



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

Plan d'action

en santé et bien-être des femmes

2010-2013



COORDINATION ET RÉDACTION

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

ÉDITION

Jocelyne Michaud, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

Laurence Savard-Paquet, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances

RÉVISION LINGUISTIQUE

Hélène Dumais

Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget

Valérie Boudreault

Linda Benhadj

Julie Desjardins

Louise Rondeau

Nathalie Rosebush

Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité

Nathalie Desrosiers

Marie-Christine Lamarche

Esther Létourneau

Direction générale de la santé publique

Johanne Albert

Lise Guérard

Marthe Hamel

Brigitte Lachance

Céline Lemieux

Dominique Lesage

Martine Pageau

Marjolaine Pigeon

Marie-Rose Sénéchal

Direction générale du personnel réseau et ministériel

Hélène Garneau

Sonia Marceau

Marie-France Privyk

Direction générale des services sociaux

Louise April

Jocelyne Bélanger

Lucie Bélanger

Sonia Couture

Marie-Andrée Gourde

Josée Laroche

Chantal Maltais

Renée Moreau

Sonia Morin

Marc Plamondon

Josette Tardif

Sylvie Tremblay

Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire

Yvon Brunelle

Isabelle Côté

Manon Duhamel

Josée Lepage

Louise Paquet

Édition :

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Ce document a fait l'objet d'une rédaction épïcène.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-60699-4 (version PDF)

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LES GRANDES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES FEMMES	3
ORIENTATION 1 - AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DES BESOINS DES QUÉBÉCOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	5
ORIENTATION 2 - ADAPTER DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX BESOINS DES QUÉBÉCOISES	7
2.1 L'analyse différenciée selon les sexes	7
2.2 Les diversités culturelles	8
2.3 Les réalités autochtones	9
2.4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences	10
2.5 La pauvreté et l'exclusion sociale	11
2.6 Les orientations sexuelles	12
2.7 Les habitudes de vie	13
2.8 La sexualité saine et responsable	14
2.9 La santé physique	16
2.10 La santé mentale	17
2.11 La périnatalité	18
2.12 La violence conjugale et sexuelle	19
2.13 L'exploitation sexuelle	20
2.14 Le vieillissement	21
2.15 L'aide aux proches	22
2.16 Les travailleuses du réseau	23
ORIENTATION 3 - INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE, RÉGIONALE ET LOCALE DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	25
3.1 La coordination et la concertation au sein du MSSS et du réseau	25
3.2 La concertation avec les partenaires	26
CONCLUSION	27
ANNEXE	29
BIBLIOGRAPHIE	35
NOTES	47

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté, depuis quelques années déjà, des plans d'action qui rendent compte de ses activités en matière de santé et de bien-être des femmes. C'est ainsi qu'a été lancé, en 2003, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins, Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*. La première phase de mise en œuvre de cette stratégie englobait la période 2002-2007 et a fait l'objet d'un bilan en 2008. Ce bilan a mené à une actualisation de la stratégie d'action et à l'élaboration du présent plan d'action, effectif pour la période 2010-2013.

Le plan d'action actuel regroupe l'ensemble des actions ministérielles ayant pour objet l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécoises. Ces actions sont liées à des questions touchant la majorité des femmes, mais aussi à des problématiques propres à certaines clientèles féminines pouvant être affectées par des situations de discrimination ou de vulnérabilité. Les actions en question ont été retenues parce qu'elles sont considérées comme efficaces et porteuses de changements.

Le présent plan d'action ne se substitue pas aux autres outils de planification ministérielle (politiques, orientations, stratégies ou plans d'action) qui concernent déjà, directement ou indirectement, des questions relatives à la santé et au bien-être des femmesⁱ. Plusieurs des actions inscrites qui y sont inscrites sont déjà en cours, tandis que d'autres devraient être mises en place au cours de la période visée. À noter que la majorité d'entre elles sont liées à des engagements ministériels reconnus.

Par ailleurs, le MSSS entend donner priorité à certaines de ces actions conformément au prochain plan d'action pour 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*.

i. Ces outils de planification sont présentés en annexe.

LES GRANDES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES FEMMES

Le présent plan d'action est structuré en fonction des trois grandes orientations ministérielles déjà énoncées dans le document *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, mais ces dernières sont présentées selon la nouvelle séquence suivanteⁱⁱ :

- Orientation 1 : Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être
- Orientation 2 : Adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des Québécoises
- Orientation 3 : Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux

Orientation 1 - Améliorer notre connaissance des besoins des québécoises en matière de santé et de bien-être

La santé et le bien-être d'une population évoluent dans le temps et dans l'espace géopolitique et économique. Les femmes sont également en constante interaction avec leur environnement. Dans ce contexte, il importe de faire régulièrement le point sur leur état de santé et de bien-être, en se penchant principalement sur les principaux déterminants qui influent positivement ou négativement sur cet état. La première orientation permet de réaffirmer l'importance de l'accès à des données ventilées selon les sexes comme préalable à la planification d'activités ministérielles menées en vue d'améliorer la santé et le bien-être des femmes.

Orientation 2 - Adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des québécoises

La deuxième orientation consiste à promouvoir la santé et le bien-être des femmes et à intervenir efficacement pour améliorer la gamme de services qui leur sont offerts, selon l'évolution de leurs besoins. Certaines responsabilités, notamment la réalisation d'activités préventives, appartiennent au réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS entend jouer un rôle de soutien et d'accompagnement au regard de ces activités. Le présent plan d'action met aussi en évidence l'importance d'agir sur les facteurs qui influent sur l'état de santé des femmes et il réitère la nécessité de travailler en collaboration avec les acteurs des différents secteurs d'activité.

En outre, la deuxième orientation permet de tenir compte des besoins particuliers de certaines Québécoises qui vivent une ou plusieurs situations de vulnérabilité et de

ii. La version originale d'*Au féminin... À l'écoute de nos besoins, Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes* présentait les orientations ministérielles selon la séquence suivante : 1) Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services; 2) Adapter des soins et des services aux besoins des femmes; 3) Améliorer notre connaissance de la population et de ses besoins. Il a été jugé pertinent de modifier cette séquence initiale, en considérant que l'amélioration des connaissances était un préalable à une meilleure adaptation des soins et des services aux besoins des femmes et en inscrivant cet objectif comme première orientation du plan d'action 2010-2013.

discrimination. Au Québec, la population féminine est loin de constituer un groupe homogène : il s'agit en effet de clientèles très diversifiées, représentées dans toutes les tranches d'âge, mais de plus en plus nombreuses en tant qu'aînées. Des Québécoises présentent des parcours d'immigration variés et des origines culturelles diverses, d'autres sont affectées d'une ou de plusieurs limitations fonctionnelles, d'autres encore vivent dans des conditions économiques très précaires, ou sont marginalisées en tant que femmes qui tirent des revenus d'activités sexuelles ou qui sont d'orientation homosexuelle. Il convient évidemment de tenir compte des besoins particuliers de ces femmes pour mieux y répondre.

Plus globalement, la planification des soins de santé et des services sociaux gagne à faire l'objet d'un processus d'analyse différenciée selon les sexes (ADS), pour tenir compte des réalités distinctes des hommes et des femmes. À cet effet, l'ADS s'avère un outil de premier plan pour mieux adapter les soins et les services aux besoins spécifiques des femmes. Le MSSS prévoit poursuivre l'intégration de l'ADS à ses pratiques et à celles du réseau.

Orientation 3 - Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux

La troisième orientation doit favoriser la prise en considération des besoins des femmes dans le contexte des activités de planification et de programmation des soins de santé et de services sociaux du MSSS et du réseau, afin que ces dernières répondent mieux aux besoins des différentes clientèles féminines.

La programmation nationale en matière de soins de santé et de services sociaux est tout d'abord la responsabilité du MSSS qui établit des orientations générales en matière de politiques sociosanitaires et veille à leur mise en œuvre. En matière de santé et de bien-être des femmes, le MSSS s'assure de la coordination de ses actions et encourage la concertation des principaux partenaires visés par ces questions. Il participe aussi activement à l'élaboration et à la mise en œuvre d'orientations multisectorielles qui interpellent le secteur de la santé et des services sociaux (lutte contre la pauvreté, contre l'itinérance, contre la violence conjugale, contre les agressions sexuelles, contre l'homophobie, contre la toxicomanie ou encore promotion de saines habitudes de vie et de schémas corporels réalistes, pour n'en mentionner que quelques-unes).

Au palier régional, les agences de la santé et des services sociaux coordonnent la mise en place des services sur leur territoire respectif. Pour les questions de santé et de bien-être des femmes, les agences peuvent encourager la prise en considération des besoins des clientèles féminines de leur région lors des exercices de planification des soins de santé et des services sociaux et par la concertation des partenaires visés.

Au cœur du réseau local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assurent l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population. Ce modèle repose sur l'offre intégrée, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne, y compris les services de santé publique. Il repose aussi sur la mise en place, en continuité, de mécanismes d'orientation et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes. La restructuration des réseaux locaux a entraîné de profonds changements dans les pratiques, mais la responsabilité populationnelle demeure au cœur de la mission des CSSS. Les questions de santé et de bien-être des clientèles féminines de leur territoire devraient, en ce sens, être prises en considération dans leurs activités de planification des soins de santé et des services sociaux.

ORIENTATION 1 - AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DES BESOINS DES QUÉBÉCOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

La santé d'une population est souvent définie par l'espérance de vie. Au Québec, l'espérance de vie des femmes se compare avantageusement à celle des hommes, mais elles sont globalement plus nombreuses à déclarer divers problèmes de santé. En outre, les femmes vivent un plus grand nombre d'années avec des incapacités, compte tenu de leur longévité¹.

Les Québécoises font appel au réseau de la santé et des services sociaux plus fréquemment et plus longtemps que les hommes. En effet, elles sont généralement plus enclines à avoir des comportements préventifs relativement à leur santé et à leur bien-être, et leur plus grand recours aux services de santé présente l'avantage d'offrir davantage d'occasions d'agir pour contrer ou atténuer d'éventuels problèmes de santé.

D'autres indicateurs témoignent de l'état de santé et de bien-être des Québécoises. Si, sur le plan des habitudes de vie, la situation de la plupart des femmes est plutôt positive, on doit tout de même reconnaître que certains problèmes de santé et des comportements à risque perdurent ou s'accroissent en fonction de certains déterminants biologiques et sociaux².

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 entend :

ACTIONS
Créer dans son site Web 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

ORIENTATION 2 - ADAPTER DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX BESOINS DES QUÉBÉCOISES

2.1 L'analyse différenciée selon les sexes

Pour mieux connaître les réalités propres aux femmes et aux hommes, une approche élaborée au cours des dernières années s'avère fort utile : l'analyse différenciée selon les sexes (ADS). Cette approche permet au gouvernement de raffiner sa connaissance des besoins des Québécoises et des Québécois et d'adapter les lois, les orientations, les programmes et les mesures afin de mieux y répondre.

L'ADS offre l'occasion d'élaborer des orientations et des programmes qui tiennent davantage compte de l'objectif d'égalité entre les sexes. Elle ouvre aussi la voie à la possibilité d'adapter les actions ministérielles, régionales et locales pour les rendre plus efficaces auprès des femmes.

Depuis 2003, le MSSS s'est engagé à implanter l'ADS dans ses pratiques de planification et de gestion tout en faisant la promotion de cette forme d'analyse auprès du réseau de la santé et des services sociaux. La sensibilisation et la formation du personnel à l'ADS sont des moyens qui ont été privilégiés pour assurer cette implantation. Le MSSS a ainsi mis au point du matériel de formation en ADS adapté au secteur de la santé et des services sociaux³. Pour 2010-2013, le MSSS s'est donné le défi d'intégrer l'ADS à un plus grand nombre de projets ministériels et de mobiliser le réseau pour une meilleure appropriation de cette forme d'analyse.

Afin que l'ADS soit plus ancrée dans les pratiques ministérielles et du réseau, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
<p>Poursuivre l'intégration de l'ADS à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets ministériels structurants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">• le <i>Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...</i> pour des actions ciblées• l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches pour le soutien aux proches aidants, l'hébergement et la prévention-gestion des maladies chroniques• la <i>Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement</i>, particulièrement pour les infections qui sont en nette progression chez les femmes• le <i>Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008 (PNSP)</i>, pour des activités ciblées• le plan d'action pour la mise en œuvre de la <i>Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, Ensemble vers l'égalité sociale</i>, pour des activités ciblées• certaines activités de formation et de recherche en santé mentale• Le <i>Programme de qualification des jeunes</i>

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

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

2.2 Les diversités culturelles

Depuis quelques années déjà, le Québec connaît une progression accrue de sa population immigrante. En 2006, au Québec, les personnes immigrantes comptaient pour 11,5 % de la population québécoise, et les femmes composaient 50,9 % de ce groupe⁴. La majorité de la population immigrante du Québec vit dans la région de Montréal. Près de la moitié de la population immigrée, tant les femmes que les hommes, appartient à une minorité visible. Les immigrantes ne forment donc pas un groupe homogène et leurs trajectoires migratoires sont fort diversifiées⁵.

En général, l'adaptation des immigrantes à la société québécoise se déroule relativement bien. Toutefois, certaines de ces femmes sont venues au Québec par obligation, pour suivre un mari ou une famille : plusieurs d'entre elles reçoivent peu de soutien et sont aux prises avec l'isolement, la pauvreté et la marginalisation. D'autres se sont réfugiées au Québec : elles ont connu la guerre et les persécutions et peuvent présenter un état de santé physique et mentale précaire⁶.

Il est nécessaire de tenir compte de la diversité des communautés ethnoculturelles quant à la conception de la famille et des rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Il importe de reconnaître ce large éventail de besoins propres aux femmes immigrantes et allophones. Ainsi, les barrières linguistiques ainsi que les différences de valeurs et de conceptions de la santé peuvent limiter l'efficacité et même l'utilisation des services par ces femmes. Les difficultés de contacts avec les services publics varient selon la distance culturelle entre la société québécoise et la communauté d'origine. Les efforts d'adaptation de certains services sont à poursuivre, particulièrement dans les services de prévention et de dépistage.

Afin de mieux répondre aux besoins des femmes immigrantes et issues des communautés culturelles, en prenant en considération leurs différents parcours, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
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
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
Mettre en œuvre ses engagements en vertu du plan d'action gouvernemental 2008-2013 de la <i>Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, La diversité : une valeur ajoutée</i>
Prendre en considération les besoins particuliers des femmes immigrantes ou issues de communautés culturelles à l'occasion de la mise en œuvre de la <i>Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie</i>

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 en matière de violence conjugale 2004-2009*

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 en matière d'agression sexuelle 2008-2013*

Diffuser auprès des décideurs et des planificateurs du réseau des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser les 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

Poursuivre la participation aux travaux du Comité de travail interministériel sur la traite des femmes migrantes

2.3 Les réalités autochtones

Onze nations autochtones sont réparties en plusieurs communautés sur le territoire québécois. Cette diversité se traduit par des modes de vie, des langues, des valeurs et des traditions qui sont propres à chacune de ces nations. Des Autochtones vivent également en milieu urbain. Leur présence y demeure une réalité mal connue, qui peut sembler difficile à saisir en raison de la multiplicité des parcours migratoires et des allers-retours fréquents entre la ville et la communauté.

Les femmes autochtones vivent les conséquences historiques associées au phénomène de la désintégration socioculturelle qui touche les communautés. Plusieurs d'entre elles se trouvent ainsi victimes de discrimination ou vivent dans des conditions sociales et économiques qui nuisent à leur santé et à leur bien-être.

Les enquêtes récentes démontrent que les femmes autochtones sont plus susceptibles que les autres femmes canadiennes de présenter des problèmes de santé physique tels que le diabète, l'asthme, l'arthrite, le rhumatisme, l'hypertension artérielle, la cardiopathie, la séropositivité et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)⁷. Elles déclarent plus fréquemment que les hommes autochtones ont au moins un problème de santé de longue durée et sont aussi plus à risque quant au fait de vivre avec un cumul de problèmes de santé⁸.

Du point de vue de la santé mentale, les femmes autochtones affichent un taux de tentatives de suicide plus élevé que celui des hommes autochtones⁹. Plusieurs communautés du Québec laissent voir d'importants problèmes de dépendance qui nuisent profondément à leur population. Certaines enquêtes québécoises en ont documenté les conséquences : traumatismes non intentionnels, perte d'emploi, décrochage scolaire, violence, hospitalisation à répétition¹⁰.

Le phénomène des grossesses précoces est aussi très présent dans les communautés autochtones¹¹. La grossesse chez les jeunes adolescentes est souvent accompagnée d'un taux de décrochage scolaire précoce, d'un taux élevé de chômage, d'un faible niveau d'éducation et d'une dépendance accrue à l'aide sociale¹². Cette situation entraîne également des transformations importantes au sein des familles et redéfinit les rôles parentaux, notamment chez les jeunes grands-mères qui doivent déjà composer avec de lourdes responsabilités familiales.

En outre, les différentes formes de violence font partie de la réalité de la majorité des communautés autochtones et atteignent particulièrement les femmes, peu importe leur âge. La violence familiale et conjugale est perçue comme le produit de transformations qui ont miné les rapports au sein de la structure familiale traditionnelle autochtone¹³. Le contexte de la violence dans les communautés autochtones serait aussi considéré comme une des principales raisons expliquant le départ des femmes vers les grandes villes¹⁴.

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 entend notamment :

ACTIONS
Poursuivre l'adaptation des orientations de la nouvelle <i>Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie</i> , à la réalité des différentes communautés autochtones
Prévenir la violence conjugale faite aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément à la prolongation du <i>Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009</i>
Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément à la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013</i>
Mettre en œuvre les actions concernant les femmes autochtones en vertu du <i>Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...</i>

2.4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences

Le fait d'avoir une limitation fonctionnelle, motrice ou sensorielle peut placer certaines personnes en situation d'incapacité, c'est-à-dire devant une réduction de leur capacité à exécuter une activité de façon jugée normale. Au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une incapacité et, à partir de 65 ans, la prévalence de l'incapacité semble supérieure chez les femmes¹⁵. La prévalence des différents types d'incapacité varie selon le sexe, les femmes présentant plus fréquemment des incapacités liées à la mobilité, à l'agilité et à la vision¹⁶.

Les femmes ayant une incapacité se retrouvent souvent en situation désavantageuse. En comparaison des hommes ayant une incapacité, elles sont plus nombreuses à vivre de l'isolement, étant davantage veuves, séparées ou divorcées. Elles éprouvent également plus de détresse psychologique et sont défavorisées sur le plan des ressources économiques et du travail, malgré une scolarisation comparable à celle des hommes avec incapacité. Elles sont plus nombreuses à avoir besoin d'aide dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, à être incapables de se déplacer sur de longs trajets ou à avoir de la difficulté à le faire pour de courts trajets. Enfin, elles sont moins nombreuses à pratiquer des activités physiques durant leurs heures de loisir¹⁷.

Le vécu au féminin d'une limitation fonctionnelle est différent de celui des hommes, ne serait-ce qu'en ce qui a trait aux besoins spécifiques en fait de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles ainsi que de lutte à cet égard¹⁸.

Afin que ses interventions soient mieux adaptées aux besoins des femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
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 <i>Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009</i>
Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard à l'occasion de la mise en œuvre du <i>Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013</i>

2.5 La pauvreté et l'exclusion sociale

Le fait d'être une femme, d'être âgée de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans, de vivre seule, d'être en situation de monoparentalité, d'avoir une ou plusieurs limitations fonctionnelles, d'être autochtone ou immigrante, d'appartenir à une communauté culturelle ou à une minorité visible et, enfin, d'avoir un faible niveau de scolarité s'inscrit dans les caractéristiques associées à un taux élevé de pauvreté¹⁹. Bien que la population touchée ne soit pas homogène, il reste que l'on peut conjuguer le fait d'être pauvre au féminin.

Bon nombre de Québécoises sont aux prises avec une très grande pauvreté : c'est notamment le cas d'un grand nombre de femmes à la tête d'une famille monoparentale et de femmes qui vivent une situation d'instabilité résidentielle. Près du quart des mères de famille monoparentale se trouvent dans une situation d'insécurité alimentaire. La proportion de femmes indiquant avoir plus d'un problème de santé et présentant un indice de détresse psychologique est plus élevée chez ces dernières que chez les mères de famille biparentale²⁰.

Par ailleurs, malgré la difficulté de recueillir des données sur les personnes itinérantes au Québec, on dénombrerait dans cette population 37 % de femmes à Montréal et 23 % à Québec. Le parcours des femmes qui connaissent l'itinérance se différencie de celui des hommes dans la même situation. L'abandon, la séparation ou encore la violence physique ou sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte sont des facteurs d'importance qui entraînent l'entrée des femmes dans le cycle de l'itinérance²¹. On sait que les femmes en situation d'itinérance sont moins visibles que les hommes. Elles accepteront de dormir chez un compagnon de fortune, tolérant même parfois la violence de celui-ci pour éviter d'utiliser les refuges ou de rester dans la rue. Le recours à la prostitution est parfois une solution empruntée par les femmes afin de garder le plus longtemps possible un logement²².

La pauvreté, qu'elle soit vécue dans un contexte de monoparentalité, d'itinérance ou autre, conduit bien souvent à l'isolement ou, du moins, à une certaine marginalisation. Être pauvre fait en sorte que l'on participe moins au développement de la société et que l'on peut éprouver le sentiment d'avoir peu d'emprise sur sa destinée. Or, il est connu que le sentiment de manque de contrôle sur sa vie, combiné à d'autres facteurs, peut avoir une influence négative sur l'état de santé mentale et physique.

Le MSSS reconnaît la réalité de la pauvreté chez les femmes et entend notamment :

ACTIONS
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, dans le cadre du PNSP
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, dans le cadre du PNSP
Poursuivre, en y intégrant l'ADS, les actions menées conformément au <i>Programme de qualification des jeunes</i> , afin de favoriser l'insertion sociale des jeunes de 16 à 19 ans qui ont connu un ou des placements en famille d'accueil
Prévenir les problèmes liés à l'itinérance qui touchent les femmes et intervenir à cet égard, conformément au <i>Plan d'action interministériel en matière d'itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...</i>

2.6 Les orientations sexuelles

La reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles a franchi des pas considérables au Québec au fil des dernières décennies. En dépit de ces changements, leur réalité reste encore occultée. L'Enquête sociale et de santé de 1998 a permis de poser des questions sur l'orientation sexuelle²³. Les résultats obtenus confirment l'importance d'accorder une attention particulière à la population homosexuelle, notamment de reconnaître que certaines personnes vivent des difficultés liées à leur orientation sexuelle : isolement, idées suicidaires, tentatives de suicide, détresse psychologique, précarité économique²⁴.

La comparaison entre les personnes homosexuelles ou bisexuelles et les personnes hétérosexuelles révèle aussi que les premières démontrent plus d'habitudes de vie nocives pour la santé (tabagisme, dépendances), une moins bonne santé physique et mentale ainsi qu'un degré moindre de soutien social que les secondes. Les résultats confirment que les personnes homosexuelles ou bisexuelles forment encore une population à risque exposée à un univers plutôt défavorable à son bien-être, tant physique que psychologique²⁵.

Il est important aussi de mentionner que les données de l'Enquête sociale et de santé 1998 soulèvent également des différences entre les personnes d'orientation homosexuelle et celles d'orientation bisexuelle, plus particulièrement sur les questions de l'âge, du revenu, des enfants, de la scolarité, du lieu de résidence, de la consommation d'alcool, des habitudes de vie (poids et tabagisme) et de la perception de leur santé mentale²⁶.

L'accessibilité des femmes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle aux soins de santé et aux services sociaux peut être freinée par des attitudes et des pratiques teintées de préjugés ou d'ignorance. Cette situation influe sur leur rapport à la santé et aux services sociaux, ce qui modifie leur comportement quant à la prévention, au dépistage et aux traitements.

Pour offrir des services adaptés aux besoins des femmes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle, et ce, dans le respect de leurs différences, le MSSS entend notamment :

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

2.7 Les habitudes de vie

Les habitudes de vie, tout comme d'autres facteurs sociaux, ont un impact majeur sur la santé et le bien-être des femmes. À cet égard, il faut poursuivre la promotion de saines habitudes de vie, combinée à des interventions préventives, pour contrer certaines problématiques qui touchent les Québécoises.

Au Québec, les femmes répondent généralement bien aux efforts faits pour promouvoir de saines habitudes de vie²⁷. Pourtant, certaines problématiques semblent toujours nécessiter des interventions ciblées, notamment la promotion de schémas corporels réalistes, la sensibilisation aux risques que peuvent présenter les produits, services et moyens amaigrissants, le tabagisme, la consommation d'alcool, de drogues et de certains types de médicaments, sans oublier l'exposition au soleil.

Pour favoriser les interventions destinées à encourager l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes filles et les femmes, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
<p>Conformément au <i>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</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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)
<p>Appliquer le <i>Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS)</i> concernant les traitements médicaux spécialisés en chirurgie esthétique</p>
<p>Promouvoir et soutenir les services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service <i>J'Arrête</i> : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme, dans le cadre du PNSP</p>
<p>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, dans le cadre du PNSP</p>
<p>Assurer le suivi des actions réalisées qui s'adressent aux femmes lors de la mise en œuvre de l'axe « prévention » du <i>Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, Unis dans l'action</i>, notamment en matière de consommation d'amphétamines chez les jeunes filles et de consommation de drogues ou d'alcool chez les femmes enceintes</p>
<p>Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel, dans le cadre du PNSP</p>

2.8 La sexualité saine et responsable

La réalité des adolescentes au Québec évolue rapidement, chaque décennie apportant des changements importants de comportements et de valeurs, et les dernières années n'ont pas fait exception à la règle. Ainsi, il est observé que les relations sexuelles chez les jeunes du Québec surviennent plus tôt que chez les jeunes du reste du Canada²⁸.

Les jeunes au Québec affichent des comportements sexuels à risque²⁹, et les adolescentes sont parmi les clientèles les plus touchées par certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont la chlamydie et les infections gonococciques³⁰.

Même si le taux de grossesse à l'adolescence a beaucoup diminué depuis 2000³¹, et que l'on a assisté à la mise en place de l'ordonnance collective et de l'accès facile à la contraception orale d'urgence³², on constate encore une persistance de grossesses non planifiées et de recours aux interruptions volontaires de grossesse³³.

La violence dans les relations amoureuses de même que les agressions sexuelles marquent une proportion importante d'adolescentes³⁴, ce qui démontre que la promotion des rapports égalitaires entre les femmes et les hommes demeure une question d'actualité.

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

ACTIONS
Promouvoir et soutenir l'offre de counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse active sexuellement, dans le cadre du 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, dans le cadre du PNSP
Dans le cadre de la <i>Stratégie d'action jeunesse 2009-2014</i> , 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
Intégrer l'ADS à la poursuite de la <i>Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement</i> particulièrement pour les infections qui sont en nette progression chez les femmes
Consolider les services de planification des naissances, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • 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

2.9 La santé physique

La prévalence des problèmes de santé physique chez les femmes est plus élevée que chez les hommes. De plus, les femmes connaissent un plus grand nombre d'années d'incapacité due à la longévité. Actuellement, les principales causes de mortalité chez les femmes au Québec sont d'abord les cancers, ensuite les maladies cardiovasculaires et, enfin, les maladies liées au vieillissement³⁵.

Certains déterminants influent sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises : la prédisposition biologique, l'exposition à différents facteurs de risque, l'influence culturelle, l'environnement social, le statut socioéconomique, les habitudes de vie, les rapports sociaux et l'utilisation des soins de santé et des services sociaux³⁶.

Les liens entre les problèmes de santé et les causes environnementales font aussi l'objet de nombreuses recherches, tout comme les problèmes de santé causés par l'environnement de travail et les traumatismes non intentionnels.

C'est pourquoi, dans les dossiers sur la santé physique, il faut considérer non seulement les facteurs endogènes ou biologiques qui viennent modifier la santé des femmes, mais également des facteurs sociaux propres à la réalité des femmes.

Pour prévenir des problèmes de santé physique touchant les femmes ou intervenir à cet égard, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
Poursuivre les actions en fonction des orientations prioritaires 2007-2012 du <i>Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i> , 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 <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> 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 <i>Plan d'action ministériel pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies</i>
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, dans le cadre du PNSP
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, dans le cadre du PNSP :

- le counselling en faveur d'une saine alimentation
- le counselling concernant l'abandon du tabagisme
- la recommandation d'une pratique régulière de l'activité physique
- le dépistage de l'hypertension artérielle
- le dépistage de l'ostéoporose

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)

2.10 La santé mentale

Depuis plusieurs années, la santé mentale des femmes et des hommes fait l'objet d'analyses comparées. Les dernières enquêtes réalisées au Québec mettent en évidence le fait que, proportionnellement, plus de femmes que d'hommes souffrent de détresse psychologique, de dépression sévère, de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux. Ces résultats reconnaissent ainsi que le sexe est un facteur déterminant au regard de la santé mentale³⁷.

Davantage de femmes que d'hommes consultent pour des problèmes de santé mentale. Il en est de même à l'égard de la consommation de médicaments pour des problèmes de sommeil, des médicaments pour réduire l'anxiété et des antidépresseurs³⁸. On remarque aussi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses parmi la population toxicomane.

Le MSSS a entrepris en 2005 la transformation des services en matière de santé mentale, conformément au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*. Les services ainsi mis en place devraient permettre de répondre de manière appropriée aux besoins de la population, y compris à ceux des femmes. Ce plan d'action reconnaît aussi le potentiel et le rôle des personnes utilisatrices de services, de leur famille et de leurs proches. Par ailleurs, le MSSS met l'accent sur l'acquisition des connaissances et le développement des aptitudes du personnel travaillant dans le domaine de la santé mentale afin de faciliter l'organisation des services.

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

ACTIONS
Assurer la formation continue des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé selon les priorités retenues conformément au <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens</i> , en tenant compte de l'ADS lorsque cela est pertinent
Favoriser la recherche sur des thèmes indiqués dans le <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens</i> , 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, dans le cadre du PNSP, soit : <ul style="list-style-type: none"> • 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
Effectuer le suivi des actions s'adressant aux femmes conformément à la mise en œuvre de l'axe « prévention » du <i>Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, Unis dans l'action</i>

2.11 La périnatalité

Le Québec connaît, depuis 2002, une hausse du nombre de naissances. De plus, chez les Québécoises, le projet d'être mère se profile de plus en plus tardivement³⁹. C'est dans ce contexte qu'a été lancée la *Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie*. Cette politique prend appui sur les convictions suivantes :

- la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels
- la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle
- les mères et les pères sont compétents
- la qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement optimal
- chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective

Cette politique prône également des valeurs d'humanité, de précocité et de sécurité qui doivent inspirer l'organisation des services de même que le travail clinique.

Le MSSS entend améliorer l'accès aux services de périnatalité et en garantir la continuité durant toute la période périnatale. Ces services seront adaptés pour mieux répondre à la diversité des besoins d'aujourd'hui, dans une optique privilégiant la qualité et l'efficacité, toujours dans le respect de l'autonomie des parents, et dans le respect de leurs choix.

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

ACTIONS
<p>Mettre en œuvre les priorités d'action 2009-2012 inscrites dans la nouvelle <i>Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie</i>, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accessibilité du suivi prénatal précoce • l'accès gratuit à une information prénatale de qualité • la mise en place de l'offre de services 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
<p>Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, dans le cadre du PNSP</p>
<p>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, dans le cadre du PNSP</p>
<p>Promouvoir et soutenir la mise en place des pratiques cliniques préventives suivantes, dans le cadre du PNSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le counselling en matière d'allaitement maternel • la recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes
<p>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, dans le cadre du PNSP</p>

2.12 La violence conjugale et sexuelle

La violence faite aux femmes, qu'elle ait lieu dans un contexte conjugal ou autre, n'est pas un problème nouveau. Les expressions de la violence sont multiples : harcèlement, dénigrement, exploitation financière, comportement contrôlant et abusif, coups et blessures menant parfois à la mort, exploitation et agressions à caractère sexuel.

Ce phénomène, lié au rapport de domination des hommes sur les femmes, est présent dans toutes les sociétés, et aucune femme n'en est à l'abri. Peu importe leur statut social, leur revenu, leur culture, leur âge, leur orientation sexuelle ou la présence de limitations fonctionnelles, toutes les femmes peuvent être exposées à des manifestations de violence.

Selon les plus récentes données colligées par le ministère de la Sécurité publique, les femmes représentent encore la majorité des victimes d'infractions déclarées en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles⁴⁰.

Des efforts importants ont été consentis au cours des dernières années pour développer et consolider le réseau d'hébergement destiné aux femmes victimes de violence conjugale ainsi

que le réseau de soutien aux victimes d'agressions sexuelles, pour sensibiliser la population à ces formes de violence et pour former le personnel du réseau à mieux intervenir auprès des victimes de violence conjugale.

En vue de poursuivre ses actions menées afin de prévenir la violence conjugale et la violence sexuelle faites aux femmes ainsi que d'intervenir à cet égard, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
Maintenir ses engagements conformément à la prolongation du <i>Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009</i>
Participer aux travaux de rédaction du rapport synthèse du <i>Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009</i> et aux travaux d'élaboration du prochain plan d'action gouvernemental en la matière
Poursuivre les actions dont il a la responsabilité ou pour lesquelles il est partenaire, conformément au <i>Plan d'action gouvernemental en matière d'agressions sexuelles 2008-2013</i>
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, dans le cadre du PNSP
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

2.13 L'exploitation sexuelle

Il est difficile d'obtenir un portrait exact de l'industrie de la prostitution. Des estimations ont été réalisées à Montréal et à Québec pour la fin des années 80, mais elles présentent de grandes variations⁴¹. Plusieurs femmes qui tirent un revenu d'activités sexuelles doivent subir de nombreux préjugés, de sorte qu'elles font l'objet de discrimination et sont marginalisées. De plus, elles sont très nombreuses à connaître d'importants problèmes sociaux et de santé, notamment les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la violence, le manque de suivi psychosocial et médical à l'occasion d'une grossesse et après l'accouchement. La pauvreté est aussi étroitement liée à la prostitution.

Une recherche du Conseil du statut de la femme menée en 2002 met clairement en relation la pauvreté avec la prostitution et développe la notion de *prostitution de survie*. Cette étude mentionne aussi qu'une portion non négligeable de personnes qui se prostituent commencent cette pratique avant l'âge de 18 ans et que cette activité est majoritairement hétérosexuelle et féminine⁴².

Les femmes qui tirent un revenu d'activités sexuelles sont souvent des consommatrices d'alcool ou de substances illicites⁴³. Elles peuvent aussi être recrutées, par des organisations criminelles, comme revendeuses de drogue. En conséquence, le rapport de ces femmes aux soins de santé et aux services sociaux est teinté de cette réalité. Ainsi, elles fréquentent moins le réseau sociosanitaire, que ce soit pour des questions de conditions de vie difficiles et

de survie, de fragilité physique ou mentale, de marginalisation, d'ignorance, de crainte ou de méfiance.

Pour venir en aide aux femmes qui tirent un revenu d'activités sexuelles, le MSSS entend notamment :

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

2.14 Le vieillissement

Le vieillissement de la population québécoise se manifeste par l'accroissement constant du nombre de personnes âgées depuis la fin des années 60. À la fin des années 90, la commission Clair insistait sur l'augmentation spectaculaire de cette population projetée de 1996 à 2021, soit presque deux fois plus de personnes âgées de 65 à 74 ans ainsi que de 75 à 84 ans, et deux fois et demie plus de personnes de très grand âge, soit de 85 ans et plus. Selon toute vraisemblance, cette évolution transformera tant les valeurs de la société que l'organisation et la prestation des services⁴⁴.

Le vieillissement de la population est à l'arrière-plan de l'intérêt porté aux conditions de vie des personnes âgées, et tout particulièrement à celles de sa majorité féminine⁴⁵. En 2009, 328 000 Québécoises et 207 000 Québécois sont âgés de 75 ans et plus. Ce déséquilibre numérique vient du fait qu'en moyenne les femmes vivent plus longtemps. À 65 ans, elles peuvent encore espérer vivre durant 21,5 ans, en comparaison de 18,2 ans pour les hommes⁴⁶.

Une grande part des aînées habitent seules. Comme elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités⁴⁷, elles se retrouvent davantage en établissement de soins de santé que les hommes, une fois le très grand âge atteint⁴⁸. Bon nombre de femmes âgées deviennent aussi des aidantes de proches touchés par la maladie ou les restrictions d'activités. Par ailleurs, nombreuses sont celles qui touchent peu de revenus et vivent dans la pauvreté⁴⁹.

Subvenir aux besoins de proches malades, habiter seule et avoir de faibles revenus sont des situations caractéristiques des femmes âgées qui influent sur leur état de santé physique, mental et leur bien-être. Plusieurs d'entre elles peuvent cumuler des maladies chroniques, physiques ou mentales, ou être atteintes de limitations fonctionnelles qui restreignent aussi leurs activités⁵⁰. En outre, les femmes âgées sont également sujettes à certaines dépendances, dont les médicaments psychotropes⁵¹, et peuvent être victimes d'abus, de négligence ou de violence⁵².

En vue d'améliorer et d'adapter l'offre de services, il est primordial d'assurer un suivi et de documenter l'état de santé, les besoins, le recours ainsi que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux de la population grandissante des personnes du troisième et du quatrième âge. Les femmes âgées forment une clientèle importante de première ligne, des services d'hébergement de différents types (courte ou longue durée, établissements ou logements non institutionnels, publics ou privés) ainsi que des services d'aide à domicile pour les soins de

santé et les activités de la vie domestique ou quotidienne (AVD-AVO), pour ne nommer que ceux-là.

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

ACTIONS
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
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
Accroître les services de soutien à domicile aux personnes âgées qui présentent des pertes d'autonomie liées au vieillissement
Soutenir l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet personnalisé, dans le cadre du 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, dans le cadre du PNSP
Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et la référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi, dans le cadre du PNSP
Mettre en œuvre les actions inscrites par le MSSS - comme responsable ou partenaire - conformément au <i>Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015</i>
Promouvoir et soutenir la recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées, dans le cadre du PNSP
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 <i>Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013</i>

2.15 L'aide aux proches

Lorsque leur condition le permet, le réseau de la santé et des services sociaux encourage le maintien à domicile des personnes ayant une ou des limitations fonctionnelles, des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, des personnes ayant un trouble grave de santé mentale et des personnes ayant un problème de santé physique. Or, ce maintien à domicile signifie généralement la sollicitation des proches pour aider ces personnes. À cet égard, le recensement de 2006 montre que les femmes sont majoritaires parmi les personnes qui jouent le rôle de proches aidants et, surtout, que leur proportion s'accroît suivant l'augmentation du nombre d'heures de soins et d'aide fournies⁵³.

Cette responsabilité exige des investissements souvent importants de la part des personnes appelées à jouer le rôle de proches aidants. Pour les femmes, la conciliation entre les exigences du marché du travail, les tâches familiales quotidiennes et celles qui sont liées aux soins donnés à leurs proches est souvent difficile à réaliser et a des conséquences au niveau financier⁵⁴. Dans un contexte où les femmes sont généralement plus pauvres que les hommes, les responsabilités auprès de leurs proches entraînent aussi des conséquences sur leur santé et leur bien-être⁵⁵.

Plusieurs recherches permettent de constater que ces femmes se voient parfois transférer des responsabilités à l'égard de soins plus spécialisés, ce qui leur occasionne un stress supplémentaire, l'aidante devenant de plus en plus une soignante. Prendre soin, dans un contexte familial, d'une personne semi-autonome ou non autonome, devrait être fondé sur un engagement libre de la « personne aidante » envers la « personne aidée », ainsi que sur la conciliation travail et famille. Cet engagement devrait également être appuyé par la reconnaissance des tâches accomplies et être fondé sur un partenariat entre « personne aidante » et personnel de la santé.

Afin de prévenir la détérioration de la santé et du bien-être des femmes agissant comme proches aidantes, le MSSS entend notamment :

ACTIONS
Intégrer l'ADS à l'adaptation des services aux personnes qui aident des proches âgés en perte d'autonomie
Développer une meilleure connaissance des diverses réalités des personnes qui jouent le rôle de proches aidants, 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)
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
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
Développer des services de répit pour les personnes qui jouent le rôle de proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés

2.16 Les travailleuses du réseau

Au cours des années 90, le réseau de la santé et des services sociaux a connu des modifications majeures dans la façon d'offrir les services. Ces transformations ont eu une incidence sur les conditions de vie des travailleuses du réseau sur qui reposent, en grande partie, les soins de santé et les services sociaux. La demande accrue de services provenant de la population, jumelée à la problématique du recrutement de la main-d'œuvre dans ce secteur, rend les conditions de travail des travailleuses du réseau de plus en plus difficiles⁵⁶.

Par ailleurs, l'entrée massive des femmes au sein de la profession médicale s'avère un phénomène marquant dans le secteur de la santé. Cette féminisation s'est d'abord fait sentir en pratique généraliste et, par la suite, dans presque toutes les spécialités, à l'exception de quelques spécialités chirurgicales⁵⁷. La présence croissante des femmes au sein de la profession médicale a eu des effets positifs notables, particulièrement en ce qui a trait à leur intérêt pour la médecine familiale et pour une approche humanisée⁵⁸.

En ce qui concerne la participation des femmes aux instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux, les efforts faits pour augmenter leur représentation dans ces structures ont porté des fruits : les femmes ont atteint, depuis 2006, la quasi-parité au sein des conseils d'administration des agences, des CSSS et des autres établissements du réseau⁵⁹. De plus, les femmes sont maintenant majoritaires dans les principales catégories d'emploi en encadrement dans le réseau de la santé et des services sociaux⁶⁰.

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

ACTIONS
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

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 sein du MSSS et du réseau

La question de la santé et du bien-être des femmes est multidimensionnelle et interpelle de nombreux secteurs d'intervention. Le MSSS a la responsabilité d'assurer la cohérence des actions menées dans ces différents secteurs. Compte tenu du grand nombre d'équipes appelées à contribuer à l'avancement de dossiers liés, directement ou indirectement, à la santé et au bien-être des femmes, le MSSS s'est donné des mécanismes de coordination interne, en affectant, notamment, une personne-ressource à ces dossiers : elle assure le lien avec le réseau et certains partenaires du MSSS et est responsable du suivi du présent plan d'action.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, chaque agence désigne une personne responsable du dossier de la santé et du bien-être des femmes. Celle-ci agit comme personne-ressource auprès de son milieu. Selon la région et les mandats, elle sera invitée à participer aux activités de concertation régionale et collaborera à la diffusion de l'information provenant du MSSS sur les questions de santé et de bien-être des femmes.

Sur les territoires, les CSSS détiennent une responsabilité populationnelle. En concertation avec les partenaires de leur milieu, ils recherchent une meilleure adaptation de la programmation des soins de santé et des services sociaux aux réalités locales. Les instances visées devraient donc discuter des questions de santé et de bien-être des femmes dans le contexte de l'élaboration des orientations régionales et locales en fait de santé et de services sociaux et participer, selon les ressources à leur disposition, à la concertation touchant ces questions.

Afin de mettre en évidence, de développer 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 entend notamment :

ACTIONS
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

3.2 La concertation avec les partenaires

Même si le MSSS assure le leadership d'un grand nombre d'actions touchant les questions de santé et de bien-être des femmes, la nature multidimensionnelle de ces questions l'a incité, au fil des ans, à intéresser d'autres acteurs à ces questions, notamment de nombreux ministères et organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Le MSSS est aussi invité, par d'autres ministères ou organismes sectoriels, à jouer un rôle de partenaire dans le contexte de projets qui touchent ses secteurs d'intervention.

Le MSSS s'assure de participer aux activités de concertation qui touchent un éventail de questions plus générales sur la condition féminine (emploi, éducation, justice, etc.) et qui pourraient avoir un impact direct ou indirect sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises.

Ainsi, les questions de lutte contre les violences faites aux femmes, de lutte contre la pauvreté et l'itinérance, d'éducation à la sexualité, d'homophobie, de promotion des rapports égalitaires, de saines habitudes de vie, de santé et de sécurité au travail et d'analyse différenciée selon les sexes, par exemple, font l'objet d'orientations et d'actions multisectorielles qui interpellent le MSSS, comme responsable ou comme partenaire actif. L'établissement des orientations et la mise en œuvre des actions retenues se trouvent alors enrichies et renforcées par la concertation établie en vue de l'atteinte des objectifs communs.

Afin de maintenir et de développer 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 entend notamment :

ACTIONS
Poursuivre et actualiser ses engagements conformément à la mise en œuvre de la <i>Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait</i>
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

CONCLUSION

Par le présent plan d'action, le MSSS se propose de poursuivre et de consolider ses actions en vue d'améliorer la santé et le bien-être des Québécoises, en fonction des besoins communs à une majorité d'entre elles, tout en prenant en considération les besoins propres à certaines femmes qui vivent des situations particulières de vulnérabilité et de discrimination.

Ce plan d'action fait référence à certains grands enjeux qui sont l'objet de développements constants, lesquels sont pris en charge par les différentes directions générales du MSSS, soit :

- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité (DGPPQ)
- la Direction générale de la santé publique (DGSP)
- la Direction générale des services sociaux (DGSS)
- la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU)
- la Direction générale du personnel réseau et ministérielle (DGPRM)
- la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCFIB)

De nombreux partenaires participent activement à la réalisation de ces activités, principalement les instances du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les ministères et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux avec lesquels le MSSS collabore dans le contexte de projets menés en concertation.

Ce plan d'action s'inscrit dans la continuité des efforts que le MSSS fait depuis plusieurs années déjà afin de mieux intervenir en matière de santé et de bien-être des femmes, en tenant compte de certaines cibles prioritaires. Il s'harmonise aussi avec le grand chantier national qu'est 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*, en vue d'atténuer les inégalités qui existent encore entre les femmes et les hommes au Québec.

ANNEXE

<p>ORIENTATIONS ET PROGRAMMES RELATIFS À CERTAINES ACTIONS INSCRITES DANS LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES 2010-2013</p>

La diversité : une valeur ajoutée. Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec

- Appuyer les services publics afin de prévenir la discrimination

Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009 (en prolongation jusqu'au dépôt du rapport synthèse de sa mise en œuvre)

- Prévenir la violence conjugale faite aux femmes immigrantes et issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard
- Prévenir la violence conjugale faite aux femmes autochtones et intervenir à cet égard
- Prévenir la violence conjugale faite aux femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard

Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013

- Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes immigrantes et issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard
- Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes autochtones et intervenir à cet égard
- Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes ayant une ou des limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard
- Collaborer avec les partenaires du milieu public et communautaire et les soutenir dans le développement et la mise en œuvre d'action en vue de contrer les formes d'abus envers les personnes âgées

Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'exclusion sociale 2010-2015, Le Québec mobilisé contre la pauvreté

- Poursuivre, en y intégrant l'ADS, les actions menées conformément au programme Qualification des jeunes âgés de 16 à 19 ans, afin de favoriser l'insertion sociale des jeunes qui ont connu un ou des placements en famille d'accueil

Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Pour leur redonner...

- Mettre en œuvre les actions qui concernent les femmes autochtones
- Prévenir les problèmes de l'itinérance qui touchent les femmes et intervenir à cet égard

Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, Ensemble vers l'égalité sociale

- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du le plan d'action lié à la politique en tenant compte des réalités différenciées des femmes et des hommes

Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008

- Soutenir le développement ou 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
- 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
- Promouvoir et soutenir les services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme
- 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
- Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel
- Promouvoir et soutenir les services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme
- 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
- Sensibiliser et soutenir les milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel
- Promouvoir et soutenir l'offre de counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse active sexuellement
- 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
- Inviter au dépistage du cancer du col utérin pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années

- Afin de prévenir des maladies chroniques, promouvoir et soutenir la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives suivantes :
 - le counselling pour une saine alimentation
 - le counselling concernant l'abandon du tabagisme
 - la recommandation d'une pratique régulière de l'activité physique
 - le dépistage de l'hypertension artérielle
 - le dépistage de l'ostéoporose
- Soutenir l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet personnalisé
- Poursuivre les activités 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 musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)
- Soutenir la mise en place ou la poursuite d'interventions visant la prévention du suicide, soit :
 - l'organisation d'activité 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
- Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en période postnatale
- 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
- Soutenir l'identification, l'évaluation et la documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants, en lien avec l'entente MSSS-CSST
- Promouvoir et soutenir la mise en place des pratiques cliniques préventives suivantes :
 - Counselling en matière d'allaitement maternel
 - Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes

- Soutenir l'élaboration et l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu
- 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
- 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
- Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et la référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi
- Promouvoir et soutenir la recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées

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 pratique d'activités physiques et de 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 un octroi de permis en fonction de la conformité à un ensemble de lignes directrices
- Mettre en place d'un mécanisme de suivi des traitements quant à leur efficacité et à leur innocuité (mesures de contrôle de la qualité)

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. Enrichir le Québec de sa relève

- 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

Programme québécois de lutte contre le cancer. Orientations prioritaires 2007-2012

- Poursuivre les actions afin de diminuer le taux de cancer du poumon, de cancer du sein et de cancers gynécologiques chez les femmes

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

- Poursuivre la mise en œuvre de ce programme en tenant compte des axes de travaux prioritaires - l'assurance-qualité, l'accessibilité et le consentement éclairé - indiqués dans son bilan 1998-2008

Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, Unis dans l'action

- Effectuer le suivi des actions qui s'adressent aux femmes conformément à l'axe « prévention » du plan d'action

Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie

- Mettre en œuvre les priorités d'action 2009-2012 de cette politique, notamment :
 - l'accessibilité du suivi prénatal précoce
 - l'accès gratuit à une information prénatale de qualité
 - la mise en place l'offre de services 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

Plan d'action gouvernemental pour contrer les abus envers les personnes âgées 2010-2015

- Mettre en œuvre les actions inscrites par le MSSS - comme responsable ou partenaire

Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait

- Poursuivre et actualiser ses engagements conformément à la mise en œuvre de cette politique.

BIBLIOGRAPHIE

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

ANDRÉ, Dominique, Frédéric F. PAYEUR et Jean-François LACHANCE. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056. Édition 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, 2009, 132 p.

AUBIN, Jacinthe, et autres. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 520 p.

BATTAGLINI, Alex, et Sylvie GRAVEL. *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 243 p.

BATTAGLINI, Alex, et autres. *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Québec, Régie régionale de santé et de services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 230 p.

BERTHELOT, Mikaël, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY. *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec, Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 156 p.

CAMIRAN, Hélène, et Virginie NANHOU. « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom Santé*, septembre 2008, 4 p.

CANADIAN WOMEN'S HEALTH NETWORK (CWHN) ET CENTRE D'EXCELLENCE EN SANTÉ DES FEMMES (CESF). *Women, Mental Health, Mental Illness and Addiction in Canada: An Overview*, Winnipeg, CWHN, mai 2006, 48 p.

CARDIN, Jean-François, et Gaétane DUBÉ. « Consommation de cannabis, d'hallucinogènes et d'amphétamines chez les élèves québécois de 3^e, 4^e et 5^e secondaire, portrait et tendances », *Zoom Santé*, novembre 2008, 4 p.

CAZALE, Linda, et Valeriu DIMITRU. « Les maladies chroniques au Québec, quelques faits marquants », *Zoom Santé*, mars 2008, p. 1-4.

CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE. *La victimisation et la criminalité dans les territoires du Canada 2004 et 2005. Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique*, Ottawa, Statistique Canada, n° 85F0033MIF au catalogue, octobre 2006, 24 p.

CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS (CPN) DE L'ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (ONSA). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des premières nations 2002-2003 - Le rapport pour les peuples*, Ottawa, Centre des Premières Nations, 2006, 105 p.

CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES (CESF). *L'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*, Document déposé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et adopté au conseil général du 29 avril 1999. [En ligne], [www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.anal.doc1.html#impact] (consulté en janvier 2009).

CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES (CESF). *Santé des femmes autochtones. Projet de synthèse des recherches*, Groupe de synthèse des recherches, par Madeleine Dion Stout, Gregory D. Kipling et Roberta Stout, Ottawa, CESF, mai 2001. [En ligne], [www.cewh-cesf.ca/fr/ressources/synthese/index.html] (consulté en janvier 2009).

CHARPENTIER, Michèle, et Anne QUÉNIART. *Vieilles, et après ! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2009, 292 p.

CHEVALIER, Serge, et Louise FOURNIER. *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 132 p.

CLARKSON, May, Rebecca TREMBLAY et Nathalie AUDET. *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 460 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 408 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 48 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *L'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs : prévalence, déterminants et conséquences*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 52 p.

COMITÉ SECTORIEL DE MAIN-D'ŒUVRE EN ÉCONOMIE SOCIALE ET ACTION COMMUNAUTAIRE (CSMO). *La relève en action communautaire. Un enjeu qui nous interpelle tous et toutes*, Montréal, CSMO, 2006, 52 p.

CONDITION FÉMININE CANADA (CFC), en collaboration avec l'AFEAS. *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1998, 134 p.

CONSEIL DES AINÉS. *Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (résumé)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 12 p.

CONSEIL DES AINÉS. *La réalité des aînés québécois*. 3^e éd., Québec, Les Publications du Québec, 2007, 201 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *L'avortement au Québec : État des lieux au printemps 2008*, Étude, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 53 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *L'économie sociale et sa filière de l'aide-domestique : quel avenir pour l'emploi des femmes?* Avis, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 84 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *Des nouvelles d'elles : Les femmes âgées du Québec*, Document d'information, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 58 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *Des nouvelles d'elles : Les femmes âgées du Québec*, Tableaux statistiques, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 37 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *Des nouvelles d'elles – Les femmes immigrées du Québec*, Document d'information, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 104 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *Des nouvelles d'elles : Les jeunes femmes du Québec*, Document d'information, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 97 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *La prostitution : Profession ou exploitation? Une réflexion à poursuivre*, Recherche, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 155 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF). *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Recherche, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 121 p.

CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE. *Recherche-Avis. Jeunesse, stress et détresse au travail*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 112 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et Marc-André FOURNIER, avec la collaboration de My-Lan PHAM-DANG. *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 2007, 21 p. et annexes.

COORDINATION DU QUÉBEC DE LA MARCHE MONDIALE DES FEMMES. *Actions 2010. Cahier des revendications*, avril 2010. [En ligne], [www.ffq.qc.ca/2010/04/le-cahier-des-revendications-de-la-marche-mondiale/] (consulté en avril 2010).

DAGENAIS, Huguette. *Les ménages d'une seule personne et le logement au Québec*, Québec, Société d'habitation du Québec, 2006, 106 p.

DAVELUY, Carole, et autres. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 642 p.

FÉDÉRATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ SEXUELLE. *Sexual Health in Canada. Baseline 2007*, Ottawa, Fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2007, 150 p.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES et COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 28 p.

FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC (FAQ). *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales. Mémoire sur l'égalité : Points de vue des femmes autochtones*, Québec, FAQ, 2006, 8 p.

FOURNIER, Claire. *Santé et conditions de vie des Québécoises. Portrait d'hier à aujourd'hui*, Québec, Institut de la statistique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec, 2005, 203 p.

GARRIGUET, Didier. « Relations sexuelles précoces », *Rapports sur la santé*, vol. 16, n° 3, mai 2005, p. 1-21.

GAUTHIER, Hervé, et autres. *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2004, 303 p.

GIRARD, Chantal. *Le bilan démographique. Édition 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009, 83 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. L.R.Q. c. A-8.1*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2005, 16 p.

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

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles. Volet I : Les jeunes, leurs familles et leurs milieux de vie. Contenu révisé en 2004*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 162 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles. Volet II : Les adultes, leurs couples et leurs proches*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 113 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Avis scientifique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 88 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Comment intervenir dans le respect de l'orientation sexuelle. Atelier interactif sur l'approche clinique du patient d'orientation homosexuelle ou bisexuelle*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 126 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec. Projections 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 79 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Formation médicale continue. Atelier interactif sur l'approche clinique du patient d'orientation homosexuelle ou bisexuelle. Guide du participant*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles. Contenu révisé en novembre 2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 288 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Prévention par la vaccination des maladies attribuables au virus du papillome humain au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 76 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Principaux sièges de cancer au Québec. Projections 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 91 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) avec la collaboration de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) et du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 660 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 131 p.

INSTITUT ROEHER. *No More Victims: A Manual to Guide the Police in Addressing the Sexual Abuse of People with a Mental Handicap*, North York, Ontario, Institut Roeher, 1992.

JACCOUB, Mylène, et Renée BRASSARD. « La marginalisation des femmes autochtones à Montréal », dans David NEWHOUSE et Evelyn PETERS, *Des gens d'ici. Les Autochtones en milieu urbain*, Ottawa, Newhouse et Peters, 2003, p. 143-159.

JULIEN, Danielle, Élise CHARTRAND, et Jean BÉGIN. *Les personnes homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles au Québec : une analyse comparative selon les données de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Rapport final présenté au Bureau de la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Université de Montréal, 2002, 60 p.

JUTRAS, Sylvie et France VEILLEUX. *Des partenaires méconnus : les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*, Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, 1989.

KAIROUZ, Sylvia, et autres. *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008, 67 p.

LAVOIE, Francine, et Lucie VÉZINA. *Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence. Chapitre 21. Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la Statistique du Québec, 2002, 26 p.

LEFEBVRE, Chantal. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Québec, Institut national de santé publique, 2003, 19 p.

LESAGE, Alain, Jacques RHÉAUME, et Helen-Maria VASILADIS. *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009, 53 p.

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

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 58 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 (MICC). *La diversité : une valeur ajoutée. Plan d'action gouvernemental 2008-2013 pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 42 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (MICC). *La diversité : une valeur ajoutée. Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 51 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (MICC). *Population immigrée recensée au Québec et dans les régions en 2006 : caractéristiques générales. Recensement de 2006. Données ethnoculturelles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 170 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (MICC). *Portrait sociodémographique des femmes immigrées recensées au Québec en 2001*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 126 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (MICC). *Tableaux sur l'immigration permanente au Québec, 2004-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 46 p.

MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE (MCCCF) et MINISTÈRE DE LA JUSTICE (MJQ). *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 71 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (MFA). *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, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (MFA). *Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 91 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (MFACF). *Plan d'action 2007-2010. Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 57 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE (MFACF). *Un portrait statistique des familles du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 349 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE (MJQ) et MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (MRCI). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *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, 60 p.

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

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 18 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 51 p.

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

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

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

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport national de l'état de santé de la population québécoise*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *L'organisation des services de génétique au Québec. Plan d'action 2005-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2005, 30 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *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 (MSSS). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Unis dans l'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 80 p.

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

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique de périnatalité 2008-2013. Un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 164 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2008 (et projections 2009)*, Collection « Analyses et surveillance », n° 35, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 97 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Orientations prioritaires 2007-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 185 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Bilan 10 ans. 1998-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2009, 49 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, Québec, Direction générale du personnel réseau et ministériel, 2005, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 68 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, Présenté au Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière par le sous-comité de la recherche, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 122 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *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*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 56 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 162 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 34 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Statistiques 2006 sur la criminalité commise en contexte conjugal au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 62 p.

MONGEAU, Jaël, et Damaris ROSE, d'après un texte de Gisèle STE-MARIE. *Portrait sociodémographique des femmes immigrées recensées au Québec en 2001*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 136 p.

MONTMIGNY, Lyse, et Christine DROUIN. *La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière*, Projet de recherche subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, CRI-VIFF, 2009, 110 p.

ONKEN, Steven J., et autres. *Mental Health Recovery : What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators*, Washington, D.C., National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2002.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS SEXUELLES (RQCALACS). *Les femmes âgées victimes d'agressions sexuelles : Briser le tabou*, Mémoire du Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel déposé à la Commission sur les conditions de vie des aînés, Montréal, RQCALACS, 2007, 10 p.

RÉSEAU DES TABLES RÉGIONALES DE GROUPES DE FEMMES DU QUÉBEC. *La présence des femmes dans le domaine de la santé et des services sociaux... Transformons cet apport qui compte en force pour l'action*, Saint-Jérôme, Réseau des tables de groupes de femmes du Québec, septembre 2007, 52 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF). *Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 2003, 222 p.

ROSE, Ruth. « Les femmes âgées et l'égalité économique », dans Michèle CHARPENTIER et Anne QUÉNIART, *Vieilles, et après ! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2009, p. 225-248.

ROSENTHAL, Carolyn J. « Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changement de contexte », *Lien social et Politiques*, n° 38, automne 1997, p. 123-131.

SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, février à décembre 2000. [En ligne], [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2] (consulté en janvier 2009).

SANTÉ QUÉBEC, et autres. *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1994.

SANTÉ QUÉBEC, Mireille JETTÉ. (sous la direction de). *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1992.

SANTÉ QUÉBEC, et autres. *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2*, Québec, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.

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

SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Synthèse présentée par l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador*, Wendake, Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2005, 5 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Enquête nationale sur l'exposition au soleil, 2006*. [En ligne], [www.cancer.ca/] (consulté en janvier 2009).

STIMPSON, Liz, et Margaret C. BEST. *Courage, Above All: Sexual Assault Against Women with Disabilities*, Toronto, Disabled Women's Network, 1991.

NOTES

1. Les femmes résidant au Québec au début des années 2000 cumulaient en moyenne 68 ans sans incapacité par rapport à une espérance de vie de près de 82 ans. C'est davantage que les hommes dont l'espérance de vie de 76 ans inclut près de 66 ans sans incapacité (INSPQ, en collaboration avec l'ISQ et le MSSS, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006, Les statistiques, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, p. 213).
2. Les prévalences brutes tirées de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2003* indiquent que la plupart des principaux problèmes de santé chroniques – allergies alimentaires ou non, maux de dos, hypertension, arthrite ou rhumatisme, asthme, migraines – concernent une proportion plus importante de Québécoises que de Québécois (INSPQ en collaboration avec le MSSS et l'ISQ, *op. cit.*, p. 247). De plus, 21 % des femmes âgées de 65 à 74 ans par rapport à 18 % des hommes du même groupe d'âge et 43 % des femmes de 75 ans et plus par rapport à 36 % des hommes du même âge ont déclaré avoir une ou des incapacités (M. BERTHELOT, J. CAMIRAND et R. TREMBLAY, *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec, Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités*, p. 43).
3. De 2005 à 2007, plus de 1 000 personnes du réseau ont été soit sensibilisées, soit formées à l'ADS. En 2008-2009, le matériel de formation du MSSS a été révisé en vue de la relance des activités en ADS et de nouvelles formations sont offertes depuis 2009-2010 (MSSS, données compilées par la DGPPQ, 2008).
4. « Entre les recensements de 2001 et 2006, la population totale du Québec s'est accrue de 4,4 %, alors qu'il y a eu une progression de 20,5 % de la population immigrée. La hausse du nombre de personnes immigrées est nettement supérieure à celles observées entre les recensements de 1996 et de 2001 (6,4 %) ou entre 1991 et 1996 (12,4 %) » (MICC, *Population immigrée recensée au Québec et dans les régions en 2006 : caractéristiques générales, Recensement de 2006, Données ethnoculturelles*, p. 15).
5. « Plus des deux cinquièmes des femmes immigrantes au Québec sont arrivées il y a plus de 20 ans (surtout nées en Europe), environ le cinquième durant les années 1980 et un peu plus du tiers depuis 1991. La majorité d'entre elles ont migré à l'âge adulte. Pour cette raison et aussi parce que leurs filles nées au Canada sont comptées parmi les natives, elles sont plus vieilles que l'ensemble des femmes [...] Les immigrantes récentes (1996-2001) représentent près d'une femme immigrée sur cinq. Par rapport à l'ensemble des femmes immigrées, elles sont plus jeunes, plus scolarisées, elles proviennent plus souvent des continents asiatique et africain, appartiennent davantage à une minorité visible, sont plus souvent musulmanes ou sans appartenance religieuse, sont encore plus présentes au centre de l'Île de Montréal » (MICC, *Portrait sociodémographique des femmes immigrées recensées au Québec en 2001*, p. XI-XII).
6. « Dans la population de quinze ans et plus visée par l'étude, la perception de l'état de santé semble moins positive que dans la population de quinze ans et plus de l'ensemble du Québec. En effet, près de 15 % des personnes considèrent leur santé comme excellente, comparativement à une proportion estimée de 19 % pour l'ensemble du Québec, et, à l'autre extrême, environ 17 % des personnes de quinze ans et plus des communautés culturelles visées, comparativement à un peu plus de 9 % seulement pour l'ensemble du Québec, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise » (M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET, *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999, version révisée*, p. 145).

-
- « On observe une différence significative selon le sexe dans la perception de l'état de santé de la population visée par l'étude. En effet, 14 % seulement des hommes, comparativement à environ 20 % des femmes, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise; par ailleurs, lorsqu'on compare avec l'ensemble du Québec, on observe une différence significative dans la proportion de personnes qui considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, tant chez les hommes (proportions estimées de 14 % contre 9 % pour l'ensemble du Québec) que chez les femmes (20 % contre 9 %) » (*ibid.*).
7. Près d'une femme des Premières Nations sur trois souffre d'une invalidité. Aussi, pour tous les groupes d'âge et les deux sexes, le taux de tabagisme est environ le double de celui que l'on observe dans la population canadienne. L'obésité chez les femmes des Premières Nations est environ trois fois plus élevée que dans la population des femmes canadiennes (CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS DE L'ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des premières nations 2002-2003 – Le rapport pour les peuples*, p.18, 26 et 30).
 8. *Ibid.*, p. 16.
 9. *Ibid.*, p. 35.
 10. SANTÉ QUÉBEC et autres, *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991* et SANTÉ QUÉBEC et M. JETTÉ, *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik*.
 11. Comparativement aux autres Québécoises de 14 à 17 ans, les jeunes filles du Nunavik du même âge sont cinq fois plus nombreuses à avoir connu une grossesse. Les adolescentes des Terres-Cries-de-la-Baie-James se distinguent également avec un taux de grossesse trois fois supérieur à la moyenne québécoise. Par ailleurs, chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans de ces deux régions nordiques, on constate également un écart similaire avec les autres régions de Québec (INSPQ et MSSS, *Portrait de santé du Québec et de ses régions, Les analyses, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, p. 94).
 12. CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS DE L'ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 – Le rapport pour les peuples*, p. 84.
 13. « Selon l'ESG (Enquête sociale générale), les résidents du Nord affichent des taux plus élevés de violence conjugale que leurs homologues dans les provinces. Environ 12 % des résidents du Nord qui étaient mariés ou vivaient en union libre, ou qui avaient eu une telle relation ont déclaré avoir été victimes d'une forme quelconque de violence conjugale au cours des cinq années précédant l'enquête. Par comparaison, la proportion correspondante pour les résidents des provinces s'élevait à 7 %. Les taux de violence conjugale à l'endroit des hommes (12 %) et des femmes (13 %) n'affichaient pas de différence statistiquement significative. Une comparaison des territoires révèle que les résidents du Nunavut étaient beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale (22 %) que les résidents des Territoires du Nord-Ouest (11 %) et du Yukon (9 %) » (CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, *La victimisation et la criminalité dans les territoires du Canada 2004 et 2005, Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique*, p. 11).

-
- « Dans le Nord, les femmes victimes de violence conjugale étaient deux fois plus susceptibles que les hommes victimes de subir les formes les plus graves de violence conjugale, comme être battues, étranglées, menacées ou attaquées avec une arme à feu ou un couteau, ou agressées sexuellement (57 % contre 23 %). Les femmes étaient également deux fois plus susceptibles que les hommes d'être blessées dans les incidents de violence (59 % contre 32 %). Les victimes de violence conjugale dans les territoires étaient tout aussi susceptibles que les victimes dans les provinces de dire que leur partenaire avait bu au moment de l'agression (37 % contre 35 %) » (*ibid.*, p. 12).
14. M. JACCOUB et R. BRASSARD, « La marginalisation des femmes autochtones à Montréal », dans D. NEWHOUSE et E. PETERS, *Des gens d'ici. Les Autochtones en milieu urbain*, p.143-159.
 15. « Le taux d'incapacité augmente avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes de 15 ans et plus. Cependant, toutes proportions gardées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une incapacité (11 % c. 9 %). C'est à partir de 65 ans que la prévalence de l'incapacité semble supérieure chez les femmes. On observe la situation inverse chez les enfants de 0 à 14 ans, les garçons affichant un taux d'incapacité supérieur à celui des filles (2,7 % c. 1,5 %) » (M. BERTHELOT, J. CAMIRAND et R. TREMBLAY, *op. cit.*, p. 43).
 16. Ainsi, une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes ont des incapacités liées à la mobilité (8,6 % et 5,8 %), à l'agilité (7,8 % c. 5,6 %) et à la vision (2,8 % c. 1,4 %), alors que, à l'inverse, l'incapacité liée à l'audition est plus fréquente chez les hommes (3,2 %) que chez les femmes (2,5 %) et que les femmes avec incapacité sont plus nombreuses que les hommes à avoir besoin d'aide dans la réalisation des activités quotidiennes (84 % c. 63 %) (*ibid.*, p. 44 et 75).
 17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « L'incapacité chez les femmes au Québec », *Stat Flash*, p. 1 à 11.
 18. Les études réalisées au Canada et à l'étranger confirment que les femmes handicapées sont beaucoup plus souvent maltraitées que les autres femmes. Les statistiques suivantes donnent des pourcentages sur la violence sexuelle envers les femmes handicapées :
 - On estime que 83 % des femmes handicapées sont victimes de violence sexuelle au cours de leur vie (L. STIMPSON et M. C. BEST, *Courage, Above All: Sexual Assault Against Women with Disabilities*, p. 6-7);
 - De 40 % à 70 % des filles ayant une déficience intellectuelle sont agressées sexuellement avant d'atteindre 18 ans (INSTITUT ROEHER, *No More Victims: A Manual to Guide the Police in Addressing the Sexual Abuse of People with a Mental Handicap*).
 19. « Les femmes disposent, en moyenne, de 30 % de revenus de moins que les hommes, et ce, dans toutes les catégories d'âge. Elles sont plus nombreuses à occuper des emplois précaires, non syndiqués et sans fonds de pension et se retrouvent ainsi plus pauvres une fois arrivées à la retraite, n'ayant pas contribué autant aux régimes de protection sociale comme la Régie des rentes du Québec. De plus, les femmes immigrantes, racisées et celles vivant avec un handicap sont aussi particulièrement touchées par les problèmes de pauvreté » (COORDINATION DU QUÉBEC DE LA MARCHÉ MONDIALE DES FEMMES, *Actions 2010, Cahier des revendications*, p. 13).
 20. Au Québec, la pauvreté des femmes responsables d'une famille monoparentale, qui compte un ou une enfant d'âge mineur, ne connaît pas de baisse : en 2001, il y avait plus de 335 595 familles monoparentales, avec plus de 500 000 enfants, soit une famille sur quatre (27 %), et près de 80 % d'entre elles étaient dirigées par une femme. C'est une augmentation de 3 % du nombre de familles monoparentales depuis le recensement de 1996 (MFACF, *Un portrait statistique des familles du Québec*, p. 186)..

-
- « La proportion de femmes indiquant avoir plus d'un problème de santé est plus élevée chez les mères de famille monoparentale que chez les mères de famille biparentale intacte (55 % vs 41 %). Certains comportements à risque, notamment une consommation régulière de la cigarette et d'alcool, sont plus élevée chez les mères en famille monoparentale. Les mères de famille monoparentale ou de famille recomposée sont les plus désavantagées en ce qui a trait à l'indice de détresse psychologique : environ un tiers d'entre elles se classent au niveau élevé de l'indice » (C. FOURNIER, *Santé et conditions de vie des Québécoises, Portrait d'hier à aujourd'hui*, p.174-175).
21. S. CHEVALIER et L. FOURNIER, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, volume 1.
 22. MSSS, *L'itinérance au Québec, Cadre de référence*, p. 19.
 23. Au total, 97,2 % de la population de référence déclare une orientation hétérosexuelle. Selon les résultats statistiques, 1,2 % des femmes déclarent avoir des relations sexuelles toujours avec un partenaire, tandis que 1,8 % des hommes déclarent avoir des relations sexuelles toujours avec un partenaire (C. DAVELUY et autres, *Enquête sociale et de santé 1998*, p. 222).
 24. Les lesbiennes seraient plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à être considérées comme très pauvres, soit environ 15,5 % pour les premières contre 6,9 % pour les secondes (*ibid.*, p. 223). Les lesbiennes ayant moins recours aux services préventifs, elles risquent donc d'être plus vulnérables à certains problèmes de santé (RQASF, *Pour le dire...Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, p. 4).
 25. D. JULIEN, E. CHARTRAND et J. BÉGIN, *Les personnes homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles au Québec : une analyse comparative selon les données de l'Enquête sociale et de santé 1998*, p. v.
 26. *Ibid.*, p. vi.
 27. C. FOURNIER, *op. cit.*, p. 174-175.
 28. En 1998-1999 et en 2000-2001, 22 % des jeunes Québécoises âgées de 14 ou 15 ans affirmaient avoir déjà eu une relation sexuelle, en comparaison de 17 % des jeunes Québécois du même âge. Les proportions sont estimées à 12 % et à 13 % respectivement pour les jeunes Canadiennes et Canadiens du même âge (D. GARRIGET, « Relations sexuelles précoces », *Rapports sur la santé*, volume 13, n° 3, p. 13).
 29. « Selon un récent sondage, les jeunes possèdent peu de connaissances sur les ITSS. Par exemple, ils ne savent pas trop à quelles infections ils sont le plus exposés. Près de la moitié des adolescents de 14 à 18 ans ignorent que certaines infections peuvent être symptomatiques ou encore que le virus du papillome humain est l'ITSS la plus fréquente dans leur groupe d'âge [...] Les comportements sexuels non protégés expliquent en grande partie ces chiffres. Or, il est difficile d'adopter et de maintenir des comportements sexuels sécuritaires sans un minimum d'information [...] Alors que le nombre moyen de partenaires à vie est autour de trois chez les 16-18 ans, seulement 35 % des jeunes utilisent systématiquement le condom avec leur partenaire régulier et 25 % n'en ont jamais fait usage. La moitié seulement sont d'avis qu'il faut passer des tests de dépistage avant de cesser l'utilisation du condom » (MSSS, *L'épidémie silencieuse, Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Quatrième rapport national de l'état de santé de la population du Québec*, p. 24).

-
30. « Après une augmentation de 100 % du nombre de cas de déclarés entre 1997 et 2004, la chlamydie génitale était entrée dans une brève période de stabilisation, mais elle semble amorcer un nouveau cycle haussier depuis 2006 (augmentation de 17 % entre 2006 et 2008, et de 5 % en 2009 selon les données actuellement disponibles). Cette infection est très répandue dans tout le Québec, particulièrement chez les jeunes de 15-24 ans. En 2008, ils comptent pour 73 % des cas féminins et 50 % des cas masculins. Ainsi durant la dernière année, 1,6 % des filles de 15-24 ans ont contracté une infection génitale à *C. trachomatis*. En 2008, les femmes représentent plus des deux tiers (69 %) des cas. Le ratio femmes/hommes s'amenuise selon l'âge (il est de 5,8 pour 1 chez les 15-19 ans et de 1,3 pour 1 chez les 30-34 ans). Parmi les 15-24 ans, l'augmentation constatée entre 2006 et 2008 est plus marquée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (18 %) (MSSS, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2008 (et projections 2009)*, p. 12).

« L'incidence de l'infection (gonococcique) avait augmenté à compter de 1999, s'était stabilisée entre 2001 et 2004, et avait amorcé un nouveau cycle haussier en 2005. Entre 2004 et 2008, le taux d'incidence a pratiquement doublé. Selon les données préliminaires disponibles, cette hausse se poursuivra en 2009 (augmentation prévue de 6 % par rapport à 2008). Entre 2004 et 2008, l'augmentation du taux de cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes (+ 295 %) que chez les hommes (+ 52 %). En 2008, le ratio femmes/hommes est de 1 pour 1,8, alors qu'il était de 1 pour 4,6 en 2004, et les femmes constituent 36 % de l'ensemble des cas, comparativement à 18 % en 2004. Les femmes comptent pour 54 % de l'augmentation enregistrée durant cette période» (*ibid*).

31. Au Québec, chez les adolescentes de 14 à 17 ans, le taux de grossesse a augmenté jusqu'à la fin des années 90 : il est passé de 12,6 grossesses pour 1 000 femmes en 1980 à 20,2 en 1998. Depuis le début des années 2000, le taux de grossesse a diminué radicalement pour atteindre 13,4 en 2008. Chez les jeunes femmes de 18-19 ans, les taux de grossesse sont plus élevés, mais la même tendance se dessine alors que le taux de grossesse est passé de 45,7 pour 1 000 femmes en 1980 à 68,3 en 1998 puis a descendu à 53,5 en 2008 (Compilation de la Direction des études et des analyses, MSSS, août 2010, à partir des fichiers démographiques du MSSS et de l'ISQ et des données de la RAMQ – données provisoires pour l'année 2008).
32. En 2004, le programme de remboursement de la contraception orale d'urgence (COU) par la RAMQ a permis de couvrir 33 473 services. En 2006, le nombre de services avait presque doublé pour atteindre 67 068 et 90 % des pharmacies du Québec avaient participé au programme. À noter qu'une femme pouvait se prévaloir de plus d'un service par année. Parmi les femmes ayant utilisé ces services, 18,2 % avaient 18 ans ou moins (Compilation du MSSS, tirée des données de la RAMQ).
33. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est l'issue la plus probable d'une grossesse à l'adolescence. Alors que l'on comptait 47,1 IVG pour 100 grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans en 1980, cette proportion a augmenté de façon constante durant les années 90 pour atteindre 73,5 en 2000. Au cours de la dernière décennie, cette proportion est demeurée stable, soit autour de 75 IVG pour 100 grossesses. Les jeunes femmes de 18-19 ans choisissent davantage de poursuivre leur grossesse que les plus jeunes. Ainsi, la proportion d'IVG pour 100 grossesses dans ce groupe d'âge est passée de 31,4 en 1980 à 58,6 en 2000, et il se maintient autour de 61 IVG pour 100 grossesses depuis 2002 (Compilation de la Direction des études et des analyses, MSSS, août 2010, à partir des données de la RAMQ).

-
34. Selon l'ISQ, parmi les filles ayant eu une relation amoureuse au cours des douze mois précédant une enquête menée en 1999, 21 % de celles de 13 ans et 34 % de celles de 16 ans ont subi de la violence psychologique durant une relation amoureuse (F. LAVOIE et L. VÉZINA, *Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence, Chapitre 21, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, p. 475). Au total, 82 % de l'ensemble des victimes d'agressions sexuelles au Québec sont des femmes. De ce groupe, 53 % sont des jeunes filles âgées de moins de 18 ans et 29 % sont des femmes d'âge adulte (MSP, *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*, p. 32).
35. « En 2008, les tumeurs ont occasionné 19 200 décès, soit 35 % des décès chez les hommes et 32 % chez les femmes. Les maladies de l'appareil circulatoire ont généré environ 14 600 décès, soit 25 % des décès masculins et 26 % des décès féminins. À eux seuls, ces deux grands groupes de causes sont responsables de près de 60 % des décès en 2008 » (C. GIRARD, *Le bilan démographique du Québec, Édition 2009*, p. 51).
36. C. FOURNIER, *op. cit.*, p. 7.
37. Les femmes rapportent, dans une proportion plus élevée, des pensées suicidaires au cours de leur vie, au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, au moins un trouble psychiatrique à vie, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux à vie, une dépression majeure à vie, un trouble d'agoraphobie à vie (S. KAIROUZ et autres, *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé des collectivités canadienne (cycle 1.2)*, p. 23-26).
- Il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes qui ont un niveau élevé de détresse psychologique (26 % contre 20 %). Cet écart entre les sexes ressort pour tous les groupes d'âge et de façon plus marquée chez les plus jeunes (H. CAMIRAN et V. NANHOU, « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom Santé*, p. 2).
38. Les femmes sont plus nombreuses à avoir consulté pour des problèmes de santé mentale que les hommes (13 % contre 6 %) en 2002. La même année, les femmes avaient consommé plus souvent que les hommes des médicaments pour dormir ou pour réduire l'anxiété et des antidépresseurs : 19 % contre 12 %, cette consommation augmentant avec l'âge (A. LESAGE, J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS, *Utilisation de services et de consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, p. 22-28).
39. Au Québec, le nombre de naissances en 2008 s'établit à environ 87 600, soit 3 100 de plus qu'en 2007 (84 500). Il s'agit d'une sixième hausse consécutive. Des résultats préliminaires montrent que le nombre de naissances poursuit sa croissance en 2009 — l'indice synthétique de fécondité atteint 1,74 enfant par femme en 2008, en regard de 1,69 en 2007 : pour une deuxième année consécutive, l'indice québécois dépasse légèrement celui du Canada — c'est au-delà de l'âge de 30 ans que la fécondité a le plus augmenté. Globalement, de 2000 à 2008, la fécondité a connu une progression de 40 % chez les femmes de 30-34 ans et de 70 % en moyenne chez les 35-44 ans (C. GIRARD, *op. cit.*, p. 29-32).

-
40. D'après les infractions déclarées en matière de violence conjugale, les femmes représentent la majorité des victimes de ces crimes (84 %) : 87 % d'entre elles sont âgées de 18 à 49 ans, elles sont surtout les conjointes (44 %) ou les ex-conjointes (42 %) de l'auteur présumé. En 2006, 17 843 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ont été enregistrées, soit 22 % de l'ensemble des infractions contre la personne. Elles ont été l'objet principalement de voies de fait simple (54 %), de menaces (16 %), de harcèlement criminel (12 %) et de voies de fait prenant la forme d'agressions armées ou d'agressions causant des lésions corporelles (12 %) (MSP, *Statistiques 2006 sur la criminalité commise en contexte conjugal*, p. 3-34).

En matière d'agressions sexuelles, au Québec, les victimes de ces crimes ont le profil suivant : la majorité (82 %) sont des femmes, près de 80 % connaissaient l'auteur présumé, 69 % ont été agressés dans une résidence privée et, dans 23 % des cas, la plainte a été déposée au moins un an après l'infraction (MFACF, *Plan d'action gouvernemental en matière de violence sexuelle 2008-2013*, p. 29-36).

41. « En 1984, les policiers établissaient à 1 200 le nombre de prostituées de rue à Montréal alors qu'en 1987, ils situaient ce nombre entre 90 et 4 000. Les représentants du Projet Intervention-Prostitution Québec (PIPQ) évaluent qu'il y aurait, à Québec, 1 000 travailleuses et travailleurs du sexe. Selon le Centre de santé publique, 100 personnes font de la prostitution de rue à Québec. Bien que l'existence de la prostitution dans les autres régions du Québec ait été confirmée, il n'existe à peu près aucune donnée fiable quant aux taux de prostitution qui y ont cours. Pour ce qui est de la prostitution juvénile, Dorais et Ménard évaluent, à partir de leurs contacts étroits avec le milieu prostitutionnel, qu'il y aurait 5 000 jeunes prostituées et prostitués à Montréal. À Québec, le Centre de santé publique considère que de 500 à 800 jeunes se prostituent » (CSF, *La prostitution : Profession ou exploitation? Une réflexion à poursuivre*, p. 67).
42. *Ibid.*, p. 68.
43. Pendant la période 1995-2008, 41,2 % des femmes utilisatrices de drogues par injection (UDI) en milieu urbain, ayant participé à la dernière enquête SurvUDI, déclarent avoir eu des relations sexuelles en échange d'argent au moins une fois au cours des six derniers mois. En milieu semi-urbain, ce sont 31,7 % des femmes qui déclarent avoir tiré récemment un revenu d'activités sexuelles (MSSS, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par la santé (ITSS) au Québec, Année 2008 (et projections 2009)*, p. 95).
44. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, p. 12.
45. En 2009, quelque 660 000 femmes et 510 000 hommes de 65 ans et plus vivent au Québec. D'ici le début des années 2020, l'ISQ projette que la population comptera plus de 950 000 Québécoises pour près de 800 000 Québécois du même groupe d'âge. Ce déséquilibre numérique entre les femmes et les hommes âgés est plus important à partir de 85 ans, mais il tend à s'atténuer. En 2009, on dénombre 130 femmes pour 100 hommes de 65 ans et plus, tandis qu'il y en a 233 chez les 85 ans et plus. La diminution attendue de l'écart de mortalité entre les sexes pourrait abaisser ce rapport, vers 2020, à 120/100 pour les 65 ans et plus et à 180/100 pour les 85 ans et plus (D. ANDRÉ, F. F. PAYEUR et J.-F. LACHANCE, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, Édition 2009* et H. GAUTHIER et autres, *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, tome 1, p.27, 46 et 57).
46. Ces données correspondent à la période 2006-2008 (C. GIRARD, *op. cit.*, p. 47).

-
47. En 2001, les femmes âgées de 65 ans résidant au Québec avaient une espérance de vie moyenne de 20,5 ans, dont 14,3 années sans incapacité fréquente. Cela représente donc plus d'années de vie avec des incapacités fréquentes en comparaison des hommes de 65 ans dont l'espérance de vie de 16,5 ans comprenait 12,8 années sans incapacité fréquente (INSPQ, en collaboration avec l'ISQ et le MSSS, *op. cit.*, p. 213).
 48. En 2001, selon leur âge, de 30 % à 45 % des femmes de 65 ans et plus habitent seules et 44 % de celles de 85 ans et plus vivent dans un établissement de soins de santé. En comparaison, les hommes de 65 ans et plus vivent seuls dans une proportion qui varie de 15 % à 20 %, tandis que 31 % de ceux qui ont 85 ans et plus sont logés dans un établissement de soins de santé (H. DAGENAIS, *Les ménages d'une seule personne et le logement au Québec*, p. 18).
 49. Près des deux tiers (62,1 %) des femmes de 75 ans ou plus ont des revenus annuels qui varient de 10 000 \$ à 19 999 \$. Par ailleurs, alors que 25,4 % des moins de 65 ans ont un revenu supérieur à 40 000 \$, seules 11,4 % des personnes âgées de plus de 65 ans, dont la majorité sont des hommes, en déclarent autant (CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois*, 3^e Édition, p. 97).

Une récente étude indique qu'il reste encore un nombre significatif de femmes âgées qui vivent en situation de pauvreté ou de quasi-pauvreté et qu'en moyenne leurs revenus de sources autres que la sécurité de la vieillesse sont substantiellement inférieures à ceux des hommes (R. ROSE, « Les femmes âgées et l'égalité économique », dans M. CHARPENTIER et A. QUÉNIART, *Vieilles, et après!, Femmes, vieillissement et société*, p. 225-248).

D'un autre point de vue, l'activité accrue des femmes sur le marché du travail devrait pousser globalement à la hausse les revenus des futures retraitées par rapport aux générations actuelles de retraitées. Malgré cette amélioration, les femmes demeureront un groupe plus à risque, étant donné leur moindre revenu, leur carrière moins régulière, l'évolution du milieu familial et de facteurs tels qu'une longévité accrue (H. GAUTHIER et autres, *op. cit.*, p. 25).

50. À la fin du xx^e siècle, dans la population vivant en ménage privé, 8 % des individus souffrent d'une perte d'autonomie à long terme. Chez les 75 ans et plus, les proportions sont de 22 % chez les hommes contre 33 % chez les femmes (CSF, *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, p. 25 – Voir aussi : M. BERTHELOT, J. CAMIRAND et R. TREMBLAY, *op. cit.*, p. 43 et L. CAZALE et V. DIMITRU, « Les maladies chroniques au Québec, quelques faits marquants », *Zoom Santé*, p. 2).
51. La consommation de médicaments psychotropes prescrits augmente avec l'âge, et les femmes âgées en consomment plus que les hommes (COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, p. 37-38).
52. D'après les données policières de 2007, colligées par le ministère de la Sécurité publique, les femmes âgées de 60 ans et plus représentaient 2 % des victimes de violence conjugale et, contrairement à l'ensemble de la population féminine, les femmes âgées sont davantage violentées par un conjoint (62 % pour les aînées en regard de 45 % pour les femmes en général) qu'un ex-conjoint (26 % pour les aînées comparativement à 41 % pour les femmes en général). Aussi, il semble que les aînées rapportent davantage les infractions de violence grave, car elles représentent 16 % des victimes de meurtre et 10 % des victimes de tentative de meurtre (L. MONTMIGNY et C. DROUIN, *La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière*, p. 8).

-
53. Selon Statistique Canada, les femmes représentent près de 60 % des personnes proches aidantes auprès des personnes âgées. Cette proportion de femmes, tous âges confondus, augmente de 56 % à 67 % quand on passe du groupe des personnes offrant moins de 5 heures par semaine à celui qui en offre 20 et plus. Parmi les 617 000 Québécoises proches aidantes, 48 % sont âgées de 35 à 54 ans. Par ailleurs, le groupe des proches aidants âgés de 55 ans ou plus est celui qui a connu la plus forte augmentation de 2001 à 2006, soit dans une proportion de 28 %. Cette hausse est de 21 % pour les personnes âgées qui agissent comme proches aidants auprès des 65 ans et plus. Toujours selon Statistique Canada, 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin d'aide pour les travaux ménagers, les courses, le transport ou les soins personnels et les femmes représentent la majorité des sources non officielles (membres de la famille, amies et voisines) qui offrent ce soutien. Des travaux montrent clairement que, sans le soutien intense fourni par la famille, les personnes âgées en perte d'autonomie qui sont maintenues à domicile seraient placées en établissement (CONSEIL DES AÎNÉS, *Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (résumé)*, tableau 2).
54. Les tâches qui incombent aux proches aidants peuvent avoir un effet négatif sur leur vie professionnelle. Ainsi, une enquête de 1989 révélait que 9 % des proches aidants avaient réduit leur nombre d'heures de travail, 5 % avaient refusé des responsabilités professionnelles et 6 % avaient cessé de travailler (S. JUTRAS et F. VEILLEUX, *Des partenaires méconnus : les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*).
- Selon d'autres études, 9 % des Canadiennes âgées de 55 à 64 ans ont quitté leur emploi pour prendre soin d'une personne de leur entourage et, en outre, de 12 % à 16 % des Canadiennes et des Canadiens qui travaillent s'occupent activement d'une personne âgée membre de la famille (C. J. ROSENTHAL, « Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changement de contexte », *Lien social et Politiques*, n° 38, p. 125).
55. Les femmes aidantes qui cohabitent avec la personne qu'elles aident ont une perception moins favorable de leur santé, elles sont plus nombreuses à utiliser des tranquillisants et elles éprouvent plus de contraintes à la vie sociale que les femmes qui ne jouent pas ce rôle. Certaines soulèvent la perte d'intimité familiale et conjugale. Quand les services que doivent assumer les personnes aidantes sont de longue durée, les effets sur leurs conditions de vie et leur santé sont encore plus notables (SANTÉ QUÉBEC, et autres, *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 2, p. 45-73).
56. D'après les projections de main-d'œuvre infirmière, si la tendance se maintient, il faut anticiper une pénurie de l'ordre de 17 100 infirmières ou infirmiers en 2020 (MSSS, *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, p. 5).
57. Au Québec, la proportion de femmes en pratique médicale a augmenté de 1 % par année depuis 1976 : elle est ainsi passée de 8 % à 38 %. En 2004-2005, on comptait 75 % de femmes inscrites à un programme de résidence (formation postdoctorale en médecine) et 58 % inscrites aux programmes de spécialité. Parmi cette relève, certaines spécialités attirent davantage les femmes, notamment la pédiatrie, l'obstétrique-gynécologie, la dermatologie, la neurologie et la psychiatrie (A.-P. CONTANDRIOPOULOS et M.-A. FOURNIER, avec la collaboration de M.-L. PHAM-DANG, *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*, p. III).
58. Les plus récentes recherches réalisées sur la féminisation de la médecine ont mis en évidence que les femmes qui exercent cette profession passent plus de temps avec chaque patiente ou patient et qu'elles préfèrent pratiquer dans les unités de médecine familiale, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et autres lieux de pratique de médecine familiale et généraliste (*ibid.*, p. 10, 13 et tableau 8).

-
59. Les femmes représentaient 44 % des membres des conseils d'administration des CSSS, établissements et agences selon les données de mai 2010 (Compilation effectuée par les Services des affaires corporatives et institutionnelles, MSSS, juin 2010).
 60. En 2008-2009, les femmes se répartissaient selon des proportions variables, représentant 59 % de cadres supérieures, 30 % de cadres médecins, 67 % de cadres intermédiaires et 63 % du personnel temporaire en situation de gestion, au sein des membres du personnel employés à temps complet (ETC) du réseau (Compilation effectuée par la Direction générale du personnel réseau et ministériel, MSSS, juin 2010).



www.msss.gouv.qc.ca



Santé
et Services sociaux

Québec

