



AU FÉMININ...  
À L'ÉCOUTE DE NOS BESOINS

# Plan d'action

en santé et bien-être des femmes 2010-2013

# Bilan

2010-2012

## **Coordination et rédaction**

Pascale Gagnon  
Unité de l'éthique,  
Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

## **Révision**

Madeleine Fex  
Pascale Gagnon  
Unité de l'éthique, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

## **Édition**

Nathalie Béliveau  
Unité de l'éthique, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

## **Collaboration**

Agences de la Santé et des Services sociaux  
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget  
Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité  
Direction générale de la santé publique  
Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire  
Direction générale des services sociaux  
Direction générale du personnel réseau et ministériel  
Direction québécoise de cancérologie  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

**Veillez noter que le présent document a fait l'objet d'une rédaction épïcène.**

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013  
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-67085-8 (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 de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

## RÉSUMÉ

Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de toutes les Québécoises, tout en ciblant des secteurs d'intervention qui sont jugés prioritaires et des clientèles féminines dont les réalités sont particulières. Le Plan d'action s'appuie sur les trois orientations ministérielles suivantes :

- 1- améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être;
- 2- adapter des soins et des services aux besoins des femmes;
- 3- intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux.

La production du présent bilan de mi-parcours, qui couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2012, répond à l'un des engagements de ce plan d'action triennal.

Concernant la première orientation du Plan d'action, les principales réalisations ont porté sur la création du site Internet *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*, sur la diffusion du cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, dont la grande majorité des données et des analyses sont ventilées selon le sexe, et sur la publication de résultats d'enquêtes et de travaux de recherche dont les thématiques touchent la santé et le bien-être des femmes.

En vue de la mise en œuvre de la deuxième orientation du Plan d'action, on a mis en premier lieu sur des activités visant à poursuivre et à renforcer l'intégration de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) au MSSS et dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'autres réalisations visaient à adapter certains programmes et services aux réalités de clientèles féminines ciblées par le Plan d'action, à savoir les femmes immigrantes et issues des communautés ethnoculturelles, les femmes autochtones, les femmes ayant une ou plusieurs limites fonctionnelles, les femmes vivant la pauvreté et l'exclusion sociale et les femmes des minorités sexuelles. Il s'agit principalement d'activités en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle, de périnatalité, de sécurité alimentaire, de services intégrés pour la petite enfance à l'intention des familles vulnérables, d'itinérance et de qualification des jeunes.

On rend également compte, concernant cette deuxième orientation, des réalisations liées à des secteurs d'intervention jugés prioritaires pour l'amélioration de la santé et du bien-être des filles et des femmes, à savoir les saines habitudes de vie, la sexualité saine et responsable, la santé physique, la santé mentale, la périnatalité, la violence conjugale et sexuelle, l'exploitation sexuelle, le vieillissement, l'aide aux proches et la santé des travailleuses du réseau.

Enfin, pour la mise en œuvre de la troisième orientation du Plan d'action, se démarquent des engagements régionaux et ministériels en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 et la contribution du MSSS et de ses partenaires à des projets intersectoriels et interministériels dont certaines dimensions touchent la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes au Québec.



## SOMMAIRE

Pour ce bilan de mi-parcours, les principales activités réalisées en vue de la mise en œuvre du Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, font référence à la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2012 et s'inscrivent dans trois grandes orientations ministérielles.

### Orientation 1

#### **Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être**

Afin de mieux adapter les interventions aux réalités et aux besoins spécifiques des femmes, il importe de disposer de données pertinentes et actualisées. Ces données servent de matière première à l'analyse des différentes problématiques de santé et de bien-être et enrichissent les exercices d'orientation et de planification du MSSS et du réseau de la santé et des services sociaux.

Durant la période visée, le Ministère s'est doté d'un nouveau site Internet, intitulé *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*, qui regroupe des données ventilées selon le sexe et classées en fonction des principaux déterminants de la santé et du bien-être. Par ailleurs, le cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, intitulé *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, diffusé en novembre 2011, présente une majorité de données et d'analyses qui font ressortir les particularités des femmes en matière de santé et de bien-être. D'autres résultats de travaux de recherche et d'enquêtes ont été diffusés entre 2010 et 2012, certains portant sur des problématiques spécifiques à la santé et au bien-être des femmes, d'autres sur des problématiques plus générales mais qui présentent des aspects plus particulièrement propres aux femmes. Ils sont mentionnés dans les sections appropriées du présent bilan.

### Orientation 2

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

Considérant que l'**intégration de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS)** constitue l'une des avenues les plus prometteuses pour favoriser l'adaptation des services aux réalités et aux besoins des femmes, des efforts ont été intensifiés afin d'en renforcer l'utilisation. Ainsi, neuf projets ministériels en ADS sont en cours dans divers secteurs d'intervention, à savoir l'itinérance, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les personnes âgées en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, l'homophobie et la santé mentale. À l'échelle gouvernementale, le MSSS a inscrit ces projets dans le Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015. Les instances régionales ont été appuyées afin de poursuivre l'intégration de l'ADS à leur échelle. De plus, le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ont été incités à renforcer l'utilisation de l'ADS dans leurs pratiques et leurs projets.

Des activités visant plus particulièrement les **femmes immigrantes et issues des communautés ethnoculturelles** ont été menées en périnatalité et en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle. Il en a été de même des activités destinées à la clientèle des **femmes autochtones** auxquelles se sont ajoutées des actions en matière d'itinérance.

Des projets visant la clientèle des **femmes vivant avec une ou plusieurs limites fonctionnelles** ont aussi été menés en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle. La réalité de cette clientèle sera mieux documentée grâce à l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement (EQLAV), en cours de réalisation durant la période 2010-2012.

Les **femmes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale** ont pu avoir recours aux programmes en matière de sécurité alimentaire et de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Une recension des modes d'intervention pouvant être adaptés aux filles a été réalisée dans le contexte du Programme qualification des jeunes (PQJ). Des mesures ont aussi été ciblées à l'intention des femmes dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Les réalités et les besoins des **femmes des minorités sexuelles** ont été pris en considération dans le Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016, *Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*.

Afin d'encourager l'adoption de **saines habitudes de vie chez les filles et les femmes**, des activités ont porté sur la sensibilisation à l'utilisation de produits, de services et de moyens amaigrissants (PSMA) et la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée. D'autres actions ont porté sur l'encadrement des activités de chirurgie esthétique et sur la prévention du tabagisme, des cancers de la peau chez les jeunes et de la consommation d'amphétamines en vue de perdre du poids.

En matière de **promotion d'une sexualité saine et responsable**, le MSSS a poursuivi des activités portant sur l'offre de counseling sur l'activité sexuelle, sur les méthodes de contraception chez les jeunes et sur l'organisation des services de consultation en milieu scolaire. Il a aussi soutenu des projets de démonstration visant à offrir des activités d'éducation à la sexualité, y compris des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse. L'intégration de l'ADS à certaines activités de lutte contre les ITSS et la consolidation des services de planification des naissances font aussi partie des réalisations.

Du point de vue de la **santé physique des femmes**, des actions ont porté sur la prévention et le dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin. Des pratiques cliniques préventives ont été promues auprès des milieux concernés, notamment sur le plan du dépistage de l'ostéoporose. En matière de santé et de bien-être des femmes au travail, des activités ont été menées afin de faire la prévention de l'exposition à certains agresseurs physiques, chimiques et biologiques et un grand nombre de données ventilées selon le sexe ont été colligées et diffusées grâce à l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST).

En matière de **santé mentale**, l'ADS a été intégrée à la journée thématique sur les besoins des proches aidants de personnes atteintes de cancer lors des Journées annuelles de santé mentale 2012. On a aussi repéré des modèles d'intervention déjà mis en place auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale, en appliquant une ADS, en vue de la réalisation de projets d'expérimentation dans le continuum des services intersectoriels en emploi et en santé. En matière de prévention du suicide, des activités de sensibilisation, dont celles sur les risques de la présence de médicaments à la maison, sont en cours d'implantation.

Les principales réalisations en matière de **périnatalité** concernent l'amélioration de l'accès au suivi prénatal, l'augmentation des effectifs de sages-femmes au Québec et la diminution du recours à des interventions obstétricales sans indication médicale. On retient aussi des travaux sur le dépistage de la dépression chez les femmes en période périnatale, des activités de counseling en matière d'allaitement maternel, la production d'un dépliant visant à prévenir la violence conjugale envers

les femmes enceintes et la réalisation d'études sur certains facteurs pouvant affecter la santé des femmes enceintes au travail.

En ce qui concerne les problématiques de **violence conjugale** et d'**agression sexuelle**, le MSSS a poursuivi ses engagements en matière d'information, de prévention, de dépistage, de détection précoce, d'intervention, d'adaptation et de développement des connaissances relativement au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. Il a aussi collaboré à l'élaboration du bilan quinquennal de ce plan d'action et à l'élaboration du nouveau plan d'action couvrant la période 2012-2017. Par ailleurs, des organismes et des projets ont été soutenus relativement à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.

Le phénomène du **vieillessement de la population** est de plus en plus présent. Afin d'approfondir cette question sous l'angle de l'ADS, le Ministère a produit un état de situation traitant de la réalité de vieillir au féminin et au masculin, du soutien aux proches aidants et de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Des actions ont été menées dans des secteurs d'intervention touchant particulièrement les femmes âgées, notamment les services de soutien à domicile, la prévention des chutes, la diminution de consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, la lutte contre la maltraitance et la prévention des agressions sexuelles.

L'**aide aux proches**, qu'il s'agisse de personnes âgées, d'adultes ou d'enfants, demeure une préoccupation sociale importante au Québec. Au cours de la période 2010-2012, les services de soutien à domicile et les services de répit destinés aux familles ont été bonifiés. Les services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie ont aussi été ciblés par une nouvelle politique gouvernementale et un plan d'investissement en vue de bonifier ces services dans huit régions sociosanitaires a été mis en place.

Des données récentes sur l'état de santé et de bien-être des **travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux** ont été compilées et diffusées par le Ministère. Ces données illustrent cette situation à l'échelle nationale, mais aussi selon les régions sociosanitaires, les catégories d'établissement, les secteurs d'emploi et les diagnostics. Les données sur la **représentation des femmes dans les structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux** ont aussi été actualisées.

### **Orientation 3**

#### **Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux**

Durant la période visée, le MSSS a encouragé les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) à participer aux exercices d'élaboration des nouvelles ententes régionales relatives à l'égalité entre les femmes et les hommes couvrant la période 2011-2015. Il en a résulté la signature, par les agences, de sept ententes régionales. L'orientation sur la santé et le bien-être des femmes a été inscrite dans onze de ces ententes et l'orientation sur la sécurité et l'intégrité des femmes, dans dix ententes.

En plus des projets régionaux et locaux soutenus par les ASSS relativement aux programmes-services réguliers, certaines agences ont collaboré à des initiatives provenant du milieu sur des questions aussi diverses que la santé mentale, la violence conjugale, l'hypersexualisation, les agressions sexuelles et les conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. Les agences s'assurent aussi de diffuser des données ventilées selon le sexe dans les portraits de santé qu'elles produisent.

Sur le plan national, le Ministère a participé activement à l'élaboration du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Il y a inscrit onze engagements à titre de ministère responsable et trois autres à titre de ministère coresponsable. Il collabore à la réalisation de plusieurs autres actions visant notamment la promotion des rapports égalitaires, l'éducation à la sexualité, la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée, le soutien aux proches aidants, la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail à haute densité de main-d'œuvre féminine ainsi que la prévention et l'intervention en matière de violence conjugale, d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle.

Le Ministère et ses partenaires ont mené également d'autres projets intersectoriels et interministériels portant sur certaines problématiques qui touchent la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes au Québec.

## AVANT-PROPOS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est doté, depuis quelques années déjà, d'outils permettant d'assurer l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes au Québec ainsi qu'une meilleure adaptation des programmes et des services à leurs réalités et à leurs besoins. C'est dans ce contexte qu'ont été diffusés, en 2002-2003, les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*.

La mise en œuvre de cette stratégie s'est concrétisée dans un premier plan d'action en santé et bien-être des femmes couvrant la période de 2002 à 2007. Le bilan de ce premier plan d'action a été diffusé en 2008. Un deuxième plan d'action en santé et bien-être des femmes couvrant la période de 2010 à 2013 a ensuite été élaboré et mis en œuvre. Ce plan d'action s'appuie toujours sur les trois grandes orientations ministérielles suivantes :

- 1- améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être;
- 2- adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des Québécoises;
- 3- intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux.

Il a été prévu, lors de son lancement, que ce deuxième plan d'action en santé et bien-être des femmes fasse l'objet d'un bilan de mi-parcours, afin de rendre compte à moyen terme de l'avancement des différentes actions qui y sont inscrites. Une collecte d'information sur les activités réalisées du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2012 a donc été menée auprès des directions du MSSS et des partenaires responsables d'une ou de plusieurs de ces actions; nous les remercions de leur précieuse collaboration. Les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont aussi été invitées à fournir des informations sur des réalisations spécifiques de l'orientation 3 du Plan d'action; nous les en remercions également.

Le bilan de mi-parcours expose les résultats des principales activités réalisées de 2010 à 2012 par le MSSS, les instances du réseau de la santé et des services sociaux et les autres partenaires concernés par le Plan d'action. Bien que la grande majorité des activités concerne les actions initialement prévues, la nature de ce plan d'action ministériel permet d'y intégrer de nouveaux éléments, selon les derniers développements. Il y est donc aussi fait mention de cinq réalisations entreprises après le 1<sup>er</sup> avril 2010.



## TABLE DES MATIÈRES

Orientation 1 - Améliorer notre connaissance des besoins des québécoises en matière de santé et de bien-être .....	1
Orientation 2 - Adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des québécoises .....	2
2.1 L'analyse différenciée selon le sexe (ADS) .....	2
2.2 Les diversités culturelles .....	4
2.3 Les réalités autochtones .....	10
2.4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences .....	14
2.5 La pauvreté et l'exclusion sociale .....	16
2.6 Les orientations sexuelles .....	20
2.7 Les habitudes de vie .....	22
2.8 La sexualité saine et responsable .....	27
2.9 La santé physique .....	31
2.10 La santé mentale .....	38
2.11 La périnatalité .....	42
2.12 La violence conjugale et sexuelle .....	46
2.13 L'exploitation sexuelle .....	50
2.14 Le vieillissement .....	51
2.15 L'aide aux proches .....	57
2.16 Les travailleuses du réseau .....	59
Orientation 3 - Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux .....	62
3.1 La coordination et la concertation au MSSS et dans le réseau .....	62
3.2 La concertation avec les partenaires .....	65
Conclusion .....	68
Bibliographie .....	69
Annexe - Synthèse des activités réalisées du 1 <sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2012 .....	75



## ORIENTATION 1

### AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DES BESOINS DES QUÉBÉCOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Afin de rendre plus facilement accessibles les données récentes sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises et sur les déterminants qui influent sur cet état, le MSSS a pris les engagements suivants :

**Créer, dans le site Internet du MSSS, une section qui présentera, sous une forme dynamique et actualisée, les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises, en prenant en considération les déterminants qui influent sur cet état**

Le MSSS, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), publiait tous les cinq ans les principaux indicateurs de l'état de santé et de bien-être des Québécoises. La dernière édition de ces monographies date de 2005<sup>1</sup>. Ces publications étaient grandement appréciées, mais le mode de diffusion, en version papier, ne facilitait pas la mise à jour des données. Afin de continuer à rendre accessibles les principaux indicateurs de l'état de santé et de bien-être des femmes et des hommes, tout en facilitant leur mise à jour, le Ministère a décidé de les diffuser en version électronique.

Le projet de création d'un nouveau site Internet, intitulé *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*, a démarré en 2010. En janvier 2012, 175 fiches thématiques présentant des données ventilées selon le sexe sous forme de figures et de faits saillants ont été mises en ligne dans le site Internet du MSSS<sup>2</sup>. De décembre 2011 à mars 2012, plus de 26 000 pages du site ont été visitées. Soulignons que ce projet fait partie des engagements du MSSS (action 22) relativement au Plan d'action en analyse différenciée selon le sexe 2011-2015<sup>3</sup> (PA ADS).

**AJOUT : Diffusion de données ventilées selon le sexe dans le cinquième rapport national de l'état de santé de la population québécoise, *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions***

Disposer d'un ensemble de renseignements pertinents sur la santé de la population est essentiel à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques visant son amélioration. Voilà pourquoi la Loi sur la santé publique établit, entre autres, la nécessité d'exercer de manière continue la surveillance de l'état de santé de la population. En vertu de cette loi, le MSSS et les directeurs de santé publique doivent, de façon concertée, produire et diffuser périodiquement un rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population. C'est ainsi que le cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, intitulé *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*<sup>4</sup>, a été diffusé en novembre 2011. Plus de 95 % des

- 
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Santé et conditions de vie des Québécoises – Portrait d'hier à aujourd'hui*, Québec, Les publications du Québec, 2005, 203 p.
  2. Le site Internet est accessible à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre>.
  3. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 37.
  4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INSTITUT DE LA STATIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec,

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

187 indicateurs de ce portrait de santé sont ventilés selon le sexe et les analyses rendent compte des spécificités des femmes et des hommes. Ce projet est aussi inscrit par le MSSS dans le PA ADS (action 21)<sup>5</sup>.

## ORIENTATION 2

### ADAPTER DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX BESOINS DES QUÉBÉCOISES

Afin que l'ADS soit davantage ancrée dans les pratiques ministérielles et du réseau, le MSSS a pris les engagements suivants :

#### 2.1 L'analyse différenciée selon le sexe (ADS)

<b>Poursuivre l'intégration de l'ADS à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets ministériels structurants</b>
---

Des projets ministériels visant l'intégration de l'ADS ont été inscrits dans le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*. Ils étaient pour la plupart soit en phase de démarrage, soit déjà en cours et ont été poursuivis de 2010 à 2012. Il s'agit des projets suivants :

- Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013... *Pour leur redonner*, pour des actions ciblées;
- Adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches pour le soutien aux proches aidants et l'hébergement;
- Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, concernant les infections qui sont en nette progression chez les femmes;
- Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP), concernant des activités ciblées<sup>6</sup>;
- Activités de formation et de recherche en santé mentale, lorsqu'elles sont jugées pertinentes;
- Programme qualification des jeunes (PQJ);
- Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2010-2016, *Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*, concernant des activités ciblées<sup>7</sup>.

---

Gouvernement du Québec, 2011, 156 p.; *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.

5. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE, idem, p. 36.

6. Ce projet est aussi inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, p. 23.

Tous ces projets, à l'exception du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie, ont été inscrits par le MSSS dans le PA ADS<sup>8</sup>.

En plus des projets mentionnés précédemment et des deux projets décrits dans l'orientation 1 du présent bilan, le MSSS s'est engagé en 2011, conjointement avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), à réaliser un autre projet en ADS, à savoir :

- mettre en œuvre des projets d'expérimentation afin d'améliorer le continuum de services intersectoriels en emploi et en santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale (en coresponsabilité avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS))<sup>9</sup>.

Le bilan détaillé des résultats de ces projets en ADS est exposé dans les sections thématiques concernées du présent bilan.

#### **Poursuivre les activités de sensibilisation et de formation en ADS au sein du MSSS et dans le réseau**

La formation en ADS, conçue par le MSSS en 2005, a été mise à jour en 2009-2010 et a été offerte au personnel professionnel des directions du Ministère responsables de secteurs aussi diversifiés que les services sociaux (jeunes, familles, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des déficiences, services de soutien à domicile), les services de santé et de médecine universitaire, la santé publique et le personnel réseau et ministériel.

Une formation en rédaction épïcène a été offerte à l'équipe de rédaction de la Direction des communications du MSSS en 2011.

Des présentations sur l'ADS adaptées au secteur de la santé et des services sociaux ont été faites auprès de différents groupes, notamment au comité interministériel en ADS, à l'organisme Équilibre, à des membres de missions internationales et à la 25<sup>e</sup> Rencontre nationale des intervenants en promotion de la santé et prévention des infections transmissibles sexuelles et par le sang (ITSS) auprès des personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI).

Des efforts spécifiques ont aussi été consacrés à encourager le renforcement de l'intégration de l'ADS dans les pratiques de partenaires de premier plan du MSSS, soit le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) ainsi que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Une recension de projets de recherche intégrant l'ADS a été réalisée à partir des répertoires de projets financés par le FRQS et le FRQSC, afin de créer une banque d'exemples en la matière. Des représentations ont également été faites auprès des responsables de la rédaction de guides pratiques à l'INESSS.

---

7. Ce projet correspond à l'action 20, inscrite par le ministère de la Justice dans le PA ADS, p. 25.

8. Ces projets correspondent aux actions 23, 24, 25, 26, 27 et 28 du PA ADS, p. 38-44.

9. Ce projet correspond à l'action 10 dans le PA ADS, p. 24.

**Soutenir l'intégration de l'ADS dans les pratiques du MSSS et du réseau par des activités d'accompagnement et de réseautage**

Bien que l'ADS ne soit plus mentionnée depuis 2008 dans les ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), des attentes sont formulées au personnel du réseau de la santé et des services sociaux concerné par les projets en ADS.

Ainsi, lors de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, les responsables en itinérance des ASSS ont été informés de l'intégration de l'ADS à certaines activités ciblées. Une reddition de comptes spécifique de l'ADS a aussi été réalisée.

Dans le cas du PNSP, trois activités (dépistage du cancer du sein, dépistage du col utérin et postes de travail sécuritaires pour les femmes enceintes et qui allaitent) et huit pratiques cliniques préventives (périnatalité et dépistage d'infections et de dépression chez les femmes enceintes, allaitement, dépression, dépistage des cancers du sein et du col utérin) s'adressent spécifiquement à des clientèles féminines. Ces activités sont mises en œuvre selon le calendrier d'implantation du Programme, dont les données devraient être disponibles en 2013-2014.

En ce qui concerne la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS, une surveillance est effectuée en continu, y compris des données régionales, et les activités sont réalisées et évaluées en fonction de clientèles ciblées, dont plusieurs clientèles féminines.

Dans l'élaboration du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2010-2016, *Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*, plusieurs des actions sous la responsabilité du MSSS ont été ciblées pour une ADS.

Les autres activités de déploiement des projets ministériels en ADS sont planifiées en fonction de l'échéancier de réalisation de chaque projet, dont la plupart sont en cours ou à venir.

## **2.2 Les diversités culturelles**

Afin de mieux répondre aux besoins des femmes immigrantes et issues des communautés culturelles, en prenant en considération leurs différents parcours, le MSSS a pris les engagements suivants :

**Mettre au point un cadre de référence qui établit les orientations à suivre en matière d'adaptation et de personnalisation des services à la diversité ethnoculturelle**

De 2000 à 2009, au Québec, 208 580 femmes (et 210 905 hommes) avaient été admises au Québec, toutes catégories de personnes immigrantes confondues (personnes issues de l'immigration

économique, d'un regroupement familial, réfugiées ou en situation semblable et autres personnes immigrantes)<sup>10</sup>.

En vertu d'un accord avec le gouvernement fédéral, le Québec s'est engagé à admettre annuellement une proportion de personnes réfugiées équivalente à son poids démographique par rapport à l'ensemble du Canada. Selon le ministère de l'Immigration et des Communautés ethnoculturelles (MICC), de 2000 à 2009, 30 848 femmes (et 33 156 hommes) ont été admises au Québec en raison de leur statut de réfugié ou d'une situation semblable. En 2011, ces femmes étaient encore présentes dans la province dans une proportion de 88,7 % (et les hommes, dans une proportion de 88,5 %)<sup>11</sup>.

Les personnes auxquelles on accorde le statut de réfugié et celles qui demandent asile sont particulièrement vulnérables, tant en raison des conditions de vie de leur pays d'origine que des difficultés que posent généralement leur adaptation et leur intégration à la société québécoise. Souvent, l'expérience vécue par ces personnes dans leur pays d'origine est traumatisante.

Le MSSS a réalisé un état des lieux de l'organisation des services de santé et des services sociaux déjà en place dans les régions d'accueil des personnes réfugiées et qui demandent asile. Il a aussi rédigé et diffusé, en 2012, les orientations ministérielles intitulées *Une passerelle vers un avenir en santé – La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état physique pour mieux desservir*<sup>12</sup>. Ces orientations visent principalement à consolider l'offre de service à l'intention de ces personnes, d'organiser les services de proximité en région et de mettre en place un réseau d'expertise afin d'accompagner et de soutenir ces services de proximité.

Le Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été mis sur pied en 2012. Ce réseau est formé des CSSS de la Montagne à Montréal, du CSSS-IUGS de Sherbrooke et du CSSS de la Vieille-Capitale à Québec. Le CSSS de la Montagne compte plusieurs dizaines d'années d'expérience et une expertise certaine auprès des communautés ethnoculturelles et particulièrement auprès des personnes qui revendiquent le statut de réfugié, notamment auprès des femmes issues des communautés ethnoculturelles.

**Créer un modèle d'accueil et de prise en charge des personnes réfugiées et définir les orientations au regard du bilan de santé et des services d'interprétariat**

Le MSSS a participé aux travaux du Comité interministériel sur l'offre de services en matière d'interprétariat, afin d'élaborer un cadre national de référence en matière d'interprétariat, sous la direction du MICC.

---

10. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Présence en 2011 des immigrants admis au Québec de 2000 à 2009*, Québec, Gouvernement du Québec, août 2011, p. 26.

11. Idem.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une passerelle vers un avenir en santé – La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état physique pour mieux desservir – Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 27 p.

Mettre en œuvre les engagements du MSSS en vertu du plan d'action gouvernemental 2008-2013 de la Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, *La diversité : une valeur ajoutée*

Les principaux engagements du MSSS dans le Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013, *La diversité : une valeur ajoutée*<sup>13</sup> sont les suivants :

- Mesure 3.4 « Soutenir la participation à la vie économique » ayant pour moyen d'action de « favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés ethnoculturelles au moyen du Programme Qualification des jeunes (PQJ) »;
  - Conformément aux recommandations adressées au MSSS par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans son rapport intitulé *Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés*, différentes mesures s'adressent au personnel du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des jeunes issus des communautés ethnoculturelles. Ces mesures visent essentiellement la formation, le soutien à l'intervention, l'adaptation des services et la mise en place de partenariats avec les organismes communautaires en vue de favoriser des services adaptés aux jeunes Québécoises et Québécois issus des communautés ethnoculturelles. Un comité de travail du MSSS et de son réseau de la santé et des services sociaux a été mis en place et verra à recommander les meilleures pratiques à implanter en ce sens.
- Mesure 4.1 « Appuyer les services publics afin de prévenir la discrimination » ayant pour moyens d'action :
  - « Enrichir les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services »;
    - Le MSSS a inventorié les activités et les programmes de formation ayant des contenus interculturels dans les universités québécoises de même que dans le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, il a réalisé, avec la collaboration de l'Université de Montréal, une recension des bonnes pratiques de formation ayant des contenus interculturels dans les bases de données empiriques.
  - « Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau »;
    - Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les ASSS ont répertorié les plaintes en raison de discrimination ou de racisme dans le système d'information de gestion des plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Leurs rapports de plaintes 2010-2011 et 2011-2012 ont été diffusés à l'automne 2011 et 2012

---

13. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013 – La diversité : une valeur ajoutée*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 62 p.

respectivement. Une démarche entreprise auprès des commissaires locaux et régionaux a permis de constater que certaines plaintes ont été classées dans la catégorie « discrimination-racisme » alors qu'il n'était pas question de discrimination au sens où le conçoit la Politique gouvernementale. Des réflexions se poursuivent en vue de préciser la définition des concepts et d'optimiser la méthode d'extraction des données.

- « Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé »;
- Le MSSS est soucieux de s'appuyer sur les recherches afin de prendre les meilleures décisions concernant la prestation de services de santé et de services sociaux destinés aux personnes issues des communautés ethnoculturelles. Des discussions se poursuivent avec le Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile ainsi qu'avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de mettre en place des mécanismes qui stimuleront le transfert de connaissances.

**Prendre en considération les besoins particuliers des femmes immigrantes ou issues de communautés ethnoculturelles à l'occasion de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie***

Le MSSS a accordé une aide financière à la Maison Bleue en 2010-2011 et en 2011-2012. La Maison Bleue est un groupe de médecine familiale (GMF) rattaché au CSSS de la Montagne et qui a pour principales clientèles des femmes, en grande partie des femmes immigrantes, ainsi que des familles vivant en situation de grande vulnérabilité. Ces clientèles reçoivent des services de périnatalité ainsi que le soutien d'un réseau composé de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, de personnel médical et infirmier et de sages-femmes.

**Prévenir la violence conjugale faite aux femmes immigrantes ou issues des communautés ethnoculturelles et intervenir à cet égard, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale**

Différents projets ont été réalisés, de 2010 à 2012, afin de prévenir la violence conjugale et d'intervenir auprès des femmes immigrantes et issues des communautés ethnoculturelles, conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale<sup>14</sup>, prolongé jusqu'en 2012, particulièrement par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- Mesure 12 « Soutenir les initiatives régionales et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer la violence conjugale »;
- En 2009-2010, la Table de concertation en violence conjugale de Montréal a mis à jour et en ligne une recension d'activités et d'outils élaborés en vue de venir en aide aux communautés ethnoculturelles de Montréal. Elle a aussi réalisé une analyse des besoins en vue d'établir les stratégies efficaces pour joindre les femmes de ces communautés.

---

14. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, ministère de la Justice et ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 32 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

- Mesures 12 et 47 « Soutenir les initiatives régionales et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer la violence conjugale » et « Rejoindre les communautés autochtones et les clientèles vivant des réalités particulières, par des activités de promotion et de prévention tant au niveau régional que provincial »;
  - En 2011-2012, la région de Montréal a participé à deux projets de recherche, l'un mené par le CRI-VIFF sur la violence conjugale en milieu multiethnique et l'autre mené par le Conseil du statut de la femme sur les mariages arrangés et forcés.
- Mesure 16 « Développer les habiletés des intervenantes et des intervenants à déceler, de façon précoce, les signes de violence conjugale chez les adultes et à détecter, chez les enfants, les signes d'exposition à cette violence, tout en veillant à assurer un suivi adéquat »;
  - En 2010-2011, la région de Laval a créé un comité interculturel 0-4 ans pour les clientèles spécifiques, en vertu du plan d'action pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).
- Mesure 47 « Rejoindre les communautés autochtones et les clientèles vivant des réalités particulières, par des activités de promotion et de prévention, tant au niveau régional que provincial »;
  - En 2011-2012, la région de la Capitale-Nationale a financé un projet de la Maison pour femmes immigrantes sur l'accessibilité aux services en violence conjugale;
  - En 2011-2012, la région de la Montérégie a :
    - Créé un comité Immigration et communautés ethnoculturelles, lequel a été mis en place dans un CSSS cette année (des liens devront être établis afin d'intégrer la problématique de la violence en 2012-2013 et des activités de sensibilisation et de formation spécifiques de cette clientèle devront être élaborées);
    - Organisé une rencontre de sensibilisation et d'information avec les immigrants en francisation (cette activité a été réalisée par la Maison Alice Desmarais).
- Mesure 53 « Soutenir des projets de recherche portant entre autres sur l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, des adolescents et des conjoints ayant des comportements violents; des femmes victimes de violence conjugale et présentant plusieurs problématiques »;
  - En 2011-2012, le CSSS de la Montagne a offert une formation sur la violence conjugale en contexte interculturel.
- Mesure 56 « Améliorer la connaissance des besoins des clientèles vivant des réalités particulières afin que les intervenantes et les intervenants puissent adapter leurs interventions et leurs outils aux réalités de ces clientèles »;
  - En 2010-2011, le CSSS de Laval a conçu un projet clinique fondé sur les besoins de la clientèle. La présence d'organisations communautaires, à toutes les tables et à toutes les étapes du projet clinique, ainsi que la présence d'intervenantes et d'intervenants de terrain à certaines étapes du projet clinique, notamment la détermination des écarts, et à

certaines tables permettent de cerner les réalités particulières des clientèles et d'en tenir compte;

- En 2010-2011, le CSSS de Laval, en collaboration avec l'organisme le Bouclier d'Athéna, a adapté l'intervention d'urgence en violence conjugale à la diversité ethnoculturelle lavalloise afin d'accompagner les femmes dans les 72 heures suivant une intervention policière.

**Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes immigrantes ou issues des communautés ethnoculturelles et intervenir à cet égard par la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle**

Un projet a été réalisé au cours de la période 2010-2012, conformément à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle<sup>15</sup>, afin de mieux prévenir les agressions à caractère sexuel faites aux femmes immigrantes et issues des communautés ethnoculturelles et d'intervenir auprès d'elles.

- Mesure 37 « Développer et diffuser des outils d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle, accessibles tant en anglais qu'en français, afin de les guider dans leur démarche pour obtenir de l'aide »;
- La Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal a mis à jour et diffusé, en langue française, anglaise et espagnole, le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*.

**Diffuser, auprès des décideurs et des planificateurs du réseau, des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser des services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique, présente ou potentielle, d'excision ou d'infibulation**

Le MSSS a produit, en 2010, le document *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation (mutilations génitales féminines) ou à risque de l'être – État de situation et recommandations*. Ce document s'adresse aux instances décisionnelles et aux responsables de la planification d'activités du réseau de la santé et des services sociaux.

Le MSSS s'est engagé, dans le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 (PAG Égalité) à poursuivre ses actions afin d'« adapter des services de santé et des services sociaux aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation » (action 66)<sup>16</sup>. Le Ministère traitera l'offre de formation spécifique des mutilations génitales dans un contexte plus global de formations interculturelles auprès des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

---

15. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, Québec, 2008, 71 p.

16. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 – Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 94.

**Poursuivre la participation aux travaux du sous-comité de travail interministériel sur la traite des femmes migrantes**

Le sous-comité de travail interministériel sur la traite des femmes a été mis sur pied en 2005. Sous la présidence du ministère de la Justice du Québec (MJQ) et regroupant le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF), le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le MSSS, son mandat était « d'examiner les mesures de protection des droits accordés aux femmes migrantes victimes de trafic, et ce, dans le respect des compétences du gouvernement du Québec, et d'examiner les possibilités de négocier une entente avec le gouvernement fédéral sur cette question ».

En 2009, le sous-comité interministériel a déposé au Comité directeur son projet de rapport sur la traite des femmes migrantes. Il est prévu que la suite des travaux sur cette problématique soit reprise dans le contexte de la mise en œuvre de l'action 86 du PAG Égalité<sup>17</sup>, qui vise à sensibiliser la population afin de prévenir l'exploitation sexuelle et de venir en aide aux femmes qui veulent quitter le milieu de la prostitution.

Dans ce contexte, la définition de « traite des personnes » a été élargie afin de couvrir non seulement la traite des femmes migrantes, mais également la traite des filles et des femmes à l'échelle interrégionale ou interprovinciale.

### **2.3 Les réalités autochtones**

Bien que les services de santé et les services sociaux auprès des communautés autochtones non conventionnées du Québec soient sous la responsabilité du gouvernement fédéral, le MSSS a pris les engagements suivants :

**Poursuive l'adaptation des orientations de la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie*, à la réalité des différentes communautés autochtones**

Afin de soutenir le développement de services de sages-femmes adaptés à la réalité des communautés autochtones, le MSSS s'assure de la concertation avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Le MSSS compte notamment sur la collaboration étroite de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) relativement aux activités de consolidation et d'encadrement de la formation des sages-femmes inuites.

Le Nunavik Midwifery Working Group a été créé en 2008 en tant que groupe de travail de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. Il est composé de sages-femmes travaillant au Nunavik, de représentantes et de représentants des deux centres de santé, de la Régie et de l'OSFQ. Ce groupe a pour mandats principaux de s'assurer que les femmes du Nunavik continuent d'avoir accès à des services de sages-femmes de qualité et que le programme de formation inuit soit reconnu et offert également dans la région de la Baie d'Ungava.

---

17. Idem, p. 114.

La même année, le conseil d'administration de l'OSFQ a reconnu l'équivalence de la formation des sages-femmes inuites, afin que ces dernières se voient accorder des permis réguliers, sans restriction territoriale. Un comité de formation inuit a été formé; il a pour mandat de déterminer les besoins et les étapes de l'élaboration du programme afin de répondre aux besoins de la communauté tout en continuant de satisfaire aux exigences de qualité d'une formation reconnue par un ordre professionnel.

Plus récemment, l'OSFQ a traduit, avec le soutien du Centre de santé Inuulitsivik, le *Référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*<sup>18</sup>. L'organisme a aussi effectué une recherche documentaire sur la situation des sages-femmes autochtones au Québec et dans les autres provinces.

**Prévenir la violence conjugale faite aux femmes autochtones et intervenir à cet égard, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale**

Différents projets ont été réalisés, de 2010 à 2012, afin de prévenir la violence conjugale et d'intervenir auprès des femmes autochtones, conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale (prolongé jusqu'en 2012), plus particulièrement par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- Mesure 47 « Rejoindre les communautés autochtones et les clientèles vivant des réalités particulières, par des activités de promotion et de prévention tant au niveau régional que provincial »;
  - En 2010, une campagne a été lancée au Nunavik dans le contexte de la Journée pour l'élimination de violence : concours d'affiches et de rédaction dans les écoles et dans la population en général, émission de radio diffusée sur CBC North Radio à laquelle participaient trois panelistes inuits, tribune radiophonique à la radio régionale TNI, campagne de rubans blancs et soutien aux communautés pour l'organisation de leurs activités locales. Une autre campagne régionale a été mise en place au Nunavik afin de sensibiliser la population au phénomène de la violence familiale et de promouvoir les services offerts dans la région; des calendriers, des cartes-ressources et des porte-clés promotionnels ont été distribués dans toutes les boîtes postales de la région.
- Mesure 50 « Demander la collaboration des principaux organismes directement concernés par la situation des femmes autochtones et s'associer au Secrétariat aux affaires autochtones pour documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes autochtones »;
  - En 2006, une entente a été signée entre le MSSS et le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) concernant la réalisation d'une recherche portant sur la violence conjugale envers les femmes autochtones. Cette recherche a été achevée en 2011-2012.

---

18. ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC. *Référentiel d'activité professionnelle liée à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*, Montréal, Maïa Éditions, 2009.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

- Mesure 52 « Apporter un soutien financier à Femmes Autochtones du Québec inc. (FAQ) dans ses activités de promotion de la non-violence pour aider l'organisme à remplir sa mission. Appuyer les activités de formation, d'information et d'appui aux intervenantes des maisons d'hébergement pour les femmes autochtones victimes de violence »;
  - En 2010-2011 et 2011-2012, un montant annuel de 50 000 \$ a été remis à FAQ afin de financer le poste de la coordonnatrice en prévention de la violence. Ce montant s'ajoute au financement du poste de la coordonnatrice santé en vertu du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.
- Mesure 56 « Améliorer la connaissance des besoins des clientèles vivant des réalités particulières afin que les intervenantes et les intervenants puissent adapter leurs interventions et leurs outils aux réalités de ces clientèles »;
  - En 2010-2011, un soutien financier a été accordé à la communauté algonquine de Kitcisakik, en Abitibi-Témiscamingue, en vue de la poursuite des activités de recherche-action et d'intervention sur le terrain. Ces activités permettront la rédaction d'un livre sur la pratique clinique à Kitcisakik comprenant un modèle thérapeutique ainsi que les enquêtes réalisées dans la communauté. De plus, la même année, des activités de réseautage ont été organisées à l'intention des maisons d'hébergement du Nunavik dans le but notamment de partager leurs connaissances sur les besoins de la clientèle et sur les interventions adaptées en vue d'y répondre.
- Mesure 57 « Identifier et mettre en application des solutions globales et adaptées aux réalités des communautés autochtones »;
  - En 2009-2010, dans la région du Nunavik, un camp de cinq jours en nature a été organisé à l'intention des femmes victimes de violence. Les ateliers visaient le développement du leadership, de l'estime de soi et du bien-être, le développement d'habiletés à résoudre des problèmes et à faire une planification financière ainsi que la compréhension du phénomène de la violence familiale, et ce, dans le contexte d'activités culturellement adaptées (discussions de groupe, sorties de pêche, ateliers de couture, contes, etc.);
  - La même année, dans la région du Nord-du-Québec, la maison de femmes Uni-Vers-Elles de Matagami a mis en place un service d'hébergement 24-48 heures afin de pallier l'absence de maison d'aide et d'hébergement pour femmes en difficulté dans la communauté. Ce service permet de disposer du temps nécessaire à l'orientation de la victime vers des services adaptés à ses besoins;
  - Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, depuis 2011-2012, on s'est assuré de la présence d'une représentante des organismes communautaires pour femmes autochtones de différentes communautés à la Table régionale de concertation sur la violence faite aux femmes.

**Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes autochtones et intervenir à cet égard, conformément à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle**

Différents projets ont été réalisés au cours de la période 2010-2012, conformément à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle, afin de mieux

prévenir ce type d'agressions et d'intervenir auprès des femmes autochtones qui en sont victimes, plus particulièrement par la mise en œuvre des mesures suivantes :

- Mesure 17 « Soutenir des initiatives régionales et locales émanant des communautés visant à prévenir et à contrer les agressions sexuelles »;
  - Réalisation d'initiatives régionales de la région du Nunavik :
    - À Kuujuaq en 2010-2011 et à Quaqtaq en 2011-2012, un comité régional composé de différentes organisations (notamment le Corps de police régional Kativik, la Commission scolaire Kativik et le Centre de santé Tulattavik) a réalisé une campagne de prévention des agressions sexuelles chez les enfants de deux communautés;
    - En 2011-2012, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a reçu un soutien financier afin de contribuer à la réalisation d'un projet de prévention de la violence et des agressions sexuelles chez les femmes autochtones.
  - Mesure 43 « Soutenir financièrement Femmes autochtones du Québec inc. (FAQ) pour l'exercice des activités de la coordonnatrice santé-services sociaux en matière d'agression sexuelle »;
    - En 2010-2011 et 2011-2012 respectivement, la FAQ a reçu un montant annuel de 60 000 \$ pour le financement du poste de la coordonnatrice-santé en vertu du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.
- Mesure 73 « Développer des outils de traitement et de prise en charge pour l'intervention auprès des victimes et des agresseurs sexuels membres des Premières Nations »
  - En 2011-2012, la FAQ et la CSSSPNQL ont élaboré et rédigé le *Guide d'intervention en matière d'agression sexuelle pour les intervenants qui œuvrent auprès des clientèles autochtones* et effectué une tournée de formation sur ce guide.

**Mettre en œuvre les actions concernant les femmes autochtones en vertu du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...**

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013<sup>19</sup>, lancé en décembre 2009 sous la coordination du MSSS, regroupe plusieurs partenaires gouvernementaux, soit la Société d'habitation du Québec (SHQ), le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT), le ministère de la Justice (MJQ), le ministère de la Sécurité publique (MSP), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le Secrétariat à la jeunesse (SAJ) ainsi que le Secrétariat aux affaires autochtones (SAA).

Ce plan inclut 70 actions, regroupées selon les cinq priorités suivantes :

---

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 – Pour leur redonner...* Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 50 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

- 1- renforcer la prévention;
- 2- favoriser la stabilité résidentielle;
- 3- améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes;
- 4- favoriser une cohabitation tolérante et sécuritaire entre les différents groupes de citoyen;
- 5- accroître la recherche.

Le Plan d'action vise à mieux circonscrire la réalité de l'itinérance, notamment en fonction des sous-groupes en présence, soit les femmes, les hommes, les jeunes, les personnes âgées, les Autochtones et les personnes immigrantes ou issues de communautés ethnoculturelles. S'adressant aux intervenantes et aux intervenants qui travaillent auprès des personnes itinérantes et aux décideuses et aux décideurs à l'échelle nationale, régionale et locale, le Plan d'action vise également à déterminer des actions structurantes afin de prévenir et de contrer l'itinérance.

On reconnaît, dans ce plan d'action, que la situation des femmes autochtones est particulièrement préoccupante. Les principales réalisations touchant cette clientèle ont été les suivantes :

- Action 35 « Consolidation des places en hébergement d'urgence pour hommes, femmes et personnes autochtones »;
  - En 2010-2011, un organisme communautaire montréalais offrant de l'hébergement d'urgence aux femmes et hommes autochtones en situation d'itinérance s'est vu accorder un financement récurrent additionnel afin de consolider son offre de service.
- Action 64 « Documentation du phénomène de l'itinérance : chez les personnes ayant sollicité l'asile et les personnes immigrantes, notamment les jeunes; chez les Autochtones en milieu urbain »;
  - Le MSSS a confié un mandat de recherche visant à documenter le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones dans les villes de Montréal et de Val d'Or.

## 2.4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences

Afin que ses interventions soient mieux adaptées aux besoins des femmes ayant une ou plusieurs limites fonctionnelles, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Produire l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement – volet « 15 à 64 ans » – en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec**

Les travaux entourant l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement (EQLAV) ont débuté en 2006-2007. La collecte des données a été réalisée de novembre 2010 à décembre 2011 auprès de 8 628 répondantes et répondants âgés de 15 à 64 ans ayant une ou des limites d'activités.

Les résultats de cette enquête s'ajouteront à deux contributions récentes, soit la publication intitulée *Vivre avec une incapacité au Québec – Un portrait statistique à partir de*

*l'Enquête sur la participation et la limitation d'activités de 2001 et 2006*<sup>20</sup>, une production de l'Institut de la statistique du Québec qui inclut de nombreuses données ventilées selon le sexe, et la publication intitulée *Des nouvelles d'Elles – Les femmes handicapées du Québec*<sup>21</sup>, un portrait réalisé par le Conseil du statut de la femme (CSF) en collaboration avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

**Prévenir la violence conjugale faite aux femmes ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale**

Les projets suivants ont été réalisés, de 2010 à 2012, afin de prévenir la violence conjugale et d'intervenir auprès des femmes ayant des limites fonctionnelles, conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, prolongé jusqu'en 2012 :

- Mesure 50 « S'associer à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées »;
  - En 2010-2011, l'OPHQ a déposé le rapport et les recommandations du projet de recherche « Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale »;
  - Depuis 2011-2012, dans la région de l'Abitibi-Témiscaminque, on assure la présence d'une représentante des organismes communautaires pour personnes handicapées à la Table régionale de concertation sur la violence faite aux femmes.

**Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard, à l'occasion de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle**

Une mesure du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle, soit la mesure 85, vise à « dispenser une formation sur l'intervention en matière d'agression sexuelle aux professionnelles et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en s'assurant de tenir compte des besoins des groupes vulnérables (personnes handicapées et personnes immigrantes, notamment) et des différentes clientèles ».

Durant la période visée, le MSSS a accordé au Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RQCALACS) un montant relatif à un projet de formation sur l'intersectionnalité à l'intention des femmes doublement discriminées, notamment en raison de limites fonctionnelles.

---

20. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vivre avec une incapacité au Québec – Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et la limitation d'activités de 2001 et 2006*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 349 p.

21. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'Elles – Les femmes handicapées du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 76 p.

## 2.5 La pauvreté et l'exclusion sociale

Le MSSS reconnaît la réalité de la pauvreté chez les femmes et a pris, notamment, les engagements suivants :

**Soutenir le développement et la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains, conformément au PNSP**

Au Québec, 308 projets régionaux intégrateurs et concertés en sécurité alimentaire ont été réalisés en 2010-2011 et 353 en 2011-2012, dont 60 % visent l'autonomie alimentaire et 40 % consistent en dépannage alimentaire. La consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs est inscrite dans le PNSP<sup>22</sup>.

Les projets intégrateurs et concertés en sécurité alimentaire, déployés par les organismes communautaires et les différents partenaires, visent l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs ainsi que l'intégration sociale des personnes démunies, tout en leur permettant d'améliorer leurs habiletés de préparation des aliments et d'établissement d'un budget. Les différents types de projets comprennent les cuisines collectives, les jardins communautaires, les épiceries communautaires, la mise sur pied de comités de concertation locaux et régionaux, les projets d'évaluation de besoins et d'évaluation d'implantation, etc.

Sachant que 4,4 % des femmes de 12 ans et plus au Québec vivent une insécurité alimentaire précaire modérée et que 1,8 % de ces femmes vivent une insécurité alimentaire qualifiée de grave, que cette insécurité alimentaire est observée dans des proportions plus importantes chez les femmes âgées de 20 à 44 ans, et qu'elle est particulièrement le lot des familles monoparentales dont près de 22 % de familles où le parent unique est une femme, cette mesure s'avère primordiale pour l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur santé<sup>23</sup>.

**Poursuivre la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, conformément au PNSP**

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité combinent les programmes « Soutien aux jeunes parents », « Naître égaux » et « Grandir en santé »<sup>24</sup>.

Ces services s'adressent aux femmes enceintes et aux mères qui vivent sous le seuil de faible revenu et qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (DES) ou professionnelles (DEP) ainsi qu'aux pères et aux enfants de 0 à 5 ans. Ils sont offerts aux familles de toutes les régions du

---

22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 47-48.

23. STATISTIQUE Canada. Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Familles monoparentales – Recensement de la population de 2011*.

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 44.

Québec, de la période prénatale jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. Les SIPPE se traduisent par un accompagnement des familles s'actualisant principalement par des visites à domicile, des interventions de groupe, un soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants (organisées principalement en collaboration avec les services de garde éducatifs à l'enfance), un accompagnement vers les ressources du milieu et une participation à des actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants.

Les SIPPE arrivent à joindre de plus en plus leur clientèle cible. Ainsi, en 2007-2008, 57,8 % des femmes admissibles (celles ayant moins de 20 ans et celles de 20 ans et plus, vivant sous le seuil de faible revenu, n'ayant pas de DES ou de DEP, et ayant accouché au cours de l'année) avaient été jointes par les services. En 2008-2009, cette proportion est passée à 69,7 %, elle a ensuite augmenté à 81 % en 2010-2011 et, en 2011-2012, 83 % des 5 306 femmes admissibles avaient été jointes par les SIPPE<sup>25</sup>.

**Poursuivre, en y intégrant l'ADS, les actions menées conformément au Programme qualification des jeunes (PQJ), afin de favoriser l'insertion sociale des jeunes de 16 à 19 ans qui ont connu un ou des placements en famille d'accueil**

Le Programme Qualification des jeunes (PQJ) est un programme d'accompagnement offert aux jeunes âgés de 16 ans qui reçoivent déjà des services des centres jeunesse, mais pour qui une intervention additionnelle est nécessaire afin de les soutenir dans leur passage à la vie adulte. Le Programme cible les jeunes les plus vulnérables au regard des défis que représentent la préparation à la vie autonome, l'insertion socioprofessionnelle et le développement d'un réseau social et de soutien. Ce programme, d'une durée de 3 ans, se distingue des services réguliers du centre jeunesse puisqu'il se poursuit au-delà de la majorité des jeunes, permettant ainsi la présence d'un intervenant significatif jusqu'à 19 ans. Le PQJ permet de faire une différence dans le parcours de jeunes qui ont vécu des périodes de placement, lesquels n'ont, pour la plupart, aucun projet d'avenir et que peu de personnes significatives, voire aucune, pourront soutenir dans les débuts de leur vie adulte. Le PQJ a été déployé dans un souci d'arrimage avec les actions des partenaires de la communauté afin de veiller à la continuité des liens sur lesquels les jeunes pourront s'appuyer.

Le MSSS s'est engagé à ce que l'ADS soit intégrée au PQJ, en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Ce projet a été inscrit dans le PA ADS (action 26)<sup>26</sup>. C'est ainsi qu'en 2011-2012, l'ACJQ a mis en place des outils permettant de collecter des données ventilées selon le sexe sur les clientèles jointes par ce programme. Durant cette première année d'intégration de l'ADS, on a dénombré 412 filles et 553 garçons ayant participé au PQJ. De plus, l'ACJQ a mené une consultation auprès des équipes du Programme afin de faire une recension des modalités d'intervention pouvant être observées lors des interventions, ce qui a fait ressortir certains constats généraux sur les modalités qui seraient mieux adaptés aux besoins spécifiques des filles qui participent au Programme.

Parmi les observations recensées, mentionnons, à titre d'exemple, que les filles démontrent un plus grand intérêt pour les activités portant sur la connaissance de soi et les activités de nature

---

25. Données provenant système d'information sur la clientèle et les services des CSSS (I-CLSC), compilation du MSSS.

26. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 42.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

réflexive, une plus grande aptitude à l'introspection, une plus grande facilité à parler de leurs émotions et de leur vécu, davantage de collaboration lors des suivis à l'aide d'outils cliniques et une réponse positive aux changements qui sont observés dans leur attitude. Elles auraient moins besoin d'encadrement que les garçons, sont mieux organisées et volontaires lors des activités, elles sont plus motivées à découvrir les diverses ressources de la communauté et à les utiliser. Les activités portant sur les relations amoureuses, la contraception, l'alimentation, l'organisation quotidienne, l'accès aux ressources, les soins de la personne, le logement et la gestion du budget sont les thèmes des activités qui intéressent davantage les filles. Par contre, étant donné que les filles s'expriment avec une plus grande émotivité en paroles, la distanciation physique est nécessaire.

Malgré les différentes modalités d'interventions observées, les éducatrices et les éducateurs s'accordent pour dire que l'approche utilisée dans le PQJ est davantage déterminée par la dynamique du jeune, dans le contexte d'une intervention personnalisée, que par le fait qu'il soit une fille ou un garçon.

**Prévenir les problèmes liés à l'itinérance qui touchent les femmes et intervenir à cet égard, conformément au Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...**

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 a été lancé à la fin 2009. Lors de son élaboration et de sa rédaction, la réalité particulière des femmes en situation d'itinérance a été étudiée et prise en considération. L'ADS a été désignée comme l'un des éléments marquants pour orienter les actions<sup>27</sup> et le MSSS a encouragé ses partenaires à cibler des activités auxquelles pouvait être intégrée l'ADS. Ainsi, après la première année de mise en œuvre de ce plan d'action (2010-2011), 33 de ses 70 actions étaient ciblées en vue de l'intégration de l'ADS<sup>28</sup>. Outre les actions visant les femmes autochtones (voir la section 2.3) et celles concernant le Programme qualification des jeunes (PQJ) présentées précédemment, le bilan 2010-2012 des résultats relatifs aux actions ciblées en vue d'une ADS dans le Plan d'action permet de dégager des stratégies et des avancées instructives.

- Action 23 « Intensification du suivi post-traitement en toxicomanie aux personnes à risque de désaffiliation sociale »; action 38 « Renforcement des services de proximité (travailleurs de rue, équipes mobiles d'intervention interdisciplinaire) »; action 46 « Mise en place de projets expérimentaux concertés de réinsertion sociale et professionnelle »;
  - Les organismes et les établissements qui ont reçu du financement en vue d'appliquer ces mesures ont été invités à prendre en compte l'ADS; la réponse a été positive. Des stratégies ont été prévues afin que les projets répondent aux besoins spécifiques des clientèles féminines, lorsque ce type de clientèle était visé.
- Action 30 « Consolidation du soutien communautaire en logement social »;
  - Dans la région de la Capitale-Nationale, un des projets élaborés vise à faciliter la transition des femmes entre un hébergement en milieu communautaire étroitement supervisé (après

---

27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 – Pour leur redonner...* Québec, Gouvernement du Québec, 2009, p. 20.

28. *Idem*, p. 38.

l'itinérance) et la vie en appartement autonome, afin de favoriser la stabilité résidentielle des femmes;

- À Montréal, le formulaire de demande de financement du programme Soutien communautaire en logement social (SCLS) inclut, dans son volet « clientèle desservie », une question concernant la répartition des femmes et des hommes. Les projets ayant reçu du financement en vertu du Plan d'action permettront d'offrir ce type de soutien à un nombre équivalent d'hommes et de femmes.
- Action 34 « Élaboration et diffusion d'un guide de bonnes pratiques en itinérance afin de soutenir les intervenantes et les intervenants »;
  - L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) est chargé d'élaborer un guide de bonnes pratiques d'intervention auprès des personnes itinérantes ou à risque de le devenir, ayant une toxicomanie ou des troubles mentaux. Il est prévu que l'ADS soit prise en considération dans l'ensemble du processus d'élaboration de ce guide.
- Action 35 « Consolidation des places en hébergement d'urgence pour hommes, femmes et Autochtones »;
  - Les besoins en hébergement d'urgence des femmes ont été pris en compte dans l'attribution du financement accordé en vertu du Plan d'action.
- Action 37 « Mise en place de services de répit et de lits de dégrisement »;
  - À Montréal, des travaux ont été réalisés afin de mettre en place, de façon permanente, un centre de répit et de dégrisement. L'offre de service a été élaborée en tenant compte de l'ADS. Par exemple, l'aménagement intérieur de l'immeuble (étages et services distincts pour les femmes et les hommes) a été prévu en conséquence.
- Action 39 « Consolidation des centres de jour visant la réinsertion sociale »;
  - Le MSSS a soutenu la création d'un centre de jour pour femmes en situation d'itinérance à Montréal.
- Action 53 « Mise en place d'une coordination intersectorielle visant à optimiser les ressources disponibles pour prévenir et contrer l'itinérance dans les villes où elle est la plus présente »;
  - Dans les quatre villes ciblées en vue de la mise en place d'une coordination intersectorielle, soit Québec, Montréal, Gatineau et Trois-Rivières, l'ADS a été prise en compte. Des distinctions ont notamment été apportées lors de l'élaboration du portrait des services existants et de l'identification des besoins au regard des clientèles féminines.

### 3.6 Les orientations sexuelles

Afin d'offrir des services adaptés aux besoins des femmes d'orientations sexuelles diverses, et ce, dans le respect de leurs différences, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action de la Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, *Ensemble vers l'égalité sociale*, en tenant compte des réalités différenciées des femmes et des hommes**

Le MSSS a participé activement aux travaux d'élaboration du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016, *Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*<sup>29</sup>. Ce plan d'action, lancé en 2011 par le ministère de la Justice (MJQ), réunit neuf ministères à titre de partenaires. Le MSSS y est engagé en tant que ministère responsable ou ministère collaborateur relativement à 26 actions, dont quatorze sont ciblées en vue d'une ADS (qui sera bonifiée par une analyse différenciée selon le genre<sup>30</sup>, compte tenu de la clientèle visée). Ces actions concernent principalement la première priorité du Plan d'action : « Reconnaître les réalités des personnes des minorités sexuelles (par des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche) » et à la troisième priorité : « Favoriser le mieux-être (par le soutien aux victimes de l'homophobie, l'adaptation des services publics et l'action communautaire) ».

La mise en œuvre du Plan d'action a débuté en 2011-2012 et un premier bilan permet de dégager les résultats de certaines des réalisations ciblées en vue d'une analyse selon le genre par le MSSS.

- Action 38 « Soutenir les victimes d'homophobie par la disponibilité d'un répertoire des ressources pouvant aider les personnes de minorités sexuelles »;
  - Le MSSS a élaboré un répertoire des ressources susceptibles de venir en aide aux jeunes, notamment les jeunes des minorités sexuelles. Les données recueillies devraient être diffusées sur le portail Santé Québec en 2013-2014.
- Action 41 « Soutenir les victimes d'homophobie par une formation adéquate du personnel professionnel susceptible d'intervenir auprès des personnes de minorités sexuelles »;
  - Un guide d'intervention portant sur les orientations homosexuelle et bisexuelle a été diffusé lors de la formation offerte au personnel professionnel en intervention psychosociale qui assure le service de consultation téléphonique psychosociale jour et nuit (Info-Social) dans les CSSS.

---

29. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011 2016 – Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 17 p.

30. « Le terme « sexe », ou « sexe biologique » renvoie aux caractéristiques biologiques comme l'anatomie (taille et conformation corporelle par exemple) et la physiologie (activité hormonale et fonctionnement des organes par exemple) qui distinguent les femmes des hommes. Le terme « genre », ou « sexe social », renvoie à toute la gamme des rôles déterminés socialement, les traits de personnalité, les attitudes, les comportements, les valeurs, l'influence et le pouvoir relatifs que la société attribue de façon différente à l'un et à l'autre sexe » (définition tirée du site Internet de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/gender-genre/analys/gender-sexes-fra.php#why>). De plus, par « identité de genre », on fait référence à l'identité ressentie et affirmée d'une personne ne correspondant pas en totalité ou en partie à l'identité sexuelle qui lui a été attribuée à la naissance (inspirée de : COMITÉ TRANS DU CONSEIL QUÉBÉCOIS DES GAIS ET LESBIENNES, *Plan de revendications trans, Présenté au ministère de la Justice*, avril 2012, p. 5).

- Action 42 « Favoriser l'adaptation des services publics par l'assurance de la disponibilité de services adaptés »;
  - Le MSSS a amorcé ses réflexions sur les lignes directrices et les orientations ministérielles concernant le soutien des personnes des minorités sexuelles et la lutte contre l'homophobie afin d'encourager l'inclusion des réalités des personnes des minorités sexuelles, soit les personnes transsexuelles et transgenres, des familles homoparentales, et des problématiques émergentes dans les politiques, les programmes et les recherches relevant du réseau de la santé et des services sociaux.
- Action 43 « Favoriser l'adaptation des services publics par l'assurance de la disponibilité de services adaptés »;
  - Le MSSS a mis sur pied un mécanisme de suivi afin de s'assurer que l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux soit adaptée aux besoins des personnes de minorités sexuelles, de celles qui se questionnent sur leur orientation ou leur identité sexuelle, des familles homoparentales et des proches.
- Action 46 « Favoriser l'adaptation des services publics par l'adaptation d'outils, de documents, de politiques et de programmes »;
  - Le MSSS a mis de l'avant un projet qui vise à s'assurer que l'élément relié à l'identité sexuelle fasse partie des impressions cliniques nécessaires à l'évaluation et au dépistage des problèmes de santé mentale chez les jeunes. Les travaux ont été réalisés par le CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.
- Action 55 « Soutenir l'action communautaire par l'établissement d'un portrait des organismes communautaires »;
  - Une consultation a été menée auprès des ASSS afin de dresser un inventaire des ressources communautaires dont la mission globale vise à répondre aux besoins des personnes de minorités sexuelles et de tracer le portrait d'autres organismes communautaires pouvant contribuer à la lutte contre l'homophobie et au soutien aux personnes de minorités sexuelles ou victimes d'homophobie.

## 2.8 Les habitudes de vie

Afin de favoriser les interventions destinées à encourager l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes filles et les femmes, le MSSS a pris, notamment, les engagements suivants :

**Conformément au 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 :**

- sensibiliser les médias, écrits et électroniques, afin qu'ils traitent davantage de la pratique d'activité physique et de la saine alimentation et qu'ils présentent une variété de schémas corporels
- sensibiliser la population afin qu'elle puisse exercer un jugement critique à l'égard des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)
- encadrer la vente des PSMA selon la réglementation en vigueur aux niveaux fédéral et provincial de même que s'assurer que la publicité sur les PSMA respecte la réglementation en vigueur
- établir des normes professionnelles et opérationnelles dans l'industrie de l'amaigrissement afin d'assurer la sécurité et la protection de la population
- recenser tous les programmes, centres, entreprises et services qui traitent de la maîtrise du poids avec l'octroi d'un permis en fonction de la conformité à un ensemble de lignes directrices
- mettre en place un mécanisme de suivi des traitements quant à leur efficacité et à leur innocuité (mesures de contrôle de la qualité)

L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids sont deux aspects d'une même problématique qui concerne à la fois l'alimentation, la dépense d'énergie et la représentation du corps. Agir sur l'un de ces éléments sans agir sur l'autre pourrait s'avérer contreproductif. En effet, lancer une « opération » de lutte contre l'obésité pourrait exacerber une préoccupation excessive à l'égard du poids déjà bien présente dans la population générale. À l'heure actuelle, une bonne partie de nos concitoyennes partagent l'idée voulant que la maîtrise du poids s'effectue par des épisodes récurrents de perte de poids réalisés la plupart du temps à l'aide de moyens externes (produits, services et recettes « miracles ») qui sont largement promus par l'industrie de l'amaigrissement. De plus, la population, particulièrement les femmes, à qui la publicité, la télévision, l'industrie de la mode, le cinéma et les magazines présentent pour modèle corporel des personnes minces, a des objectifs de poids souvent incompatibles avec la biologie humaine.

Voilà pourquoi 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>31</sup> prévoit des mesures afin d'améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids et encadrer la vente et

---

31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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>31</sup>, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 50 p.

l'utilisation de produits, de services et de moyens amaigrissants (PSMA). Certaines de ces mesures ont été inscrites par le MSSS dans le PAG Égalité (action 63)<sup>32</sup>.

Pour la période 2010 à 2012, les principales réalisations sont les suivantes :

- l'analyse des données issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP, 2008) à des fins de surveillance en vue de la publication d'un feuillet de vulgarisation des données qui fera partie de la collection *Des données à l'action*. Les principaux indicateurs sont le statut pondéral, la perception du poids, les actions entreprises concernant son poids (nombre de tentatives de perte, de maintien ou de gain de poids, moyens utilisés en vue de la perte, du maintien ou du gain de poids, etc.) et la détresse psychologique. L'analyse des données collectées et la rédaction du feuillet ont été réalisées au cours de l'année 2011 et se poursuivent en 2012; sa publication est prévue en 2012;
- l'élaboration, par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), d'une formation s'adressant aux professionnelles et professionnels de la santé qui travaillent dans des centres d'enseignement du diabète (CED) afin de les informer et de les sensibiliser aux risques engendrés par la consommation de PSMA chez leurs patients diabétiques de type 2. Des séances de formation ont été offertes dans 118 CED et ont permis de joindre 300 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux;
- l'élaboration, par l'ASPQ, d'un répertoire de tous les programmes, centres, entreprises et services qui traitent de la maîtrise du poids.

**AJOUT : Collaborer à la mise en œuvre de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée**

Le MSSS a été partie prenante des travaux qui ont mené à l'adoption de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée<sup>33</sup>. La Charte, issue d'une collaboration entre le gouvernement et les milieux de la mode, de la publicité, des médias, de la musique et de la vidéo, a pour objectifs :

- de promouvoir une image corporelle saine et diversifiée;
- de favoriser l'engagement du milieu de la mode, de la publicité, des médias, de la vidéo, de la musique, de la santé, de l'éducation et du gouvernement;
- d'encourager la mobilisation de la société autour de cette image corporelle, des problèmes liés à la préoccupation excessive à l'égard du poids, de l'anorexie nerveuse et de la boulimie.

Dans le plan d'action de la Charte, le MSSS s'est engagé à titre de ministère responsable, coresponsable ou partenaire à la réalisation de 28 actions qui visent principalement les objectifs suivants : la sensibilisation auprès des jeunes et des intervenantes et intervenants du réseau scolaire et du réseau de la santé et des services sociaux; la promotion du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*; outiller et informer, par des interventions, les personnes qui travaillent

32. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 – Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 91.

33. <http://www.jesigneonline.com>

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

auprès des mannequins sur les effets néfastes de la préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'image corporelle; la promotion de la Charte lors d'événements divers et l'évaluation des impacts de la Charte auprès des clientèles visées.

### **Appliquer le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS) concernant les traitements médicaux spécialisés en chirurgie esthétique**

Les interventions en chirurgie esthétique sont soumises au Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS). Une procédure relative à la délivrance des permis de CMS a été mise en place à la suite de l'entrée en vigueur des articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) portant sur les CMS et des règlements d'application qui en découlent<sup>34</sup>. Cette mesure garantit la qualité et la sécurité des interventions réalisées en CMS. Compte tenu du grand nombre d'interventions en chirurgie esthétique qu'il vise, ce règlement permettra de protéger la clientèle, dont une majorité de femmes, d'éventuels impacts négatifs de ces chirurgies sur leur santé.

Les centres médicaux spécialisés visés par la LSSSS (où sont pratiquées les extractions de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire et des arthroplasties de la hanche ou du genou) avaient jusqu'au 30 septembre 2009 pour obtenir un permis. Concernant toutes les autres procédures prévues dans le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS (dont les procédures en chirurgie esthétique), la date limite d'obtention d'un permis était le 31 mars 2010.

Le processus d'évaluation des demandes est maintenant terminé et 47 permis de CMS ont été délivrés. Depuis la fin de l'année 2009, les visites de préagrément sont sous la responsabilité des organismes reconnus par le MSSS, soit le Conseil québécois d'agrément (CQA) et Agrément Canada. Les CMS ont 3 ans pour obtenir l'agrément complet auprès de l'un de ces deux organismes. L'agrément doit lui aussi être accordé par les deux organismes reconnus par le ministre, soit le CQA et Agrément Canada. Ces organismes définissent des normes internationales visant à assurer la qualité et la sécurité dans les CMS. Le processus est actuellement en cours et, en 2011-2012, 3 CMS avaient été agréés. L'objectif est de confirmer l'agrément de tous les centres au plus tard en 2013-2014.

### **Promouvoir et soutenir les services de counseling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme, conformément au PNSP**

Chaque année, la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* fait la promotion d'un monde sans tabac et le Défi *J'arrête, j'y gagne!* incite les personnes qui fument à s'inscrire au concours favorisant l'abandon du tabagisme. Ces activités joignent bon nombre de femmes; en 2010-2011, la ligne *J'Arrête* a reçu 17 237 demandes, dont 60 % provenaient de femmes. Concernant l'ensemble du programme, de 2010 à 2012, 61 % des 52 000 personnes et plus ayant participé étaient des femmes. La promotion des services est réalisée par l'organisation de kiosques d'information et la publicité dans les médias écrits et électroniques.

---

34. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?accueil>

Les services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme joignent aussi davantage de femmes que d'hommes. Selon l'analyse des données recueillies auprès de ces centres et réalisée par l'INSPQ du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2010, les femmes représentent 57 % de la clientèle de ces centres, alors qu'elles constituent 38 % des personnes qui fument quotidiennement au Québec<sup>35</sup>.

**Mettre en œuvre ou poursuivre des activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec des partenaires, conformément au PNSP**

Une campagne médiatique de sensibilisation en appui au projet de loi n<sup>o</sup> 74<sup>36</sup>, lequel vise à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel, a été menée en 2011 par la Société canadienne du cancer (SCC) avec le soutien du MSSS et de l'INSPQ. Cette campagne a contribué à l'adoption du projet de loi en 2012<sup>37</sup>. Elle a été adoptée à la suite des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations médicales, dont l'Association des dermatologistes du Québec (ADQ) et la SCC. Le gouvernement a tenu compte du classement, par le Centre international de recherche sur le cancer, des appareils de bronzage par rayons ultraviolets dans la catégorie des risques de cancer les plus élevés pour l'humain, au même niveau que le tabagisme.

La Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel interdit l'offre ou la vente de services de bronzage artificiel par rayons ultraviolets aux personnes mineures. De plus, elle interdit toute publicité directe ou indirecte en faveur du bronzage artificiel qui est destinée aux personnes mineures et toute publicité fautive, trompeuse ou susceptible de créer une fausse impression sur les effets ou les dangers du bronzage artificiel sur la santé, notamment si elle laisse croire à l'innocuité des appareils de bronzage artificiel. Cette interdiction s'applique notamment à la dénomination sociale sous laquelle un salon de bronzage est exploité. Enfin, l'exploitant d'un salon de bronzage doit afficher l'interdiction d'offrir des services de bronzage artificiel à une personne mineure ainsi que la mise en garde portant sur les effets nocifs du bronzage artificiel sur la santé. Ces affiches doivent être installées à la vue du public sur chaque caisse enregistreuse servant au paiement des services de bronzage artificiel ou à proximité de chacune.

Parallèlement, le MSSS maintient son soutien auprès de la SCC, notamment en ce qui a trait à la mise en place de sa campagne de sensibilisation intitulée *La face cachée du bronzage*, qui vise notamment à faire la promotion de la Loi auprès des personnes mineures.

**Assurer le suivi des actions qui s'adressent aux femmes, réalisées lors de la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, *Unis dans l'action*, notamment en matière de consommation d'amphétamines chez les jeunes filles et de consommation de drogues ou d'alcool chez les femmes enceintes**

Dans les années 2000 au Québec, on a assisté au phénomène grandissant de la consommation d'amphétamines chez les jeunes et plus particulièrement chez les jeunes filles. En 2000, 7,2 % des filles du secondaire (et 6,9 % des garçons) consommaient cette drogue; en 2006, leur proportion

35. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p.iii.

36. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2012C16F.PDF>

37. La Loi est entrée en vigueur le 11 février 2013.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

était passée à 11,1 % (7,6 % chez les garçons) et en 2010-2011, elle est revenue à 7,7 % (6,0 % chez les garçons)<sup>38</sup>.

La principale raison de cette consommation chez les filles serait le maintien de leur poids ou le désir de maigrir. Afin de contrer ce phénomène, le MSSS, en collaboration avec l'INSPQ, a publié la brochure intitulée *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée !*<sup>39</sup> visant à sensibiliser les jeunes aux dangers de ce type de consommation. Dans la brochure, on les invite à réfléchir sur les façons saines d'avoir du plaisir et de contrôler leur poids. Cet outil a été largement diffusé, avec une distribution de près de 28 000 exemplaires en français et 300 en anglais depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010.

Par ailleurs, le MSSS a produit une brochure offrant de l'information, aux femmes enceintes ainsi qu'à celles qui prévoient le devenir, sur les effets de la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse. Cette brochure, intitulée *Enceinte ? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir*<sup>40</sup>, a été diffusée à grande échelle, soit à près de 49 000 exemplaires en français et à plus de 3 000 en anglais depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010.

### **Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel, conformément au PNSP**

À la suite du mandat confié au Groupe entreprises en santé (GES), la norme « Entreprise en santé », élaborée sous la coordination du Bureau de normalisation du Québec (BNQ), a été diffusée en 2008 et le programme de certification a également été complété par cet organisme en 2009. Le BNQ délivre depuis des certificats de conformité « Entreprise en santé » aux employeurs qui s'y conforment. Cette norme fait également partie d'un ensemble d'actions et de stratégies plus larges qui visent à faire en sorte que les employeurs au Québec intègrent la santé dans leurs pratiques de gestion et créent des environnements favorisant la santé en milieu de travail. En ce sens, l'ensemble des outils et des stratégies de mobilisation, de formation, de transfert de connaissances, d'élaboration d'outils, de reconnaissance et de création d'environnements favorables, que le GES entreprend et réalise, font partie d'un secteur en pleine évolution et qui le demeurera encore pendant de nombreux années.

En 2011-2012, le GES a aussi obtenu un appui afin de réaliser un projet pilote d'implantation de la norme dans un contexte de PME. L'objectif de ce projet est de développer des connaissances sur les réalités d'implantation des meilleures pratiques en promotion de la santé en milieu de travail dans le contexte des PME afin de partager les apprentissages et d'élaborer des outils leur étant destinés. Le GES a également réalisé une tournée des régions du Québec afin de promouvoir l'importance de la santé du travail et de mobiliser les employeurs et les parties prenantes en région. Les objectifs étaient de les inciter à agir en ce sens et de transférer les connaissances et les expériences acquises jusque-là par les employeurs.

---

38. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000 et 2002; Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, 2006 et 2008 et Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011.*

39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée !*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 12 p.

40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enceinte ? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 12 p.

## 2.8 La sexualité saine et responsable

Afin d'encourager l'apparition et le maintien d'une sexualité saine et responsable chez les jeunes filles et les jeunes garçons, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Promouvoir et soutenir l'offre de counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse active sexuellement, conformément au PNSP**

Un mandat d'élaboration de formation a été attribué l'INSPQ afin de soutenir les pratiques cliniques préventives de counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception à l'intention de la clientèle jeunesse. Cette activité est inscrite dans le PNSP<sup>41</sup>. La formation devrait être disponible en 2013-2014.

**Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle – services adaptés aux jeunes, du type des cliniques jeunesse – favorisant la prévention des ITSS de même que la planification des naissances, ces services étant combinés à des interventions d'éducation à la sexualité, conformément au PNSP**

Les cliniques jeunesse existent au Québec depuis les années 1980. Elles constituent une mesure prévue dans le PNSP, lequel prévoit l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle adaptés à la clientèle adolescente et aux jeunes adultes – du type clinique jeunesse – favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité<sup>42</sup>.

Les cliniques jeunesse visent à offrir des services préventifs et curatifs, notamment en matière de prévention des ITSS, de saines relations amoureuses, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, d'habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Concernant les jeunes en milieu scolaire, les interventions d'éducation à la sexualité doivent s'inscrire dans l'approche « École en santé ».

De 2010 à 2012, un groupe de travail national sur la sexualité jeunesse, composé de représentantes et de représentants du MSSS, des directions de santé publique et de l'INSPQ, a été formé. Ce groupe a émis des recommandations sur les pratiques à privilégier en matière de sexualité saine et responsable en milieu scolaire, ainsi qu'à l'égard des services cliniques et préventifs, en matière de sexualité jeunesse.

**Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, offrir des activités d'éducation à la sexualité, incluant des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse**

Dans la mise en œuvre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, *Enrichir le Québec de sa relève*, quatre projets de démonstration ont été réalisés afin d'offrir des activités d'éducation à la sexualité qui comprennent des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de

---

41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 74.

42. *Idem*, p. 44.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse<sup>43</sup>. Ces projets de démonstration, réalisés dans six régions (Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laval, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord) ont été financés sur deux années consécutives et seront diffusés dans toutes les régions à partir du mois de mars 2013. Plusieurs partenaires régionaux et locaux de divers réseaux (santé et services sociaux, éducation et communautaire) ont contribué aux travaux.

Les projets de démonstration réalisés dans la perspective globale et concertée de promotion et de prévention en contexte scolaire, soit l'approche « École en santé » (AES), ont permis d'élaborer, d'expérimenter et de bonifier des outils d'intervention, du préscolaire à la fin du secondaire. Aussi, les projets ciblent les quatre volets de l'AES, soit les jeunes, la famille, l'école et la communauté. Les thématiques d'intervention (ITSS, rapports égalitaires, stéréotypes sexuels, diversité sexuelle, etc.) et les stratégies employées (bulletins, capsules, guide d'implantation, intervention éducative, rencontres de groupe, formations) sont diverses et adaptées aux populations ciblées.

**Intégrer l'ADS à la poursuite de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, particulièrement pour les infections qui sont en nette progression chez les femmes**

L'état de situation sur la progression des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec est très préoccupant et fait l'objet d'un suivi étroit. Le MSSS produit chaque année un portrait de l'évolution de cette situation ainsi que des projections. Ces portraits démontrent que la progression ou la régression des ITSS est fort différente selon le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique et d'autres réalités telles que les problématiques de toxicomanie, de santé mentale, de prostitution et de pauvreté.

En 2010, le Ministère a fait de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, un projet ministériel en ADS. Il s'agit principalement de poursuivre la surveillance épidémiologique sur les différentes ITSS, selon le sexe et l'âge, de cibler les groupes à risque en fonction de ces données et d'adapter les activités de prévention et les interventions en fonction des réalités et des besoins propres aux femmes et aux hommes, selon les groupes ciblés. Une attention particulière est portée aux infections en nette progression chez les femmes.

Chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, la hausse de nouveaux cas déclarés (incidence) de *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique de 2007 à 2011 est particulièrement préoccupante. En effet, cette hausse a été de 40 % concernant les cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* et de 51 % concernant les cas déclarés d'infection gonococcique. En ce qui concerne les cas déclarés de syphilis infectieuse, une infection qui touche principalement les hommes, on remarque qu'elle affecte de plus en plus de femmes (4 % de cas au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2011). Un total de 51 cas de syphilis infectieuse chez les femmes ont été déclarés au cours de la même période, ce qui représente un taux annuel moyen de 0,6 cas pour

---

43. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 – Enrichir le Québec de sa relève*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, p. 41.

100 000 femmes; 70 % des femmes atteintes sont âgées de moins de 35 ans, comparativement à 43 % des cas masculins<sup>44</sup>.

Les clientèles féminines jugées plus vulnérables aux ITSS sont les femmes qui utilisent les substances psychoactives (dont celles faisant usage de drogues par injection (UDI)), les femmes en difficulté, les femmes détenues en milieu carcéral, les femmes autochtones et les femmes originaires de régions où les ITSS sont endémiques.

D'après les données de 2010-2011, il a été possible de recenser la proportion de femmes jointes dans les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) et de faire des comparaisons avec la clientèle masculine. Ainsi, en 2010-2011, 27,4 % des visites dénombrées concernaient des femmes, soit un total de 28 289 visites faites par des femmes dans les CAMI (comparativement à 72,1 % des visites faites par des hommes, soit un total de 74 597 visites)<sup>45</sup>.

Par ailleurs, il est possible de recenser la proportion de la population âgée de 15 à 24 ans, faisant partie des clientèles vulnérables qui est jointe « hors des murs » des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) et dans les lieux où sont situés les SIDEPE. Ces personnes ont fait l'objet de différentes interventions, telles que des activités de dépistage des ITSS, de vaccination, de counseling, etc. Les données de 2011-2012 (P13 provisoire) nous révèlent que la population âgée de 15 à 24 ans qui fréquentait les SIDEPE était composée de 7 406 femmes (61,1 %) et 4 713 hommes (38,9 %). Par ailleurs, parmi les interventions offertes par les SIDEPE en 2011-2012 (P13 provisoire) aux 15 à 24 ans, on dénombre 11 736 interventions faites auprès de 7 406 femmes, comparativement à 8 276 interventions faites auprès de 4 713 hommes<sup>46</sup>. Ces données nous révèlent qu'en 2011-2012 (P13 provisoire), les femmes ont été plus nombreuses à fréquenter les SIDEPE et ont bénéficié d'un plus grand nombre d'interventions que les hommes dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans.

**Consolider les services de planification des naissances, notamment :**

- l'implantation du modèle d'ordonnance collective pour la contraception hormonale
- l'accès à la contraception orale d'urgence
- l'accès à des services d'interruption volontaire de grossesse gratuits et de qualité, partout au Québec

L'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale, conçu conjointement par l'INSPQ, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec, avec le soutien du MSSS, a débuté en 2007. Cette ordonnance collective permet de faciliter l'accès à la contraception hormonale à des femmes en bonne santé tout en préservant leur sécurité. Afin d'encourager cette implantation, le MSSS a soutenu financièrement la formation en ligne du personnel infirmier et des étudiantes et étudiants en soins infirmiers du Québec sur cette ordonnance collective et la réalisation d'une étude sur les facteurs influençant la pratique infirmière en contraception hormonale. Ces deux projets sont sous

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2011 (et projections 2012) – Sommaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 4 p.

45. 0,5 % des visites ont été dénombrées chez des personnes d'une autre désignation ou concernant lesquelles des données sont manquantes.

46. Données provenant du système d'information sur la clientèle et les services des CSSS (I-CLSC), compilation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en date du 2 mai 2012.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

la responsabilité de l'INSPQ, qui a publié en 2011 le *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*<sup>47</sup>.

En 2012, l'INSPQ a mis les outils suivants en ligne sur son site Internet : le *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet 2012*, le *Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale et le stérilet 2012*, les *Questions-Réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet 2012* et le *Modèle d'ordonnance collective de contraception d'urgence*<sup>48</sup>. En février 2012, 95 % des CSSS et 22 % des groupes de médecine familiale (GMF) avaient adopté une ordonnance collective pour la contraception hormonale.

Une plus grande accessibilité à ces programmes de planification des naissances semble favoriser la prévention des grossesses non désirées. En effet, on constate que le taux de grossesse chez les jeunes filles de 14 à 17 ans est en diminution constante depuis la dernière décennie, étant passé de 20,2 pour 1 000 en 1998 à 13,0 pour 1 000 en 2007. Chez les jeunes femmes de 18 et 19 ans, durant la même période, le taux de grossesse est passé de 68,3 à 55,8 pour 1 000<sup>49</sup>.

Par ailleurs, le MSSS poursuit ses efforts afin de s'assurer que toutes les femmes du Québec aient accès, dans leur région, à des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) gratuits et de qualité. Depuis 2001, le nombre d'IVG au Québec diminue légèrement d'année en année, étant passé de 30 730 à 26 245 en 2011 (à l'exclusion de quelque 200 IVG provoquées par l'administration d'un médicament); la grande majorité de ces IVG sont des IVG de premier trimestre. La moitié des femmes ayant eu recours à une IVG sont âgées de 20 à 29 ans. Précisons que le recours aux IVG chez les adolescentes de 14 à 17 ans est celui qui a le plus diminué au cours des dernières années, son taux étant passé de 14,0 pour 1 000 en 1998 à 7,0 pour 1 000 en 2011<sup>50</sup>.

Des services d'IVG sont offerts dans toutes les régions sociosanitaires du Québec, à l'exception la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les données par région ont montré globalement une amélioration de la rétention régionale de la clientèle concernant les IVG de premier trimestre. À Montréal, un centre de coordination des services d'IVG de premier trimestre a été implanté afin de diriger les femmes vers une autre ressource lorsque l'établissement consulté ne peut répondre à leur demande à l'intérieur du délai requis. Les femmes peuvent s'adresser directement au centre de coordination qui les orientera vers la ressource qui répondra le mieux à leur besoin.

Parallèlement à ces démarches, des ententes ont été signées avec les cliniques médicales qui pratiquent des IVG, ainsi qu'avec le Centre de santé des femmes de Montréal, afin que ces cliniques puissent offrir gratuitement ces services; les ententes sont en application depuis le 14 janvier 2008. En janvier 2010, l'ASSS de Montréal a conclu de nouvelles ententes, valides pour une période de 39 mois, soit de janvier 2010 à mars 2013. Ces ententes prévoient une augmentation annuelle de 10 % du nombre d'IVG dont les frais seront remboursés par l'ASSS de Montréal. En 2012, si le nombre de femmes ayant besoin d'une IVG reste stable, environ 75 % des IVG auront été pratiquées

---

47. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 82 p.

48. <http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception.aspx?sortcode=1.48.50.57>

49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011, Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 72.

50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011 – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 73 et RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information, décembre 2012.

dans les cliniques médicales et par le Centre de santé des femmes de Montréal. Une entente de même nature a été signée dans la région de Laval en 2011.

Un nouveau jugement a permis aux femmes qui ont dû payer pour une IVG, entre le 23 février 2006 et le 13 janvier 2008, de produire une réclamation afin d'être remboursées. Les femmes qui ont dû payer pour une IVG entre le 2 mai 1999 et le 23 février 2006 ont aussi eu une seconde chance de demander à être remboursées; la date limite pour faire une réclamation était le 31 janvier 2011. En avril 2011, toutes les femmes ayant produit une réclamation qui a été acceptée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont été remboursées. En octobre 2011, après le paiement des honoraires, des frais de gestion de la RAMQ et du versement au Fonds d'aide aux recours collectifs, le solde, qui s'élevait à 722 812 \$, a été distribué à deux organismes, soit la Fondation Marie Vincent et Éducaloi. Cela mettait fin au recours collectif de l'Association pour l'accès à l'avortement qui date de mai 2002.

## 2.9 La santé physique

Afin de prévenir des problèmes de santé physique touchant les femmes et d'intervenir à cet égard, le MSSS a pris, notamment, les engagements suivants :

**Poursuivre les actions en fonction des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, afin de diminuer le taux de cancer du poumon, de cancer du sein et de cancers gynécologiques chez les femmes**

Les orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer<sup>51</sup> ont fait l'objet d'un bilan diffusé en mars 2012. On y trouve des activités qui ont contribué à la prévention des cancers du poumon, du sein et du cancer du col utérin.

En ce qui concerne la prévention du cancer du poumon, on trouve notamment :

- des actions visant à faire baisser le taux de tabagisme chez les femmes et les jeunes filles de moins de 18 ans (voir les réalisations présentées dans la section 2.7);
- la poursuite de la mise en œuvre des activités prévues dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010;
- la promotion du counseling sur les saines habitudes de vie et le soutien des intervenantes et des intervenants grâce à la rémunération des omnipraticiennes et des omnipraticiens pour une intervention de counseling en abandon du tabagisme.

En ce qui concerne la prévention et le dépistage du cancer du sein, la principale réalisation est la suivante :

---

51. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer – Orientations prioritaires 2007-2012 – Bilan des réalisations*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 29 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

- Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) tous les 2 ans chez les femmes de 50 à 69 ans;
  - Depuis son implantation en 1998, malgré une hausse marquée de la population admissible, une part toujours grandissante de femmes de 50 à 69 ans connaissent le PQDCS et consentent à y participer; on observe une augmentation moyenne du taux de participation de 1,6 % par année<sup>52</sup>.

En ce qui concerne la prévention et le dépistage du cancer du col utérin, les principales réalisations sont les suivantes :

- L'élaboration, par l'INSPQ, de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>53</sup>;
- La poursuite du programme de vaccination gratuite contre le virus du papillome humain (VPH), lancé à l'automne 2008, dont l'objectif principal est de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. Le programme cible les filles de la 4<sup>e</sup> année du primaire et de la 3<sup>e</sup> année du secondaire. Le programme prévoit aussi la vaccination gratuite des adolescentes de moins de 18 ans selon des modalités déterminées par chacune des régions. En 2010-2011, la couverture vaccinale chez les filles de la 3<sup>e</sup> secondaire a été estimée à 77 %<sup>54</sup>;
- Une évaluation du programme de vaccination contre le VPH a été effectuée, de 2009 à 2011, afin de mieux connaître les facteurs favorables et les obstacles à l'implantation de la vaccination contre le VPH chez les adolescentes, l'offre de services de la vaccination hors du milieu scolaire aux adolescentes, les déterminants de la vaccination VPH chez les adolescentes et la proportion d'adolescentes vaccinées hors du milieu scolaire<sup>55</sup>.

**Poursuivre la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en tenant compte des axes de travaux prioritaires (l'assurance qualité, l'accessibilité et le consentement éclairé) indiqués dans le bilan 1998-2008 de ce programme**

**Mettre en œuvre le Plan d'action ministériel pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies**

L'objectif du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est de réduire la mortalité causée par ce type de cancer. Le PQDCS vise à joindre 70 % des femmes de la tranche d'âge de 50 à 69 ans. En 2010, le taux de participation des femmes de ce groupe est de 57,9 % et il est pratiquement le même en 2011, soit 57,9 %<sup>56</sup>. Ce taux équivaut à la proportion de femmes admissibles qui, au cours des 24 mois précédents, ont passé une mammographie de dépistage dans un

---

52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan 10 ans 1998-2008 - Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, p. 4.

53. Plus de détails sont présentés à l'action « Inviter au dépistage du cancer du col utérin les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois années précédentes, conformément au PNSP » dans la même section.

54. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Évaluation de l'implantation du programme de vaccination VPH des adolescentes du Québec », *Flash Vigie, Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, juin 2012, vol. 7, n° 6, 4 p.

55. Idem.

56. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tableau de bord – Indicateurs de performance du PQDCS en date du 22 mai 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 3 p.

centre désigné et fourni un consentement écrit à la transmission de leurs données personnelles, y compris le résultat de la mammographie de dépistage et des examens complémentaires. En 2010, le taux de couverture du PQDCS est de 68,8 %. Ce taux correspond à la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage ou de diagnostic au cours d'une période de 24 mois.

La mise en œuvre du PQDCS se poursuit en tenant compte des priorités de travail que sont l'assurance qualité du Programme (normes professionnelles, administratives et techniques), l'accessibilité au dépistage et le consentement éclairé des femmes invitées à y avoir recours. En matière d'assurance qualité, des mesures visant à mieux soutenir la rétroaction entre les médecins des centres de confirmation diagnostique et les radiologues qui réalisent les mammographies de dépistage ont débuté en novembre 2011 par la formation d'un groupe de travail regroupant les ASSS, l'INSPQ et l'Association des radiologistes du Québec (ARQ).

Parmi les exigences du PQDCS, pour être un centre de dépistage désigné (CDD) du programme, la clinique ou le centre hospitalier est soumis à des normes rigoureuses de qualité. Ces centres doivent être titulaires d'un agrément du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes. Cet agrément est mis à jour tous les trois ans. Ils doivent également avoir obtenu une certification en mammographie de dépistage du Laboratoire de santé publique du Québec de l'INSPQ, qui atteste notamment de la sécurité des appareils et qui doit être mise à jour annuellement. Enfin, chaque CDD doit être recommandé par l'ASSS concernée. En effet, chaque agence doit recommander au Ministère les cliniques et les centres hospitaliers qui peuvent être désignés à titre de CDD dans son territoire.

Le MSSS a confié à l'INSPQ, au moyen d'une entente spécifique, le mandat d'évaluation de la performance du PQDCS. Antérieurement à 2010, une étude de l'INSPQ a porté sur l'évolution de la mortalité par cancer du sein à la suite du démarrage de ce programme en 1998. Une analyse portant sur les 5 premières années d'activité du programme (1998-2003) montrait une diminution de 35 % de la mortalité par cancer du sein chez les participantes au Programme, par rapport à ce qui était attendu en l'absence du dépistage<sup>57</sup>. Une autre étude a porté sur la performance des unités itinérantes relativement au PQDCS<sup>58</sup>.

Entre 2010 et 2012, les travaux de l'INSPQ ont porté sur l'évolution de la détection précoce, l'investigation, le traitement et la survie chez les femmes avec un cancer du sein diagnostiqué entre 1993 et 2003 au Québec<sup>59</sup> et sur l'influence de l'accessibilité géographique des CDD sur la participation des femmes au PQDCS<sup>60</sup>.

- 
57. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 14 p.
  58. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Performance des unités itinérantes dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 16 p.
  59. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Évolution de la détection précoce, l'investigation, le traitement et la survie chez les femmes avec un cancer du sein diagnostiqué entre 1993 et 2003*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 49 p.
  60. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Est-ce que l'accessibilité géographique des centres de dépistage influe sur la participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein ?*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 53 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

Au cours de la même période, le MSSS a produit deux dépliants, l'un intitulé *Participer au Programme québécois de dépistage – La décision vous appartient, informez-vous!* et l'autre, *Information sur les examens complémentaires à la mammographie de dépistage*. Une révision du formulaire de consentement à l'intention des femmes souhaitant participer au PQDCS a également été faite. Des efforts particuliers ont aussi porté sur le soutien à une décision éclairée de participer au PQDCS, dans le contexte de l'évolution des réalités démographiques et culturelles du Québec ainsi qu'en fonction des différents degrés de capacité à comprendre et à utiliser l'information de santé dans la population visée.

En novembre 2010, le Collège des médecins du Québec informait le MSSS qu'il s'interrogeait sur la qualité de la pratique en mammographie et en scanographie (ou tomodensitométrie) de l'un de ses membres. Le Collège a désigné des enquêteurs afin de procéder à l'exercice de relecture des mammographies et des scanographies effectuées par ce médecin au cours des deux années précédentes. En mars 2012, il rendait publics les résultats de son enquête ainsi que les recommandations qui en découlent.

Ces recommandations ciblent en grande partie les mécanismes d'assurance qualité du PQDCS. Le Collège des médecins considère que les mécanismes d'assurance qualité du Programme favorisent la qualité de la pratique en mammographie et souhaite que ces mécanismes puissent aussi contribuer à la qualité de la pratique en mammographie, en dehors du Programme de dépistage. Plusieurs mesures préconisées par le Collège sont d'ailleurs en voie d'implantation ou ont fait l'objet de travaux préparatoires. Une analyse plus poussée de la faisabilité technique, légale et financière de certaines mesures devra toutefois être complétée avant d'aller de l'avant. Le Ministère travaille déjà en étroite collaboration avec le Collège des médecins et l'ARQ afin d'améliorer les mécanismes d'assurance qualité du PQDCS. Un comité de suivi a été mis sur pied par le Collège des médecins en vue d'assurer le suivi des recommandations et le MSSS est représenté à ce comité.

**Inviter au dépistage du cancer du col utérin les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années, conformément aux PNSP**

D'après les enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), en 2000-2001, 70,2 % des femmes âgées de 20 à 69 ans avaient passé le test de dépistage du cancer du col utérin (aussi appelé le test de Papanicolaou (communément appelé « test PAP »)) au cours d'une période de moins de trois ans. Cette proportion a légèrement augmenté (environ 71 %) de 2003 à 2005, pour ensuite diminuer à moins de 70 % (69,6 %) en 2008. Les femmes âgées de 65 à 69 ans sont celles qui ont eu le moins recours à ce test durant les périodes visées, soit une proportion de moins de 50 % (45,6 % en 2000-2001, 48,9 % en 2003, 49,3 % en 2005 et 44,9 % en 2008)<sup>61</sup>.

En novembre 2011, le MSSS annonçait la diffusion de nouvelles lignes directrices pour le Québec en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces lignes directrices, élaborées par l'INSPQ, précisent que le dépistage par test PAP peut maintenant être offert tous les trois ans aux femmes âgées de 21 à 65 ans. Ces lignes directrices ont été diffusées par l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), sous forme de guide à tous ses membres, ainsi qu'à toutes les omnipraticiennes et tous les omnipraticiens et au personnel infirmier (sur demande). Le Ministère a

---

61. Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadienne (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005 et 2008, Statistique Canada, rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, consulté en avril 2012.

également mis sur pied un comité d'experts afin de le conseiller sur les mesures à mettre en place afin de favoriser l'adoption, par les professionnelles et les professionnels de la santé, de ces lignes directrices et de déterminer les moyens concrets qui permettront d'améliorer l'accès et la qualité en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec<sup>62</sup>.

En 2011-2012, le Ministère et ses partenaires ont poursuivi des démarches dans le but de favoriser l'accès au dépistage des femmes n'ayant pas eu de test PAP au cours des trois années précédentes. Par exemple, un projet de démonstration a été réalisé dans la région sociosanitaire Mauricie-Centre-du-Québec, afin de tester la contribution du personnel infirmier de première ligne relative à ce dépistage ainsi que différentes modalités pour joindre les femmes n'ayant pas eu recours au dépistage au cours des trois années précédentes. Des actions devraient être déployées afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations du guide relatives notamment à l'âge du début du dépistage, à l'intervalle entre les tests et à l'âge de la fin du dépistage. Des mesures visant à faciliter l'accès au dépistage seront aussi prévues.

**Traiter et diffuser les résultats de la plus récente enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer au Québec, réalisée en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, notamment en matière de cancer du sein et de cancer génital féminin**

Certains résultats de l'enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer au Québec, concernant les services en matière de cancer du sein, ont été diffusés en 2010<sup>63</sup>. Une de ces publications rend compte de l'expérience vécue par les femmes atteintes du cancer du sein en matière d'information, de soutien et de respect manifesté à leur égard à des étapes importantes de leur lutte contre cette maladie. Voici quelques conclusions de cette enquête :

« Les femmes atteintes du cancer du sein sont, à plusieurs égards, proportionnellement plus nombreuses à avoir été informées que les personnes atteintes d'un autre type de cancer (tous sièges confondus).

Dans certains cas, comme dans celui de l'information portant sur la maladie et son traitement ou dans celui de l'information portant sur les ressources communautaires et les groupes d'entraide, les écarts sont importants. En ce qui a trait au soutien apporté, on relève un écart relativement important en faveur des femmes atteintes du cancer du sein, quelle que soit la forme de soutien examiné. Quant à l'opinion des femmes atteintes du cancer du sein à propos du respect manifesté par les professionnels de la santé, elle se distingue peu de celle des personnes atteintes d'un autre type de cancer.

Ces résultats reflètent probablement les efforts déployés au cours des 20 dernières années afin de répondre aux besoins des femmes atteintes du cancer du sein, et ce, tant dans le réseau de la santé que dans le milieu communautaire. Cela dit, certains aspects méritent une attention particulière. Nous retenons notamment que les femmes atteintes du cancer du sein sont moins nombreuses que les personnes atteintes d'un autre type de cancer à avoir reçu de l'information utile à propos des changements possibles concernant leurs besoins alimentaires et leur sexualité. Elles sont aussi moins nombreuses à avoir fait l'objet d'une évaluation quant à la capacité des proches à les

---

62. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 28 p.

63. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/sante/organisation/index.htm>

aider et quant aux ressources et à l'équipement nécessaires pour exercer les activités quotidiennes. On constate que c'est aussi dans leur cas que les professionnels de la santé ont le moins invité leurs proches à prendre part aux décisions relatives au traitement.

Par ailleurs, quels que soient les écarts observés, ils sont principalement fondés sur l'âge des patientes. Plus précisément, c'est parmi les femmes de 70 ans et plus qu'on trouve systématiquement la plus faible proportion de personnes informées ou soutenues. Contrairement à leurs aînées, les femmes de 18 à 49 ans estiment avoir été moins respectées et moins invitées à participer aux décisions concernant leur traitement<sup>64</sup> ».

Ces résultats pourront être utilisés en vue d'améliorer les services déjà offerts. Un deuxième cycle de l'enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer est en cours de réalisation.

### **Effectuer une veille concernant les travaux de recherche portant sur les perturbateurs hormonaux et sur certains polluants ayant une incidence sur le développement de cancers du sein et gynécologiques**

Des travaux en laboratoire ont été réalisés au cours des dernières années à l'INSPQ sur certains perturbateurs endocriniens, dont les composés organochlorés. Ces travaux ont révélé que de fortes concentrations de ces composés pouvaient stimuler la prolifération de cellules tumorales mammaires<sup>65</sup>. Ces effets n'étaient toutefois pas observés aux concentrations plus faibles, voisines de celles présentes dans le sang des femmes québécoises. Les conclusions tirées de ces travaux vont dans le sens d'autres avis scientifiques, selon lesquels l'hypothèse d'un lien entre les composés organochlorés et le cancer du sein serait maintenant jugée moins plausible.

L'INSPQ continue de suivre la littérature et demeure à l'affût des nouvelles connaissances dans le domaine de la perturbation endocrinienne. Il prend une part active dans la recherche visant à mettre en évidence la présence de « contaminants émergents » dans la population québécoise, dont les composés ignifuges bromés<sup>66</sup>, les phtalates<sup>67</sup> et les composés perfluoroalkylés<sup>68</sup>.

---

64. Viviane CANTIN, Hélène VAN NIEUWENHUYSE, Jasline FLORES, Gaétane DUBÉ et Ghyslaine NIELL. « Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect ? Le point de vue des patiente », dans *Zoom Santé*, Institut de la Statistique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, novembre 2010, n° 21, p. 7-8.

65. Michel AUBÉ, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « 1,1-dichloro 2,2-bis(p-chlorophenyl)ethylene (p,p'-DDE) disrupts the estrogen-androgen balance regulating the growth of hormone-dependent breast cancer cells », *Breast Cancer Research*, vol. 10, R16, 2008.

Michel AUBÉ, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE, « Differential effects of a complex organochlorine mixture on the proliferation of breast cancer cell lines », *Environmental Research*, vol. 111, n° 3, p. 337-347, 2011.

66. Torkjel M. SANDANGER, Marc SINOTTE, Pierre DUMAS, Mario MARCHAND, Courtney D. SANDAU, Daria PEREG, Sylvie BÉRUBÉ, Jacques BRISSON et Pierre AYOTTE. « Plasma concentrations of selected organobromine compounds and polychlorinated biphenyls in postmenopausal women of Québec, Canada », *Environ Health Perspectives*, vol. 115, n° 10, p. 1429-1434, 2007.

Renée DALLAIRE, Pierre AYOTTE, Daria PEREG, Serge DÉRY, Pierre DUMAS, Éric LANGLOIS et Eric DEWAILLY. « Determinants of plasma concentrations of perfluorooctanesulfonate and brominated organic compounds in Nunavik Inuit adults (Canada) », *Environmental Science & Technology*, vol. 43, n°13, p. 5136, 2009.

67. Éric LANGLOIS, Alain LEBLANC, Yves SIMARD et Claude THELLEN. « Accuracy investigation of phthalate metabolite standards », *Journal of Analytical Toxicology*, vol. 36, n° 4, p. 270-279, 2012.

68. Renée DALLAIRE, Pierre AYOTTE, Daria PEREG, Pierre DUMAS, Éric LANGLOIS et Éric DEWAILLY. *ibid cit.*, 2009.

**Afin de prévenir les maladies chroniques, promouvoir et soutenir la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :**

- le counseling en faveur d'une saine alimentation
- la recommandation d'une pratique régulière de l'activité physique
- le dépistage de l'hypertension artérielle
- le dépistage de l'ostéoporose

Ces pratiques cliniques préventives sont incluses dans le PNSP. Elles ont aussi été priorisées et inscrites dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Les données de l'année 2010-2011 nous indiquent que 69 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ont fait l'objet d'une activité de soutien auprès des milieux cliniques concernés. Les activités de soutien varient d'une région à une autre; elles peuvent être notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

**Poursuivre les activités inscrites dans le PNSP visant à réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques et biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail, en lien avec l'entente MSSS-CSST, notamment :**

- la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail
- le soutien et les recommandations aux entreprises de leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs
- les activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le Plan de lutte contre le bruit, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité
- l'identification des risques liés aux troubles musculosquelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des programmes de santé spécifiques des établissements (PSSE)

Certains cancers, particulièrement ceux d'origine professionnelle, constituent des menaces pour la santé qui sont évitables. Aux États-Unis, le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) estimait, le 12 avril 2010, qu'au moins 4 % de tous les cancers sont d'origine professionnelle et qu'il s'agissait probablement d'une sous-estimation<sup>69</sup>. Le NIOSH évoque d'autres sources qui estiment à 10 % le taux de cancers liés au travail. L'exposition à des agents cancérigènes en milieu de travail peut faire l'objet de mesures de contrôle efficaces. Les bonnes pratiques en hygiène du travail conseillent de viser la substitution si possible, l'encoffrement et la ventilation par extraction à la source et, en complément, de se tourner vers des moyens de protection personnels.

Une obligation incombe aux employeurs de contrôler l'exposition le plus adéquatement possible, compte tenu de la technologie disponible ainsi que des autres mesures préventives complémentaires. À cet effet, en juin 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est adressé à la ministre du Travail afin que les annotations appropriées en cancérogénicité et les obligations qui en découlent soient ajustées dans le Règlement sur la santé et la sécurité du travail.

---

69. <http://www.cdc.gov/niosh>

Ces ajustements sont recommandés par des organismes internationaux de référence, notamment le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Par ailleurs, l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST)<sup>70</sup>, diffusée en 2011 par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), l'ISQ et l'INSPQ, met en lumière différents aspects des conditions de travail, tels que la conciliation travail et vie personnelle, les environnements organisationnels, les formes de harcèlement et de violence au travail ainsi que la santé physique et mentale au travail. Ces données, dont la très grande majorité est présentée sous forme ventilée selon le sexe, constituent une riche source d'informations pour l'identification des risques pour la santé et le bien-être des femmes au travail et pour la planification des activités de prévention et de formation relatives aux programmes de santé en milieu de travail.

## 2.10 La santé mentale

Afin de prévenir les problèmes de santé mentale et d'intervenir en tenant compte des besoins spécifiques des femmes en la matière, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Assurer la formation continue des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé selon les priorités retenues, conformément au Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, en tenant compte de l'ADS lorsque cela est pertinent**

Le MSSS propose au réseau certaines activités de formation en santé mentale et encourage l'élaboration de formations, selon les priorités et les ressources disponibles. Dans ce contexte, le Ministère s'est engagé, dans le PA ADS<sup>71</sup>, à ce que l'ADS soit intégrée à d'éventuels projets de formation, selon la nature de ces projets et selon la pertinence de le faire (action 28). Ainsi, l'ADS a été prise en considération lors d'une activité de formation continue, soit la journée thématique « Reconnaître les besoins des proches de personnes atteintes de cancer » au programme de l'édition 2012 des Journées annuelles de santé mentale<sup>72</sup>. On a alors demandé d'intégrer des contenus présentant les réalités différenciées des femmes et des hommes lors des conférences et des ateliers thématiques.

**AJOUT : Mettre en œuvre des projets d'expérimentation afin d'améliorer le continuum de services intersectoriels en emploi et en santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale**

Le MSSS, en concertation avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) a inscrit une série d'engagements dans Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015, *Le Québec mobilisé contre la pauvreté*. La présente action en fait partie et a été ciblée

---

70. INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 270 p.

71. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 44.

72. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?journees\\_annuelle\\_sante\\_mentale](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?journees_annuelle_sante_mentale)

en vue d'une ADS<sup>73</sup>. Les personnes ayant des troubles de santé mentale font face à plusieurs obstacles en vue de leur intégration et de leur maintien en emploi, et leurs réalités diffèrent souvent, selon leur sexe et selon d'autres déterminants.

Cette action vise à implanter des expérimentations favorisant la mise en commun des expertises propres aux réseaux de l'emploi et de la santé. Le choix des sites d'expérimentation vise notamment à ce qu'il y ait une représentation équitable des femmes parmi les personnes qui participeront aux projets retenus. Par exemple, dans une région donnée, le MESS et le MSSS s'assureront que les projets instaurés ne se concentrent pas dans des secteurs d'activités à forte prédominance masculine. Le processus de recrutement pourrait également comporter des directives assurant de joindre des bassins de clientèle féminine. L'ADS sera prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'expérimentation, en fonction de données ventilées pertinentes<sup>74</sup>.

Au cours de la première année de mise en œuvre de ces projets, soit en 2011-2012, on a repéré des modèles d'intervention déjà mis en place auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale, en appliquant une ADS. Cet inventaire vise à faire des recommandations aux autorités des deux ministères quant aux projets d'expérimentation à implanter, y compris les résultats de l'ADS. Il est prévu que le premier projet d'expérimentation soit implanté en 2012-2013.

**Favoriser la recherche sur des thèmes indiqués dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, en tenant compte de l'ADS lorsque cela est pertinent**

Le MSSS est impliqué, à titre de partenaire financier ou de partenaire consultatif, dans des projets de recherche portant sur la santé mentale financés par les fonds subventionneurs québécois ou canadiens. Dans ce contexte, le Ministère s'assurera que l'ADS soit intégrée à d'éventuels projets de recherche, selon la nature de ces projets et selon la pertinence d'y intégrer l'ADS. Cet engagement est aussi inscrit dans le PA ADS (action 28)<sup>75</sup>. Précisons qu'aucun projet de recherche intégrant l'ADS n'a été réalisé en 2010-2012.

**Soutenir la mise en place ou la poursuite d'interventions visant la prévention du suicide, conformément au PNSP, soit :**

- l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que présentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi que les mesures pour en limiter l'accès
- l'établissement des réseaux de sentinelles
- des activités visant le traitement approprié de la question du suicide dans les médias

73. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 – Le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 27.

74. Il est prévu d'utiliser des données tirées de : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vivre avec une incapacité au Québec – Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 349 p. et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 104 p.

75. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 44.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

En matière de prévention du suicide, le PNSP présente des objectifs précis, soit de réduire, chez les femmes, le taux de suicide à moins de 6 pour 100 000 et les tentatives de suicide, à moins de 5 pour 1 000<sup>76</sup>.

Une série de données portant sur la question du suicide, collectées aux fins de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP), ont été diffusées en 2012<sup>77</sup>. Ces données révèlent qu'au Québec, en 2008, 1 personne sur 10 affirme avoir sérieusement songé au suicide au cours de sa vie, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, et ce, dans une proportion de 2,2 % chez les femmes et de 2,5 % chez les hommes.

En 2008, on estime à 0,5 % la proportion de la population québécoise qui avait fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents, ce qui représente environ 28 000 personnes. Dans ce groupe, les femmes sont 3 fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide. Cet écart entre les sexes est nettement moins important dans le cas des hospitalisations pour tentative de suicide, alors que 55 % des femmes auraient été hospitalisées pour cette raison, comparativement à 45 % des hommes. Cependant, dans le cas de suicides, la proportion d'hommes est largement supérieure (75 % comparativement à 25 % de femmes).

On constate des particularités selon le sexe en ce qui a trait aux moyens utilisés. La pendaison, la strangulation et l'asphyxie constituent les principaux moyens utilisés par les personnes décédées par suicide au Québec en 2005-2007, mais dans des proportions différentes chez les femmes (39 %) et chez les hommes (53 %). Chez les femmes, les substances solides ou liquides constituent l'autre moyen le plus souvent utilisé (35 %).

En fonction de ces données, les activités de sensibilisation aux risques de la présence de médicaments à la maison, qui sont prévues dans le PNSP, peuvent joindre plus particulièrement les femmes<sup>78</sup>. Ces activités, principalement des initiatives régionales, regroupent notamment des projets de sensibilisation s'adressant aux pharmaciennes et pharmaciens, la remise de dépliants informatifs, la sensibilisation des professionnelles et professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, etc.). En 2012, ces activités sont implantées dans deux régions, planifiées et en cours d'implantation dans quatre régions, planifiées mais pas encore implantées dans quatre autres régions et pas encore planifiées dans six régions.

De 2010 à 2012, deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide ont été produits et diffusés par le MSSS, en étroite collaboration avec des organismes ayant une expertise en la matière<sup>79</sup>. Ces guides s'adressent aux intervenantes et intervenants ainsi qu'aux gestionnaires des CSSS et ont pour objet de mieux les soutenir dans leur rôle auprès des personnes suicidaires et

---

76. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 43.

77. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, Collection *Des données à l'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 14 p.

78. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 44.

79. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 83 pages et *Prévention du suicide – Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 64 p.

d'uniformiser davantage les pratiques. Ces outils sont complétés par la formation reconnue *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*<sup>80</sup>.

Le MSSS a aussi recommandé, dans le PNSP, l'établissement de réseaux de sentinelles à titre de mesure faisant partie d'une intervention globale en prévention du suicide<sup>81</sup>. Les sentinelles y sont définies comme des personnes formées et soutenues en vue de reconnaître les personnes suicidaires et de les accompagner vers des ressources d'aide. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*<sup>82</sup> vient appuyer les recommandations du PNSP concernant les sentinelles.

Les réseaux de sentinelles sont implantés dans divers milieux communautaires et institutionnels : milieu scolaire (écoles secondaires, cégeps, universités), milieu communautaire (carrefours jeunesse-emploi, maisons des jeunes, organismes de loisirs et autres), divers milieux de travail (pour les 15 ans et plus) et d'autres milieux. En 2012, le réseau est implanté dans huit régions, planifié et en cours d'implantation dans sept régions et n'est ni planifié ni implanté dans une seule région. Précisons que le MSSS a évalué, en 2010-2011, le processus d'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec, soit la Capitale-Nationale, la Côte-Nord, le Bas-Saint-Laurent et la Montérégie.

Finalement, le MSSS et le Bureau du coroner sont partenaires dans un projet qui a pour objectif la mise sur pied d'une banque de données nationales sur les suicides. L'exploitation des données de cette banque permettra de documenter et de suivre l'évolution, dans le temps et dans l'espace, des principaux déterminants ou facteurs de risque du suicide et des grands indicateurs de morbidité, de mortalité et de consommation de soins et de services de santé. Cette intervention est capitale afin d'améliorer nos connaissances et être en mesure d'élaborer des interventions aptes à contenir, voire à réduire le suicide au Québec.

**Effectuer le suivi des actions s'adressant aux femmes, conformément à la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, *Unis dans l'action***

Relativement à cette action, le MSSS a diffusé dans le réseau 421 trousseaux d'autoformation *Grossesse – Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*<sup>83</sup> depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. Un programme de formation en dépendances, destiné aux intervenantes et intervenants des CSSS, est aussi implanté. Ce programme comprend un volet sur la détection et l'intervention précoce en contexte de consommation parentale. L'implantation s'effectue en continu dans les différents CSSS du Québec depuis l'hiver 2010.

---

80. Cette formation est donnée par l'Association québécoise de prévention du suicide et s'adresse aux intervenantes et intervenants des CSSS et d'organismes communautaires. Elle présente, notamment, la grille d'estimation de la dangerosité élaborée par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

81. Idem.

82. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 20 et 58.

83. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir – Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 16 p.

## 2.11 La périnatalité

Afin d'offrir aux Québécoises les conditions favorables afin qu'elles puissent vivre harmonieusement la période de périnatalité, et ce, dans le respect de leur santé et de leur bien-être, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Mettre en œuvre les priorités d'action 2009-2012 inscrites dans la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie*, notamment :**

- l'accessibilité du suivi prénatal précoce
- l'accès gratuit à une information prénatale de qualité
- la mise en place de l'offre de service dans le domaine de la procréation assistée
- l'offre d'un suivi prénatal et postnatal avec l'intensité requise selon les besoins
- la diminution du recours aux interventions obstétricales non médicalement requises

Le MSSS a adopté, en 2008, sa troisième politique de périnatalité, intitulée *Un projet porteur de vie*<sup>84</sup>, en vigueur jusqu'en 2018. Le Ministère a diffusé l'année suivante ses stratégies visant la mise en œuvre de cette politique de 2009 à 2012<sup>85</sup>. Il a déterminé, dans ces stratégies, une série de mesures visant les objectifs suivants :

- améliorer l'accessibilité du suivi de grossesse dès le premier trimestre;
- augmenter la proportion des suivis de grossesse et des accouchements assistés par des omnipraticiennes et des omnipraticiens;
- mettre sur pied des services de sages-femmes et ajouter l'équivalent de 15 ETC sages-femmes annuellement afin qu'en 2015, elles soient en mesure d'assurer le suivi prénatal de 7 % des femmes enceintes et d'en assister l'accouchement lorsqu'il n'y a pas de complications<sup>86</sup>;
- élaborer et diffuser le tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP) à toutes les intervenantes et tous les intervenants en périnatalité. Le tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP) est un recueil qui rassemble les informations à transmettre en période prénatale sur différents thèmes liés à la périnatalité. Il doit s'appuyer sur des données validées scientifiquement, mises à jour et reflétant un consensus de pratiques.

---

84. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 164 p.

85. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 – Un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 35 p.

86. Selon les dernières données disponibles, en 2009, 3,5 % des femmes avaient un suivi de grossesse par une sage-femme, 82 % des femmes qui avaient entrepris un suivi avec une sage-femme ont commencé leur travail en accouchement avec une de ces professionnelles, mais dans 21 % des cas, la responsabilité a été transférée à un médecin.

En rapport avec ces mesures, les plus récentes données disponibles nous indiquent ce qui suit :

- en 2011 :
  - 64 % des accouchements en centre hospitalier au Québec étaient assistés par une obstétricienne ou un obstétricien gynécologue (comparativement à 66 % en 2007)<sup>87</sup>;
  - 35 % des accouchements étaient assistés par une omnipratricienne ou un omnipraticien (comparativement à 33 % en 2007)<sup>88</sup>;
- en 2011-2012 : 3 % des femmes étaient suivies par une sage-femme;
- de 2010 à 2012 : 22 ETC étaient ajoutés aux effectifs des sages-femmes.

Selon la Politique de périnatalité, l'accouchement est considéré comme un événement physiologique naturel qui n'implique pas, a priori, d'intervention médicale. Pourtant, au Québec, les accouchements sont de plus en plus médicalisés et peu de femmes accouchent aujourd'hui sans intervention obstétricale. En 2010, le taux d'accouchements par césarienne est de 23 % alors en 2000, ce taux était de 18 %<sup>89</sup>. À titre de comparaison, mentionnons qu'au Canada, en 2008-2009, la proportion d'accouchements par césarienne varie de 23 % à Terre-Neuve à 14 % au Manitoba<sup>90</sup>. Au Québec, toujours en 2010-2011, 25 % des accouchements font l'objet d'une induction, toute méthode confondue<sup>91</sup>.

La diminution du recours aux interventions obstétricales sans indication médicale (ou non médicalement requises) a été retenue par le MSSS à titre d'objectif prioritaire pour 2009-2012. Il est prévu d'implanter le programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) dans tous les centres hospitaliers qui offrent des soins obstétricaux. AMPRO est un programme élaboré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en vue d'améliorer la sécurité des patientes et la qualité des soins obstétricaux. Le programme, destiné aux médecins, aux sages-femmes et au personnel infirmier, est d'une durée de trois ans et est offert en milieu hospitalier. En 2012, l'implantation du programme AMPRO est achevée dans près de la moitié des centres hospitaliers.

**Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, conformément au PNSP**

L'INSPQ a élaboré une synthèse des connaissances sur le dépistage, en première ligne, de la dépression chez les adultes, notamment chez les femmes durant la période périnatale. Cette

---

87. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ECHO, compilation MSSS, Direction de l'allocation des ressources en collaboration avec la Direction de la surveillance de l'état de santé, 2011. Ces données concernent des accouchements survenus dans un établissement québécois. Le fichier exclut les accouchements à domicile ou en maison de naissance et les accouchements hors Québec.

88. Idem.

89. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ECHO, compilation MSSS, Direction de l'allocation des ressources en collaboration avec la Direction de la surveillance de l'état de santé.

90. INSTITUT CANADIEN DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2010*, Ottawa, Institut canadien de l'information sur la santé, 2010, p. viii.

91. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ECHO, compilation MSSS, Direction de l'allocation des ressources en collaboration avec la Direction de la surveillance de l'état de santé.

synthèse permettra d'évaluer les bénéfices et les limites du dépistage de la dépression auprès de la population générale d'adultes et notamment auprès des femmes durant la période périnatale.

**Promouvoir et soutenir le dépistage de maladies infectieuses chez les femmes enceintes, incluant la rubéole, le VIH, la syphilis, l'hépatite B ainsi que d'autres ITS, conformément au PNSP**

Bien que cette pratique clinique préventive n'ait pas été priorisée dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, les régions peuvent, selon leurs priorités et leur offre de service, réaliser des activités de soutien en rapport avec cette pratique. Ces activités varient d'une région à une autre; elles peuvent être notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

**Promouvoir et soutenir la mise en place des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :**

- le counseling en matière d'allaitement maternel
- la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool et de tabagisme auprès des femmes enceintes

L'allaitement maternel s'est considérablement répandu au Québec, si l'on considère que seulement 5 % des mères québécoises allaitaient ainsi leur bébé au milieu des années 1960<sup>92</sup>, et que cette proportion était de 83 % en 2009-2010. La progression de la pratique de l'allaitement maternel semble s'être stabilisée au Québec depuis 2005, après une progression au cours des années précédentes. Parmi les mères pratiquaient l'allaitement au sein en 2009-2010, on note que 74 % d'entre-elles poursuivaient l'allaitement maternel lorsque leur bébé était âgé de 1 mois. C'est donc dire qu'1 mère sur 4 (26 %) a cessé ce type d'allaitement au cours du premier mois de vie de son enfant. Cette baisse, relativement marquée dès le premier mois, se poursuit de façon plus graduelle au cours des mois suivants, jusqu'à ce que le bébé atteigne 6 mois. Il est intéressant de souligner qu'à cette période, la moitié de ces mères poursuivaient l'allaitement maternel. Par la suite, la baisse de la proportion de mères qui le pratiquaient semble s'accroître légèrement. Ainsi, 39 % des mères concernées poursuivent l'allaitement maternel lorsque leur bébé est âgé de 7 mois, alors que 13 % le font encore lorsque leur bébé a atteint l'âge de 1 an<sup>93</sup>.

En mai 2010, plus de dix régions avaient inscrit le counseling en matière d'allaitement maternel dans leur offre de service et parmi ces régions, deux l'ont priorisé. Afin d'optimiser cette pratique de counseling, les directions régionales de santé publique ont surtout offert de la formation aux intervenantes et intervenants en périnatalité.

En ce qui concerne la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes, bien que cette pratique clinique préventive n'ait pas été priorisée dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, les régions peuvent, selon leurs priorités et leur offre de service, réaliser des activités de soutien en rapport avec cette activité. Ces activités

---

92. Denyse BAILLARGEON. *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004.

93. Amélie LAVOIE et Valeriu DUMITRIU. *L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada*, série *Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, octobre 2011, n° 8, 8 p.

varient d'une région à une autre; elles peuvent être notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

**AJOUT : Prévenir la violence conjugale envers les femmes enceintes**

En 2010, en vue de la mise en œuvre de la mesure 9 du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale visant à inclure des activités de prévention de la violence conjugale dans les services globaux et intégrés de promotion et de prévention en périnatalité, à la petite enfance et en milieu scolaire, le MSSS a diffusé, dans l'ensemble des régions du Québec, un dépliant traitant de la violence conjugale envers les femmes enceintes. Ce dépliant, intitulé *Pour une grossesse paisible, brisez le silence*, vise à sensibiliser, à informer et à amener les femmes enceintes victimes de violence conjugale à reconnaître leur situation et à chercher de l'aide. On y présente la définition de la violence conjugale, des statistiques, le cycle de la violence, les conséquences, les différentes formes de violence ainsi que les ressources disponibles. Cet outil est destiné aux femmes enceintes qui consultent relativement à un suivi de grossesse dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans les organismes communautaires qui leur viennent en aide<sup>94</sup>.

Des renseignements portant sur la violence conjugale sont aussi inclus dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, qui est remis à toutes les femmes enceintes au Québec.

**Soutenir l'identification, l'évaluation et la documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et faire des recommandations aux médecins traitants, en lien avec l'entente MSSS-CSST, conformément au PNSP**

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a accepté, en 2010, 33 951 demandes d'indemnisation relatives au programme « Pour une maternité sans danger » et 32 882 demandes en 2011. Plus de la moitié (58,9 %) des demandes acceptées proviennent de femmes travaillant dans les domaines de l'agriculture, de la bonneterie et de l'habillement, de l'enseignement et des services annexes, des finances, des assurances et des affaires immobilières, des services médicaux et sociaux, de la chasse et de la pêche et des industries manufacturières diverses<sup>95</sup>.

Afin de maintenir à jour et de développer les connaissances sur les différentes conditions de travail qui pourraient affecter la santé des femmes enceintes, le Groupe de référence grossesse-travail de l'INSPQ a produit, depuis 2007, une série d'études portant sur des problématiques variées, notamment sur l'horaire de travail<sup>96</sup>, le travail en ambiance chaude<sup>97</sup>, les effets du bruit en milieu

- 
94. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une grossesse paisible, brisez le silence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 2 p.
  95. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Rapport annuel 2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 164 p. et *Rapport annuel 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 204 p.
  96. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'horaire de travail et ses effets sur le résultat de la grossesse – Méta-analyse et méta-régression*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 123 p.
  97. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyse des données probantes sur le travail en ambiance chaude et ses effets sur les issues de grossesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 28 p.

de travail<sup>98</sup>, l'exposition à des substances chimiques chez les inhalothérapeutes enceintes<sup>99</sup> et les risques en période d'épidémie saisonnière d'influenza<sup>100</sup>.

Les consensus scientifiques issus de ces synthèses permettent au Comité médical provincial d'harmonisation du programme « Pour une maternité sans danger », créé par la Table de coordination nationale en santé publique en 2002, d'élaborer des guides de pratique sur ces questions, dans le contexte de ce programme qui contribue à prévenir des expositions professionnelles délétères pour la grossesse.

## 2.12 La violence conjugale et sexuelle

En vue de poursuivre ses actions menées afin de prévenir la violence conjugale et la violence sexuelle faites aux femmes et d'intervenir à cet égard, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Maintenir ses engagements, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale**

Le Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale<sup>101</sup> incluait 72 mesures sous la responsabilité des partenaires gouvernementaux suivants, y compris le MSSS : le ministère de la Justice (MJQ), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le ministère de la Famille et des Aînés (MFA), le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le ministère de la Sécurité publique (MSP), le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF) et le Secrétariat aux Affaires autochtones (SAA).

Le MSSS y avait inscrit 19 engagements touchant la prévention et la promotion; le dépistage et le repérage précoce des situations de violence conjugale; l'intervention psychosociale; l'adaptation aux réalités particulières des clientèles; les conditions essentielles à la réussite des actions et finalement, la mise en œuvre et l'évaluation du Plan d'action.

La mise en œuvre de ce plan d'action a été prolongée en 2010-2011. Durant cette période, ainsi qu'en 2011-2012, le financement récurrent des organismes concernés a été maintenu et indexé. En 2011-2012, le financement annuel des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale est de 69,8 M\$, celui des centres de femmes, de 22,7 M\$ et celui des organismes qui viennent en aide aux conjoints violents, de 5,5 M\$.

---

98. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Effets du bruit en milieu de travail durant la grossesse – Synthèse systématique avec méta-analyse et méta-régression*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 99 p.

99. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *L'exposition à des substances chimiques chez les inhalothérapeutes enceintes : impact potentiel sur le déroulement et le résultat de la grossesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 59 p.

100. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Risque pour la travailleuse enceinte en période d'épidémie saisonnière d'influenza*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 54 p.

101. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, ministère de la Justice et ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, 2004, 32 p.

En ce qui concerne le financement de projets, en 2010-2011, un montant de 1 530 000 \$ a été attribué par le MSSS, par l'entremise des ASSS, en vue de la réalisation de divers projets régionaux et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer la violence conjugale ». Ce montant inclut le financement des projets destinés aux femmes immigrantes, aux femmes autochtones et aux femmes ayant des limites fonctionnelles. Ces projets sont décrits dans les sections 2.2., 2.3 et 2.4 du présent bilan.

**Participer aux travaux de rédaction du rapport synthèse du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale et aux travaux d'élaboration du prochain plan d'action gouvernemental en la matière**

En 2010-2011, le MSSS a participé aux travaux de rédaction du bilan du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale<sup>102</sup>. Initialement, les investissements globaux relatifs à la mise en œuvre du Plan d'action avaient été estimés à 65 M\$. Toutefois, le bilan a montré que finalement, près de 90 M\$ qui ont été consacrés à la réalisation des engagements inscrits dans ce plan d'action, dont une contribution de 54,6 M\$ de la part du MSSS. L'ensemble des activités réalisées ne sera pas présenté dans le présent bilan, puisque cette information a été diffusée dans le bilan du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, lancé en avril 2011.

En vue de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale, des consultations particulières et les travaux du comité-conseil ont été poursuivis au cours de l'année 2011. L'ensemble des partenaires concernés par les questions de violence conjugale ont été invités à faire part de leurs recommandations au Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle.

**Poursuivre les actions dont le MSSS la responsabilité ou pour lesquelles il est partenaire, conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle**

Conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle<sup>103</sup>, le MSSS a soutenu des initiatives en rapport avec les mesures suivantes :

- Mesure 17 « Soutenir des initiatives régionales et locales émanant des communautés visant à prévenir et à contrer les agressions sexuelles »;
  - Attribution de montants de 142 000 \$ en 2010-2011 et 1 530 000 \$ en 2011-2012, répartis, selon une approche populationnelle, entre toutes les ASSS du Québec, afin de prévenir et de contrer les agressions sexuelles.
- Mesure 34 « Soutenir le financement des organismes desservant les personnes victimes d'agression sexuelle, quel que soit leur âge et leur sexe »;

---

102. MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE. *Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 87 p.

103. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2008, 71 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

- Attribution d'un montant total de 10 876 547 \$, par l'entremise du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), aux organismes qui œuvrent auprès des victimes d'agression sexuelle.
- Mesure 37 « Développer et diffuser des outils d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle, accessibles tant en anglais qu'en français, afin de les guider dans leur démarche pour obtenir de l'aide »;
  - Attribution d'un montant de 59 955 \$ en 2011 à la Table de concertation en agression sexuelle de Montréal pour la révision du Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle ainsi que pour son impression et sa diffusion dans toutes les régions du Québec.
- Mesure 68 « Soutenir le financement des organismes qui desservent la clientèle des agresseurs et qui répondent aux normes et standards de pratique »;
  - Attribution d'un montant total d'un peu plus de 1,3 M\$, par l'entremise du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), à neuf organismes communautaires offrant des services de traitement aux agresseurs sexuels.
- Mesure 70 « Soutenir le Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle (RIMAS) dans la réalisation d'initiatives favorisant l'amélioration des connaissances et des services aux agresseurs sexuels »;
  - Attribution au RIMAS d'un montant de 60 000 \$ en 2010-2011 pour la réalisation d'un état de situation sur les services aux agresseurs sexuels et d'un montant de 50 000 \$ en 2011-2012 en soutien à l'organisme.
- Mesure 74 « Effectuer des travaux pour permettre la réouverture d'un établissement de détention et l'implantation d'un programme pour l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels »;
  - Attribution d'un montant annuel récurrent de 1 051 963 \$ à partir de 2010-2011 pour la mise en œuvre du Programme d'évaluation, de traitement et de recherche des auteurs d'agressions sexuelles à l'Établissement de détention de Percé;
  - Attribution d'un montant non récurrent de 80 000 \$, en 2010-2011, à l'ASSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine pour la concrétisation de l'outil de suivi clinique intégré.
- Mesure 83 « Assurer un soutien financier aux centres désignés dans le cadre de l'intervention médicosociale afin de former les intervenants des équipes médicosociales »;
  - Attribution d'un montant de 100 000 \$, en 2009-2010, pour que soit dispensée une formation dans toutes les régions du Québec. Cette formation a été offerte en 2010-2011 et en 2011-2012 dans plusieurs régions.
- Mesure 85 « Dispenser une formation sur l'intervention en matière d'agression sexuelle aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en s'assurant de tenir compte des besoins des groupes vulnérables et des différentes clientèles (femmes, hommes et enfants) »

- Attribution d'un montant de 250 000 \$ par année pour les années financières 2010-2011 et 2011-2012 au Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent pour l'élaboration d'une formation à visée provinciale ainsi que pour le transfert de connaissances et d'expertise.
- **Mesure 94** « Évaluer l'implantation des centres désignés en termes d'organisation de services et d'impact auprès des victimes et formuler des recommandations »
  - Attribution d'un montant de 100 000 \$ en 2010-2011 à une équipe de recherche relativement à une action concertée du Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) pour l'évaluation de l'implantation des centres désignés<sup>104</sup>.

En ce qui concerne les activités réalisées de 2010 à 2012 relativement aux mesures associées à la mise en œuvre de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique<sup>105</sup> :

- Les cinq ministères signataires de l'entente (MSSS, MJQ, MELS, MFA, MSP) et le Directeur des poursuites criminelles et pénales ont participé aux travaux du Comité des responsables nationaux de l'Entente multisectorielle (CRNEM) sur les mesures 54, 55, 56, 57, 58 et 59 du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle;
- Plusieurs membres du CRNEM ont participé au 5<sup>e</sup> Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, en tant que membre du comité organisateur, membre du comité scientifique, animateur d'atelier ou congressiste. Le thème du colloque « Comprendre et agir ensemble » a été propice à faire ressortir certaines préoccupations relatives à l'application de l'Entente multisectorielle;
- Les travaux d'un comité mis en place par le MSP en 2010, composé de représentantes et représentants des corps policiers, de l'École nationale de police du Québec, de l'Association des centres jeunesse du Québec et du Directeur des poursuites criminelles et pénales, ont permis de préciser que l'enregistrement vidéo de l'entrevue d'un enfant victime réalisée par les services de police devait systématiquement être remis au Directeur de la protection de la jeunesse;
- Le 31 mai 2011, une nouvelle version de la pratique policière a été diffusée à tous les corps de police du Québec. La pratique rend maintenant systématique la remise, au Directeur de la protection de la jeunesse, de l'enregistrement de l'entrevue avec un enfant victime réalisée par les services de police. On trouve également le protocole d'entente qui en établit les règles de transmission.

**Sensibiliser des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias, dont la violence, ainsi que les sensibiliser à l'importance de la réduction de cette exposition, conformément au PNSP**

---

104. Recherche sous la direction de Delphine Collin-Vézina, Faculté de travail social, Université McGill.

105. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 41 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

L'INSPQ a reçu le mandat de réaliser un avis dont la production est planifiée pour 2013-2014. Cet avis permettra par la suite d'orienter la sensibilisation souhaitée auprès des décideuses et des décideurs privés et public.

**S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent la priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale**

Les services de supervision des droits d'accès (SDA) concernent toute situation où l'exercice d'un droit d'accès est interrompu, difficile ou trop conflictuel à la suite d'une séparation ou d'un divorce. Ainsi, deux types de SDA peuvent favoriser le maintien des liens entre l'enfant et l'un de ses parents, soit la visite supervisée ou l'échange de garde en vue d'assurer la transition de l'enfant d'un milieu familial à l'autre.

Les SDA ont été implantés au Québec au cours des vingt dernières années. Les organismes communautaires, de par leur raison d'être, ont répondu à la demande du milieu. Une contribution est demandée aux parents par certaines ressources.

Dans le contexte de ces services, en 2011, une formation destinée au personnel qui travaille dans les services de SDA du milieu communautaire a été élaborée. La même année, le Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque de l'Université Laval a démarré un projet d'évaluation permettant de documenter la clientèle et les services offerts ainsi que leur impact sur les parents et les enfants. Précisons que douze régions sont couvertes par les SDA.

## 2.13 L'exploitation sexuelle

Afin de venir en aide aux femmes qui tirent un revenu d'activités sexuelles, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Participer à d'éventuels travaux interministériels en vue de contrer l'exploitation sexuelle des femmes au Québec**

Au Québec, les activités lucratives liées à l'industrie du sexe sont en augmentation. De façon générale, l'exploitation sexuelle touche davantage les femmes, les adolescentes et les petites filles. Elle est la manifestation d'un abus de pouvoir qui ne peut être toléré dans une société qui défend les valeurs de justice et d'égalité. De plus, bien qu'il soit difficile d'en préciser l'ampleur, on trouve parmi les femmes qui se prostituent des femmes davantage discriminées, notamment des femmes immigrantes et des femmes autochtones.

Le PAG Égalité (mesure 86) prévoit la mise sur pied d'un comité interministériel qui aura pour mandat de proposer des actions en vue de contrer l'exploitation sexuelle, y compris les problématiques de l'hypersexualisation, de la prostitution et de la traite des femmes, à l'intérieur et à l'extérieur du pays. Le MSSS fait partie des ministères invités à participer à ces travaux et entend collaborer étroitement à ce projet<sup>106</sup>.

---

106. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 – Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 114.

## 2.14 Le vieillissement

Afin que les femmes âgées au Québec puissent bénéficier de soins de santé et de services sociaux mieux adaptés à leurs besoins, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Intégrer l'ADS lors de l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches aidants pour le soutien aux proches aidants, l'hébergement et la prévention-gestion des maladies chroniques**

La reconnaissance du phénomène de l'importance du vieillissement de la population du Québec et des réalités distinctes vécues par les femmes et les hommes âgés a incité le MSSS à lancer un nouveau projet en ADS lié au vieillissement et à la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Ainsi, deux volets prioritaires ont été retenus relativement à ce projet d'intégration de l'ADS, soit le soutien aux proches aidants et l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie<sup>107</sup>.

Ce projet en ADS a débuté avec l'élaboration, par le Ministère, d'un état de situation basé sur une revue de littérature qui présente des données et des études récentes sur les caractéristiques et les besoins particuliers des femmes âgées (et des hommes âgés) en perte d'autonomie, que ces personnes résident en centre d'hébergement ou non. Elle traite aussi de la réalité de leurs proches aidants. Les informations recueillies devraient être utilisées afin de favoriser l'adaptation de certaines réalisations du Ministère et du réseau à ces spécificités.

On y rapporte les principaux constats sur les réalités que sont « vieillir au féminin » et « vieillir au masculin », en fonction notamment des conditions socioéconomiques et de l'état de santé physique et mental distincts des femmes âgées, et des hommes âgés, au Québec. Cet état de situation a été complété par la présentation d'exemples d'application de l'ADS.

**Produire l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement – volet « 65 ans et plus » – en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec**

Une collecte des données de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement (EQLAV) a été réalisée de novembre 2010 à décembre 2011 auprès de 5 427 répondantes et répondants âgés de 65 ans et plus. On a par la suite procédé au traitement et à l'analyse de ces données. Les résultats de l'enquête devraient être diffusés au cours de l'année 2013-2014.

**Accroître les services de soutien à domicile aux personnes âgées qui présentent des pertes d'autonomie liées au vieillissement**

Dans son Plan stratégique 2010-2015, le MSSS indique son intention de prévenir les problèmes de santé chez les personnes aînées et d'intervenir en cette matière. L'enjeu 1 du Plan se lit ainsi : « Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être » et l'objectif 1.1.2 « Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne » donne notamment la priorité à certains problèmes de santé qui concernent la clientèle

---

107. Précisons que la question de la prévention et de la gestion des maladies chroniques chez les personnes âgées a été retirée du projet initial à la fin 2010. Cette problématique pourra être traitée dans le contexte d'un autre projet sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, qui visera diverses clientèles, dont les personnes âgées en perte d'autonomie.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

âgée, soit les habitudes de vie, les maladies chroniques, les chutes et le suicide. Le MSSS entend notamment, pour atteindre ces objectifs, « favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités »<sup>108</sup>.

En amont, le MSSS a encouragé la réalisation de projets de recherche sur les pratiques innovantes en matière de soutien à domicile. Ainsi, deux projets de recherche ont été réalisés, de 2009 à 2011, conformément à une action concertée coordonnée par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC), soit :

- « Organisation des services d'aide à domicile – Inventorier pour innover »<sup>109</sup>, sous la direction d'Aline Vézina de l'École de travail social de l'Université Laval;
- « Les modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile – Inventaire et analyse des revues systématiques »<sup>110</sup>, sous la direction d'André Tourigny, rattaché à l'INSPQ, au Centre d'excellence sur le vieillissement (CEVQ) et à l'Université Laval.

Toujours en conformité avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, la cible d'optimisation des services de soutien à domicile vise à augmenter de 10 % le nombre total d'heures de ces services, dans le contexte des programmes Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), Déficience physique (DP), Déficience intellectuelle (DI) et Troubles envahissants du développement (TED). Toutes les ASSS ont déposé, à l'automne 2011, un plan d'action sur l'optimisation de ces services, qui sont passés de 9,5 millions d'heures en 2009-2010 à plus de 9,9 millions d'heures en 2011-2012.

Un plan d'investissement a aussi été mis en place pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, y compris des investissements de 40 M\$ en budget additionnel permettant de bonifier les services. Ce plan cible plus particulièrement les huit régions sociosanitaires suivantes : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie.

### **Soutenir l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute – volet personnalisé, conformément au PNSP**

Selon l'Enquête québécoise de la santé de la population 2008 (EQSP), près de 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont été victimes, au cours des 12 mois précédents, d'une blessure causée par une chute assez grave pour limiter leurs activités courantes, ce qui représente environ 40 000 personnes. Les femmes sont 2 fois plus nombreuses que les hommes à avoir subi une blessure à la suite d'une chute. Cet écart s'explique par le fait que la proportion des femmes dans ce groupe d'âge est plus importante et qu'elles sont plus susceptibles que les hommes de se blesser à la suite d'une chute (4,8 % contre 2,8 %)<sup>111</sup>.

L'ostéoporose est l'un des facteurs qui peuvent faire augmenter le risque de fracture, surtout chez les femmes. Or, on estime qu'au Canada, environ 1 femme sur 4, âgée de plus de 50 ans, souffre

---

108. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 23 et 29.

109. <http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php>

110. Idem.

111. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, collection *Des données à l'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 12 p.

d'ostéoporose. De même, 1 femme sur 3 subira une fracture causée par l'ostéoporose au cours de sa vie<sup>112</sup>. Parmi l'ensemble de ces chutes causant une blessure, 70 % ont lieu à domicile. Bien que l'on puisse penser que les chutes sont plus nombreuses en hiver, l'enquête révèle qu'elles se répartissent entre toutes les saisons<sup>113</sup>.

En mars 2011, afin de prévenir les chutes chez les personnes âgées considérées à risque, 35 CSSS sur 96 avaient implanté l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP). L'IMP est destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus qui ont fait une chute au cours de la dernière année et qui présentent un risque élevé de tomber à nouveau. L'IMP contribue à améliorer et à maintenir l'autonomie des personnes âgées en prévenant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou ne deviennent chroniques. Une fois les problèmes dépistés, un plan d'intervention personnalisé est élaboré. La présence de facteurs de risque est réévaluée tous les 6 mois, pendant une période de 12 à 18 mois.

Outre l'IMP, des actions sont aussi réalisées relativement au Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED 1), une intervention multifactorielle non personnalisée pour le volet communautaire, et ce, conformément aux pratiques cliniques préventives. Ainsi, la clientèle à risque peut être sensibilisée par les médecins, les optométristes ou les pharmaciens à propos des mesures efficaces de prévention des chutes. Certaines actions pourront être proposées en tenant compte de l'état de la personne, à savoir : la participation à des programmes d'activités physiques; le port de semelles d'appoint adhérentes; la correction de la vision; la prise de vitamine D et de calcium; la vérification de la médication; l'évaluation des sources potentielles de chute au domicile et, le cas échéant, l'adaptation du domicile, l'évaluation par un médecin du risque de fracture et l'évaluation de l'état nutritionnel.

**Soutenir la mise en place d'une intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus, conformément au PNSP**

Un nombre important de personnes âgées, dont une proportion plus élevée de femmes (34,3 % de femmes comparativement à 21,3 % d'hommes en 2008) consomme des médicaments psychotropes<sup>114</sup>. Une forte proportion d'entre elles y a recours de façon chronique et à long terme. Le phénomène des maladies provoquées par les médicaments constitue un problème important chez les personnes âgées; ces maladies sont une cause importante de consultation médicale, d'hospitalisation et de mortalité. La consommation de ces médicaments peut également entraîner des problèmes psychomoteurs, des chutes, des fractures de la hanche et certaines formes de déclin cognitif. Ces médicaments sont susceptibles de conduire à la dépendance. Plusieurs études ont soulevé la possibilité d'un lien entre l'isolement, le manque de soutien social et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais ! En santé après cinquante ans*, prévu dans le PNSP, s'est avéré efficace pour aider les personnes âgées à mieux utiliser leur médication et à en

---

112. Idem.

113. Idem.

114. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011 – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 208.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

diminuer les effets indésirables<sup>115</sup>. Ce programme est en cours d'implantation conformément à la mise en œuvre du PNSP, et les résultats de cette implantation seront disponibles en 2013-2014.

### **Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et la référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi, conformément au PNSP**

L'INSPQ a élaboré une synthèse des connaissances sur le dépistage, en première ligne, de la dépression chez les adultes. Cette synthèse permettra d'évaluer les bénéfices et les limites du dépistage de la dépression auprès de la population générale d'adultes et notamment chez les personnes âgées.

### **Mettre en œuvre les actions inscrites par le MSSS, à titre de responsable ou de partenaire, conformément au Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015**

Le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 a été lancé en 2010. Le mot « maltraitance » est un terme générique couramment utilisé dans la francophonie internationale, qui englobe toutes les façons de désigner les diverses formes de violence, d'abus, d'exploitation, de négligence et de mauvais traitements envers les aînés<sup>116</sup>. Dans ce plan d'action, le MSSS a été désigné coresponsable, avec le ministère de la Famille et des Aînés (MFA)<sup>117</sup>, de deux actions structurantes, soit la création d'une ligne téléphonique nationale d'écoute et de référence et la mise en place de coordinations régionales<sup>118</sup>. Ces projets sont inscrits dans le PA ADS (action 12)<sup>119</sup>. Par conséquent, les statistiques compilées par la Ligne Aide Abus Aînés (Ligne AAA) et les travaux des coordinations régionales devraient tenir compte de l'ADS.

Concernant les services offerts par la Ligne AAA, on a traité, du 1<sup>er</sup> octobre 2010 (date de son lancement) au 31 mars 2012, plus de 7 250 appels. Les données disponibles sont celles qui concernent la personne en situation de maltraitance présumée (que ce soit elle-même ou quelqu'un d'autre qui loge l'appel). D'après les résultats partiels de cette première collecte de données, parmi les 4 180 personnes concernées par les appels à la Ligne AAA, 69 % étaient des victimes de sexe féminin, 24 %, des victimes de sexe masculin et 7 % des appels concernaient plus d'une victime (couple par exemple) sans que le sexe soit déterminé<sup>120</sup>.

Concernant les autres actions sous la responsabilité du MSSS, relativement au Plan d'action, les principales réalisations sont :

---

115. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 44.

116. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 17.

117. En septembre 2012, les responsabilités liées au volet « Aînés » du MFA ont été transférées au MSSS et le Secrétariat aux Aînés a été intégré dans la structure administrative du Ministère. À la suite de ces changements, le MSSS collabore uniquement avec le Secrétariat aux Aînés concernant la réalisation de ces activités.

118. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 53.

119. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 26.

120. L'indicateur concernant le sexe de la personne qui appelle a été ajouté dans la base de données au cours de l'année 2012; il reste donc un certain pourcentage de données qui ne sont pas disponibles (plus de 30 %) pour 2011-2012.

- « Information sur les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux prévenir la maltraitance, de la dépister et d'intervenir en cette matière »;
  - Création du site Internet de la Ligne AAA, qui vise entre autres à diffuser de l'information sur les services offerts aux personnes âgées en situation de maltraitance, et la diffusion en continu, par le CSSS Cavendish et par l'ASSS de Montréal, de fiches d'information visant à répondre au besoin d'information des différents partenaires, dans le réseau de la santé et des services sociaux<sup>121</sup> et hors réseau.
- « Formation d'intervenantes et d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux »;
  - Au 31 mars 2012, la Ligne AAA avait élaboré et rendu disponible une offre de formation comprenant quatre formules distinctes (dépistage et intervention, intervention, formateurs et consolidation des acquis). En date du présent bilan, les formatrices et les formateurs de la Ligne ont formé au total plus de 550 intervenantes et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux dans la presque totalité des régions du Québec.
- « Entrée en fonction de coordonnateurs régionaux »;
  - À partir du printemps 2011, les coordonnatrices et coordonnateurs spécialisés en matière de maltraitance sont progressivement entrés en fonction dans seize régions du Québec, en plus de deux autres personnes, l'une dont le mandat vise les personnes des communautés ethnoculturelles et l'autre, les Autochtones, ce qui fait un total de 18 coordonnatrices et coordonnateurs. La première année de leur mandat aura servi à entreprendre leurs travaux, soit le portait du milieu et l'inventaire des ressources, en vue du dépôt de leur plan d'action régional.
- « Poursuite de la mise en œuvre des tables multisectorielles locales en matière de maltraitance »;
  - Au 31 mars 2012, on a procédé au recensement des tables multisectorielles locales présentes dans chaque région (à partir de leur inventaire des ressources). À la suite de ce recensement, seront mises sur pied des tables multisectorielles dans les territoires où elles sont inexistantes.
- « Réalisation des travaux de révision de la réglementation portant sur la certification des résidences privées visant à créer l'obligation de déclarer tout incident ou accident portant atteinte à la sécurité et au bien-être d'un résident »;
  - Le projet de loi no 16 (Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour âgés) a été déposé à l'Assemblée nationale le 12 mai 2011. Ce projet de loi a été adopté le 29 novembre 2011 et sanctionné le 30 novembre 2011.

---

121. <http://www.aideabusaines.ca>

**Promouvoir et soutenir la recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées, conformément au PNSP**

La création de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, rattachée à l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, répond en grande partie aux objectifs de cette action. De plus, bien que la pratique clinique préventive sur cette problématique ne soit pas priorisée dans le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS, les régions peuvent, selon leurs priorités et leur offre de service, réaliser des activités de soutien. Ces dernières varient d'une région à une autre; elles peuvent être notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

**Collaborer avec les partenaires du milieu public et communautaire et les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions en vue de contrer les formes d'abus envers les personnes âgées, conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle**

La prévention des abus à caractère sexuel envers les personnes âgées est visée par la mesure 85 du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle intitulée « Dispenser une formation sur l'intervention en matière d'agression sexuelle aux professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en s'assurant de tenir compte des besoins des groupes vulnérables et des différentes clientèles »<sup>122</sup>. De 2010 à 2012, un projet a été soutenu relativement à ce plan d'action, soit l'organisation, en juin 2011 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, d'activités dans toutes les communautés, en vue de souligner la Journée mondiale de sensibilisation à la violence faite aux aînés.

Par ailleurs, cet aspect a été traité dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015, dans le contexte où l'abus sexuel est considéré comme une forme de maltraitance. Ainsi, deux projets ont été réalisés en fonction de cet objectif, soit :

- la diffusion du dépliant *Les agressions sexuelles contre les personnes âgées existent et marquent profondément*<sup>123</sup> par le ministère de la Culture, de la Communication et de la Condition féminine (MCCCF) et le ministère de la Famille et des Aînés (MFA);
- l'intégration du sujet de la violence sexuelle, traitée de manière distincte de la violence physique, à la formation des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux par la Ligne Aide Abus Aînés (Ligne AAA), lesquels sont sensibilisés à l'existence des agressions sexuelles envers les personnes âgées et aux nombreux préjugés entourant cette réalité.

---

122. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2008, p. 59.

123. <http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Ainees.versionfrancaise.pdf>

## 2.15 L'aide aux proches

Afin de prévenir la détérioration de la santé et du bien-être des femmes qui jouent le rôle de proches aidantes, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Intégrer l'ADS à l'adaptation des services aux personnes qui aident des proches âgés en perte d'autonomie**

La situation des personnes proches aidantes a été documentée, plus particulièrement sous l'angle de l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie, lors de l'élaboration de l'état de situation intégrant l'ADS. Il en est ressorti certains constats susceptibles d'enrichir les réflexions entourant l'actualisation ou la conception de réalisations en rapport avec les programmes-services destinés à cette clientèle.

Ainsi, au Québec, le nombre de proches aidants est en croissance constante; il a augmenté de 26,2 % de 1996 à 2006. En 2006, parmi les 1 152 000 personnes proches aidantes recensées, 59 % sont des femmes et 41 % sont des hommes. La plus grande proportion de ces personnes (48 %) est âgée de 35 à 54 ans. Suivent les personnes dans les groupes d'âges de 55 ans et plus, dans lesquels femmes et hommes sont aussi représentés dans une proportion de deux tiers pour un tiers respectivement<sup>124</sup>.

Toutes ces personnes consacrent de plus en plus de temps aux soins aux proches. De 1996 à 2006, le nombre de personnes proches aidantes y ayant consacré de 10 à 19 heures a augmenté respectivement de 10 % chez les femmes et de 26 % chez les hommes. Le nombre de celles qui y consacrent 20 heures et plus par semaine a augmenté de 23 % chez les femmes et de 20 % chez les hommes<sup>125</sup>.

Selon d'autres données canadiennes, les femmes déclarent plus souvent que les hommes certains effets négatifs découlant de l'aide et des soins aux proches, notamment sur leur situation financière et sur leur santé physique et mentale<sup>126</sup>.

De nombreux autres travaux portant sur les attitudes relatives à l'aide aux proches révèlent des différences selon le sexe. Les femmes auraient une approche plutôt de type « maternage » et se fient davantage au soutien de leur propre réseau social, tandis que les hommes auraient une approche de type « directoriale » (communément appelée « managériale »), ayant davantage recours aux services formels et déléguant plus facilement certaines tâches. Ces différences ont tendance à s'atténuer, surtout chez les femmes issues des générations du boom des naissances (*baby-boom*).

Les études font aussi ressortir les réalités et les besoins spécifiques des personnes proches aidantes issues de l'immigration, des communautés ethnoculturelles ou autochtones et des minorités sexuelles. Ces clientèles présentent des problématiques particulières relativement auxquelles les intervenantes et les intervenants sont encore peu sensibilisés et outillés (barrières linguistiques,

---

124. CONSEIL DES AÎNÉS. *Données sur le nombre de proches aidants*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 4 p.

125. *Idem*.

126. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sociale générale de 2007*, n° 89-633-X du catalogue, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2007.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

spécificités culturelles, dynamiques familiales et communautaires différentes, problèmes de santé particuliers).

**Développer une meilleure connaissance des diverses réalités des personnes qui jouent le rôle de proche aidant, selon les types de clientèles aidées par ces personnes (que ce soit un enfant ou un adulte ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, ou d'une personne âgée)**

**Concevoir et implanter un outil d'évaluation des besoins des personnes qui agissent comme proches aidants et un outil de dépistage des proches à risque d'épuisement**

Dans les dernières années, le MSSS a approfondi sa connaissance des diverses réalités des personnes proches aidantes. Outre l'état de situation qui traite notamment du soutien aux proches aidants, des activités de veille informationnelle sont aussi menées au Ministère.

Par ailleurs, afin de mieux adapter les soins de santé et les services sociaux à la réalité des personnes proches aidantes, des outils d'évaluation de ces besoins sont disponibles. Le MSSS encourage, auprès des organismes concernés, l'utilisation de ces outils d'évaluation, qu'il recommande en fonction de leur validation scientifique.

**Établir des critères d'accès aux services de répit aux personnes qui agissent comme proches aidants et s'assurer de la couverture publique de ces services**

De 2010 à 2012, le MSSS a bonifié l'offre de service de soutien à domicile destinée à l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les personnes proches aidantes, selon les profils de besoins et les milieux de vie et en précisant les modalités de contribution des usagères et des usagers.

En 2009-2010, la dépense en soutien aux familles, relativement aux programmes visant les clientèles ayant des déficiences physiques (DP), des déficiences intellectuelles (DI) et des troubles envahissants du développement (TED), a été de 35 643 083 \$ tandis qu'en 2010-2011, elle se situe à 37 268 466 \$, soit une augmentation de 4,5 %.

En janvier 2012, la ministre déléguée aux Services sociaux annonçait l'attribution non récurrente d'un montant de 8 M\$ relative à ces programmes, dont presque la moitié doit servir à rehausser l'offre de service en matière de soutien aux familles. Cet argent a permis notamment d'accorder à plus de 1 200 familles une nouvelle allocation directe pour du soutien et de rehausser l'allocation directe à près de 4 000 familles qui recevaient déjà un tel soutien.

**Développer des services de répit à l'intention des personnes qui agissent comme proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés**

En 2010-2011, la ministre responsable des Aînés a reçu du premier ministre le mandat de développer une vision novatrice à l'égard du soutien apporté aux personnes âgées afin de leur permettre de demeurer le plus longtemps possible à domicile et d'y recevoir les soins et les services adéquats. Cette vision incluait la prise en considération des besoins des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ce mandat a été mené conjointement avec le MSSS, au moyen d'un mandat aussi attribué à la ministre déléguée aux Services sociaux. Les deux ministres ont convenu de mettre sur pied un comité interministériel constitué du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT), du ministère des Transports (MTQ), de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

Les travaux ont mené à l'élaboration de la politique gouvernementale et au plan d'action *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*<sup>127</sup> visant principalement le maintien des personnes âgées à domicile et dans leur communauté.

## 2.16 Les travailleuses du réseau

Afin d'offrir aux travailleuses du réseau des conditions propices au maintien d'une bonne santé physique et mentale, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Effectuer le bilan des absences, en assurance salaire, des travailleuses du réseau à l'aide d'une banque de données nationale**

**Maintenir à jour et rendre accessibles les données sur la santé physique et mentale des travailleuses du réseau**

En 2010-2011, les femmes travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux ont effectué un nombre légèrement plus élevé d'heures (régulières et supplémentaires) qu'en 2007-2008. Plus précisément, la proportion d'heures travaillées par les femmes dans la catégorie d'emploi « cadres et hors cadres » est passé de 63 % en 2007-2008 à 65 % en 2010-2011. Au cours de la même période, cette proportion est passée de 70 % à 74 % chez les éducatrices, de 74 % à 75 % chez les femmes dans les emplois paratechniques et en soins infirmiers, et de 79 % à 81 % chez les professionnelles et les travailleuses sociales<sup>128</sup>.

On constate par ailleurs une très légère diminution du nombre d'heures travaillées par les infirmières, la proportion étant passé de 90 % en 2007-2008 à 89 % en 2010-2011, de 91 % à 90 % chez les infirmières auxiliaires et de 80 % à 79 % chez les femmes occupant des emplois techniques. En ce qui concerne la proportion d'heures travaillées par les femmes dans les emplois liés aux services auxiliaires et aux métiers, elle est demeurée stable à 40 % en 2007-2008 et en 2010-2011<sup>129</sup>.

Le MSSS utilise les données sur le ratio d'heures payées en assurance salaire afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Le ratio d'heures en assurance salaire représente la proportion d'heures payées en assurance salaire sur le nombre d'heures totales régulières et supplémentaires. Les données sur ce ratio sont disponibles

---

127. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 200 p.

128. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Banque de données sur les cadres et salariés du réseau*. Les établissements privés conventionnés ne sont pas considérés dans ces données, tout comme les heures travaillées par les étudiantes et les stagiaires.

129. Idem.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

par région, par type d'établissement, par type d'emploi et par diagnostic. L'ensemble de ces données sont ventilées selon le sexe, à l'exception de celles concernant les diagnostics<sup>130</sup>.

En 2010-2011, chez les travailleuses du réseau travaillant dans les corps d'emplois cliniques et non cliniques, à temps complet régulier (TCR), à temps partiel régulier (TPR) et à temps partiel occasionnel (TPO), le ratio d'heures en assurance salaire présente une légère augmentation comparativement à 2009-2010, soit de 6,5 % à 6,6 % chez les travailleuses à TCR, de 6,0 % à 6,2 % chez les travailleuses à TPR et de 4,2 % à 4,4 % chez les travailleuses à TPO<sup>131</sup>. À l'exception des femmes occupant des emplois dans la catégorie « cadres et hors cadres », des professionnelles, des travailleuses sociales et des techniciennes, qui affichent un ratio inférieur à 5 %, le ratio d'heures en assurance salaire chez les autres travailleuses du réseau varie de 5,75 % à 8,5 %, et ce, pour toutes les années et dans tous les secteurs d'emploi (éducatrices, employées de bureau, infirmières, infirmières auxiliaires, emplois paratechniques et soins infirmiers, services auxiliaires et métiers)<sup>132</sup>.

Le ratio d'heures en assurance salaire chez les travailleuses du réseau augmente avec l'âge. En 2010-2011, on trouve un ratio de 5,9 % chez celles âgées de 30 à 39 ans, de 6,6 % chez celles âgées de 40 à 49 ans et un ratio de 7,6 % chez les femmes âgées de 50 ans et plus alors qu'il n'est que de 2,8 % chez les travailleuses âgées de moins de 30 ans<sup>133</sup>. Des données comparatives sur le ratio d'heures en assurance salaire selon le sexe, par secteur d'emploi pour la période 2007-2008 à 2010-2011, révèlent aussi que le ratio en assurance salaire chez les femmes est plus élevé (de 0,6 % à 3,7 %) comparativement aux hommes, et ce, pour toutes les années et dans tous les secteurs d'emploi<sup>134</sup>.

Les données sur le ratio d'heures en assurance salaire selon les diagnostics, bien qu'elles ne soient pas ventilées, fournissent tout de même des indications intéressantes sur l'état de santé physique et mentale des travailleuses du réseau, si l'on considère qu'elles constituent la grande majorité cette main-d'œuvre. Ces diagnostics sont répartis entre les catégories suivantes : santé mentale, troubles musculosquelettiques (TMS), médecine, chirurgie et oncologie.

À l'échelle nationale, de 2008-2009 à 2010-2011, la catégorie de diagnostic « santé mentale » compte la plus importante proportion de dossiers, soit une moyenne de 32,7 % pour l'ensemble des 3 années. Cette catégorie est suivie par la catégorie « TMS » (près de 26,6 %), la catégorie « médecine » (près de 24,1 %), la catégorie « chirurgie » (près de 14,1 %) et finalement la catégorie « oncologie » (près de 2,6 %). Ces proportions ont peu varié de 2008 à 2011<sup>135</sup>.

Finalement, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a prévu, conformément au PAG Égalité (action 73), de mettre en œuvre, en tenant compte de l'ADS, des mesures visant à prévenir les lésions professionnelles chez les travailleuses et à favoriser la gestion de la santé et de la sécurité dans les milieux de travail qui les accueillent, notamment dans les milieux de travail à

---

130 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Gestion de la présence au travail – Assurance salaire – Décembre 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 120 p.

131. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Banques de données sur les cadres et salariés du réseau*. Les établissements privés conventionnés sont exclus de même que les étudiantes et les stagiaires.

132. Idem.

133. Idem.

134. Idem.

135. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Gestion de la présence au travail – Assurance salaire – Décembre 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 56.

haute densité de main-d'œuvre féminine, dont celui du secteur des services médicaux et sociaux. Le réseau de la santé et des services sociaux est partenaire de la CSSST pour la mise en œuvre de cette action<sup>136</sup>.

**Poursuivre une veille informationnelle concernant la progression de la féminisation de la médecine et son impact sur la pratique médicale**

À l'automne 2011, le MSSS a publié des données sur la progression des femmes dans les effectifs médicaux. En médecine familiale, en 2000, l'effectif était composé de 41 % de femmes alors que cette représentation féminine est de 51 % en 2011. En spécialité, les femmes représentaient 27 % de l'effectif en 2000 alors qu'elles représentent 37 % de l'effectif en 2011. Par ailleurs, les femmes omnipraticiennes ont produit en moyenne 18 % moins de services médicaux que leurs confrères masculins en 2011 et, la même année, les femmes spécialistes ont produit en moyenne 14 % moins de services médicaux que leurs confrères masculins<sup>137</sup>.

En médecine générale (omnipraticienne), l'année 2010 a été la première année où l'on comptait une proportion équivalente de femmes et d'hommes dans ces effectifs; en 2011, les femmes représentent 51 % de ce groupe. En spécialité, la proportion de femmes était de 35,6 % en 2010, et elle a atteint 37 % en 2011. Au total, la proportion de femmes en médecine a été multipliée par 5 depuis le milieu des années 1970<sup>138</sup>.

On constate aussi une augmentation importante de la proportion de femmes dans tous les groupes d'âge. Chez les médecins âgés de 34 ans et moins, la proportion de femmes est passée de 12,7 % en 1976 à 66,3 % en 2010. Dans le groupe des 35 à 54 ans, elle est passée de 6,5 % à 50,3 % durant la même période. Enfin, en ce qui concerne le groupe des 55 ans et plus, la proportion de femmes a été multipliée par 6, passant de 3,2 % à 20,5 %<sup>139</sup>.

**AJOUT : Assurer le suivi de la représentation des femmes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux**

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2012, l'article 130 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) exige que les conseils d'administration des établissements publics soient constitués à parts égales de femmes et d'hommes. À cet égard, la Loi précise que la parité est atteinte lorsque l'écart entre les femmes et les hommes est d'au plus deux membres; la directrice générale ou le directeur général et les 2 personnes élues ne sont pas pris en compte dans le calcul. De plus, depuis le 1<sup>er</sup> août 2012, l'article 397.0.1 de la LSSSS exige également que les conseils d'administration des ASSS soient paritaires. La Loi précise que la parité est atteinte lorsque l'écart entre les femmes et les hommes est d'au plus un membre. La présidente-directrice générale ou le président-directeur général n'est pas pris en compte dans le calcul.

136. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 – Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 100.

137. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *INFO-MED, Bulletin d'information concernant la répartition des médecins selon le sexe et l'âge, au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, novembre 2011, 8 p.

138. Idem.

139. Idem.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

En 2011-2012, les femmes ont atteint une représentation paritaire dans la catégorie de personnel « cadre et hors cadre » des ASSS. Elles constituent 50 % des effectifs, alors qu'elles y étaient représentées dans une proportion de 43 % en 2006-2007<sup>140</sup>. En août 2012, 8 femmes occupent le poste de présidente-directrice générale (PDG) d'une instance régionale<sup>141</sup> : la représentation féminine au plus haut poste de direction dans les instances régionales de la santé et des services sociaux est donc de 44 %<sup>142</sup>.

Toujours selon les données de 2012, la représentation féminine dans l'ensemble des conseils d'administration des ASSS est de 49 %, comparativement à 48 % en 2006<sup>143</sup>. Cette représentation féminine diffère peu d'une région à une autre, les femmes étant à parité ou presque dans les conseils d'administration de 10 agences, et en nombre supérieur dans 6 agences. Du côté des conseils d'administration des CSSS, la représentation féminine dans l'ensemble de ces conseils était de 44 % en 2006 et elle est de 51 % en 2012. En ce qui concerne les postes de direction dans ces instances locales, en 2012, les femmes occupent 42 % des postes de direction générale d'un CSSS<sup>144</sup>.

## ORIENTATION 3

### INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE, RÉGIONALE ET LOCALE DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

#### 3.1 La coordination et la concertation au MSSS et dans le réseau

Afin de mettre en évidence, d'élaborer et de consolider, dans le contexte des activités de planification nationale, régionale et locale, des actions en vue d'améliorer la santé et le bien-être des femmes, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Inciter les agences à participer aux exercices régionaux de concertation en vue de l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes**

En 2011, le MSSS, en collaboration avec le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF), a fait parvenir une lettre personnalisée aux autorités de chaque ASSS les invitant à participer aux travaux devant mener à l'élaboration et à la signature de nouvelles ententes régionales en matière d'égalité entre les hommes et les femmes pour la période 2011-2015. Cet exercice a porté ses fruits car, en 2011-2012 les ASSS étaient signataires de 7 ententes régionales, dont 5 à titre financier et 2 à titre technique, alors qu'entre 2007 et 2010,

---

140. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Personnel salarié des agences de la santé et des services sociaux, nombre en poste au 31 mars, selon la région et le sexe*, Banque de données sur les cadres et salariés(es) du réseau.

141. Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) pour les régions sociosanitaires 01 à 16, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik pour la région 17 et Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James pour la région 18.

142. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/index.php>

143. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, données provenant de la base Système M07 Conseil d'administration, mise à jour novembre 2012, selon les données disponibles pour toutes les instances régionales, à l'exception des régions 17 et 18.

144. Idem, selon les données disponibles pour toutes les instances locales, à l'exception des régions sociosanitaires 10, 17 et 18.

les ASSS étaient partenaires de 4 ententes régionales en matière d'égalité, dont seulement 1 entente à titre financier<sup>145</sup>.

Les ententes signées par les ASSS concernent les régions administratives suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mauricie, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec-Jamésie, Laval et Centre-du-Québec. Sur la Côte-Nord, l'ASSS contribue à un projet relatif à l'entente régionale sans en être signataire. Dans les autres régions administratives, les ASSS pourraient participer aux ententes par addenda dans les prochaines années, plus particulièrement dans des régions où des projets en santé et bien-être des femmes seraient envisagés<sup>146</sup>.

Si l'on considère l'ensemble des ententes régionales en matière d'égalité conclues pour 2011-2015, la santé et le bien-être des femmes est une orientation présente dans 11 ententes, comparativement à 5 ententes en 2007-2010. La sécurité et l'intégrité des femmes constituent une orientation présente dans 10 ententes, comparativement à 5 ententes en 2007-2010<sup>147</sup>.

En vertu des ententes régionales dont les ASSS sont signataires, des projets en santé et bien-être des femmes seront élaborés dans des domaines aussi divers que la santé mentale, l'exploitation sexuelle, la violence dans les relations amoureuses et la violence conjugale, les femmes en difficulté et les femmes immigrantes. Par ailleurs, certaines régions ont pour objectif d'améliorer leur connaissance de l'état de santé et de bien-être des femmes de leur territoire et de se doter d'un portrait régional de cette situation.

Dans le cas des régions où l'ASSS n'est pas signataire ou partenaire technique de l'entente régionale, il peut arriver que cette agence participe tout de même aux rencontres du comité régional pour l'égalité, afin de demeurer informée de l'avancement des travaux et de pouvoir saisir d'éventuelles opportunités de devenir partenaire pour la réalisation d'un projet en rapport avec la santé ou le bien-être des femmes.

**Encourager les agences à élaborer des portraits de santé de la population qui présentent des données ventilées selon le sexe**

Le MSSS publie, tous les cinq ans, des portraits de santé du Québec et de ses régions. Le plus récent de ces portraits, le cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, a été lancé en novembre 2011. Ce document constitue un outil de premier plan pour diffuser des analyses et des statistiques sur plusieurs indicateurs de santé et de bien-être. Dans les éditions antérieures, ces portraits de santé présentaient déjà des données ventilées selon le sexe, et la proportion de ces données a augmenté au fil des publications, jusqu'à atteindre 95 % de données ventilées dans le portrait de santé diffusé en 2011.

Les ASSS, pour leur part, tiennent à jour et diffusent des données régionales sur les principaux indicateurs de santé et de bien-être. Ces portraits de santé incluent généralement des données sur la population régionale et les populations locales et ces données sont, pour la plupart, ventilées selon le sexe. Certains de ces portraits régionaux et locaux présentent des données générales sur la santé et le bien-être de la population, alors que d'autres ciblent plus particulièrement des

---

145. Données compilées par le Secrétariat à la condition féminine, septembre 2012.

146. Idem.

147. Idem.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

problématiques de santé ou de bien-être particulières, par exemple la toxicomanie, les habitudes de vie, les maladies chroniques, la santé mentale, le cancer et la pauvreté.

Dans certaines régions, il arrive que les ASSS produisent des portraits portant spécifiquement sur la santé des femmes. Toutefois, de 2010 à 2012, aucun portrait de santé et de bien-être des femmes n'a été produit par les ASSS, bien que des projets soient en cours d'élaboration dans certaines régions.

### **Encourager les agences à soutenir des projets régionaux et locaux pour améliorer la santé et le bien-être des femmes de leur territoire**

La grande majorité des projets régionaux ou locaux visant à améliorer les conditions de santé et de bien-être des femmes est soutenue financièrement par les ASSS dans le contexte des programmes-services réguliers. Il peut cependant arriver que les ASSS collaborent à certains projets régionaux à titre de partenaires techniques. Il peut s'agir alors d'une participation à des comités régionaux sur des questions d'importance concernant la santé et le bien-être des femmes, notamment la santé mentale, la violence conjugale, les agressions sexuelles, l'hypersexualisation et les conditions de vie des personnes âgées.

Chaque ASSS conserve son rôle décisionnel quant à la façon de recevoir et de traiter les demandes qui lui sont faites par les organismes du milieu. La région de la Capitale-Nationale est la seule qui a disposé d'un plan d'action régional en santé et bien-être des femmes. Le Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007, *Pour s'adapter à votre réalité!*<sup>148</sup> a fait une différence pour les femmes de la Capitale-Nationale. Il a joué un rôle important dans la création de nouveaux projets, dans la formation des professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux et dans le soutien des initiatives déjà en place. De nombreuses rencontres de planification et de consultation ont eu lieu entre 2008-2010 afin de déterminer l'orientation que devrait prendre cette prochaine démarche en santé des femmes. La région devait également déterminer des questions prioritaires qui pourraient faire partie des prochains travaux à être réalisés en santé des femmes. Les principaux résultats de ces travaux ont été présentés sous forme de cartes cognitives et d'un tableau des actions relatives au Plan d'action régional.

En 2012, l'ASSS de la Capitale-Nationale a élaboré une nouvelle stratégie afin de s'assurer de la continuité du traitement des demandes en matière de santé et de bien-être des femmes. Afin de faciliter ce traitement des demandes, la Direction régionale des programmes clientèles de l'agence a élaboré une fiche de détermination d'un problème émergent. Cet outil permet de mieux accompagner la personne ou l'organisme qui dépose une demande en rapport avec un ou plusieurs problèmes émergents en santé et bien-être des femmes. Cette fiche sert à présenter le problème selon un processus interne officiel qui facilitera son traitement dans ce dossier. Cette démarche est structurante et elle implique plusieurs directions de l'agence, puisque la nature des problèmes émergents est souvent transversale.

---

148. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES 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, Gouvernement du Québec, 2004, 116 p.

### 3.2 La concertation avec les partenaires

Afin d'élaborer et de maintenir les actions en matière de santé et de bien-être des femmes qui nécessitent une concertation avec différents partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, le MSSS a notamment pris les engagements suivants :

**Poursuivre et actualiser les engagements du MSSS, conformément à la mise en œuvre de la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait***

Après avoir participé activement à la mise en œuvre du premier Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2007-2010 et à la rédaction de son bilan, le MSSS a collaboré étroitement à l'élaboration du deuxième Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 (PAG Égalité). Le MSSS y a inscrit, à titre de ministère responsable, les onze actions suivantes :

- Action 12 « Promouvoir une sexualité saine et responsable, à partir d'une offre de services cliniques et préventifs, du type clinique jeunesse »;
- Action 24 « Favoriser la participation des hommes à la prestation de soins et de services sociaux »;
- Action 51 « Adapter les soins de santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins des proches aidants »;
- Action 63 « Sensibiliser la population et le personnel professionnel quant à l'utilisation des produits, des services et des moyens amaigrissants »;
- Action 64 « Poursuivre les activités de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin »;
- Action 65 « Intervenir auprès des personnes âgées, en particulier auprès des femmes, pour diminuer la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques »;
- Action 66 « Adapter des services de santé et des services sociaux aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation »;
- Action 67 « Développer et consolider les services de planification des naissances »;
- Action 68 « Assurer l'accès gratuit à un suivi prénatal précoce ainsi qu'à une information prénatale de qualité pour toutes les femmes enceintes et les futurs parents »;
- Action 69 « Diminuer le recours aux interventions obstétricales non médicalement requises » ;
- Action 70 « Accroître les services de soutien à domicile et documenter les pratiques innovantes ».

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

Le MSSS y a également inscrit trois engagements en coresponsabilité, soit les actions suivantes :

- **Action 11** « Assurer la formation du personnel scolaire et des partenaires au sujet de l'éducation à la sexualité », en coresponsabilité avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS);
- **Action 71** « Élaborer et rendre publique la Politique gouvernementale du « vieillir chez soi », en coresponsabilité avec le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) »;
- **Action 76** « Documenter l'ampleur du problème de la violence familiale au Québec, dont l'exposition des enfants à la violence conjugale », en coresponsabilité avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Finalement, le MSSS – et dans certains cas, les ASSS – est collaborateur dans la réalisation de plusieurs autres actions du PAG Égalité, visant notamment la promotion des rapports égalitaires, l'éducation à la sexualité, la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée, le soutien aux proches aidants, la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail à haute densité de main-d'œuvre féminine ainsi que la prévention et l'intervention en matière de violence conjugale, d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle.

**Participer aux travaux des comités interministériels coordonnés par le Secrétariat à la condition féminine et par d'autres partenaires gouvernementaux en vue de l'élaboration de politiques, d'orientations, de stratégies, de plans d'action, de programmes et d'autres projets qui touchent la santé et le bien-être des femmes**

La majorité des questions de santé et de bien-être des femmes gagnent à être traitées en développant une approche concertée et intersectorielle. Voilà pourquoi le MSSS coordonne les travaux de certains comités interministériels et participe, à titre de partenaire, aux travaux d'autres comités sous la responsabilité d'autres ministères et organismes gouvernementaux. Plusieurs de ces comités ont des mandats qui portent sur des questions qui ont un impact direct ou indirect sur la santé et le bien-être des femmes.

En plus d'être un partenaire actif dans la mise en œuvre des PAG Égalité et PA ADS, le MSSS participe aux travaux de nombreux comités interministériels en matière de condition féminine, qui ont été coordonnés par le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF) durant la période 2010-2012, soit :

- **Le Réseau des responsables en matière d'égalité entre les femmes et les hommes** : le réseau se rencontre deux fois par année, afin de recevoir et de partager des informations concernant l'avancement de la politique gouvernementale pour l'égalité et de ses plans d'action, ainsi que sur d'autres questions d'intérêt en matière de condition féminine et d'égalité;
- **Le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle** : le Comité s'est réuni à plusieurs reprises de 2010 à 2012 afin de faire le suivi du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale durant sa phase de prolongation, de rédiger le bilan du Plan d'action et d'élaborer le troisième plan d'action en matière de violence conjugale. Il a aussi effectué le suivi du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle;

- **Le Comité interministériel en ADS** : les ministères et les organismes gouvernementaux membres de ce comité se réunissent deux fois par année. Lors de ces rencontres, en plus de partager des informations et des stratégies propres à renforcer l'ADS dans les pratiques gouvernementales, le Comité favorise le réseautage en permettant aux membres d'échanger sur les projets en cours et les bonnes pratiques;
- **Le Comité de direction de l'évaluation du PA ADS** : le MSSS a été invité à participer aux travaux du comité interministériel créé en vue de suivre les travaux d'évaluation du PA ADS. Le mandat d'évaluation a été élaboré par le MCCCCF;
- **Le Comité interministériel pour la promotion des rapports égalitaires** : cet autre comité se réunit une à deux fois par année. Lors de ces rencontres, les membres partagent des informations et se concertent sur les programmes et les projets en cours, ou à élaborer, en matière de promotion des rapports égalitaires entre les filles et les garçons;
- **Le Comité de travail de la Charte québécoise pour une image corporelle saine diversifiée** : une fois la Charte lancée, en 2010, le MSSS, le MCCCCF et le MELIS se sont réunis de façon ponctuelle afin de planifier et de suivre la mise en œuvre du plan d'action 2010-2013 de la Charte.

Le MSSS est membre du **Comité interministériel pour la progression des Québécoises en sciences et en technologies**, créé en 2007 par le ministère de Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), lequel se réunit une à deux fois par année afin de faire le suivi de son plan d'action<sup>149</sup>.

Le Ministère est également représenté à l'assemblée des membres du **Conseil du statut de la femme (CSF)**, qui se réunit, en moyenne, quatre fois par année. En plus de cette représentation, il fournit régulièrement au CSF de l'information et des données lors de la rédaction de recherches ou d'avis sur des sujets qui le concernent. La coordonnatrice en santé et bien-être des femmes a aussi accordé une entrevue, au nom du MSSS, diffusée dans le numéro spécial sur la santé des femmes de la *Gazette des femmes*, paru en mai-juin 2011<sup>150</sup>.

Finalement, le Ministère et ses partenaires mènent et participent à plusieurs autres projets intersectoriels et interministériels, dont certaines dimensions touchent la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes au Québec.

---

149. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION. *Plan d'action interministériel 2007-2010 – Pour la progression des Québécoises en sciences et en technologies*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 16 p.

150. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. « Malades de tout », *Gazette des femmes*, vol. 33, n° 1, mai-juin 2011, p. 10-15.

## CONCLUSION

Les questions de santé et de bien-être des femmes exigent des interventions dans des domaines très diversifiés, nécessitant fréquemment une approche intersectorielle et se situant au croisement de questions aussi complexes que celles des déterminants sociaux et des plus récentes avancées scientifiques.

Si l'on fait référence, le plus souvent, à des secteurs d'intervention traditionnellement associés aux réalités des femmes que sont, notamment, la périnatalité, la planification des naissances, le dépistage des cancers du sein et des cancers gynécologiques de même que la violence conjugale et sexuelle, on convient aussi que se sont ajoutés, au fil des ans, plusieurs autres aspects qui sont devenus « incontournables » lorsque l'on traite des questions de santé et de bien-être des femmes au Québec.

Mentionnons notamment le phénomène de la préoccupation excessive au sujet du poids, d'une image corporelle dont les normes sont de plus en plus dictées par la pression sociale et médiatique; l'exploitation sexuelle; le respect des diversités culturelles et des différentes orientations sexuelles; l'incidence d'autres formes de cancer chez les femmes; le vieillissement de la population et la sollicitation accrue des proches pour prodiguer des soins et de l'aide aux personnes (enfants et adultes) moins autonomes ou en perte d'autonomie.

La gamme des actions en santé et bien-être des femmes s'est considérablement élargie; il est devenu par le fait même de plus en plus exigeant de rendre compte de façon exhaustive de toutes les réalisations qui y sont liées. Cet état de fait explique la multiplication des actions qui se trouvent dans le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 et dans le présent bilan de mi-parcours. Il nous a aussi incités à maintenir une certaine souplesse afin de pouvoir y ajouter des réalisations, issues de nouvelles initiatives et mises en œuvre après le 1<sup>er</sup> avril 2010.

Ce bilan a permis de dégager un bon nombre de réalisations concrètes répondant à certains besoins des clientèles féminines ciblées, en rapport avec les secteurs d'intervention jugés prioritaires. Toutefois, malgré l'intérêt des réalisations recensées, nous devons convenir que le degré d'avancement des actions demeure très variable et que les efforts doivent être maintenus, voire renforcés, dans la majorité des secteurs visés.

Afin de favoriser une plus grande atteinte des objectifs et des cibles visés par le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013, il a été décidé, en janvier 2013, d'en prolonger l'échéance finale jusqu'au 31 mars 2015. Cette prolongation a été proposée afin d'harmoniser l'échéancier du Plan d'action avec celui de plusieurs autres politiques, plans d'actions et programmes ministériels et gouvernementaux auxquels il fait référence. Si le bilan des activités réalisées de 2010 à 2012 fournit déjà un portrait concret de l'avancement des actions qui étaient initialement planifiées dans le Plan d'action, la prolongation de son échéance jusqu'en 2015 permettra certainement de dégager une vision encore plus complète de l'ensemble des résultats, lors de la reddition de comptes finale.

## BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES 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, Gouvernement du Québec, 2004, 116 p.

AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « 1,1-dichloro-2,2-bis (p-chlorophenyl)ethylene (p,p'-DDE) disrupts the estrogen-androgen balance regulating the growth of hormone-dependent breast cancer cells », *Breast Cancer Research*, vol. 10, R16, 2008.

AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « Differential effects of a complex organochlorine mixture on the proliferation of breast cancer cell lines », *Environmental Research*, vol. 111, n° 3, p. 337-347, 2011.

BAILLARGEON, Denyse. *Un Québec en mal d'enfants – La médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004.

CANTIN, Viviane, Hélène VAN NIEUWENHUYSE, Jasline FLORES, Gaétane DUBÉ et Ghyslaine NIELL. « Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect? Le point de vue des patientes », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, novembre 2010, n° 21, 8 p.

COMITÉ TRANS DU CONSEIL QUÉBÉCOIS DES GAIS ET LESBIENNES, *Plan de revendications trans, Présenté au ministère de la Justice*, Montréal, 2012, 16 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Rapport annuel 2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 164 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Rapport annuel 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 204 p.

CONSEIL DES ÂÎNÉS, *Données sur le nombre de proches aidants*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 4 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'Elles – Les femmes handicapées du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 76 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. « Malades de tout », *Gazette des femmes*, vol. 33, n° 1, mai-juin 2011, p. 10-15.

DALLAIRE, Renée, Pierre AYOTTE, Daria PEREG, Serge DÉRY, Pierre DUMAS, Éric LANGLOIS et Éric DEWAILLY. « Determinants of plasma concentrations of perfluorooctanesulfonate and brominated organic compounds in Nunavik Inuit adults (Canada) », *Environmental Science & Technology*, vol. 43, n° 13, p. 5130-5136, 2009.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 71 p.

INSTITUT CANADIEN DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2010*, Ottawa, Institut canadien de l'information sur la santé, 2010, 112 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000 et 2002; Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, 2006 et 2008; Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 71 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 104 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vivre avec une incapacité au Québec – Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et la limitation d'activités de 2001 et 2006*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 349 p.

INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 270 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyse des données probantes sur le travail en ambiance chaude et ses effets sur les issues de grossesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 28 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Effets du bruit en milieu de travail durant la grossesse – Synthèse systématique avec méta-analyse et méta-régression*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 99 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Est-ce que l'accessibilité géographique des centres de dépistage influe sur la participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein ?*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 53 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Évolution de la détection précoce, l'investigation, le traitement et la survie chez les femmes avec un cancer du sein diagnostiqué entre 1993 et 2003*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 49 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 24 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'exposition à des substances chimiques chez les inhalothérapeutes enceintes – Impact potentiel sur le déroulement et le résultat de la grossesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 59 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'horaire de travail et ses effets sur le résultat de la grossesse – Méta-analyse et méta-régression*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 123 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 28 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Performance des unités itinérantes dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 16 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 85 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 82 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Risque pour la travailleuse enceinte en période d'épidémie saisonnière d'influenza*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 54 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tableau de bord – Indicateurs de performance du PQDCS en date du 22 mai 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 3 p.

LANGLOIS, Éric, Alain LEBLANC, Yves SIMARD et Claude THELLEN, « Accuracy investigation of phthalate metabolite standards », *Journal of Analytical Toxicology*, vol. 36, n° 4, p. 270-279, 2012.

LAVOIE, Amélie et Valeriu DUMITRIU, *L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada – Série Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, octobre 2011, n° 8, 8 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE et MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS. *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009*, Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, 32 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 – Le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 55 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013 – La diversité : une valeur ajoutée*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 62 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Présence en 2011 des immigrants admis au Québec de 2000 à 2009*, Québec, Gouvernement du Québec, août 2011, 33 p.

MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE. *Bilan de la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 87 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES ÂÎNÉS. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 83 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES ÂÎNÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 200 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016 – Ensemble vers l'égalité sociale – L'unité dans la diversité*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 17 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Politique gouvernementale de lutte contre l'homophobie – Ensemble vers l'égalité sociale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Grossesse – Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir – Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 16 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins – Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 56 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*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 61 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 – Bilan 2002-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 107 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan 10 ans 1998-2008 - Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, collection *Des données à l'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 12 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Enceinte ? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 12 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 41 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « *Évaluation de l'implantation du programme de vaccination VPH des adolescentes du Québec* », *Flash Vigie, Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, juin 2012, vol. 7, n° 6, 4 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Gestion de la présence au travail – Assurance salaire – Décembre 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 120 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, Collection *Des données à l'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *INFO-MED – Bulletin d'information concernant la répartition des médecins selon le sexe et l'âge, au Québec*, novembre 2011, 8 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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*, Gouvernement du Québec, Québec, 2006, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 – Pour leur redonner...* Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action ministériel pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 6 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 164 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2011 (et projections 2012) – Sommaire*, Québec, Gouvernement du Québec, novembre 2012, 4 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et , INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – Les statistiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 351 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée !*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 12 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 83 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide – Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 64 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer – Orientations prioritaires 2007-2012 – Bilan des réalisations*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 29 p.

## Au féminin... À l'écoute de nos besoins

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Santé et conditions de vie des Québécoises – Portrait d'hier à aujourd'hui*, Québec, Les publications du Québec, 2005, 203 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 – Un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009 – Programme national de santé publique 2003-2012 – Document complémentaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Syphilis infectieuse chez les femmes, province de Québec – 1<sup>er</sup> janvier 2010-31 décembre 2011 – Rapport synthèse de vigie rehaussée, novembre 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une passerelle vers un avenir en santé – La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état physique pour mieux desservir – Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 27 p.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION. *Plan d'action interministériel 2007-2010 – Pour la progression des Québécoises en sciences et en technologies*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 16 p.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC. *Référentiel d'activité professionnelle liée à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*, Montréal, Maïa Éditions, 2009.

SANDANGER, Torkjel M., Marc SINOTTE, Pierre DUMAS, Mario MARCHAND, Courtney D. SANDAU, Daria PEREG, Sylvie BÉRUBÉ, Jacques BRISSON et Pierre AYOTTE. « Plasma concentrations of selected organobromine compounds and polychlorinated biphenyls in postmenopausal women of Quebec, Canada », *Environ Health Perspectives*, vol. 115, n° 10, p. 1429-1434, 2007.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 51 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 – Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 135 p.

SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 – Enrichir le Québec de sa relève*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 99 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sociale générale de 2007*, n° 89-633-X au catalogue, Gouvernement du Canada, Ottawa, 2007.

## ANNEXE

### SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES DU 1ER AVRIL 2010 AU 31 MARS 2012

#### Orientation 1

Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être

##### ACTIONS INSCRITES

###### PLAN D'ACTION 2010-2013

« Créer, dans le site Internet du MSSS, une section qui présentera, sous une forme dynamique et actualisée, les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises, en prenant en considération les déterminants qui influent sur cet état »

**AJOUT :** « Diffusion de données ventilées selon le sexe dans le cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions.* »

##### ACTIONS RÉALISÉES 2010-2012

- Mise en ligne de 175 fiches d'indicateurs nationaux.
- 95 % des données statistiques ventilées selon le sexe et analyses présentant les problématiques spécifiques des femmes et des hommes.

#### Orientation 2

Adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des Québécoises

##### ACTIONS INSCRITES

###### PLAN D'ACTION 2010-2013

#### 2.1 L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

« Poursuivre l'intégration de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets ministériels structurants. »

« Poursuivre les activités de sensibilisation et de formation en ADS au sein du MSSS et du réseau. »

##### ACTIONS RÉALISÉES 2010-2012

- Neuf projets ministériels en ADS.
- Inscription des projets relativement au Plan d'action en matière d'ADS 2011-2015.
- Mise à jour de la formation en ADS adaptée au secteur de la santé et des services sociaux.
- Formations en ADS au MSSS et à l'intention des ASSS.
- Sensibilisation du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et du Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC).
- Sensibilisation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

« Soutenir l'intégration de l'ADS dans les pratiques du MSSS et du réseau par des activités d'accompagnement et de réseautage. »

- Accompagnement lors de la mise en œuvre des projets ADS en matière d'itinérance et d'homophobie.

## 2.2 LES DIVERSITÉS CULTURELLES

« Mettre au point un cadre de référence qui établit les orientations à suivre en matière d'adaptation et de personnalisation des services à la diversité ethnoculturelle. »

- Diffusion des orientations ministérielles relatives à la planification et à l'organisation des services à l'intention des personnes réfugiées qui demandent l'asile.
- Mise sur pied d'un réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique de cette clientèle.

« Créer un modèle d'accueil et de prise en charge des personnes réfugiées et définir les orientations au regard du bilan de santé et des services d'interprétariat. »

- Élaboration d'un cadre national de référence en matière d'interprétariat (en collaboration avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles).

« Mettre en œuvre les engagements du MSSS en vertu du plan d'action gouvernemental 2008-2013 de la Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, *La diversité : une valeur ajoutée*. »

- Mise en place de mesures en vue de :
  - l'intervention auprès des jeunes des communautés ethnoculturelles;
  - recenser les programmes de formation visant une meilleure prise en compte de la diversité ethnoculturelle et à prévenir la discrimination;
  - documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau;
  - effectuer des recherches en matière d'adaptation des services aux réalités ethnoculturelles.

« Prendre en considération les besoins particuliers des femmes immigrantes ou issues de communautés culturelles à l'occasion de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie*. »

- Aide financière accordée à l'organisme *La maison Bleue*, groupe de médecine familiale qui offre, entre autres, des services de périnatalité à une clientèle constituée en grande partie de femmes immigrantes.

« Prévenir la violence conjugale faite aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. »

- Soutien à des initiatives régionales et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer la violence conjugale.
- Soutien à des activités de promotion et de prévention visant à joindre les clientèles qui vivent des réalités particulières.
- Soutien au développement des habiletés des intervenantes et intervenants à déceler, de façon précoce, des signes d'exposition à la violence conjugale chez les enfants de 0 à 4 ans.
- Soutien à un projet de recherche portant sur la violence conjugale en contexte interculturel.
- Soutien à des projets visant l'amélioration des connaissances sur les besoins des clientèles vivant des réalités particulières en vue d'une adaptation des interventions et des outils.

« Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard par la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. »

- Mise à jour et diffusion (en langue française, anglaise et espagnole) du *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*.

« Diffuser, auprès des décideurs et des planificateurs du réseau, des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser des services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique, présente ou potentielle, d'excision ou d'infibulation. »

- Production du document *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation (mutilations génitales féminines) ou à risque de l'être – État de situation et recommandations*.
- Intégration de la problématique dans le contexte plus global de l'élaboration de formations interculturelles.

« Poursuivre la participation aux travaux du sous-comité de travail interministériel sur la traite des femmes migrantes. »

- Inclusion de la question de la traite des femmes aux fins d'exploitation sexuelle dans la mesure 86 du Plan d'action gouvernemental en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015.

## 2.3 LES RÉALITÉS AUTOCHTONES

« Poursuivre l'adaptation des orientations de la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie*, à la réalité des différentes communautés autochtones. »

- Création du Comité de formation inuit en vue de déterminer les besoins et les étapes de construction du programme de formation des sages-femmes inuites.
- Traduction du *Référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de sage-femme au Québec*.
- Recherche documentaire sur la situation des sages-femmes autochtones du Québec et des autres provinces.

« Prévenir la violence conjugale faite aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. »

- Soutien à des activités de prévention et de promotion visant à joindre les communautés autochtones.
- Soutien à la documentation des problématiques de la violence conjugale envers les femmes autochtones (en collaboration avec le Fonds de recherche Québec – Société et Culture (FRQSC)).
- Soutien financier à *Femmes Autochtones du Québec* (FAQ) relatif au poste de coordonnatrice en prévention de la violence.
- Soutien à l'amélioration de la connaissance des besoins des clientèles autochtones en vue d'une adaptation des interventions et des outils.
- Soutien à l'élaboration et à la mise en application de solutions globales et adaptées aux réalités des communautés autochtones.

« Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. »

- Soutien à des initiatives régionales et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer les agressions sexuelles.
- Soutien à Femmes autochtones du Québec (FAQ) relativement aux activités de la coordonnatrice santé.
- Soutien à l'élaboration d'outils de traitement et de prise en charge visant l'intervention auprès des victimes et des agresseurs sexuels autochtones.

« Mettre en œuvre les actions concernant les femmes autochtones en vertu du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, *Pour leur redonner*. »

- Consolidation de places en hébergement d'urgence pour les femmes autochtones.
- Documentation du phénomène de l'itinérance des Autochtones en milieu urbain.

## 2.4 LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LEURS CONSÉQUENCES

« Produire l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement - volet « 15 à 64 ans », en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. »

« Prévenir la violence conjugale faite aux femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard, conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. »

« Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard lors de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. »

- Collecte et traitement des données.
- Dépôt, par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), du rapport et des recommandations du projet de recherche « Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale »
- Soutien au Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RCALACS) relativement à un projet de formation sur l'intersectionnalité à l'intention des femmes doublement discriminées, notamment en raison de limitation fonctionnelle.

## 2.5 LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

« Soutenir le développement et la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains, conformément au PNSP. »

« Poursuivre la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, conformément au PNSP. »

« Poursuivre, en y intégrant l'ADS, les actions menées conformément au Programme qualification des jeunes (PQJ), afin de favoriser l'insertion sociale des jeunes de 16 à 19 ans qui ont connu un ou des placements en famille d'accueil. »

- En 2010-2011, réalisation de 308 projets régionaux et en 2011-2012, réalisation de 353 projets intégrateurs et concertés en sécurité alimentaire à l'échelle du Québec.
- 60 % de ces projets visent l'autonomie alimentaire et 40 % consistent en dépannage alimentaire.
- En 2010-2011, le programme a permis de joindre 81 % des femmes admissibles au programme et en 2011-2012, 83 % des femmes admissibles.
- Mise en place d'outils permettant de recueillir des données ventilées selon le sexe sur les clientèles jointes.
- Consultation sur les modalités d'intervention adaptées en fonction des besoins différenciés des filles et des garçons participant au Programme et recension de ces modalités.

« Prévenir les problèmes liés à l'itinérance qui touchent les femmes et intervenir à cet égard, conformément au Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, *Pour leur redonner...* »

- 33 des 70 actions du Plan d'action sont ciblées en vue d'une ADS, notamment :
  - soutien au traitement de la toxicomanie (PSFTT);
  - soutien communautaire en logement social;
  - guide des bonnes pratiques;
  - places en hébergement d'urgence;
  - services de répit et lits de dégrisement;
  - centres de jour visant la réinsertion sociale;
  - coordination intersectorielle dans certaines régions du Québec.

## 2.6 LES ORIENTATIONS SEXUELLES

« Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action de la Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, *Ensemble vers l'égalité sociale*, en tenant compte des réalités différenciées des femmes et des hommes. »

- Des actions ciblées en vue d'une ADS et d'une analyse selon le genre, principalement en ce qui concerne :
  - la première priorité du Plan d'action « Reconnaître les réalités des personnes de minorités sexuelles (par des activités de sensibilisation, d'éducation et de recherche) »;
  - la troisième priorité du Plan d'action « Favoriser le mieux-être (par le soutien aux victimes de l'homophobie, l'adaptation des services publics et l'action communautaire) ».

## 2.7 LES HABITUDES DE VIE

« Conformément au 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* :

- sensibiliser les médias, écrits et électroniques, afin qu'ils traitent davantage de la pratique d'activité physique et de la saine alimentation et qu'ils présentent une variété de schémas corporels;
- sensibiliser la population afin qu'elle puisse exercer un jugement critique à l'égard des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA);
- encadrer la vente des PSMA selon la réglementation en vigueur aux niveaux fédéral et provincial de même que s'assurer que la publicité sur les PSMA respecte la réglementation en vigueur;
- établir des normes professionnelles et opérationnelles dans l'industrie de l'amaigrissement afin d'assurer la sécurité et la protection de la population;
- recenser tous les programmes, centres, entreprises ou services qui traitent de la maîtrise du poids avec

- Analyse des données issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008.
- Formation sur les risques engendrés par la consommation des PSMA chez des patientes et patients diabétiques de type 2 (par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)).
- Élaboration, par l'ASPQ, d'un répertoire de tous les programmes, centres, entreprises et services qui traitent de la maîtrise du poids.

l'octroi d'un permis en fonction de la conformité à un ensemble de lignes directrices;

- mettre en place un mécanisme de suivi des traitements quant à leur efficacité et à leur innocuité (mesures de contrôle de la qualité). »

**AJOUT :** « Collaborer à la réalisation des actions du Plan d'action de mise en œuvre de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée. »

« Appliquer le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS) concernant les traitements médicaux spécialisés en chirurgie esthétique. »

« Promouvoir et soutenir les services de counseling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme, conformément au PNSP. »

« Mettre en œuvre ou poursuivre des activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires, conformément au PNSP. »

« Assurer le suivi des actions qui s'adressent aux femmes, réalisées lors de la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, *Unis dans l'action*, notamment en matière de consommation d'amphétamines chez les jeunes filles et de consommation de drogues ou d'alcool chez les femmes enceintes. »

« Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et à l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel, conformément au PNSP. »

- Inscription et mise en œuvre de 28 actions conformément au Plan d'action pour la mise en œuvre de la Charte.

- Délivrance de 47 permis de CMS.
- Agrément de 3 CMS au 31 mars 2012.

- Données relatives à l'ensemble du Programme, de 2010 à 2012, sur plus de 52 000 personnes ayant participé, 61 % étaient des femmes.

- Analyse des données ventilées selon le sexe recueillies auprès de ces centres d'abandon du tabac par l'INSPQ, du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2010.

- Soutien à la Société canadienne du cancer (SCC) pour la campagne médiatique de sensibilisation menée en 2011 en appui au projet de loi 74, lequel vise à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel.

- Adoption du projet de loi 74.

- Soutien à la SCC pour la mise en place de la campagne de sensibilisation intitulée « La face cachée du bronzage ».

- Publication de la brochure *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée!*

- Diffusion de la brochure *Enceinte? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir.*

- Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et à l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel, conformément au PNSP.

- Élaboration de la norme « Entreprise en santé » par le Groupe entreprises en santé et le Bureau de normalisation du Québec (BNQ).
- Projet pilote en vue d'implanter la norme dans les PME par le Groupe entreprises en santé.

## 2.8 SEXUALITÉ SAINÉ ET RESPONSABLE

« Promouvoir et soutenir l'offre de counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse active sexuellement, conformément au PNSP. »

« Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle – services adaptés aux jeunes, du type des cliniques jeunesse – favorisant la prévention des ITSS de même que la planification des naissances, ces services étant combinés à des interventions d'éducation à la sexualité, conformément au PNSP. »

« Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, offrir des activités d'éducation à la sexualité, incluant des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse. »

- Réalisation de quatre projets de démonstration (dans six régions) visant à offrir des activités d'éducation à

« Intégrer l'ADS à la poursuite de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, particulièrement pour les infections qui sont en nette progression chez les femmes. »

- Surveillance épidémiologique sur les ITSS, selon le sexe et l'âge, et les groupes à risque ciblés.

« Consolider les services de planification des naissances, notamment :

- l'implantation du modèle d'ordonnance collective pour la contraception hormonale;
- l'accès à la contraception orale d'urgence;
- l'accès à des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) gratuits et de qualité partout au Québec. »

- Élaboration par l'INSPQ d'une formation visant à soutenir les pratiques cliniques préventives de counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception

- Production d'un document présentant des recommandations sur les pratiques à privilégier en matière de sexualité saine et responsable en milieu scolaire ainsi qu'en services cliniques et préventifs.

la sexualité, y compris des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse.

- Adaptation des activités de prévention et d'intervention selon les groupes ciblés.
- Recension de la clientèle féminine jointe par les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) et par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE), hors des murs et dans les lieux où sont situés les SIDEPE.

- Soutien à des projets réalisés par l'INSPQ :
  - formation en ligne du personnel infirmier et des étudiants et étudiantes en soins infirmiers du Québec sur l'ordonnance collective pour la contraception hormonale;
  - étude sur les facteurs influençant la pratique infirmière en contraception hormonale;
  - publication du Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec;
  - outils sur l'ordonnance collective de contraception hormonale accessibles sur Internet.

- Ententes avec les cliniques médicales et le Centre de santé des femmes de Montréal concernant l'offre de services gratuits d'IVG.
- Fin du recours collectif de l'Association pour l'accès à l'avortement.

## 2.9 LA SANTÉ PHYSIQUE

« Poursuivre les actions en fonction des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, afin de diminuer le taux de cancer du poumon, de cancer du sein et de cancers gynécologiques chez les femmes. »

« Poursuivre la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en tenant compte des axes de travaux prioritaires (l'assurance qualité, l'accessibilité et le consentement éclairé) indiqués dans le bilan 1998-2008 du Programme. »

« Mettre en œuvre le Plan d'action ministériel pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies. »

« Inviter au dépistage du cancer du col utérin les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années, conformément au PNSP. »

- Poursuite des activités visant à faire diminuer le taux de tabagisme chez les femmes.
- Poursuite du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).
- Élaboration de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du sein par l'INSPQ.
- Poursuite du programme de vaccination contre le VPH chez les filles de la 4<sup>e</sup> année du primaire et de la 3<sup>e</sup> année du secondaire et vaccination gratuite des adolescentes de 18 ans et moins.
- Évaluation du programme de vaccination contre le VPH.
- Mise en place de mesures visant à mieux soutenir la rétroaction entre les médecins des centres de confirmation diagnostique et les radiologues qui réalisent les mammographies de dépistage.
- Publications de l'INSPQ en lien avec le PQDCS.
- Production de deux dépliants : *Participer au Programme québécois de dépistage : la décision vous appartient, informez-vous!* et *Information sur les examens complémentaires à la mammographie de dépistage*.
- Révision du formulaire de consentement à l'intention des femmes souhaitant participer au PQDCS.
- Diffusion des nouvelles lignes directrices pour le Québec en matière de dépistage du cancer du col utérin.
- Élaboration par l'INSPQ d'un guide pratique sur le dépistage au moyen du test Pap et les examens de confirmation diagnostique.
- Projet de démonstration dans la région sociosanitaire de la Mauricie—Centre-du-Québec.

« Traiter et diffuser les résultats de la plus récente enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer au Québec, réalisée en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, notamment en matière de cancer du sein et de cancer génital féminin. »

« Effectuer une veille concernant les travaux de recherche portant sur les perturbateurs hormonaux et sur certains polluants ayant une incidence sur le développement de cancers du sein et gynécologiques. »

« Afin de prévenir des maladies chroniques, promouvoir et soutenir la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :

- le counseling en faveur d'une saine alimentation;
- la recommandation d'une pratique régulière de l'activité physique;
- le dépistage de l'hypertension artérielle;
- le dépistage de l'ostéoporose;
- pratiques cliniques préventives priorisées conformément au PNSP. »

« Poursuivre les activités inscrites dans le PNSP visant à réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail, en lien avec l'entente MSSS-CSST, notamment :

- la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail;
- le soutien et les recommandations aux entreprises de leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs;
- les activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le Plan de lutte contre le bruit, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité;
- l'identification des risques liés aux troubles musculosquelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE). »

- Publication, par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), des résultats portant sur les services en matière de cancer du sein.

- Travaux en laboratoire, revue de littérature et recherches en cours sur les contaminants émergents réalisés par l'INSPQ

- 69 % des pratiques cliniques préventives priorisées ont fait l'objet d'activités de soutien variant d'une région à une autre au Québec.

- Demande à la ministre du Travail afin que les annotations appropriées en cancérogénicité, et les obligations qui en découlent, soient ajustées dans le Règlement sur la santé et la sécurité du travail.

- Publication de *l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST), qui comprend un grand nombre de données ventilées selon le sexe.

## 2.10 LA SANTÉ MENTALE

« Assurer la formation continue des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé selon les priorités retenues conformément au Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, en tenant compte de l'ADS lorsque cela est pertinent. »

**AJOUT :** « Mettre en œuvre des projets d'expérimentation afin d'améliorer le continuum de services intersectoriels en emploi et en santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale. »

« Favoriser la recherche sur des thèmes indiqués dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, en tenant compte de l'ADS lorsque cela est pertinent. »

« Soutenir la mise en place ou la poursuite d'interventions visant la prévention du suicide, conformément au PNSP, soit :

- l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que présentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi que les mesures pour en limiter l'accès;
- l'établissement des réseaux de sentinelles;
- des activités visant le traitement approprié de la question du suicide dans les médias. »

« Effectuer le suivi des actions s'adressant aux femmes, conformément à la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, *Unis dans l'action*. »

- Intégration de l'ADS aux présentations faites lors de la journée thématique « Reconnaître les besoins des proches de personnes atteintes de cancer » des Journées annuelles de la santé mentale 2012

- Repérage de modèles d'intervention déjà en place, en appliquant l'ADS

- Aucun projet réalisé durant la période visée

- Implantation d'activités visant la sensibilisation aux risques de la présence de médicaments à la maison : réalisée dans deux régions, planifiée et en cours de réalisation dans quatre régions, planifiée mais pas encore réalisée dans quatre autres régions et pas encore planifiée dans six régions.
- Publication de deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide.
- Formation reconnue *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*.
- Implantation du réseau de sentinelles pour la prévention du suicide : réalisée dans huit régions, planifiée et en cours de réalisation dans sept régions et non planifiée dans une région.
- Évaluation du processus d'implantation du réseau de sentinelles dans les régions de la Capitale-Nationale, de la Côte-Nord, du Bas-Saint-Laurent et de la Montérégie.

- Diffusion dans le réseau de la trousse d'autoformation Grossesse – Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir.
- Volet sur la détection et l'intervention précoce en contexte de consommation parentale dans le programme de formation en dépendances destiné aux intervenantes et aux intervenants des CSSS.

## 2.11 LA PÉRINATALITÉ

« Mettre en œuvre les priorités d'action 2009-2012 inscrites dans la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018, *Un projet porteur de vie*, notamment :

- l'accessibilité du suivi prénatal précoce;
- l'accès gratuit à une information prénatale de qualité;
- la mise en place de l'offre de service dans le domaine de la procréation assistée;
- l'offre d'un suivi prénatal et postnatal avec l'intensité requise selon les besoins;
- la diminution du recours aux interventions obstétricales non médicalement requises. »

« Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, conformément au PNSP. »

« Promouvoir et soutenir le dépistage de maladies infectieuses chez les femmes enceintes, incluant la rubéole, le VIH, la syphilis, l'hépatite B ainsi que d'autres ITS, conformément au PNSP. »

« Promouvoir et soutenir la mise en place des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :

- le counseling en matière d'allaitement maternel;
- la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes. »

- Poursuite de la mise en œuvre des priorités d'action 2009-2012 :

- En 2011 : 64 % des accouchements en centre hospitalier au Québec étaient assistés par une obstétricienne ou un obstétricien gynécologue; 35 % des accouchements étaient assistés par une omnipratricienne ou un omnipratricien.
- En 2011-2012 : 3 % des femmes étaient suivies par une sage-femme.
- De 2010 à 2012 : 22 ETC ont été ajoutés aux effectifs de sages-femmes.
- Implantation, dans près de la moitié des établissements hospitaliers concernés, de l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).

- Volet sur la dépression chez les femmes durant la période périnatale dans la synthèse des connaissances sur le dépistage, en première ligne, de la dépression chez les adultes élaborée par l'INSPQ.

- Pratiques cliniques préventives variant d'une région à une autre, de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement ou de soutien des milieux cliniques ou d'organisation des services préventifs

- Counseling en allaitement maternel : inscription dans l'offre de service de dix régions, priorisé dans deux régions – formation aux intervenants et intervenantes en périnatalité.

- Counseling sur la consommation d'alcool et tabagisme : pratique clinique préventive variant d'une région à une autre, de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement ou de soutien des milieux cliniques ou d'organisation des services préventifs.

**AJOUT :** « Prévenir la violence conjugale envers les femmes enceintes. »

« Soutenir l'identification, l'évaluation et la documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et faire des recommandations aux médecins traitants, en lien avec l'entente MSSS-CSST, conformément au PNSP. »

- Production et diffusion du dépliant *Pour une grossesse paisible, brisez le silence.*

- Conformément au programme « Pour une maternité sans danger » : 33 951 demandes d'indemnisation ont été acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 2010, et 32 882 en 2011.
- Analyse, par l'INSPQ, de conditions de travail pouvant affecter la santé des femmes enceintes : horaire de travail, travail en ambiance chaude, effets du bruit en milieu de travail, exposition à des substances chimiques et risques en période d'épidémie saisonnière d'influenza et élaboration de guides de bonnes pratiques.

## 2.12 LA VIOLENCE CONJUGALE ET SEXUELLE

« Maintenir les engagements du MSSS conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. »

- Prolongation du Plan d'action gouvernemental en 2010-2011.
- Maintien et indexation du financement des organismes concernés (maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, centres de femmes et organismes venant en aide aux conjoints violents).
- Soutien à des initiatives régionales ou locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer la violence conjugale.

« Participer aux travaux de rédaction du rapport synthèse du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale et aux travaux d'élaboration du prochain plan d'action gouvernemental en la matière. »

- Collaboration à l'élaboration et à la diffusion du bilan du Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale.

« Poursuivre les actions dont le MSSS a la responsabilité ou pour lesquelles il est partenaire, conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. »

- Soutien à des initiatives régionales et locales émanant des communautés et visant à prévenir et à contrer les agressions sexuelles.
- Soutien au financement d'organismes desservant les victimes d'agression sexuelle.
- Soutien à l'élaboration et à la diffusion d'outils d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle, accessibles tant en anglais qu'en français, afin de les guider dans leur démarche pour obtenir de l'aide.
- Soutien au financement d'organismes qui desservent la clientèle des agresseurs et qui répondent aux normes et standards de pratique.
- Soutien au Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle (RIMAS) relatif à la réalisation d'initiatives favorisant l'amélioration des connaissances et des services aux agresseurs sexuels.
- Soutien aux travaux visant à permettre la réouverture d'un établissement de détention et l'implantation d'un programme concernant l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels.
- Soutien financier accordé aux centres désignés dans le contexte de l'intervention médicosociale afin de former les intervenantes et les intervenants des équipes médicosociales.
- Soutien au projet d'évaluation de l'implantation des centres désignés (en collaboration avec le FQRCS).
- Soutien à l'élaboration d'une formation sur l'intervention en matière d'agression sexuelle destinée aux professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités réalisées dans le contexte de la mise en œuvre de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

« Sensibiliser des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias, dont la violence, ainsi que les sensibiliser à l'importance de la réduction de cette exposition, conformément au PNSP. »

- Mandat confié à l'INSPQ relatif à la production d'un avis visant à orienter la sensibilisation souhaitée auprès des décideurs.

« S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale. »

- Élaboration d'une formation destinée au personnel qui travaille dans les services de supervision des droits d'accès.
- Démarrage, par l'Université Laval, d'un projet d'évaluation afin de documenter la clientèle et les services offerts ainsi que leur impact sur les parents et les enfants.

## 2.13 L'EXPLOITATION SEXUELLE

« Participer à d'éventuels travaux interministériels en vue de contrer l'exploitation sexuelle des femmes au Québec. »

- Engagement du MSSS relatif à la mesure 86 du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 intitulée « Création d'un comité interministériel ayant pour mandat de proposer des actions visant à contrer l'exploitation sexuelle (hypersexualisation, prostitution et traite des femmes à l'intérieur et à l'extérieur du Québec).

## 2.14 LE VIEILLISSEMENT

« Intégrer l'ADS lors de l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches aidants, pour le soutien aux proches aidants, l'hébergement et la prévention-gestion des maladies chroniques. »

- Production d'un état de situation et sur le vieillissement, le soutien aux proches aidants et l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, selon la perspective de l'ADS (incluant une revue de littérature, des données ventilées selon le sexe et des exemples d'application de l'ADS).

« Produire l'enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement – volet « 65 ans et plus » – en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. »

- Collecte et traitement des données.

« Accroître les services de soutien à domicile aux personnes âgées qui présentent des pertes d'autonomie liées au vieillissement. »

- Réalisation de deux projets de recherche dans le contexte d'une action concertée du Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) sur les pratiques innovantes en matière de services de soutien à domicile.
- Plan d'action visant l'optimisation des services à domicile, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, par les seize ASSS.
- Plan d'investissement et budget additionnel afin de bonifier les services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans huit régions sociosanitaires.

« Soutenir l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute, volet personnalisé, conformément au PNSP. »

« Soutenir la mise en place d'une intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus, conformément au PNSP. »

« Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et la référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi, conformément au PNSP. »

« Mettre en œuvre les actions inscrites par le MSSS, comme responsable ou partenaire, conformément au Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015. »

- Implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) dans 35 des 96 CSSS.
- Actions réalisées dans le contexte du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED 1).

- Programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après cinquante ans* en cours d'implantation.

- Volet sur la dépression chez les personnes âgées dans la synthèse des connaissances sur le dépistage, en première ligne, de la dépression chez les adultes, élaborée par l'INSPQ.

- ADS intégrée aux activités : Ligne Info-Abus et travaux de coordination régionale.
- Autres activités dans le contexte du Plan d'action :
  - information sur les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux prévenir, dépister et intervenir en matière de maltraitance;
  - formation des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux;
  - mise en place des coordinations régionales;
  - poursuite de la mise en œuvre des tables multisectorielles locales en matière de maltraitance;
  - réalisation de travaux de révision de la réglementation portant sur la certification des résidences privées afin de créer l'obligation de déclarer tout incident ou accident portant atteinte à la sécurité et au bien-être d'une résidente ou d'un résident.

« Promouvoir et soutenir la recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées, conformément au PNSP. »

- Création de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, rattachée à l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS.
- Pratique clinique préventive variant d'une région à une autre, de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement ou de soutien des milieux cliniques ou d'organisation des services préventifs.

« Collaborer avec les partenaires du milieu (public et communautaire) et les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions en vue de contrer les formes d'abus envers les personnes âgées, conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. »

- Intégration de contenu portant sur la problématique d'agression sexuelle dans la formation offerte aux intervenantes et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux par la Ligne Aide-Abus-Aînés.
- Activités organisées par le Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

## 2.15 L'AIDE AUX PROCHES

« Intégrer l'ADS à l'adaptation des services aux personnes qui aident des proches âgés en perte d'autonomie. »

- Production d'un état de situation sur le soutien aux proches aidants selon la perspective de l'ADS.

« Développer une meilleure connaissance des diverses réalités des personnes qui jouent le rôle de proche aidant, selon les types de clientèles aidées par ces personnes (que ce soit un enfant ou un adulte ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, ou une personne âgée).

- Veille informationnelle sur les travaux de recherche réalisés sur cette question au Québec, au Canada et ailleurs.
- Recommandation d'outils d'évaluation des besoins des personnes proches aidantes.

Concevoir et implanter un outil d'évaluation des besoins des personnes qui agissent comme proche aidant et un outil de dépistage des proches à risque d'épuisement. »

« Établir des critères d'accès aux services de répit aux personnes qui agissent comme proches aidants et s'assurer de la couverture publique de ces services. »

- Bonification de l'offre de service de soutien à domicile destinée à l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie.

« Développer des services de répit pour les personnes qui jouent le rôle de proche aidant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés. »

- Élaboration, en concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés, de la politique gouvernementale et du Plan d'action *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*.

## 2.16 LES TRAVAILLEUSES DU RÉSEAU

« Effectuer le bilan des absences en assurance salaire des travailleuses du réseau à l'aide d'une banque de données nationale. »

« Maintenir à jour et rendre accessibles les données sur la santé physique et mentale des travailleuses du réseau. »

« Poursuivre une veille informationnelle concernant la progression de la féminisation de la médecine et son impact sur la pratique médicale. »

AJOUT : « Assurer le suivi de la représentation des femmes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux. »

- Mise à jour des données sur les ratios d'heures en assurance salaire selon le sexe.
- Engagement des agences et du réseau à titre de partenaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), conformément à la mesure 73 du PAG Égalité, afin d'implanter des mesures concernant la prise en charge de la santé et de la sécurité dans des milieux de travail à haute densité de main-d'œuvre féminine, dont le secteur des services médicaux et sociaux.
- Veille informationnelle concernant les cohortes étudiantes.
- Publication de données récentes sur la représentation des femmes dans la pratique médicale (omnipratique et spécialités).
- Entrée en vigueur de l'article 130 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), lequel exige que les conseils d'administration des établissements publics soient constitués à parts égales de femmes et d'hommes.
- Mise à jour des données sur la représentation féminine au sein des postes et des instances décisionnelles des ASSS, des CSSS et des autres établissements du réseau.

### Orientation 3

Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux

#### ACTIONS INSCRITES PLAN D'ACTION 2010-2013

#### ACTIONS RÉALISÉES 2010-2012

### 3.1 LA COORDINATION ET LA CONCERTATION AU SEIN DU MSSS ET DU RÉSEAU

« Inciter les agences à participer aux exercices régionaux de concertation en vue de l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes. »

« Encourager les agences à élaborer des portraits de santé de la population qui présentent des données ventilées selon le sexe. »

« Encourager les agences à soutenir des projets régionaux et locaux pour améliorer la santé et le bien-être des femmes de leur territoire. »

- ASSS signataires de 7 ententes régionales pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015.
- L'orientation « Santé et bien-être des femmes » présente dans 11 ententes 2011-2015.
- L'orientation « Sécurité et intégrité des femmes » présente dans 10 ententes 2011-2015.
- Aucun portrait portant spécifiquement sur la santé des femmes.
- Portraits de santé des populations régionales ou locales, globaux ou selon des thématiques, intégrant des données ventilées selon le sexe.
- Partenariat technique d'agences dans des projets régionaux portant sur des thématiques diverses : santé mentale, violence conjugale, agression sexuelle, hypersexualisation, conditions de vie des personnes âgées.
- Élaboration, par l'ASSS de la Capitale-Nationale, d'une approche visant la continuité du traitement des demandes en matière de santé et de bien-être des femmes.

### 3.2 LA CONCERTATION AVEC LES PARTENAIRES

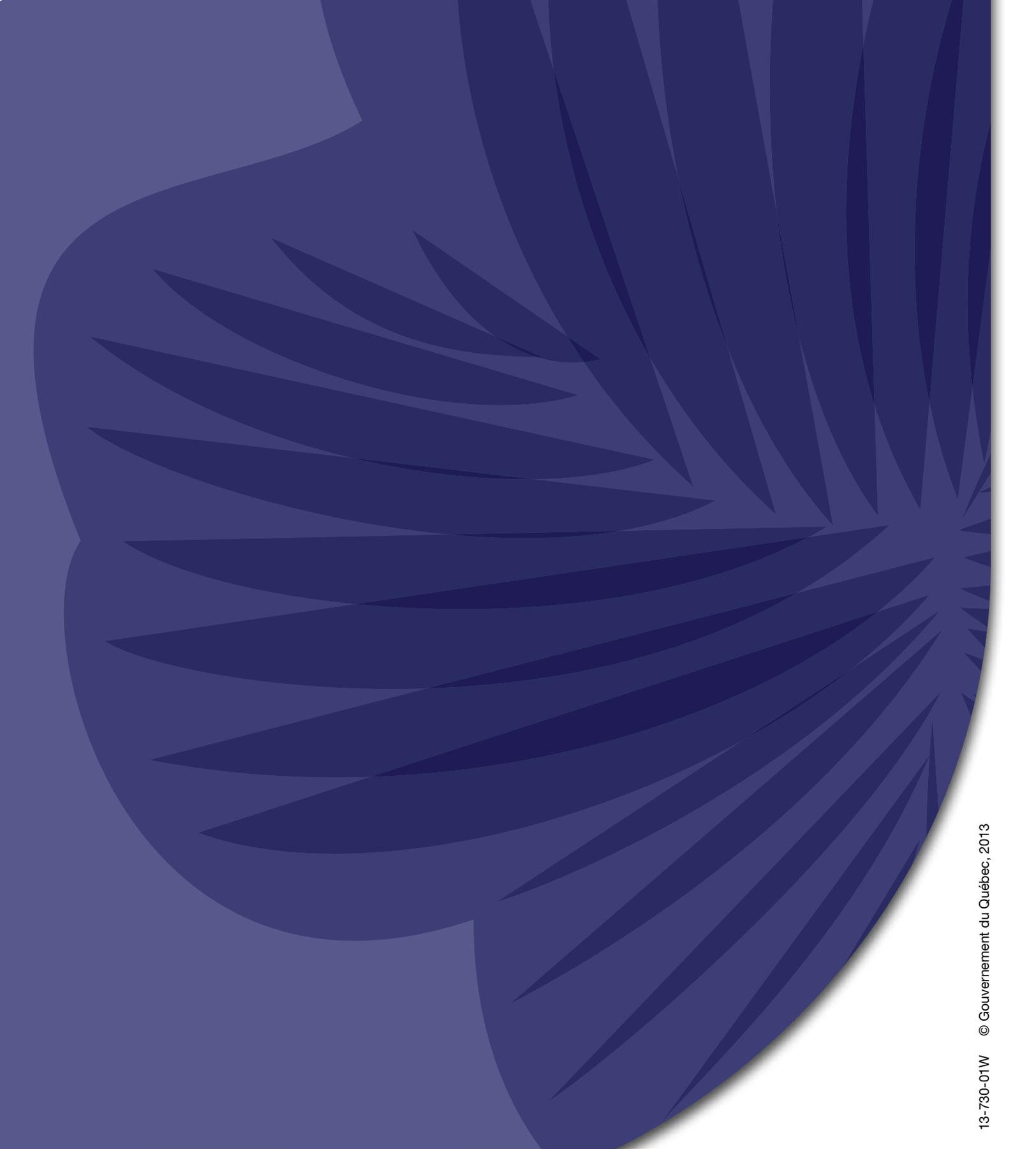
« Poursuivre et actualiser les engagements du MSSS conformément à la mise en œuvre de la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait.* »

- Inscription de 13 engagements du MSSS en tant que ministère responsable et de 3 engagements en tant que ministère coresponsable.
- Collaboration du MSSS et/ou des ASSS dans le contexte d'actions portant sur :
  - la promotion des rapports égalitaires;
  - l'éducation à la sexualité;
  - la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée;
  - le soutien aux proches aidants;
  - la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail à haute densité de main-d'œuvre féminine;
  - la prévention et l'intervention en matière de violence conjugale, d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle.

« Participer aux travaux des comités interministériels coordonnés par le Secrétariat à la condition féminine et par d'autres partenaires gouvernementaux en vue de l'élaboration de politiques, d'orientations, de stratégies, de plans d'action, de programmes et d'autres projets qui touchent la santé et le bien-être des femmes. »

- Participation à des projets interministériels portant sur : la lutte à la violence conjugale et aux agressions sexuelles; la promotion des rapports égalitaires entre filles et garçons; la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, progression des femmes en sciences et en technologies.
- Participation aux assemblées du Conseil du statut de la femme (CSF).
- Participation à d'autres projets interministériels dont certaines dimensions touchent directement ou indirectement la santé et les conditions de vie des femmes.

## NOTES



13-730-01W © Gouvernement du Québec, 2013