*, Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 41 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, La volonté d'agir, la force de réussir*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, 57 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Unis dans l'action – Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 80 p.

GUYON, Louise et autres. *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1996, 384 p.

GUYON, Louise et autres. *Quand les femmes parlent de leur santé*, Publications du Québec, Québec, 1990, 185 p.

HALEY, Nancy, Véronique DENIS et Élise ROY. *Étude sur la grossesse et la contraception chez les jeunes filles de la rue – Rapport sur les groupes de discussion*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Gouvernement du Québec, Montréal, 2005, 88 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Collection « La santé et le bien-être », Gouvernement du Québec, Québec, février 2001, 642 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, 2<sup>e</sup> édition, Collection « La santé et le bien-être », Gouvernement du Québec, Québec, 2002, 520 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 24 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « L'incapacité chez les femmes au Québec », *Info Flash* n° 20, Québec, 5 mai 2005, 11 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé des hommes au Québec*, Publications du Québec, Québec, 2005, 179 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La situation démographique au Québec (2005)*, Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2005 (site Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et conditions de vie des Québécoises – Portrait d'hier à aujourd'hui*, Publications du Québec, Québec, 2004, 203 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles – Programme de formation*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005 (site Internet : <http://www.inspq.qc.ca/stages/formations>).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec – Étude exploratoire*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 105 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, juin 2004, 65 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité – Intervenir dans le respect des orientations sexuelles*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 2 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité – Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles – Les chiffres clés (septembre 2003 à mars 2005)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programmes nationaux de formation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables – Répertoire 2005-2007*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005.

MARTIN, Catherine et Ginette BOYER. *Naître égaux – Grandir en santé – Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1990, 200 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires – Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 77 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 58 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, 60 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan de la Politique de périnatalité de 1993 – Document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL. *Ça s'exprime – Magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité des jeunes du secondaire*, Gouvernement du Québec, Québec, hiver 2005 à aujourd'hui.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence et guide des bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 86 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 33, Québec, août 2005, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *État de santé de la population québécoise : quelques repères (2007)*, Gouvernement du Québec, Québec, 2007, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Un cadre de référence*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage de VIH, des MTS, et d'hépatite virale – Orientations*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 – Le Québec respire mieux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 1998, 191 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 1993, 100 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Présentation du modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre et des services sociaux – Planification et développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Gouvernement du Québec, Québec, août 2005, p. 5.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5<sup>e</sup> bilan*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 260 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2003, 126 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois d'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence – Version préliminaire*, Direction générale de la santé publique, Québec, décembre 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : rapport d'activité des années 2004 et 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 146 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec : sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, présenté au groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre d'infirmière par le sous-comité de la recherche, Gouvernement du Québec, Québec, décembre 2003, 131 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Visites d'appréciation de la qualité des services*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec – Statistiques 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Les agressions sexuelles au Québec – Statistiques 2005*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 28 p.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION. *Des valeurs partagées, des intérêts communs – Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec – Plan d'action 2004-2007*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 135 p.

QUIMET, Michèle. « Un métier sans pitié », *La Presse*, 12 septembre 2000, p. A1.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées – Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 87 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, 2003, 12 p.

SAINT-LAURENT, Danielle et Clermont BOUCHARD. *L'Épidémiologie du suicide au Québec : que savez-vous de la situation récente?*, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 24 p.

SANTÉ CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) – Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens : tableaux de données complémentaires*, Gouvernement du Canada, 2007, 117 p.

SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *L'expérimentation de l'analyse différenciée selon les sexes au gouvernement du Québec : ses enseignements et ses retombées*, Gouvernement du Québec, Québec, 2005, 43 p.

SECRETARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 – Pour une jeunesse engagée dans sa réussite*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 64 p.

SFRISO, Lisa. *Les années papillon*, Vidéo Femmes, Québec, 2005, 19 minutes.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sociale générale sur la victimisation*, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1999 et 2004.

## BILAN DES ACTIONS MINISTÉRIELLES EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES 2002-2007

### SYNTHÈSE

#### OBJECTIF 1 INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE ET RÉGIONALE DES SOINS ET SERVICES

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉS DEPUIS 2002
<i>VOLET ANALYSE ET INTÉGRATION DES BESOINS</i>	
<p><i>Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des régies régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et élaborer les formations adéquates</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscription de l'ADS dans les cahiers des charges du MSSS depuis 2003-2004 pour les volets : personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, personnes présentant des problèmes de santé mentale, proches aidants et toxicomanie</li> <li>• Réalisation du projet-pilote sur l'intégration de l'ADS à l'élaboration et à la mise en œuvre des Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie – Projet mobilisateur sur l'ADS dans le cadre de la Politique gouvernementale en matière de condition féminine</li> <li>• Production de matériel de formation à l'ADS pour le secteur de la santé et des services sociaux</li> <li>• Formation de formatrices et de formateurs au MSSS et dans le réseau</li> <li>• Création et animation d'un forum virtuel</li> <li>• Sensibilisation et formation à l'ADS de gestionnaires et de membres du personnel des agences, des CSSS et des établissements dans la majorité des régions</li> <li>• Sensibilisation et formation à l'ADS de gestionnaires et de membres du personnel du MSSS</li> </ul>
<p><i>Produire et diffuser deux monographies, réalisées à partir de l'Enquête sociale et de santé de 1998, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production et publication de la monographie sur la santé des femmes (2005)</li> <li>• Production et publication de la monographie sur la santé des hommes (2006)</li> </ul>
<p><i>S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre du Plan stratégique 2005-2010 du MSSS, aucune inscription de l'ADS dans l'ensemble du plan, mais implantation par projet</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉS DEPUIS 2002
<i>Considérer les besoins des femmes au moment de la planification stratégique régionale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitation du Comité de gestion du réseau de la santé et des services sociaux à prendre en compte les spécificités hommes-femmes au sein du réseau</li> <li>• Plan d'action en matière de santé des femmes pour la région de la Capitale-Nationale</li> </ul>
<p><i>Déterminer les stratégies efficaces auprès des femmes avec des approches :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>de développement social à l'échelle nationale</i></li> <li>○ <i>de développement des communautés à l'échelle locale</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des communautés – Échelles régionale et locale : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nouvelle mission des agences</li> <li>○ Sensibilisation des Conférences régionales des élus (CRÉ)</li> <li>○ Participation de comités aviseurs femmes dans sept régions</li> </ul> </li> </ul>
<i>Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusion dans les directives de l'obligation d'une répartition plus équitable de femmes et d'hommes au sein des conseils d'administration des agences et des instances locales</li> <li>• Atteinte de la quasi-parité au sein des CA des agences</li> <li>• Moyenne de participation féminine à 44 % dans les conseils d'administration des agences, des CSSS et des établissements</li> </ul>
<b>VOLET L'ÉGALITÉ DES FEMMES EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE</b>	
<b>LES DIVERSITÉS CULTURELLES</b>	
<i>Considérer les diverses situations vécues par les femmes des communautés culturelles au moment de la réalisation des politiques, des orientations et des programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-renouvellement de la Politique, plutôt Plan stratégique 2005-2010; aucune mention spécifique sur les femmes de communautés culturelles</li> <li>• Prise en compte de ces particularités dans la nouvelle politique de périnatalité</li> </ul>
<i>Déterminer les actions pertinentes à entreprendre en vue de contrer le problème des mutilations génitales féminines</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un groupe de travail intraministériel sur les mutilations génitales féminines (MGF)</li> <li>• Production et diffusion d'un dépliant d'information sur les MGF à l'intention des établissements du réseau</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉS DEPUIS 2002
<p><i>À partir de l'état de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux personnes immigrantes et à celles des communautés ethnoculturelles, relever les actions qui concernent davantage les femmes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise sur pied et adaptation de certains services afin de les rendre plus accessibles aux femmes immigrantes et aux femmes issues des communautés culturelles, entre autres :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organisation de formations sur la problématique de la violence faite aux femmes à l'intention du personnel du réseau de la santé et du personnel des organismes communautaires engagé auprès de cette clientèle</li> <li>○ Adaptation du programme québécois de dépistage du cancer du sein</li> <li>○ Réalisation d'un bottin des services dans la région de la Capitale-Nationale</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>LES RÉALITÉS AUTOCHTONES</b></p>	
<p><i>Considérer les diverses situations vécues par les femmes autochtones au moment de la réalisation des politiques, des orientations et des programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en considération des situations vécues par les femmes autochtones dans les planifications stratégiques des nations crie (2004-2009) et inuites (2007-2014)</li> <li>• Prise en considération de ces problématiques par les directions de santé publique des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James</li> </ul>
<p><i>Assurer le suivi de l'investissement consenti pour des services d'hébergement destinés aux femmes autochtones victimes de violence ou en difficulté</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide financière du MSSS aux organismes nationaux et aux lieux consacrés au soutien et à l'hébergement des femmes autochtones</li> </ul>
<p><b>LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES</b></p>	
<p><i>Au moment de la mise en œuvre des politiques, des orientations et des plans d'action ministériels, qui sont propres aux services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, physique ou un trouble envahissant du développement, assurer la prise en compte des besoins des femmes en matière de planification des naissances, de périnatalité et de violence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication d'un bulletin d'information sur les femmes handicapées au Québec par l'Institut de la statistique du Québec en 2005</li> <li>• Adaptation de documents d'information sur le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) pour un plus grand accès à ces clientèles</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉS DEPUIS 2002
<b>LES ORIENTATIONS SEXUELLES</b>	
<i>Provoquer des changements d'attitudes et de valeurs dans les pratiques professionnelles en poursuivant les formations sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles, dont les femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre de deux formations sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles : <i>Pour une nouvelle vision de l'homosexualité dans le respect de la diversité sexuelle</i> et <i>Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles</i> : formations offertes au personnel scolaire, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires</li> <li>• Formation à l'intention du personnel médical offerte à partir de 2007</li> </ul>
<i>Examiner les résultats des recherches sur la santé des femmes bisexuelles et lesbiennes afin d'en dégager des pistes d'intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production, par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes et financée par le MSSS, d'une recherche-action sur le rapport qu'entretiennent les homosexuelles avec les services sociaux et de santé (<i>Pour le dire... Rendre les services sociaux et de santé accessibles aux lesbiennes</i>)</li> </ul>
<b>LA PAUVRETÉ</b>	
<i>Consolider des actions de concertation locale et régionale en sécurité alimentaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation en cours auprès des directions de santé publique et des regroupements d'organismes nationaux</li> <li>• Orientations et services prévus dans la nouvelle politique de périnatalité pour les femmes enceintes, les futurs pères et les familles d'enfants de 0 à 5 ans vivant une situation d'extrême pauvreté</li> </ul>
<i>Relever les diverses interventions réalisées dans notre réseau visant à briser l'isolement des femmes immigrantes et réfugiées qui sont hors du marché du travail afin de favoriser leur autonomie et leur intégration</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune action recensée dans le premier bilan de la stratégie d'action</li> </ul>

OBJECTIF 2 ADAPTER LES SOINS ET LES SERVICES AUX BESOINS DES FEMMES

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
LE VIEILLISSEMENT	
<p><i>Afin de prévenir les incapacités, assurer la mise en œuvre des mesures prévues au Programme national de santé publique sur la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place, dans chaque centre de santé et de services sociaux du Québec (CSSS), d'un continuum visant à rendre disponibles des interventions non personnalisées et personnalisées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont fait une chute</li> <li>• Diffusion du cadre de référence <i>La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile</i> aux gestionnaires et aux acteurs régionaux et locaux concernés par la problématique</li> <li>• Formation des acteurs régionaux, y compris la préparation de la formation et la production d'outils ainsi que le soutien aux formatrices et formateurs régionaux (par l'INSP)</li> <li>• Réalisation de l'évaluation du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées</li> <li>• Nomination, dans chaque région, d'un répondant sur la problématique de la prévention des chutes chez les personnes âgées dans chacune des directions régionales de santé publique (DSP)</li> <li>• Formation, s'adressant aux acteurs régionaux responsables du dossier de la prévention des chutes, sur les interventions multifactorielles (touchant tous les facteurs de risques liés aux chutes) non personnalisées</li> <li>• Diffusion du <i>Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes à l'intention du personnel clinique</i></li> <li>• Conception, par l'Institut de gériatrie de l'Université de Montréal, de matériel pédagogique, d'outils et d'un guide de pratique individualisée pour le volet « intervention médicale préventive » du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<p><i>Intégrer les différences entre les femmes et les hommes âgés aux différents travaux de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en matière d'intégration des services, d'accès à la gamme de services, de qualité et d'évolution des pratiques, des interventions et des milieux</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de l'ADS au plan de mise en œuvre des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie adoptées en 2003</li> <li>• Intégration de l'ADS à la Politique de soutien à domicile - volet <i>Proches aidants</i></li> <li>• Mesures prévues dans le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, dont la détermination de l'offre des services de longue durée qui doivent être accessibles aux femmes et aux hommes dans chaque territoire de CSSS</li> <li>• Offre d'activités de formation sur l'amélioration de la qualité des services en CHSLD depuis l'automne 2006, intégrant les spécificités des femmes et des hommes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ premier volet destiné aux membres de conseils d'administration, aux directrices et directeurs généraux visant la sensibilisation à l'importance d'adopter une approche humaine, dite « milieu de vie », dans la manière de gérer et d'organiser les soins et les services offerts dans les CHSLD (volet complété)</li> <li>○ second volet, en cours depuis mai 2006, destiné à former des membres du personnel d'encadrement de niveau intermédiaire en provenance du même type d'établissements</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>LA PÉRINATALITÉ</b></p>	
<p><i>Mettre à jour le programme Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication, en 2004, du <i>Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité</i></li> <li>• Regroupement du programme de soutien aux jeunes parents et du programme <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> et des activités de stimulation précoce auprès des enfants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ services intégrés ayant deux composantes : l'accompagnement des familles (visites à domicile) et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles</li> <li>○ interventions éducatives précoces auprès des enfants également réalisées lors des visites à domicile et en service de garde</li> </ul> </li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<p><i>Poursuivre la mise en œuvre et le suivi du programme Naître égaux – Grandir en santé en visant son déploiement sur tout le territoire québécois</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volet <i>Soutien aux jeunes parents des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité</i> du Programme de soutien aux jeunes parents, disponible dans l'ensemble des CSSS du Québec depuis septembre 2003</li> <li>• Volet <i>Soutien aux jeunes parents des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité</i> également inscrit dans la stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille du MSSS</li> <li>• Programme de formation continue et guides d'intervention des intervenants et des partenaires également disponibles</li> </ul>
<p><b>LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES</b></p>	
<p><i>Favoriser l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maisons de naissances : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implantation de 10 maisons de naissance au Québec, 8 déjà en activités et 2 en voie d'implantation (Blainville et Limoilou)</li> </ul> </li> <li>• Accouchements à domicile : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ adoption de la réglementation sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile en mai 2004</li> <li>○ depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005, programme d'assurance responsabilité civile et professionnelle des établissements de santé étendu à la responsabilité découlant de la pratique des sages-femmes à domicile</li> </ul> </li> <li>• Accouchements en CH avec assistance d'une sage-femme : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ réalisation d'un sondage par la firme Som inc. en mai 2005, sur les attentes des femmes au regard des services de périnatalité</li> <li>○ entente signée par 6 hôpitaux et le MSSS en vue de permettre les accouchements avec assistance d'une sage-femme</li> </ul> </li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<b>LES CONGÉS PRÉCOCES</b>	
<p><i>Procéder aux analyses pertinentes des indicateurs de suivi du congé précoce, qui sont inscrits au système d'information sur les clientèles et les services des CLSC, afin de faciliter le réajustement, si nécessaire, des services</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échanges avec les agences au sujet des difficultés éprouvées dans la mise en œuvre de la proposition d'organisation des services lors d'un congé précoce en périnatalité</li> <li>• Suivi des recherches universitaires sur ce thème ayant permis une meilleure lecture de la réalité qui entoure l'organisation des services</li> <li>• Diminution de la durée de séjour postnatal au cours des dernières années</li> </ul>
<b>LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ</b>	
<p><i>Effectuer des travaux d'évaluation ou des analyses préparatoires à la révision de la Politique de périnatalité dans la perspective d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan de la Politique de périnatalité de 1993</li> <li>• Élaboration d'une nouvelle politique en matière de périnatalité</li> </ul>
<b>LA PLANIFICATION DES NAISSANCES</b>	
<p><i>Contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées par :</i></p> <p>1) <i>La promotion des rapports sociaux égaux entre les hommes et les femmes et la campagne de prévention des grossesses à l'adolescence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux interministériels (MELS-MSSS) afin de diminuer le nombre de grossesses non planifiées : actions menées tant à l'échelle provinciale, régionale que locale en vue de prévenir les grossesses, d'offrir du soutien au moment de la prise de décision et de soutenir les parents adolescents (approche <i>École en santé</i>, soutien à la production d'outils de sensibilisation au regard de l'éducation à la sexualité, cliniques jeunesse)</li> <li>• Production d'une étude sur la perception de la grossesse et de la contraception chez les filles de la rue</li> </ul>
<p>2) <i>L'accessibilité à des services répondant aux besoins des jeunes en matière de contraception et de protection contre les MTS-VIH</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidation, en vertu du Programme national de santé publique 2003-2012, des services intégrés de dépistage des ITSS, du VIH et des autres hépatites virales pour les clientèles vulnérables, dans toutes les régions du Québec, y compris l'offre de contraception orale d'urgence (COU) et du condom</li> <li>• Attention particulière accordée aux femmes vulnérables dans les projets visant à mieux connaître ces femmes et à déterminer des pistes d'intervention, dont cinq activités : le réseautage, la sensibilisation, l'éducation et la formation, le transfert d'expertise, la promotion et l'évaluation</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<p><i>La mise en œuvre d'un nouveau mode d'accès à la contraception orale d'urgence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise sur pied, par le MSSS, en partenariat avec le Collège des médecins (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), du mode d'accès direct à la contraception orale d'urgence (COU) en pharmacie</li> <li>• Signature d'une entente, en décembre 2003, entre le gouvernement et l'Association québécoise des pharmaciens du Québec, afin que les honoraires associés à la consultation pour la COU en pharmacie soient payés par la RAMQ</li> <li>• Campagne d'information sur la COU auprès du public et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux</li> </ul>
<p><i>Contraception hormonale offerte par les infirmières – ordonnances collectives</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d'un modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention de l'infirmière et du pharmacien, afin que la contraception hormonale soit offerte par des infirmières à toute femme en bonne santé, pour une période maximale de six mois</li> <li>• Diffusion du <i>Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale</i> en janvier 2007</li> <li>• Formation des infirmières en vue de les rendre aptes à amorcer une contraception hormonale selon le modèle établi</li> </ul>
<p><b>LES SERVICES LIÉS À UNE GROSSESSE NON PLANIFIÉE</b></p>	
<p><b>Le soutien au moment de la prise de décision</b></p>	
<p><i>Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services nécessaires à une prise de décision éclairée, qui soit respectueuse de l'intégrité physique et psychologique des femmes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation au projet mobilisateur sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, inscrit dans la Politique gouvernementale en condition féminine 1993-2003, volet particulier sur les services liés à une grossesse non planifiée</li> <li>• Offre d'information, tant en matière d'adoption qu'en matière de poursuite ou d'interruption de grossesse (soutien et services-conseils dans les CSSS, les centres hospitaliers, les cliniques jeunesse, les services infirmiers et psychosociaux en milieu scolaire et les organismes du secteur jeunesse)</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<b>Les services d'interruption volontaire de grossesse (IVG)</b>	
<p><i>Appuyer les agences régionales dans leur démarche de suivi et d'évaluation des mesures de consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sur leur territoire et procéder à l'évaluation nationale des résultats, à partir des évaluations régionales, des indicateurs d'utilisation des services et du suivi de la mise en œuvre de ces mesures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'IVG de premier trimestre offerts dans toutes les régions du Québec</li> <li>• Grossesses du deuxième trimestre : corridors de services établis dans les régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal</li> <li>• Grossesses de plus de 23 semaines : services d'IVG offerts aux États-Unis (par l'intermédiaire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal)</li> <li>• Recours collectif ayant mené à l'obligation du gouvernement de dédommager les femmes ayant encouru des frais pour l'obtention d'une IVG en cabinets privés durant la période du 2 mai 1999 au 22 février 2006; processus de remboursement administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en cours</li> </ul>
<p><i>Réaliser une étude de faisabilité d'un système d'information sur les interruptions volontaires de grossesse pratiquées au Québec et, par la suite, procéder à sa mise en place</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi, par le MSSS, de l'évolution du nombre d'IVG et du taux d'IVG dans chaque région du Québec</li> <li>• Système d'évaluation de l'accès aux services d'IVG en fonction de la région de résidence de la femme et du stade de sa grossesse</li> </ul>
<p><i>Tracer un portrait des pratiques actuelles en matière d'IVG ainsi qu'un état des connaissances sur l'évolution des techniques afin de favoriser le recours à celles qui sont les moins effractives</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision, en 2002, de la pratique professionnelle en matière d'interruption volontaire de grossesse</li> <li>• Diffusion, en septembre 2004, des lignes directrices sur l'interruption volontaire de grossesse du Collège des médecins, qui s'adressent aux médecins omnipraticiens et aux obstétriciens-gynécologues et présentent les interventions cliniques les moins effractives de même que les dimensions psychosociales de ce type d'intervention</li> </ul>
<b>LA VIOLENCE CONJUGALE ET SEXUELLE</b>	
<i>La violence conjugale</i>	
<p><i>Élaborer un second plan d'action afin de poursuivre la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Ce plan déterminera des actions destinées à :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement, le 8 décembre 2004, du Plan d'action 2004-2009 en matière de violence conjugale, qui comprend 72 engagements de différents ministères et organismes (plus de la moitié des engagements sont des nouvelles mesures visant à bonifier l'intervention gouvernementale); le MSSS est responsable ou partenaire de 19 engagements.</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<p>1) <i>promouvoir les rapports égaux entre les sexes, particulièrement chez les jeunes garçons et filles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne de sensibilisation <i>Aimer sans violence</i></li> <li>• Présentation d'une pièce de théâtre portant sur la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes</li> <li>• Diffusion d'outils destinés aux médias</li> <li>• Soutien d'initiatives locales et régionales visant à prévenir et à contrer la violence conjugale</li> <li>• Diffusion d'outils de prévention : guide d'animation <i>5 X Non</i> et <i>Aimer sans violence</i></li> <li>• Information aux acteurs concernés sur l'approche <i>École en santé</i> et diffusion d'outils</li> <li>• Formation des acteurs concernés du réseau sur le document <i>L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation</i></li> <li>• Mise à jour du site Internet <a href="http://www.aimersansviolence.com">www.aimersansviolence.com</a></li> </ul>
<p>2) <i>soutenir la formation et la détection précoce de la violence conjugale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des cliniciens dans la détection précoce de la violence conjugale conformément au Programme national de santé publique 2003-2012</li> <li>• Collaboration entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés afin d'inclure une collaboration spécifique et consécutive à la détection précoce dans le protocole d'entente entre les CPE et les CLSC</li> <li>• Production d'une étude exploratoire portant sur la consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec par l'INSPQ</li> </ul>
<p>3) <i>assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux femmes victimes de violence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du soutien financier du MSSS afin d'assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts en matière de violence conjugale</li> <li>• Consolidation et mise en place de nouveaux services dans les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence</li> <li>• Soutien aux centres de femmes et organismes communautaires intervenant en violence conjugale</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<p>4) <i>consolider la concertation au sein du réseau et des partenaires intersectoriels et s'assurer de la cohérence des actions entre eux</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandat aux agences d'assurer la coordination de la concertation intersectorielle régionale en matière de violence conjugale</li> <li>• Au cours de l'année 2004-2005, relance portant sur l'importance de la concertation régionale afin de développer les conditions essentielles à la réussite des actions</li> <li>• En 2005-2006, poursuite des efforts du MSSS et de son réseau en vue d'assurer la coordination des actions en violence conjugale des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans chacune des régions et d'assurer la coordination régionale des partenaires</li> </ul>
<p>5) <i>veiller à la réalisation de l'évaluation du second plan d'action</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation active du MSSS aux travaux du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle</li> </ul>
<p>La violence sexuelle</p>	
<p><i>Assurer la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux du plan d'action découlant des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Pour y parvenir :</i></p> <p>1) <i>sensibiliser et informer la population afin de prévenir les agressions sexuelles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2001 et 2004, mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation à la lutte contre les agressions sexuelles s'adressant aux jeunes et incluant :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la diffusion de messages au cinéma et à la radio</li> <li>○ la production d'autocollants avec messages de sensibilisation</li> <li>○ la présentation d'activités théâtrales dans certaines écoles</li> <li>○ le site <a href="http://www.agressionsexuelle.com">www.agressionsexuelle.com</a></li> <li>○ des activités de sensibilisation et d'information par des agences régionales (publicité, télévision, affiches, objets promotionnels, dépliants, etc.)</li> </ul> </li> </ul>
<p>2) <i>assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux victimes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation des centres désignés dans 14 des 18 régions</li> <li>• Mise en place et consolidation de centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)</li> <li>• Soutien financier à des ressources communautaires dans les régions nordiques qui n'ont pas de CALACS</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination par le MSSS des travaux du comité de travail interministériel sur la mise en œuvre et l'application de l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé physique</li> </ul>
<p>3) <i>favoriser la formation adéquate des intervenantes et intervenants</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation d'équipes de formatrices et de formateurs des différentes régions en 2002-2003</li> <li>• Révision du guide d'intervention médicosociale visant à répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle en 2004</li> <li>• Production d'un DVD de formation sur le guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en 2005-2006</li> </ul>
<p>4) <i>développer une expertise de pointe dans le traitement des agresseurs</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention spécifique dans le bilan de la stratégie d'action</li> </ul>
<p>5) <i>collaborer à l'évaluation de la mise en œuvre des orientations en matière de violence sexuelle</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluations annuelles des actions</li> <li>• Lancement, en juin 2007, du rapport sur la mise en œuvre des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle pour la période 2001-2006</li> </ul>
<p><b>LES FEMMES TIRANT REVENU D'ACTIVITÉS SEXUELLES</b></p>	
<p><i>Assurer la prise en compte des besoins des femmes qui vivent d'activités sexuelles dans la programmation des services. À cette fin :</i></p> <p>1) <i>sensibiliser les instances aux réalités de ces femmes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement, par le Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) de la Direction de la protection de la santé, de la production d'outils de référence et de soutien afin que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en santé, en sécurité et avec dignité</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
2) <i>encourager les professionnels de la santé et des services sociaux à faire preuve d'ouverture, de tolérance et de souplesse à leur endroit (ex. : plage horaire sans rendez-vous)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement, en vertu d'une entente entre le SLITSS et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), de projets de communication, de marketing social, de transfert de connaissances concernant différentes clientèles, dont les travailleuses du sexe</li> </ul>
3) <i>appuyer diverses modalités de services dans leur milieu de vie (ex. : unité mobile de prévention ou de dépistage)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement, par les agences, de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) afin de desservir les clientèles vulnérables, dont les travailleuses du sexe, et leur offrir, entre autres, des services de counseling, de prétest et de posttest, du dépistage, de la vaccination et de l'orientation de suivi</li> <li>• Financement de la production d'outils et d'activités : <i>Cat woman, 3X, Spécial Striptease</i>, forum international <i>XXX : Célébrer une décennie d'action, façonner notre avenir</i></li> </ul>
<b>LA SANTÉ PHYSIQUE</b>	
<b>Les maladies cardiovasculaires</b>	
<i>Cibler et adapter les interventions préventives et curatives à réaliser auprès des femmes en encourageant l'utilisation des nouvelles connaissances concernant la spécificité des maladies cardiovasculaires chez les femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propositions, par la Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers du MSSS, en collaboration avec le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, d'orientations ministérielles dont les éléments prennent en considération la spécificité des maladies cardiovasculaires selon le sexe chez les patientes et les patients</li> </ul>
<b>Les cancers</b>	
<i>Déterminer les actions du Programme québécois de lutte contre le cancer Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures prévues, dans le Programme québécois de lutte contre le cancer et dans son plan d'action, en matière de recherche, de traitement et d'adaptation-réadaptation des personnes atteintes, concernant neuf types de cancers, dont le cancer du sein et les cancers gynécologiques</li> </ul>
1) <i>pour lutter contre le cancer du poumon chez les femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifications apportées en 2005 à la Loi sur le tabac, y compris des mesures visant à protéger les jeunes contre le développement et l'habitude de l'usage du tabac et à limiter les méfaits du produit sur leur santé à court, moyen et long termes</li> <li>• Interdiction de vente aux mineurs et interdiction de fumer dans les cours d'école</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis le 31 mai 2006 : interdiction de fumer dans la plupart des lieux publics, y compris les bars et les restaurants</li> <li>• Campagnes d'éducation et de sensibilisation menées par le MSSS</li> </ul>
<p>2) <i>pour lutter contre le cancer du col de l'utérus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des nouvelles technologies de dépistage</li> <li>• Détermination des populations à risque</li> <li>• Détermination de stratégies qui permettraient d'accroître la participation de ces femmes</li> <li>• Évaluation de la pertinence et de la faisabilité technique, légale et financière d'un système d'information afin de soutenir les activités du programme, notamment la détermination et l'invitation des clientèles cibles</li> <li>• Définition des moyens de consolider les mécanismes d'assurance qualité relatifs à la cytologie ainsi que les moyens permettant d'accroître l'adhésion à des recommandations de pratique clinique</li> </ul>
<p>3) <i>pour lutter contre le cancer du sein</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le MSSS a mis de l'avant, depuis 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PODCS) sur tout le territoire québécois</li> <li>• Insertion des indicateurs propres au Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans les ententes de gestion établies entre le MSSS et les agences (2004)</li> <li>• Amélioration des efforts consentis à l'échelle régionale et locale ayant contribué à l'amélioration des taux de participation au programme</li> <li>• Actions concertées entre de nombreux groupes de professionnels; poursuite des travaux relatifs à l'assurance qualité et mobilisant les représentants des associations et des ordres professionnels afin d'améliorer la performance du programme par rapport aux normes décrites dans le cadre de référence</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'accessibilité physique des lieux où sont assurés les services et vérifications dans l'ensemble des régions</li> <li>• Adaptation et traduction des outils de communication afin de favoriser l'accès au programme par un plus grand nombre de femmes (femmes handicapées et femmes des communautés culturelles)</li> <li>• Refonte du système d'information : tenue de travaux sur la planification intégrée des ressources informatiques en santé publique et de travaux inhérents au projet de loi n° 83</li> <li>• Analyse constante des données d'évaluation relatives aux décisions concernant les différents aspects de ce programme de dépistage</li> </ul>
L'image corporelle	
<p><i>Élaborer et mettre en œuvre des interventions dans les écoles, axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont une alimentation adéquate, en tenant compte des différences liées au sexe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement de la démarche <i>École en santé</i> en 2004-2005, conformément au Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS partenaire, avec l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux et Table de concertation nationale en promotion et en prévention [TCNPP]). Programme coordonné par le MELS; offre globale et concertée d'interventions de promotion de la santé et de prévention, destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire</li> <li>• Mise en place, conformément à la démarche <i>École en santé</i>, d'un comité national d'orientation, d'un réseau de répondants régionaux et d'une équipe nationale de formateurs, lesquels facilitent l'implantation des interventions de promotion de la santé et de prévention</li> <li>• Production d'un guide à l'intention des milieux scolaires et de leurs partenaires et réalisation d'activités de formation et d'encadrement</li> <li>• Plan de déploiement de l'approche <i>École en santé</i> dans la majorité des agences</li> <li>• Lancement, en octobre 2006, du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<i>Inscrire la problématique de l'image corporelle et de la préoccupation excessive à l'égard du poids au Programme national de santé publique</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusion de l'obésité et des problèmes liés au poids, dont la préoccupation excessive à l'égard du poids, dans le Programme national de santé publique 2003-2012 au chapitre du développement, de l'adaptation et de l'intégration pour les jeunes filles de même que dans celui des habitudes de vie et des maladies chroniques</li> </ul>
<b>LES HABITUDES DE VIE</b>	
<b>Le tabagisme</b>	
<i>Intensifier la disponibilité des services de soutien à l'abandon du tabagisme, entre autres, pour les femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divers services offerts aux femmes en vertu du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (proportion de femmes utilisant ces services : 62 % en 2004 et 2005)</li> <li>• Défi annuel <i>J'arrête, j'y gagne!</i></li> <li>• Financement public des thérapies de sevrage de la nicotine (aides pharmacologiques) disponible depuis octobre 2000</li> <li>• Lancement d'un nouveau Plan québécois de lutte contre le tabagisme pour la période 2006-2010</li> </ul>
<b>Les toxicomanies</b>	
<i>Réaliser un suivi de l'implantation des activités qui s'adresseront aux femmes, dont les plus âgées, les jeunes et celles qui sont incarcérées au moment de la mise en œuvre des orientations, des axes d'intervention et des axes de prévention en toxicomanie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement, en mars 2006, du Plan d'action interministériel en matière de toxicomanie 2006-2011; actions inscrites touchant les jeunes femmes, les femmes âgées et les femmes incarcérées</li> <li>• Diffusion d'un cadre de référence et d'un guide de bonnes pratiques, découlant de ce plan d'action</li> <li>• Reconnaissance de la toxicomanie chez les femmes enceintes comme un problème de santé publique; actions spécifiques visant la clientèle des femmes enceintes; formulation d'un message clair et uniforme concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse</li> <li>• Publication, en 2004, par l'INSP, de <i>l'État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec</i></li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication d'un dépliant, <i>La grossesse et l'alcool en questions</i>, par le MSSS, Educ'alcool et le Collège des médecins du Québec, distribué dans les cabinets de médecins</li> </ul>
<p><b>La sédentarité</b></p>	
<p><i>Réaliser une campagne de communication en vue de promouvoir l'activité physique en considérant les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie, <i>Vas-y, fais-le pour toi!</i> (<i>Bouger plus, Mangez mieux!</i> entre 2005 et 2007)</li> </ul>
<p><b>LA SANTÉ MENTALE</b></p>	
<p><i>Offrir des activités d'acquisition de compétences au personnel travaillant en santé mentale qui tiennent compte des approches différenciées selon les sexes afin de répondre adéquatement aux besoins</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion, en 2004, du <i>Guide pour le développement des compétences en santé mentale</i> et de la <i>Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale</i> comme outils de formation; ADS intégrée à ces documents</li> </ul>
<p><i>Déterminer les indicateurs différenciés selon les sexes qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problématique du suicide – indicateurs : idéation, passage à l'acte, selon sexe, âge, région</li> <li>• Mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010; filles et garçons de 15 à 19 ans de même que les hommes de 30 à 49 ans, désignés comme les clientèles les plus à risque du passage à l'acte suicidaire</li> </ul>
<p><b>L'ÉVOLUTION DE LA PRESTATION DE SERVICES : SES EFFETS SUR LES PRINCIPALES ACTRICES</b></p>	
<p><b>Les travailleuses des réseaux</b></p>	
<p><i>Actualiser les plans d'action des rapports de planification de la main-d'œuvre en tenant compte, entre autres, des besoins des travailleuses et assurer les suivis réguliers selon les différents volets</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout d'un facteur de féminisation dans le modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux</li> <li>• Réalisation d'une recherche sur l'attraction et le maintien en emploi des infirmières, en 2002-2003; recommandations divisées en six thèmes : les conditions financières,</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	l'organisation du travail, la pratique professionnelle, la formation et le perfectionnement, l'encadrement et l'environnement de travail
L'organisation des soins et des services	
<i>Cerner en profondeur les impacts socioéconomiques et organisationnels de la féminisation de la médecine en complétant des travaux de recherche en vue de comprendre les modèles de pratique médicale des femmes et des hommes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats de travaux de recherche ont été diffusés après le 1<sup>er</sup> avril 2007</li> </ul>
<i>Sensibiliser et inciter les instances responsables de la formation médicale à l'importance d'intégrer les éléments d'une analyse différenciée selon les sexes dans le traitement d'une patiente et d'un patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision du curriculum de formation universitaire des médecins</li> </ul>
<i>Poursuivre la recherche auprès du personnel soignant de la région de Québec sur les modèles d'organisation du travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion des résultats de la recherche sur l'évaluation des interventions mises en place dans quatre CHSLD et dans un CHSGS de la région de Québec dans le bulletin <i>Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation</i></li> <li>• Rapport final accessible sur le site Internet de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS)</li> </ul>
<i>Poursuivre le suivi de la transformation des services en santé physique et des effets de cette transformation sur l'accessibilité et la continuité des services</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travaux sur le suivi de la transformation des services de santé en santé physique n'ont pu être poursuivis jusqu'en 2003 tel qu'il était initialement prévu</li> <li>• Intégration, dans les nouveaux dossiers d'évaluation, de la préoccupation de l'adaptation des services aux besoins des femmes, qu'elles soient utilisatrices ou dispensatrices de soins et de services; analyse des différents impacts de ces changements selon le sexe</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<b>Les proches aidants</b>	
<p><i>Soutenir la réalité des personnes aidantes au moyen des actions suivantes :</i></p> <p>1) <i>poursuivre le développement des services à domicile</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication, en 2003, de la Politique de soutien à domicile, <i>Chez soi : le premier choix</i>, qui reconnaît l'engagement des proches aidants et des familles</li> </ul>
<p>2) <i>soutenir la mise en place d'une gamme de services harmonisée dans tous les territoires de CLSC</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication des précisions pour favoriser l'implantation de la politique (Politique de soutien à domicile), en 2004, qui réitèrent la nécessité de travailler à l'élaboration d'une offre de services adaptée aux besoins des familles et des proches</li> </ul>
<p>3) <i>implanter un outil d'évaluation des besoins des proches aidants, commun à tous les CLSC</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépôt, en 2006, du rapport du sous-comité de travail mis sur pied en vue d'analyser et de recommander un outil d'évaluation complémentaire destiné aux proches aidants</li> </ul>
<p>4) <i>rehausser graduellement l'offre de services aux proches aidants</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien aux familles ciblé, parmi les priorités d'intervention, dans les récentes orientations en matière de déficience intellectuelle, de déficience physique et de troubles envahissants du développement (TED)</li> <li>• Objectif repris lors de la mise en œuvre de la Politique de soutien à domicile, <i>Chez soi : le premier choix</i>, qui reconnaît les besoins des proches aidants</li> <li>• Allocation directe qui permet aux familles de s'offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage</li> <li>• Soutien aux familles de personnes handicapées par d'autres mesures qui ne sont pas prises en compte dans les résultats présentés, que ce soit de la part d'organismes communautaires ou selon d'autres modalités, dont l'appui aux tâches domestiques</li> <li>• Services à domicile offerts aux familles selon d'autres modalités qui ne sont pas prises en compte par ces indicateurs (ex. : appui aux tâches quotidiennes); services offerts par les organismes communautaires ou les entreprises d'économie sociale</li> <li>• Mise en place, par le gouvernement, de diverses mesures fiscales, crédits d'impôt et allocations spécifiques à l'intention des personnes ayant des incapacités ainsi qu'à leurs proches</li> </ul>

**OBJECTIF 3 AMÉLIORER NOTRE COMPRÉHENSION DE LA POPULATION FÉMININE ET DE SES BESOINS**

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<i>VOLET LES JEUNES FEMMES</i>	
<i>Documenter le phénomène des comportements et des idées suicidaires chez les jeunes filles, en considérant leur orientation sexuelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication de <i>L'Épidémiologie du suicide au Québec</i>, en 2004, par l'INSPQ</li> </ul>
<i>Poursuivre les travaux visant à soutenir la mise en place d'interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans, notamment dans le volet portant sur le rôle joué par les rapports sociaux dans certains facteurs de protection et de risque chez les jeunes filles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions selon l'approche <i>École en santé</i></li> </ul>
<i>VOLET L'EXPLOITATION SEXUELLE</i>	
<i>Réaliser une recherche sur les besoins en matière de santé et de services sociaux auprès des femmes tirant revenu d'activités sexuelles et des femmes exploitées sexuellement</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À considérer dans la prochaine stratégie d'action</li> </ul>
<i>VOLET LES ALTERNATIVES EN MÉDECINE</i>	
<i>Documenter et cerner le phénomène de l'utilisation des médecines alternatives du point de vue des femmes en comparaison avec les thérapies médicales, notamment en période entourant la ménopause</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À considérer dans la prochaine stratégie d'action</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
<b>VOLET LA REPRODUCTION HUMAINE ET GÉNÉTIQUE</b>	
<i>Poursuivre les travaux en matière de génétique humaine visant à élaborer des orientations ministérielles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion du <i>Plan d'action 2005-2008 sur l'organisation des services de génétique au Québec</i>, qui vise l'organisation des services de génétique en prenant appui sur l'expertise déjà en place : première phase d'une réflexion plus large amorcée au MSSS sur les développements de la génétique et leurs impacts sur le système de santé</li> </ul>
<i>Élaboration d'un avis sur les effets du développement des techniques de reproduction pour les femmes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation, en 2002, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des cliniques privées qui pratiquent dans le domaine de la procréation assistée : 19 centres offrent des services de procréation assistée, dont 3 cliniques privées</li> <li>• Mise à jour des orientations ministérielles en matière d'encadrement de la procréation assistée et projet de loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (projet de loi n° 89) déposé en décembre 2004</li> <li>• Consultations sur le projet de loi n° 89</li> </ul>
<b>VOLET LA SANTÉ DES POPULATIONS ET LES TRANSFORMATIONS DES MILIEUX DE VIE ET DE L'ENVIRONNEMENT</b>	
<i>Inscrire certaines problématiques liées à la qualité des milieux de vie et à la santé environnementale au Programme national de santé publique</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite des objectifs du Programme national de santé publique concernant la réduction des problèmes de santé liés à la contamination de l'environnement (eau, air, sol) par des substances toxiques</li> <li>• Attention particulière aux femmes, et particulièrement aux femmes enceintes, qui sont souvent plus vulnérables que la population générale aux effets des substances toxiques</li> <li>• Prise en compte de cette vulnérabilité dans l'évaluation des risques liée à l'analyse des impacts environnementaux des projets industriels, dans l'élaboration de normes ou de critères servant à la gestion des contaminants, etc.</li> <li>• Campagnes de sensibilisation et d'information du MSSS sur la contamination d'aliments, dont certaines espèces de poissons contaminées par le mercure, et directives à l'intention des femmes enceintes ou en âge de procréer</li> </ul>

ACTIONS INSCRITES STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006	ACTIONS RÉALISÉES DEPUIS 2002
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise sur pied d'un comité intersectoriel sur les cancers de la peau, impliquant le monde de l'éducation</li><li>• Stratégie de soutien au développement des communautés, conformément au Programme national de santé publique, afin de favoriser l'émergence d'initiatives et le développement de capacités individuelles et collectives en vue d'améliorer la santé et le bien-être des gens dans les milieux locaux</li></ul>

