

Mémoire
sur l'Avis du Conseil du statut de la femme intitulé
«Vers un nouveau contrat social pour l'égalité
entre les femmes et les hommes»

Présenté par le
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
à la Commission des affaires sociales

Décembre 2004

Recherche et rédaction :

Isabelle Mimeault, responsable de la recherche

en collaboration avec Lise Lamontagne, directrice générale

4273, Drolet, bur. 406

Montréal, Qc, H2W 2L7

(514) 877-3189

Fax : 877-0357

© RQASF, Décembre 2004

ISBN 2-923269-05-5

RÉSUMÉ

L'Avis du Conseil du statut de la femme (CSF) propose des stratégies pour atteindre l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi que sept orientations en vue de définir une nouvelle politique gouvernementale en condition féminine. Le présent mémoire commente ces stratégies, de même que deux des sept orientations proposées. De façon générale, l'Avis est bien documenté. Toutefois, une tension, voire une contradiction, ressort entre l'approche systémique, adoptée pour définir l'égalité entre les sexes, et une approche fonctionnaliste et culturaliste, présente tout au long du document.

Selon le RQASF, cette perspective fonctionnaliste a pour effet de minimiser l'existence des inégalités. D'abord, le CSF ne tient pas toujours compte de l'amplification des discriminations que vivent certaines femmes par l'ajout de motifs de discrimination énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (couleur, origine ethnique, orientation sexuelle, handicap, etc.); ensuite, le Conseil demeure muet quant aux inégalités de santé entre les sexes; et enfin, le sujet du néolibéralisme a été discuté trop brièvement et sans critique, ce qui contredit l'approche systémique proclamée en tête du document.

En ce qui concerne les trois approches spécifique, transversale et sociétale proposées pour atteindre l'égalité entre les sexes, le RQASF les appuie, tout en insistant sur les deux premières. En effet, les mesures spécifiques demeureront indispensables pour corriger les écarts tant que l'égalité ne sera pas atteinte. L'approche transversale ou approche intégrée de l'égalité (AIE), connue au Québec sous l'appellation d'approche différenciée selon les sexes (ADS), s'avère tout aussi essentielle, étant donné son rôle préventif et ses effets transversaux pour corriger les inégalités. L'approche sociétale, qui vise à impliquer les hommes en faveur de l'égalité entre les sexes, vient compléter les deux autres approches.

Dans l'Avis, l'orientation sur la santé s'appuie principalement sur les différences biologiques entre les femmes et les hommes plutôt que sur l'existence d'inégalités de santé. Les axes d'intervention répètent simplement les approches spécifique et transversale. Le RQASF recommande donc de reformuler la quatrième orientation et d'y associer sept nouveaux axes d'intervention qui tiennent compte des inégalités de santé entre les sexes. Les inégalités de santé entre les sexes doivent être conçues en lien avec la pauvreté et les rapports sociaux inégalitaires, de même que les conditions de vie des femmes.

Quant à la septième orientation, le RQASF appuie, pour l'essentiel, les propositions du Conseil du statut de la femme tout en les précisant. Il importe selon nous de reconduire une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité, et de maintenir distincts le Conseil du statut de la femme et le Secrétariat à la condition féminine. Étant donné l'incertitude qui plane autour du maintien d'outils essentiels à la réalisation de l'égalité, le RQASF demande d'être consulté au sujet de toute modification des structures, ainsi qu'au sujet d'une politique gouvernementale en condition féminine.

Présentation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme multidisciplinaire qui travaille solidairement et dans une perspective féministe à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes. Situé à Montréal, le RQASF regroupe plus d'une centaine de membres associatifs et une cinquantaine de membres individuels dans toutes les régions du Québec.

Le RQASF poursuit les objectifs de promouvoir et de défendre, par l'action collective et l'action politique, les droits et les intérêts des femmes en matière de santé sur le plan sociétal, politique, législatif et gouvernemental ; d'adopter et de faire valoir une approche globale de la santé des femmes ; de regrouper et de mobiliser les femmes et les organisations préoccupées par la santé des femmes ; d'agir pour et avec les femmes, dans la reconnaissance de leurs savoirs et la prise en charge de leur santé.

Les grands secteurs d'activités du RQASF comprennent la recherche, l'éducation et l'information considérées dans une perspective féministe. Bien qu'il s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes, le RQASF tient toujours compte des situations particulières vécues par les femmes marginalisées, soit en raison de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de leur couleur ou de leur origine ethnique.

Table des matières

Résumé.....	iii
Présentation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF).....	v
Table des matières.....	vii
INTRODUCTION.....	1
Première partie : proposition de stratégies.....	3
Portrait de la situation (chapitre I)	3
Le projet proposé (chapitre II)	4
Commentaires sur les trois approches proposées.....	4
Approche spécifique : essentielle en raison de la persistance des inégalités.....	4
Approche transversale : une approche systémique de l'égalité.....	5
Approche sociétale : pas si nouvelle.....	7
Volonté gouvernementale : une condition de réussite (chapitre III).....	8
La conclusion	9
Deuxième partie : commentaires sur les orientations et axes d'intervention proposés.....	11
Quatrième orientation : améliorer la santé et le bien-être.....	11
L'existence d'inégalités de santé entre les femmes et les hommes.....	12
L'état de santé des femmes.....	13
L'accessibilité et l'adéquation des services.....	14
La prestation des soins.....	14
Pour le droit à la santé.....	15
La privatisation des services.....	18
Des inégalités accrues pour certains sous-groupes.....	19
La médicalisation des cycles normaux de la vie de femmes.....	20
La surprescription.....	21

La prévention et la promotion de la santé.....	22
Les médecines alternatives et complémentaires.....	22
Septième orientation : assurer l'ancrage de l'égalité entre les femmes et les hommes au sein du gouvernement.....	23
Axe d'intervention 1 : doter l'appareil d'état des ressources nécessaires à la réalisation de l'égalité.....	24
Axe d'intervention 2 : partager la responsabilité en matière d'égalité avec les parlementaires et les acteurs sociaux.....	25
Axe d'intervention 3 : se doter de l'instrumentation adéquate pour mettre en œuvre la politique d'égalité, dont les statistiques ventilées selon le sexe et l'approche intégrée de l'égalité (AIE).....	25
CONCLUSION.....	27
Liste des recommandations.....	29
Bibliographie.....	31

INTRODUCTION

Au Québec comme partout dans le monde, les femmes ont été et sont encore à l'avant-plan et à l'avant-garde des revendications progressistes et de la défense des droits des plus démunis de la société. À partir des années soixante, les femmes se sont mobilisées pour revendiquer l'égalité des droits et des chances. Elles se sont préoccupées de pauvreté, de santé, de sexualité, de maternité et ont obtenu des gains qui ont profité à l'ensemble de la société. En dénonçant les stéréotypes sexistes en santé, de même que les pratiques médicales interventionnistes, peu soucieuses de la santé physique et mentale des femmes, le Mouvement pour la santé des femmes a contribué à transformer la vision et la définition de la santé dans les différents paliers de pouvoir, tant provincial, fédéral qu'international.

En dépit des progrès historiques depuis les années soixante, tels que la reconnaissance de l'égalité juridique, l'accès à l'éducation, le droit au divorce et le droit à l'avortement, les femmes demeurent toujours les premières victimes de discriminations et de violence. Malgré l'égalité formelle pour la majorité d'entre elles¹, de nombreuses inégalités entre les femmes et les hommes persistent dans les faits.

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) salue l'initiative du gouvernement du Québec de réfléchir aux meilleurs moyens de rendre concrète l'égalité entre les femmes et les hommes. Toutefois, le RQASF demeure particulièrement préoccupé du flou entourant le maintien d'outils essentiels à la réalisation de l'égalité. Aussi, le RQASF demande-t-il que le Mouvement des femmes soit consulté au sujet de toute modification des structures, de même que pour tout projet concret de politique concernant la condition féminine ou l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le présent mémoire commente l'avis du Conseil du statut de la femme (ci après, le Conseil ou le CSF) intitulé *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes* (ci-après «l'Avis», CSF, 2004d). Le CSF s'est vu confier l'important mandat de **définir le concept d'égalité** entre les femmes et les hommes dans le contexte québécois et de proposer, à partir de ce concept, les orientations et les axes d'intervention d'une **nouvelle politique gouvernementale en condition féminine** qui incorporerait les alliances avec l'ensemble de la société québécoise. Le travail réalisé est colossal et nous en soulignons d'abord la qualité professionnelle.

¹ L'égalité formelle n'est pas encore atteinte pour les femmes autochtones, qui subissent de nombreuses discriminations en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

Ce mémoire discute les deux parties de l'Avis du CSF. Toutefois, il se concentre davantage sur deux des sept orientations de la seconde partie : la quatrième, sur la **santé**, en lien avec la mission du RQASF, ainsi que la septième, qui porte sur les **institutions** de l'État. Bien que de toute évidence, la santé concerne l'ensemble des orientations, de façon directe ou indirecte, nous avons dû faire ce choix. Nous espérons que nos commentaires sur l'approche adoptée (première partie du document), constitueront une source d'inspiration pour l'ensemble des orientations que nous n'avons pu commenter spécifiquement.

PREMIÈRE PARTIE :

PROPOSITION DE STRATÉGIES

PORTRAIT DE LA SITUATION (CHAPITRE I)

Depuis le dernier siècle et particulièrement depuis les derniers trente ans, les Québécoises ont accompli des avancées importantes dans de multiples domaines, tant juridiques, économiques, politiques que sociaux. Ces progrès, fruits de chaudes luttes, ont profité à l'ensemble de la société. Il importe de reconnaître, et sans aucune ambiguïté, le rôle *crucial* du féminisme et du Mouvement des femmes à cet effet. Sans les revendications des femmes et des groupes de femmes, soutenues avec autant d'insistance, de vigueur que de rigueur, la société québécoise n'aurait pu réaliser tous ces progrès vers une société plus juste.

L'historique présenté au chapitre 1 de l'Avis (p. 17-24), fait état des nombreuses avancées de la société québécoise vers l'égalité entre les hommes et les femmes. Le Conseil du statut de la femme, en exposant les inégalités et les obstacles réels qui persistent toujours pour les femmes, dresse un portrait assez juste de la situation, particulièrement en ce qui a trait aux inégalités économiques (p. 24-27). Les différents secteurs dans lesquels les femmes accusent des retards ou vivent des discriminations sont autant d'éléments qui ont été considérés dans la définition d'orientations gouvernementales et d'axes d'intervention.

Nos commentaires critiques quant à ce premier chapitre sont de trois ordres. Ils sont brièvement soulignés ici et seront discutés plus amplement dans la seconde partie du présent mémoire (quatrième orientation).

- Tel que nous le soulignerons, l'**amplification des discriminations** qui touchent les femmes par l'ajout d'autres motifs de discriminations, qu'ils soient fondés sur l'origine ethnique, l'âge, la religion, l'orientation sexuelle ou tout autre motif énuméré dans l'article 10 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, bien que reconnue d'entrée de jeu (p. 24), n'a pas été prise en compte de façon systématique dans les autres chapitres du document.
- Discutant de la persistance des inégalités entre les femmes et les hommes, le chapitre I du document est muet au sujet de la persistance d'**inégalités de santé** entre les sexes. La santé est l'un des domaines de prédilection du discours masculiniste selon lequel le taux plus élevé de suicide chez les garçons, la prise de Ritalin, la souffrance des hommes, notamment, seraient dus à un trop grand

pouvoir des femmes (Brossard, 2004). Aussi, le silence du Conseil quant aux inégalités de santé fait-il réfléchir aux possibles avancées de l'idéologie masculiniste.

- Le **néolibéralisme**, discuté brièvement dans la section traitant du «nouveau contexte» est présenté comme une force que ni l'État ni la société civile ne peuvent contrer en aucune manière. Certes, la libéralisation des échanges renvoie à des accords commerciaux devant lesquels nous pouvons à juste titre ressentir de l'impuissance. De fait, ces accords sont négociés de façon tout à fait antidémocratique (CSF, 2001, p. 35; Déclaration..., 2004; Gélinas, 2003). Et les États jouent un rôle réel dans l'instauration et le maintien de cette idéologie. Le propre d'une idéologie est précisément de faire accepter certaines idées, certaines politiques et certaines pratiques comme normales et inéluctables, en fonction de certains intérêts. Or, ce modèle de mondialisation n'est pas inéluctable mais imposé. Comme le souligne à juste titre le Conseil, «ce sont surtout les femmes qui sont affectées par ces changements, que ce soit comme travailleuses ou comme aidantes bénévoles» (p. 29). Ce sont également les femmes qui «forment l'avant-garde d'un vaste mouvement de réappropriation des processus socioéconomiques et politiques» (Gélinas, 2003, p. 185).

LE PROJET PROPOSÉ (CHAPITRE II)

Tel que présenté dans l'Avis, l'**idéal d'égalité** qui doit servir d'**assise à l'action** rejoint les définitions actuelles des champs du droit et des sciences sociales. On y reconnaît que l'égalité, en tant que revendication et objectif à atteindre pour les femmes, suppose l'existence persistante d'inégalités entre les hommes et les femmes. Ces inégalités ne sont pas inhérentes aux humains, mais l'effet des discriminations historiques et actuelles, ce que l'on appelle la discrimination systémique. Cette définition juste de l'égalité n'apparaît pas appliquée avec constance tout au long du document, ce qui affecte sa cohérence.

Trois approches (ou trois leviers) pour atteindre l'égalité sont proposées. Selon les propres mots du Conseil, ces approches sont *interreliées* et *complémentaires* (p. 35).

Commentaires sur les trois approches proposées

- **Approche spécifique : essentielle en raison de la persistance des inégalités**

Comme son nom l'indique, l'approche spécifique vise à prévenir ou à corriger les inégalités qui ciblent spécifiquement les femmes. Au Québec, il s'agit, par exemple, des Programmes d'accès à l'Égalité (art.

86 à 92 de la Charte), de la *Loi sur l'équité salariale*¹, ou encore du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (2004). Tel que le précise la «Recommandation générale no 25 concernant le premier paragraphe de l'article 4 de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, portant sur les mesures temporaires spéciales»,

«les mesures temporaires spéciales font partie intégrante de la stratégie que les États parties doivent adopter pour instaurer l'égalité de fait ou réelle entre les sexes en ce qui concerne l'exercice des libertés et droits fondamentaux. [...] l'adoption et l'application par les États parties des mesures visées dans la Convention n'ont pas pour objet d'imposer une discrimination aux hommes» (Comité pour l'élimination..., 2004).

Ces mesures spécifiques seront indispensables tant que l'égalité ne sera pas atteinte. Dans un récent bilan des 25 premières années d'application de la Charte québécoise des droits et libertés, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse souligne d'ailleurs «la nécessité de ces programmes, tout en constatant l'ampleur de la tâche requise pour atteindre les résultats visés» (Garon et Bosset, 2003, p. 85).

Considérant la persistance des inégalités malgré le chemin parcouru, et pour que l'action prenne le pas sur les discours, le RQASF recommande de :

- Poursuivre les mesures spécifiques en faveur des femmes : la mise en œuvre des engagements et des orientations en santé des femmes déjà adoptés par le gouvernement, notamment les objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes *Au féminin, à l'écoute de nos besoins* (MSSS, 2002), les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (MSSS, 1995).
- Accorder une grande vigilance à l'application de ces mesures, notamment par la mise en place de plans d'action régionaux tel que celui de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Tardif, 2004).
- Mettre en place une politique en santé des femmes, en s'inspirant notamment de l'expérience d'autres pays.

- **Approche transversale : une approche systémique de l'égalité**

L'approche transversale, inscrite dans le programme d'action de la quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes en 1995 à Beijing, a été adoptée par plus de 180 pays (p. 37). Il s'agit d'une approche stratégique et concrète, «préventive et à long terme», qui vise à intégrer le principe

¹ L.R.Q., c. E-12.001.

d'égalité entre les hommes et les femmes dans les processus de l'ensemble des lois et des politiques (p. 37) En ce sens, il s'agit d'une approche systémique de l'égalité. Pour l'appliquer, «chaque pays ou communauté tente de trouver une démarche adaptée à sa société et à ses priorités» (p. 37, n. 37). L'approche intégrée de l'égalité (AIE) est appliquée en Europe selon différentes formules (CSF, 2004b). Au Canada, on parle d'«analyse comparative selon les sexes» et au Québec, d'«analyse différenciée selon les sexes»² (ADS). Revendiquée par le Mouvement des femmes, l'ADS a été discutée dans différents documents gouvernementaux et articles (Massé *et al.*, 2002; MSSS, 2002; SCF, 1999; SCF, 2000a, par exemple). Malgré des différences inévitables entre l'AIE et l'ADS, les deux expressions seront considérées, ici, interchangeables. Toutefois, l'appellation européenne AIE sera utilisée puisqu'elle est retenue dans l'Avis qui est commenté dans le présent mémoire.

Une approche systémique, comme l'approche intégrée de l'égalité, requiert des efforts concertés et de longue haleine. Jusqu'à présent, l'AIE a fait l'objet de projets pilotes au sein de certains ministères du gouvernement du Québec au cours des années 1997-2000 et 2000-2003 (Massé *et al.*, 2002). Il s'est agi, principalement, de développer des statistiques ventilées selon le sexe, préalables à l'application de l'AIE.

Dans son rapport du programme d'action 1997-2000, le Secrétariat à la condition féminine soulignait que l'AIE visait à «éviter des effets dommageables plutôt que de les corriger par la suite» (SCF, 1999). Afin que l'AIE représente davantage que des vœux pieux, il faut non seulement développer des statistiques différenciées selon les sexes, mais aussi assurer l'intégration de cette approche par tout le personnel professionnel concerné dans les ministères pour ensuite mettre en place des mesures spécifiques visant à réduire les écarts entre les sexes. Il faut poursuivre ces efforts puisque un simple examen du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) permet de constater que les statistiques ventilées selon les sexes ne s'accompagnent pas de mesures concrètes.

Dans une recherche sur l'AIE en Europe, le CSF explique que non seulement cette approche peut mener à la formulation de politiques mieux adaptées selon les sexes féminin ou masculin, mais qu'elle peut aussi permettre de tenir compte des différences qui se manifestent à l'intérieur d'un groupe de même sexe et qui proviennent de la race, de l'ethnie, de la situation sociale, du handicap, de l'âge, etc.» (CSF, 2004b, p. 14). D'après un rapport synthèse sur les premiers travaux d'implantation de l'AIE par le gouvernement du Québec (1997-2000) - à l'époque il s'agissait d'analyse différenciée selon le sexe ou

² «L'analyse différenciée selon les sexes s'inscrit dans les orientations du gouvernement du Québec associées aux principes et aux valeurs de l'égalité entre les femmes et les hommes, du respect des droits de la personne, de la justice sociale, de la démocratie et de la solidarité. Considérant que le principe d'égalité, au Québec, est contenu dans la Charte des droits et libertés de la personne et considérant les engagements du gouvernement québécois en lien avec ce principe, l'objectif poursuivi par l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes est l'égalité juridique, économique, sociale et culturelle entre les femmes et les hommes» (SCF, 1999, p. 19).

ADS - les autres variables comme l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, l'origine ethnique et l'appartenance à des groupes marginalisés sont d'ailleurs «tout aussi importantes» (SCF, 2000a, p. 15).

Le RQASF croit aussi que non seulement l'AIE peut, mais *doit* inclure une préoccupation pour les femmes vivant les effets de doubles et triples discriminations. Cet élément n'est pas explicitement mentionné dans l'Avis. Certes, des statistiques différenciées selon les différentes catégories sociales ne sont que rarement, voire pratiquement pas disponibles. Toutefois, il demeure que la vulnérabilité de ces femmes doit être prise en compte dans l'élaboration des lois, politiques et programmes. En ce qui concerne les femmes immigrées dépendantes d'un garant, par exemple, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a reconnu que le programme de parrainage et certaines pratiques administratives sont discriminatoires et portent atteinte à leurs droits à l'égalité et à leurs droits humains tel que le droit à la dignité, le droit à la personnalité juridique et le droit à une égale protection de la loi (Giroux, 2002, p. 3).

Dans la quatrième orientation sur la santé, le premier axe d'intervention concerne l'approche intégrée de l'égalité (p. 116) et le second, la prise en compte des «groupes doublement discriminés» (p. 124). Nous considérons que ces axes ne relèvent pas exclusivement de la santé et devraient plutôt être intégrés à l'ensemble des dossiers. C'est pourquoi nous préconisons leur inclusion dans l'approche transversale. En conséquence, le RQASF recommande :

- D'instaurer l'approche intégrée de l'égalité (AIE) dans tout l'appareil gouvernemental par la mise en place non seulement de statistiques ventilées selon les sexes pour faciliter l'analyse, mais également par la formation du personnel; par la mise en place de mesures visant à réduire les écarts entre les femmes et les hommes; par la création d'outils pour adapter les interventions aux réalités différentes des hommes et des femmes; ainsi que par l'allocation des ressources nécessaires pour réaliser ces objectifs.
- Que la plus grande vulnérabilité de certaines femmes, en raison de l'ajout de motifs de discrimination (origine ethnique, âge, religion, orientation sexuelle ou tout autre motif énuméré dans l'article 10 de la Charte québécoise) soit prise en compte dans l'AIE et que cette préoccupation soit nommément inscrite dans une future politique gouvernementale en condition féminine.

- **Approche sociétale : pas si nouvelle**

Le RQASF est en accord avec l'analyse selon laquelle la réalisation de l'égalité entre les hommes et les femmes représente un projet de société auquel les hommes doivent être partie prenante. Plusieurs organismes communautaires adoptent une telle perspective inclusive dans leurs actions (notamment sur

les questions relatives à la famille et à la violence). Il est de plus judicieux, de la part du Conseil, d'examiner les différentes expériences étrangères en vue de les adapter au contexte québécois.

Il est toutefois important de préciser, comme le fait le CSF, que les difficultés sociales des hommes (suicides, décrochage scolaire...) «ne proviennent pas [...] de discriminations systémiques ou de rapports de pouvoir inégaux entre les sexes» (p. 41). Également, nous appuyons fortement le fait de «refuser avec fermeté toute alliance ou toute collaboration avec ces hommes ou groupes qui rendent les féministes responsables de tous leurs maux et qui aspirent à un retour à un ordre social inégalitaire» (p. 42).

Il est permis de s'interroger sur l'espace disproportionné consacré dans l'Avis à l'approche sociétale³. La future politique gouvernementale en condition féminine reproduira-t-elle de tels contrastes? L'approche sociétale sera-elle prioritaire? Avant d'accorder une place importante à l'approche sociétale au détriment des deux premières, un bilan complet de l'impact sur les femmes des politiques mises en œuvre par le gouvernement devrait être dressé. Un tel bilan des actions gouvernementales a d'ailleurs été proposé par le MSSS (MSSS, 2002, p. 5).

La société québécoise est-elle maintenant prête pour un nouveau contrat social vers l'égalité entre les femmes et les hommes? Il nous apparaît prématuré de le considérer. En effet, l'approche sociétale ne saurait à elle seule résoudre les difficultés et les discriminations spécifiques que rencontrent les femmes en raison de leur sexe. La correction des inégalités historiques et des discriminations systémiques dont sont victimes les femmes exige en premier lieu des mesures fermes et concertées. Si les trois approches sont nécessaires pour réaliser l'égalité, parmi celles-ci, **les approches spécifique et transversale sont préalablement requises**. L'approche sociétale vient compléter les deux premières en mobilisant positivement les hommes en faveur de l'égalité entre les sexes.

VOLONTÉ GOUVERNEMENTALE : UNE CONDITION DE RÉUSSITE (CHAPITRE III)

Le RQASF appuie sans réserve le propos de ce court chapitre qui énonce la condition *sine qua non* de réussite d'une politique de l'égalité : la volonté gouvernementale. Malgré le fait que le gouvernement Charest n'ait pas nommé de ministre à la Condition féminine et malgré le démantèlement du service à la Condition féminine du MSSS, nous comptons qu'après la commission parlementaire, le gouvernement corrige ces situations et assume pleinement ses responsabilités à l'égard de la condition féminine.

³ Approche spécifique : 1¼ page; approche transversale : 2¼ pages; approche sociétale : 15½ pages.

La conclusion

En conclusion de cette première partie, le CSF rappelle les responsabilités incontournables de l'État québécois à l'égard des femmes tant en vertu de ses obligations internationales⁴ que de ses propres lois, dont la *Charte des droits et libertés de la personne*, de nature quasi-constitutionnelle⁵. Il va de soi qu'un **État responsable se dote des moyens adéquats (structures et ressources)** pour répondre à ses obligations.

Cette conclusion fait allusion aux rôles sociaux des hommes et des femmes, à l'éducation, à une «nouvelle culture dans le monde du travail»... mais rien au sujet de la santé, si ce n'est la mention des «soins à nos proches vieillissants, un défi que les femmes ne veulent plus relever seules». La perspective culturaliste adoptée ici, selon laquelle le partage d'une culture et de valeurs communes nous fera atteindre l'égalité entre les femmes et les hommes, relève de la pensée magique. Cette perspective entre en contradiction avec la définition de l'égalité proposée en tête du chapitre II.

⁴ Par exemple, la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* de l'ONU, plusieurs conventions de l'Organisation internationale du travail.

⁵ À noter que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) recommande que la nature *constitutionnelle* de la Charte québécoise soit explicitement reconnue dans une disposition préliminaire de celle-ci (Bosset *et al.*, 2003, p. 96). La constitutionnalité d'une loi a pour effet de lui donner préséance sur toute autre loi.

DEUXIÈME PARTIE :

COMMENTAIRES SUR LES ORIENTATIONS ET AXES D'INTERVENTION PROPOSÉS

Nous avons déjà souligné la qualité de l'Avis du Conseil, notamment en ce qui concerne la juste définition de l'égalité qui y est proposée (p. 33). Nous avons également relevé une certaine tension entre cette définition, qui prend en compte la discrimination systémique dont ont été et sont encore victimes les femmes, et une perspective culturaliste et fonctionnaliste présente tout au long du document. Le fonctionnalisme est une approche selon laquelle tout va pour le mieux si on laisse aller les choses sans intervenir. Par exemple, le néolibéralisme correspond à une conception fonctionnaliste de l'économie. Le fonctionnalisme, qui élude les rapports sociaux, conduit à la négation des inégalités sociales, ce qui représente des dangers de glissements vers une approche de l'égalité non plus systémique, mais symétrique.

Cette perspective fonctionnaliste se reflète, notamment, dans la première orientation autour de la notion de «stéréotypes». Selon nous, les stéréotypes ne sont pas la cause des inégalités, mais l'effet. Les «résultats attendus» pour cette orientation pourront-ils être atteints par la «lutte aux stéréotypes» plutôt que par la lutte contre les inégalités sociales?

C'est dans la quatrième orientation sur la santé que la perspective fonctionnaliste est la plus évidente. La persistance, sinon l'existence même, d'inégalités de santé entre les femmes et les hommes a été éludée dans l'Avis. Sur ce point, le RQASF tient à manifester avec force son désaccord. Nos commentaires s'appuient à la fois sur la définition de l'égalité qu'avance le Conseil au chapitre II (approche de la discrimination systémique), sur les instruments juridiques en droits de la personne et sur les recherches sociales théoriques, empiriques et statistiques.

QUATRIÈME ORIENTATION : AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE...

- Dans l'Avis, les inégalités de santé ne sont pas nommées comme des inégalités en tant que telles. Ces inégalités sont plutôt analysées comme le fait de «réalités différenciées des femmes et des hommes» auxquelles le système de santé doit s'adapter. Nuance. Oui, cette prise en compte des différences est essentielle : il n'est pas question ici de nier l'existence de différences entre les femmes et les hommes, ni de diminuer l'importance d'en tenir compte dans l'intervention ou dans la prestation des services. Cette perspective ouvre la voie à une **approche d'équité, d'ailleurs nécessaire pour atteindre l'égalité**. Mais l'équité seule ne mène pas nécessairement à l'égalité. En d'autres mots, adapter les services aux réalités différentes n'équivaut pas à combattre les inégalités.

- Dans la quatrième orientation, concevoir la question des inégalités de santé à partir des différences physiques et psychosociales entre les hommes et les femmes enferme les axes d'intervention dans une logique tautologique ou circulaire, ce qui ne permet pas d'aborder les problèmes à leur source, en amont, afin d'y remédier activement.

Dans l'Avis, la quatrième orientation se lit comme suit : «Améliorer la santé et le bien-être en s'assurant que les services soient adaptés aux réalités des femmes et des hommes». Le RQASF est évidemment d'accord avec cet énoncé. Toutefois, l'adaptation des services représente davantage un axe d'intervention qu'une orientation en soi. C'est d'ailleurs ce qui est entendu dans l'Avis, puisque l'axe d'intervention numéro 1 reprend cette thématique dans son libellé. Et qui plus est, le point 1.4 de ce même axe s'intitule : «En matière d'adaptation et d'organisation des services en santé et des services sociaux». Un renversement de perspective analytique est nécessaire.

La quatrième orientation fait état de «réalités différenciées selon les sexes» en matière de santé physique, de santé sexuelle et reproductive et de santé mentale. La prise en compte de ces réalités différenciées est nécessaire. Toutefois, l'existence d'inégalités de santé entre les hommes et les femmes, à la source de ces réalités, a peu été discutée dans l'Avis. Il importe donc d'établir quelles sont ces inégalités.

L'existence d'inégalités de santé entre les femmes et les hommes

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits et l'équité» (OMS, cité dans SCF, 2004, p. 90). Parmi tous les déterminants de la santé, «la pauvreté, l'exclusion sociale et les mauvaises conditions de travail tiennent une place importante» (SCF, 2004, p. 90). De fait, la pauvreté est reconnue tant par le milieu communautaire, par la recherche que par les gouvernements comme un déterminant fondamental de la santé (Groupe des 13, 2003a, 2003b; McAll *et al.*, 2001; RQASF, 2000; Robichaud *et al.*, 1994; Santé Canada, 2002; FNUP, 2004). La Commission des droits de la personne considère la pauvreté comme le plus grave problème de droits et libertés dans le Québec contemporain (CDPDJQ, 2000).

Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes se saisissent en lien avec la pauvreté, avec les rapports sociaux inégalitaires et avec les conditions de vie des femmes. Cette analyse «permet d'évaluer avec justesse les problèmes de santé des femmes» (RQASF, 1999, p. 13). Ces rapports conditionnent non seulement leur **état** de santé, mais également leur **accès** aux services (accessibilité et adéquation des services). Ils ont aussi un impact sur la **prestation** rémunérée ou bénévole des soins, qu'assument

de très nombreuses femmes. Les trois quarts des travailleurs du réseau de la santé sont des femmes et 74% à 87% des personnes aidantes (dites naturelles) sont également des femmes (CSDE, 2001, p. 26). Ces trois «domaines» constituent en fait un vaste champ de recherche qui ne seront qu'effleurés ici.

L'état de santé des femmes

L'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000) présente un bilan de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise selon différents thèmes spécifiques et selon différents déterminants de la santé. La prévalence des problèmes de santé est supérieure¹ chez les femmes dans 24 des 30 catégories² de problèmes de santé répertoriées dans l'Enquête; elle est égale³ à celle des hommes dans deux catégories; et inférieure dans 4 catégories⁴ (ISQ, 2000, p. 281). Plusieurs inégalités de santé entre les sexes s'expliquent par la plus grande pauvreté des femmes.

Selon de nouvelles données sur la mortalité, l'écart entre les sexes de l'espérance de vie à la naissance a continué à diminuer en 2002, de sorte que l'écart entre les femmes (82,0 ans) et les hommes (76,6 ans) au Québec n'est plus que de 5,4 ans (Statistiques Canada, 2004). Bien que l'espérance de vie des femmes soit toujours plus élevée que celle des hommes, celles-ci doivent vivre davantage que les hommes avec des incapacités multiples au cours des dix dernières années de leur vie (SCF, 2004, p. 91).

En ce qui concerne la santé mentale, les rapports du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes et du comité de la santé mentale du Québec sont des références en la matière (MSSS, 1997; Robichaud *et al.*, 1994). Les femmes, et plus particulièrement les adolescentes, les femmes âgées, les mères monoparentales, les aidantes bénévoles, celles exerçant un métier de relation d'aide, les femmes seules et les femmes violentées, sans oublier celles vivant dans des conditions économiques précaires, sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique (MSSS, 1997, p. 1).

En raison de rapports sociaux inégalitaires, les femmes cumulent de nombreuses responsabilités qui fragilisent leur santé mentale. Les femmes souffrent ainsi deux fois plus souvent de dépression que les hommes (Sereni et Sereni, 2002, p. 53). Elles sont également plus nombreuses à tenter de se suicider bien que la mortalité par suicide soit plus élevée chez les hommes, étant donné les moyens plus violents qu'utilisent ces derniers (*Id.*, p. 54).

¹ Par exemple, les différences sont particulièrement marquées dans les catégories suivantes : «Maux de tête», «Arthrite ou rhumatisme», «Autres allergies», «Hypertension artérielle», «Périodes de grande nervosité», «Troubles de la thyroïde»...

² Une 31^e catégorie concerne des troubles de la menstruation ou de la ménopause, réservés aux femmes.

³ Catégories suivantes : «Ulcères gastriques ou duodénaux»; «Maladies de l'oreille».

⁴ Il s'agit des catégories suivantes : «Accidents et blessures», «Maladies cardiaques», «Hypercholestérolémie», et «Autres maladies du sang».

Pour ce qui est de la santé physique, les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers frappent à peu près également les femmes et les hommes (SCF, 2004, p. 92). Cette statistique générale cache une réalité troublante qui témoigne de l'inégalité entre les sexes dans le domaine de la santé. Dans l'inconscient populaire, les maladies cardiovasculaires sont des maladies typiquement masculines (Sereni et Sereni, 2002, p. 142). En matière de recherche médicale, la « norme » étant masculine, les recherches sur la prévention, le diagnostic et les traitements de ces maladies ont traditionnellement été menées auprès des hommes (Tardif, 2004, p. 32). Or, les maladies cardiovasculaires présentent des symptômes différents selon le sexe : ils sont dits « atypiques » chez la femme (Stanton, 2002, p. 20). Au Canada, il est prévu que d'ici 2016, les maladies cardiovasculaires cessent de croître chez l'homme, mais augmentent de 28% chez la femme (Stanton, 2002, p. 20).

Plusieurs problèmes de santé nécessitent que la recherche cible particulièrement les femmes, qu'il s'agisse de maladies auto-immunes ou de maladies transmises sexuellement (Sereni et Sereni, 2002). Ces dernières se diagnostiquent plus facilement chez l'homme que chez la femme; elles sont plus facilement transmises de l'homme vers la femme que l'inverse. La prévention de ces maladies se base sur l'usage du condom, réservé aux hommes.

L'accessibilité et l'adéquation des services

Depuis des dizaines d'années, le Mouvement pour la santé des femmes a réclamé une meilleure adéquation des services pour les femmes, que ce soit en matière de planification des naissances et de périnatalité ou encore en matière de santé mentale. Alors que le discours biomédical dominant adopte souvent une attitude paternaliste et moralisatrice qui les infantilise, les femmes réclament des services qui respectent leur autonomie et leur dignité humaine. La médicalisation des étapes naturelles de leur vie (menstruation, grossesse, accouchement, ménopause) comporte des risques pour la santé des femmes en plus de les maintenir dans un rapport de dépendance avec les milieux médicaux.

Les femmes réclament également de rendre les services accessibles aux femmes plus vulnérables en raison de leur couleur ou origine ethnique, de leur orientation sexuelle, de leur condition sociale... Pour être accessibles, des services doivent répondre aux besoins des femmes et respecter leurs droits. Nous avons récemment réalisé une recherche sur l'accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé qui a illustré les barrières accrues que rencontrent ces femmes face aux services sociaux et aux services de santé (RQASF, 2003).

La prestation des soins

Avec le virage ambulatoire, les femmes « ont vu réapparaître la vieille idéologie familialiste, selon laquelle les familles – c'est-à-dire quasi exclusivement les femmes – redeviennent les nouvelles « unités de soins »

sur lesquelles la société doit désormais compter pour s'occuper des malades et des personnes âgées ou vulnérables» (Coalition féministe..., 1998, p. 9).

Le programme d'action 2000-2003 *L'égalité pour toutes les Québécoises*, soulève les inégalités induites par le virage ambulatoire pour les femmes en tant que requérantes, travailleuses et aidantes bénévoles. Les femmes représentent les trois quarts du personnel du réseau public de la santé et l'une des conséquences du virage ambulatoire a été d'alourdir considérablement les tâches de ces travailleuses (SCF, 2000a, p. 90). Le gouvernement promettait alors de «poursuivre les travaux pour mieux comprendre les différents problèmes soulevés et y apporter des solutions (*Id.*). Les problèmes avaient pourtant bien été identifiés et des recommandations précises avaient été présentées par le Conseil du statut de la femme et par la Coalition féministe (CSF, 2000; Coalition féministe..., 1998).

L'été dernier, le gouvernement a adopté de nouvelles orientations sur les services à domicile (MSSS, 2004). Selon la Coalition Solidarité Santé, qui les dénonce, ces orientations représentent une privatisation et une «désassurance» des services à domicile. Une fois de plus, les femmes devront assumer la responsabilité des soins à leurs proches (Rioux-Soucy, 2004).

L'exposé qui précède représente un bref survol de certaines inégalités de santé entre les sexes. Bien que ce portrait ne soit ni exhaustif ni détaillé, il témoigne sans aucune ambiguïté de l'existence et de la persistance d'*inégalités de santé* entre les sexes.

Afin de tenir compte des inégalités de santé entre les hommes et les femmes et de favoriser une approche proactive, le RQASF recommande de reformuler la **quatrième orientation** gouvernementale d'une future politique de l'égalité comme suit :

Promouvoir la santé des femmes et des hommes et corriger les inégalités qui existent.

Pour le droit à la santé

L'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* reconnaissait déjà, en 1966, le «droit à la santé». Depuis quelques années, la reconnaissance du droit à la santé⁵ fait l'objet de discussions à l'intérieur de plusieurs instances internationales et nationales, notamment à

⁵ Le droit à la santé signifie, selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies «le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint» (*Observation générale no 14*, Doc. N.U., E/C.12/2004/4 (2000), cité dans Bosset, et al., p. 26).

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. L'un des enjeux importants concerne le *caractère public* des services de santé et la *responsabilité* des gouvernements à cet effet.

Devant les menaces qui pèsent sur les droits économiques et sociaux, dont le droit à la santé, dans le contexte actuel, la Commission des droits de la personne recommande au gouvernement de renforcer la portée juridique des droits économiques et sociaux (Bosset *et al.*, 2003, p. 22-23). Cette modification à la Charte irait «dans le sens qu'indiquent aussi bien le droit international des droits de la personne que le droit constitutionnel de nombreux États démocratiques» (Bosset, 2003, p. 241). Lors de la tournée de consultations de la Commission, un large consensus s'est dégagé autour de la nécessité d'inscrire le droit à la santé dans la Charte québécoise des droits et libertés (Bosset *et al.*, 2003, p. 26) :

«Recommandation 3. La Commission recommande que la Charte reconnaisse le droit de toute personne de bénéficier des programmes, biens, services, installations et conditions lui permettant de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle puisse atteindre». (*Id.*, p. 28).

Les deux axes d'intervention proposés en lien avec la quatrième orientation sont les suivants dans l'Avis :

1- «Appliquer l'approche intégrée de l'égalité (AIE) à la planification, à l'organisation et à l'évaluation des services de santé et des services sociaux, afin de s'assurer qu'ils soient adaptés aux réalités différenciées des femmes et des hommes» et 2- «Adopter des mesures spécifiques aux groupes doublement discriminés».

Les axes proposés consistent, pour l'essentiel, à reprendre deux des trois approches ou leviers mis de l'avant pour réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes. Ces deux leviers, de même que le troisième (approche sociétale), doivent selon nous faire partie intégrante de toutes les interventions gouvernementales visant l'égalité et non pas spécifiquement celles relatives à la santé. C'est pourquoi le RQASF a recommandé de replacer ces deux axes dans les approches et propose **sept nouveaux axes d'intervention en lien avec la quatrième orientation**.

Le Secrétariat à la condition féminine (SCF) a rédigé un document sur les enjeux pour l'avenir des Québécoises, à la suite de consultations menées en 2003 (SCF, 2004). Sans étonnement, une lecture attentive du chapitre accordé à la santé et au bien-être permet de constater que la pauvreté constitue une trame commune à tous ces enjeux (*Id.*, p. 90-118).

Puisque la pauvreté est un déterminant majeur de la santé et que les femmes de tous les groupes d'âge et de tous les sous-groupes minoritaires sont plus pauvres que les hommes, il est impératif d'en tenir compte pour définir les interventions gouvernementales visant l'égalité entre les femmes et les hommes en matière de santé.

Afin de réduire les inégalités de santé, le RQASF recommande de libeller le **premier axe d'intervention** comme suit :

Poursuivre les efforts pour réduire les écarts de santé entre les femmes et les hommes en luttant activement contre la pauvreté.

Les axes d'intervention de la quatrième orientation, consacrée à l'amélioration de la santé et du bien-être, devraient prendre en compte le contexte historique, socioéconomique et politique global dans lequel s'inscrira la politique d'égalité du gouvernement du Québec. L'argumentation qui suit n'est pas totalement absente du document du Conseil, mais les enjeux qui lui sont sous-jacents et leurs impacts sur la santé n'ont pas été examinés.

Les politiques néolibérales des vingt-cinq dernières années ont vu l'accentuation des inégalités sociales. Cette tendance, inquiétante pour qui se préoccupe du bien-être de la population et de la paix sociale, s'intensifie. Ce constat gagne maintenant la sphère des économistes mêmes, forcés d'admettre que «la mondialisation n'a pas tenu ses promesses», comme l'intitule un récent article du *Devoir* (Desrosiers, 2004). Dans le même article, James Galbraith, professeur à l'Université du Texas et fils du célèbre économiste John Kenneth Galbraith, «se dit aujourd'hui en mesure de prouver que les inégalités économiques ont, en fait, augmenté presque partout depuis 25 ans, entre pays riches et pays pauvres, mais aussi entre riches et pauvres dans chacun de ces pays» (Desrosiers, 2004).

L'accroissement de la pauvreté dans la société touche particulièrement les femmes : ce constat a été clairement établi par de multiples acteurs à l'échelle mondiale, notamment lors d'un colloque sur les dix ans de l'ALÉNA en septembre 2004 (Déclaration..., 2004). Par conséquent, la mondialisation néolibérale signifie également l'augmentation du clivage entre les sexes (Fournier et Coutu, 2003, p. 12). Cette tendance va à l'encontre de la Politique de l'égalité entre les femmes et les hommes que le gouvernement du Québec entend bientôt mettre de l'avant.

Le néolibéralisme teinte et même inspire les réformes en santé. En effet, comme le soulignent d'ailleurs avec justesse les auteures de l'Avis, les gouvernements actuels se retirent de certaines activités que l'État gèrait auparavant et les efforts fournis sont surtout soutenus par les femmes :

«Certaines [activités] sont prises en charge par le secteur à but lucratif, quelques-unes sont déléguées au secteur communautaire, notamment dans ce qu'on appelle l'économie sociale, d'autres sont tout simplement retournées aux familles, particulièrement en ce qui regarde les soins aux proches. Compte tenu de la division sexuelle du travail, dans la sphère publique comme dans la sphère privée, ce sont surtout les femmes qui sont affectées par ces changements, que ce soit comme travailleuses ou comme aidantes bénévoles» (p. 29).

En matière de santé, la mondialisation néolibérale entraîne la privatisation des services; elle accroît non seulement l'inégalité entre les femmes et les hommes, mais également entre les femmes elles-mêmes; elle marque, en plus, une forte tendance en faveur d'une médecine curative, plutôt que préventive et favorisant la promotion de la santé (RQASF, 2002). Ces éléments seront repris ici.

La privatisation des services

D'après certaines études canadiennes, la privatisation des services de santé s'est amorcée dès le début des années 1980 (Bégin, 1999; CCPA, 2000; Fuller *et al.* 2003) avec les négociations du Tokyo Round menées dans le cadre du GATT. De façon générale et graduelle, la *Loi canadienne sur la santé* (1984) a subi les assauts des politiques néolibérales et des accords commerciaux. Le Consensus de Washington, formalisé en 1989, a préparé le terrain pour un projet économique de libéralisation des échanges sans vision redistributive (FIIQ, 2004). Il s'agit d'«organiser la société de façon à faciliter les opportunités pour le marché» (*Id.*, p. 3).

Bon élève des diktats de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI), le Québec a répondu à l'appel en appuyant les accords de libre-échange et en préparant le terrain à la privatisation des services. Les Accords sur les marchés publics (1994) prévoient que les achats de biens et services (dont les services de santé) et les services de construction des administrations publiques s'ouvrent à la concurrence internationale (*Id.*, p. 9). En vertu de l'article 11 de l'ALÉNA, les compagnies seront protégées de toute tentative par l'État de revenir au système public (FIIQ 2003; FIIQ, 2004).

Nous partageons l'analyse de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), selon laquelle la «réforme de la santé, amorcée à l'automne 2003, loin de viser l'amélioration des services et des soins à la population, a plutôt comme objectif de mieux assujettir le réseau de la santé et des services sociaux aux accords de commerce et plus spécifiquement aux accords sur les marchés publics» (FIIQ, 2004, p. 19). Le gouvernement actuel semble bien déterminé à poursuivre plus loin la privatisation avec les partenariats public-privé (PPP).

Dans différents pays, des études au sujet des expériences de privatisation des services et de partenariats public-privé dans le domaine de la santé, ont révélé plusieurs problèmes : «marchandisation» des soins, conflits d'intérêts, baisse de la qualité des services et accessibilité réservée aux mieux nantis, augmentation des coûts pour l'État... (Kalant, 2001). En fait, la privatisation des services de santé n'est avantageuse que pour les sociétés privées.

Nous avons publié récemment un rapport d'évaluation sur le soutien social nécessaire pour réduire l'anxiété des femmes en attente de résultats d'examens complémentaires à la suite d'un résultat anormal

de la mammographie de dépistage du cancer du sein (RQASF, 2004b). Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein prévoit que la mammographie initiale se déroule dans une clinique de radiologie privée, appelée un Centre de dépistage désigné (CDD) et que les examens complémentaires se déroulent dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID), situé dans un hôpital. Il s'agit d'un partenariat public-privé (PPP)... La majorité des 631 participantes à l'étude, plutôt que de se rendre dans un CRID, poursuivent leur investigation complémentaires dans les mêmes cliniques privées où elles ont subi leur première mammographie. L'étude révèle un soutien social déficient dans ces cliniques (*Id.*, p. 54).

Plus pauvres et plus grandes utilisatrices des services de santé, les femmes sont les premières à souffrir de ce désengagement de plus en plus accentué de l'État des programmes de santé (Jones et Ste-Croix-Rothney, 2001). La Commission des droits de la personne constate d'ailleurs dans son bilan une érosion des droits économiques et sociaux depuis l'adoption de la Charte en 1975 (Bosset, 2003, p. 231). C'est pour protéger le plus possible la population de telles atteintes aux droits et libertés, notamment au droit à la santé, que la Commission recommande de réaffirmer la portée des droits économiques et sociaux (art. 39-48). Comme nous l'avons souligné, la Commission recommande de renforcer dans la Charte la portée juridique de ces droits. Dans les instruments juridiques internationaux, tel le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, les droits économiques et sociaux sont indissociables du corpus des droits de la personne (*Id.*, p. 229).

Afin de contrer les effets négatifs pour les femmes de la privatisation des services sociaux et des services de santé, le RQASF recommande de libeller le **deuxième axe d'intervention** comme suit :

Assurer l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des services sociaux et des services de santé.

Des inégalités accrues pour certains sous-groupes

Les femmes ne sont pas égales entre elles. L'exclusion et la discrimination que subissent certaines femmes en vertu de différents motifs de l'article 10 de la Charte des droits ont pour effet d'accroître leur vulnérabilité et leur pauvreté. Si le racisme et la discrimination raciale systémique, par exemple, ont pour effet d'augmenter la pauvreté de l'ensemble des minorités dites «ethnoculturelles ou raciales», femmes et hommes, on sait que les femmes parmi ces populations doivent affronter des situations encore plus désavantageuses (Galabuzi, 2001; Hadley, 2001). Des difficultés de langue freinent l'accès aux services de santé pour certaines de ces femmes. Le moindre financement accordé aux services de francisation des personnes immigrantes risque de porter encore davantage atteinte aux droits de ces personnes, dont le droit à la santé.

Afin de réduire les inégalités entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes, le RQASF recommande de libeller le **troisième axe d'intervention** comme suit :

Assurer des services sociaux et des services de santé qui répondent adéquatement aux besoins des femmes et tenir compte des situations particulières que vivent les femmes marginalisées en raison de leur «couleur», de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle, de leur handicap, de leurs problèmes de santé mentale, etc.

La médicalisation des cycles normaux de la vie de femmes

Historiquement, les femmes ont été exclues de la profession médicale et se sont concentrées dans les facultés paramédicales tels que le nursing ou la réadaptation (Coalition féministe..., 1998, p. 7). Bien que les femmes aient massivement investi les facultés de médecine ces dernières années, la culture médicale demeure surtout masculine.

Le discours dominant a toujours conceptualisé la santé des femmes selon une vision biomédicale restrictive, qui a conduit à la médicalisation des processus normaux de leur vie. Selon nous, il est anormal de médicaliser systématiquement des phénomènes naturels de la vie des femmes tels que la puberté, la maternité, la périnatalité, la contraception, la fécondité et la ménopause, car ils ne sont pas des maladies (RQASF, 2004a, section 3.1.2, p. 3).

Une constante ressort de cette médicalisation des étapes ou processus naturels de la vie des femmes : le corps des femmes est vu comme *défaillant*. Il doit être pris en charge pour éviter les risques, prévenir les maladies et traiter les problèmes. La ménopause par exemple, représente une expérience négative, source de troubles physiques et psychologiques, cause de maladies et de problèmes qu'il faut traiter ou prévenir par des interventions médicales.

La médicalisation des cycles normaux de la vie des femmes s'est opérée au moment où la biomédecine et l'industrie pharmaceutique connaissaient un essor fulgurant. Cette prise en charge médicale apparaît comme un instrument de contrôle du corps des femmes et de leur vie (RQASF, 2004a, section 3.1.2, p. 3). Les liens entre l'approche biomédicale de la santé et les intérêts capitalistes ou privés ne sont plus à démontrer (Chernomas, 1999). Depuis la signature des accords commerciaux, particulièrement depuis l'entrée en vigueur de l'ALÉNA en 1994, le gouvernement fédéral a graduellement déréglementé la protection de la santé (sécurité des aliments et des médicaments) pour confier ces responsabilités à l'industrie pharmaceutique (Vandelac *et al.*, 1999).

Afin de répondre aux difficultés que rencontrent les femmes dans les services de santé et leur permettre de s'approprier le pouvoir sur leur corps, le RQASF recommande de libeller le **quatrième axe d'intervention** comme suit :

Contrer la médicalisation des cycles normaux de la vie des femmes

La surprescription

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a révélé une augmentation importante de la consommation de médicaments, à ordonnance obligatoire ou en vente libre, par rapport à l'enquête précédente en 1992-93 (ISQ, 2000, p. 447). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consommer au moins un médicament : 63% contre 43% (*Id.*, p. 448). La médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de la ménopause n'explique pas à elle seule ce phénomène puisque «l'analyse de la consommation de médicaments par classe révèle que l'usage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, même pour des classes de médicaments non exclusives aux femmes» tels les analgésiques, les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle ou encore les vitamines et minéraux (*Id.*, p. 455). Les femmes consomment également davantage de tranquillisants, de somnifères ou sédatifs que les hommes et ce, de façon jugée problématique (*Id.*, p. 456).

Souffrant davantage de maladies chroniques et vivant en moyenne plus longtemps que les hommes, les femmes représentent un marché de choix pour l'industrie pharmaceutique. Une tactique de l'industrie pharmaceutique pour accroître ses profits a pris de l'ampleur depuis une dizaine d'années : la chimioprévention, c'est-à-dire la prévention des maladies par les médicaments. L'hormonothérapie de remplacement (HTR) illustre bien le caractère idéologique et commercial de la chimioprévention (RQASFa, 2004, section 3.2.3, p. 8). Cette médication fut prescrite pendant plusieurs années pour prévenir les maladies cardiovasculaires et ce, en l'absence de preuves scientifiques rigoureuses établissant le bien-fondé de cette pratique. Plusieurs études au cours des années 1990 l'ont remise en cause avant qu'une vaste étude ne vienne la contredire avec plus de virulence en juillet 2002.

Il importe donc également d'adopter une attitude critique face à l'industrie pharmaceutique et face à son emprise grandissante sur notre système de santé. En conséquence, le RQASF recommande de libeller le **cinquième axe d'intervention** comme suit :

Contrer le recours excessif à la médication prescrite aux femmes.

La prévention et la promotion de la santé

«La prévention des maladies par la médication, qui est loin d'avoir fait ses preuves, risque de mettre en péril le modèle de prévention de la santé publique et d'induire plus de laxisme quant aux enjeux environnementaux, c'est-à-dire les risques provenant de la nourriture, de l'eau contaminée, de l'air pollué, des radiations et des risques chimiques» (Batt, 2002 citée dans RQASF, 2004a, section 3.1.2, p. 8).

Face à une pratique médicale dominante qui adopte une conception restrictive de la santé et qui favorise une approche curative, le Mouvement pour la santé des femmes a contribué à élargir la définition de la santé et à favoriser une approche de prévention et de promotion de la santé. Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE), dont le mandat principal est de «conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre», adopte une telle approche globale (CSBE, 2002, p. 5).

Une approche de promotion de la santé suppose de placer l'activité physique, la saine alimentation, la réduction du stress, la réduction de la consommation de médicaments à l'avant-plan. Ces mesures sont nécessaires. Toutefois, il ne s'agit pas tant de modifier les habitudes de vie de la population que de modifier les facteurs qui les conditionnent. Pour ce faire, il faut lutter au premier chef contre la pauvreté. Prenant acte de l'impact majeur de la pauvreté sur la santé, la Coalition des médecins pour la justice sociale trouve «irresponsable» de l'ignorer pour prévenir les maladies (Kalant, 2001, p. 29). La Coalition recommande également une meilleure alimentation et au moins 30 minutes d'activités physique par jour dans les écoles afin de réduire l'obésité, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'ostéoporose, les maladies mentales (estime de soi, anxiété, dépression). L'activité physique régulière contribue à améliorer le rendement scolaire et à diminuer le taux de décrochage, de même qu'elle aide à réduire le tabagisme, la consommation d'alcool et la toxicomanie (*Id.*, p. 30).

Afin d'éviter que l'approche curative prenne toute la place dans le système de santé québécois, le RQASF recommande de libeller le **sixième axe d'intervention** comme suit :

Adopter une approche de prévention et de promotion de la santé.

Les médecines alternatives et complémentaires

Étant donné que les médecines alternatives et complémentaires (MAC) adoptent une approche préventive et globale de la santé, que ces approches s'intéressent à la personne malade, aux causes de la maladie

et qu'elles accordent une grande importance à la relation thérapeutique, les femmes sont les principales utilisatrices de ces médecines pour elles-mêmes et pour leurs enfants (Coalition féministe..., 1998, p. 28).

Malgré la popularité croissante des médecines alternatives et complémentaires (MAC), malgré les demandes répétées du Mouvement pour la santé des femmes et des praticiennes et praticiens mêmes, et malgré l'appui massif de la population québécoise⁶ en faveur de leur reconnaissance, il n'existe toujours pas de cadre législatif pour les MAC au Québec.

La population doit être protégée lorsqu'elle recourt à ces services autant du point de vue de la qualité des services que des tarifs demandés (Coalition féministe..., 1998, p. 27). De plus, les dangers de l'autoprescription ne doivent surtout pas être négligés. Les risques d'interactions de produits naturels ou de médicaments en vente libre avec l'alimentation ou avec des médicaments, prescrits ou non, sont bien réels. Pour toutes ces raisons, il est urgent de légiférer en matière de médecines alternatives et complémentaires. Le RQASF recommande donc de libeller le **septième axe d'intervention** comme suit :

Légiférer en matière de médecines alternatives et complémentaires.

SEPTIÈME ORIENTATION : ASSURER L'ANCRAGE DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES AU SEIN DU GOUVERNEMENT

La septième orientation présentée dans l'Avis est cruciale, compte tenu des **résultats attendus** :

«un gouvernement qui manifeste une volonté politique claire quant à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes et qui prend les moyens nécessaires pour que la société québécoise continue de rayonner parmi les États qui sont à l'avant-garde en ce domaine; un appareil gouvernemental compétent, expérimenté et outillé, en matière d'égalité entre les sexes, qui s'engage dans la mise en place de nouvelles approches et stratégies appuyant les objectifs visés par la politique gouvernementale en la matière» (p. 151).

Ces objectifs (ou résultats attendus) reprennent *grosso modo* les éléments clés d'une **formule gagnante pour l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes** que le CSF a tirés de sa récente recherche sur les instruments pour l'égalité entre les femmes et les hommes dans différents pays européens, soit la Suède, le Danemark, la Norvège, la Belgique, la France et l'Espagne (CSF, 2004b, p. 38-40) :

⁶ Lors d'un sondage réalisé par le MSSS en 1992 et 1994, 85% de la population était favorable à la reconnaissance légale des MAC (Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 2002 cité dans RQASF, 2004a, section 3.5.3, p. 6).

1. Un noyau de femmes convaincues faisant activement la promotion de l'objectif d'égalité entre les femmes et les hommes au sein et auprès du gouvernement;
2. Une volonté politique réelle;
3. Une infrastructure gouvernementale porteuse et des ressources humaines et budgétaires suffisantes;
4. Une politique globale en matière d'égalité entre les femmes et les hommes;
5. Un processus ouvert et une obligation de résultats.

Dans l'Avis, le CSF fait peu mention du premier élément, ces «femmes convaincues», en l'occurrence les féministes, dont plusieurs œuvrent dans les groupes de femmes. Les quatre autres conditions de cette «formule gagnante» se retrouvent dans les différents axes de cette septième orientation.

D'entrée de jeu, le Conseil rappelle le «rôle majeur» de l'État pour atteindre l'égalité entre les femmes et les hommes. La valeur d'égalité entre les femmes et les hommes doit «d'abord être partagée et portée par l'État». Celui-ci «dispose des leviers nécessaires pour faire en sorte que cette valeur devienne un choix de société et mène à l'égalité de fait» (p. 151).

Pour que l'égalité entre les femmes et les hommes ne soit pas qu'un discours largement diffusé dans le but de masquer une idéologie néolibérale motivant ses actions, il importe en effet que l'égalité devienne un «principe directeur de l'action gouvernementale» au Québec (p. 151). Le RQASF croit que le gouvernement doit impérativement maintenir les approches spécifique et transversale qui ont fait leurs preuves. L'approche sociétale est adéquate pour les compléter. Les cinq axes que propose le CSF précisent les modalités d'application de ce «principe directeur». Les commentaires et propositions du RQASF visent ici à **clarifier**, à **préciser** ou à **appuyer certaines propositions** du CSF.

AXE D'INTERVENTION 1 : DETERMINER L'APPAREIL D'ÉTAT DES RESSOURCES NÉCESSAIRES À LA RÉALISATION DE L'ÉGALITÉ

Afin d'assurer des mécanismes et des structures qui assurent une réponse adéquate aux besoins des femmes, le RQASF recommande de :

- Reconduire une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité, c'est-à-dire une ministre responsable de coordonner la politique de l'égalité.
- Maintenir distincts le Secrétariat à la condition féminine et le Conseil du statut de la femme, maintenir leurs mandats respectifs tels qu'ils sont présentement.
- Maintenir l'indépendance du Conseil (formé de représentantes des milieux socioéconomiques, universités, groupes de femmes, etc.)
- Assurer à ces infrastructures les ressources humaines et budgétaires suffisantes.

- Assurer dans chaque ministère une direction des droits des femmes et de l'égalité ou l'équivalent.
- Assurer au MSSS et à toutes les instances régionales et locales, le maintien ou la création de postes de répondantes à la condition féminine et de «comités aviseurs» en condition de vie des femmes.

AXE D'INTERVENTION 2 : PARTAGER LA RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ AVEC LES PARLEMENTAIRES ET LES ACTEURS SOCIAUX

Le RQASF recommande :

Que tout projet de loi ou projet de règlement soit analysé selon l'approche transversale

Le RQASF appuie la proposition selon laquelle :

- Les instances régionales et locales doivent être soumises aux mêmes obligations que les ministères, en matière d'objectifs à poursuivre et de reddition de comptes quant aux actions entreprises et aux résultats obtenus en matière d'égalité. Le gouvernement doit évaluer comment cette responsabilisation doit se traduire, par exemple dans les lois constitutives de ces organismes ou par des ententes, telles celles qui seront signées avec les CRE [conférences régionales des élus]. L'application de ces directives doit faire l'objet d'un certain suivi. (p. 156).

AXE D'INTERVENTION 3 : SE Doter DE L'INSTRUMENTATION ADÉQUATE POUR METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE D'ÉGALITÉ, DONT LES STATISTIQUES VENTILÉES SELON LE SEXE ET L'APPROCHE INTÉGRÉE DE L'ÉGALITÉ (AIE)

Le RQASF appuie cette proposition.

Cette instrumentation doit tenir compte des propositions que nous soumettons plus haut relativement aux sous-groupes et au maintien de l'approche spécifique, de même que le maintien des organismes spécifiquement dédiés à l'égalité.

Le RQASF appuie les deux axes d'orientation qui suivent :

Axe d'intervention 4 : Développer et partager les connaissances sur les plans régional, national et international.

Axe d'intervention 5 : assurer le suivi, l'évaluation et la reddition de comptes à l'égard de la politique de l'égalité aux paliers central et régional de l'appareil d'état.

CONCLUSION

Nous avons commenté les stratégies proposées par le Conseil du statut de la femme (CSF) pour atteindre l'égalité entre les hommes et les femmes, de même que deux des sept orientations proposées en vue de définir une nouvelle politique gouvernementale en condition féminine. D'entrée de jeu, la définition systémique de l'égalité avancée dans l'Avis apparaît conforme aux définitions juridique et sociologique qu'endosse le Mouvement des femmes. Toutefois, nous avons soulevé certaines incohérences entre cette définition de l'égalité et l'argumentation autour des différentes orientations et axes proposés, d'où se dégage une perspective fonctionnaliste et parfois culturaliste.

Trois conséquences découlent de cette perspective fonctionnaliste : d'abord, le CSF ne tient pas toujours compte de l'amplification des discriminations que vivent certaines femmes par l'ajout de motifs de discrimination énoncés à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne (couleur origine ethnique, orientation sexuelle, handicap, etc.) ; ensuite, le Conseil demeure muet quant aux inégalités de santé entre les sexes; et enfin, le néolibéralisme fut discuté trop brièvement et sans critique, ce qui contredit l'approche systémique proclamée en tête du document.

Brièvement, nous avons discuté des inégalités de santé entre les femmes et les hommes, qui doivent, selon nous, être conçues en lien avec la pauvreté et les rapports sociaux inégalitaires. Le RQASF recommande de reformuler la quatrième orientation, afin de tenir compte de ces inégalités. Nous proposons sept nouveaux axes d'intervention associés à cette orientation.

Quant à la septième orientation, le RQASF appuie, pour l'essentiel, les propositions du Conseil du statut de la femme tout en les précisant. Il importe selon nous de reconduire une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité qui coordonnera la future politique sur les droits des femmes et de l'égalité. Le RQASF recommande de maintenir distincts le Conseil du statut de la femme et le Secrétariat à la condition féminine, ainsi que leurs mandats respectifs. Pour qu'il puisse jouer pleinement son rôle, l'indépendance du Conseil est primordiale.

Étant donné l'incertitude qui plane autour du maintien d'organismes essentiels à la réalisation de l'égalité, le RQASF demande d'être consulté au sujet de toute modification des structures, ainsi qu'au sujet d'une politique gouvernementale en condition féminine.

- Contrer la médicalisation des cycles normaux de la vie des femmes
- Contrer le recours excessif à la médication prescrite aux femmes.
- Adopter une approche de prévention et de promotion de la santé.
- Légiférer en matière de médecines alternatives et complémentaires.

Septième orientation

- Reconstituer un ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité, c'est-à-dire un ministre responsable de coordonner la politique de l'égalité.
- Maintenir distincts le Secrétariat à la condition féminine et le Conseil du statut de la femme, maintenir leurs mandats respectifs tels qu'ils sont présentement.
- Maintenir l'indépendance du Conseil (formé de représentantes des milieux socioéconomiques, universités, groupes de femmes, etc.)
- Assurer à ces infrastructures les ressources humaines et budgétaires suffisantes.
- Assurer dans chaque ministère une direction des droits des femmes et de l'égalité ou l'équivalent.
- Assurer au MSSS et à toutes les instances régionales et locales, le maintien ou la création de postes de répondantes à la condition féminine et de «comités aviseurs» en condition de vie des femmes.
- Que tout projet de loi ou projet de règlement soit analysé selon l'approche transversale

BIBLIOGRAPHIE

BATT, S. (2002). *La prévention de la maladie : les médicaments sont-ils la solution?* Montréal : Action pour la santé des femmes ; D.E.S. Action Canada, 11 p.

BÉGIN, M., MHA PROGRAMME (1999). *The future of medicare recovering the Canada Health Act*. Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives, 12 p.

BOSSET, P. (2003). «Les droits économiques et sociaux, parents pauvres de la Charte». Dans Direction de la recherche et de la planification (DRP). *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 2 : études*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, p. 229-245.

BOSSET, P. et al. (2003) *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 1 : bilan et recommandations*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 135 p.

BROSSARD, L. (2004). «Condition masculine et inégalités sociales des femmes». Dans Brossard, L. *Journée préparatoire à la Commission parlementaire portant sur le concept d'égalité et la politique en condition féminine*. Montréal : Fédération des femmes du Québec ; Comité femmes et développement régional de la Conférence régionale des élus de Montréal.

CANADIAN CENTER FOR POLICY ALTERNATIVE (CCPA) (2000). *Health care, limited : the privatization of medicare*. Ottawa : CCPA, 43 p.

CHERNOMAS, R. (1999). *The social and economic causes of disease*. Ottawa : Canadian Center for Policy Alternative, 21 p.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*. Recherche et rédaction : Andrée Lapierre. Montréal : La Coalition, 24 p.

COMITÉ POUR L'ÉLIMINATION DE LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES (2004). «Recommandation générale no 25 concernant le premier paragraphe de l'article 4 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, portant sur les mesures temporaires spéciales». Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme. Disponible en ligne : [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommandation%2025%20\(French\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommandation%2025%20(French).pdf)

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE QUÉBEC (CDPDJQ) (2000). *La pauvreté est le plus grave problème de droits et libertés dans le Québec contemporain*. Déclaration de la Commission à l'occasion de la Marche mondiale des femmes pour éliminer la pauvreté et la violence faite aux femmes.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2000). *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. Recherche et rédaction : Marie Moisan. Québec : Gouvernement, 58 p. (Avis).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2001). *Les Québécoises, la mondialisation et la Zone de libre-échange des Amériques : une première réflexion*. Québec : Gouvernement, 52 p. (Avis).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2004a). *De l'égalité de droits à l'égalité de fait : repenser les stratégies et élargir la perspective*. Québec : Gouvernement, 59 p. (Avis).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2004b). *Instruments pour l'égalité : la situation dans certains pays européens de l'égalité*. Recherche et rédaction : Francine Lepage. Québec : Gouvernement, 45 p. (Recherche).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2004c). *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes : synthèse*. Rédaction : Nathalie Beaulieu. Québec : Gouvernement, 28 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF) (2004d). *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Coordination : Thérèse Mailloux et Hélène Harvey. Québec : Gouvernement, 174 p. (Avis).

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2001). *Vieillir dans la dignité*. Recherche et rédaction : Francine Lacroix. Québec : Gouvernement, 88 p. (Avis).

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2002). *Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir*. Québec : Gouvernement, 48 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2003). *Dix ans de conseils avisés : 1993-2003*. Québec : Gouvernement, 102 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2004). *Une déclaration des droits et responsabilités des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être : finalités et démarche d'élaboration*. Québec : Gouvernement, 47 p.

«Déclaration finale : colloque «les dix ans de l'ALENA : bilan social et perspectives» .Colloque organisé par le Réseau québécois sur l'intégration continentale (RQIC). (2004). *Bulletin ligue des droits et libertés*. Vol. XXII, no 1 (nov.), p. 22-23.

DESROSIERS, E. (2004). «La mondialisation n'a pas tenu ses promesses : les économistes ont mesuré un accroissement général des inégalités dans le monde». *Le Devoir*. (24 novembre), p. A-1.

DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE LA PLANIFICATION (DRP) (2003). *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 2 : études*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 317 p.

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ) (2003). *Pour l'avenir des services publics... des projets de loi : inutiles, incomplets, dangereux*. Montréal; Québec : FIIQ, 52 p.

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ) (2004). *Information santé : des marchés publics dans la santé*. [Montréal; Québec] : FIIQ, 27 p.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (FNUP) (2004). *État de la population mondiale 2004 : le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*. New York : UNFPA, 124 p.

Disponible en ligne : rapport : www.unfpa.org/swp/2004/pdf/fr_swp04.pdf

Résumé : www.unfpa.org/swp/2004/pdf/summary_fre.pdf

FOURNIER, F., COUTU, M. (2003). « Le Québec et le monde 1975-2000 : mutations et enjeux». Dans Direction de la recherche et de la planification. *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 2 : études*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, p. 3-55.

FULLER, S., FULLER, C., COHEN, M. (2003). *Health care restructuring in BC : a CCPA policy brief*. Vancouver : Canadian Centre for Policy Alternatives, BC Office, 18 p.

GALABUZI, G.-E. (2001). *Canada's creeping economic apartheid : the economic segregation and social marginalisation of racialised groups*. Toronto : CSJ Foundation for Research and Education, 128 p.

GARON, M., BOSSET, P. (2003). «Le droit à l'égalité : des progrès remarquables, des inégalités persistantes». Dans Direction de la recherche et de la planification *Après 25 ans : la Charte québécoise des droits et libertés : Vol 2 : études*. [Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, p.57-160.

GÉLINAS, J.B., (2003). *Le virage à droite des élites politiques québécoises*. Montréal : Écosociété, 247 p.

GIROUX, C. (2002). *Statut précaire des femmes immigrantes dépendantes et leur vulnérabilité à la violence : les impacts sur leur santé*. Allocution présentée le 21 mars 2002, à l'ouverture du séminaire Statut précaire des femmes immigrantes dépendantes et leur vulnérabilité à la violence : les impacts sur leur santé. Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

GROUPE DES 13 (2003a). *Plate-forme pour l'égalité des femmes : les enjeux concernant l'égalité des femmes et des hommes, et l'égalité des femmes entre elles : engagement pour une société juste et solidaire*. Montréal : le Groupe, 28 p.

GROUPE DES 13 (2003b). *Quelques réflexions sur l'avenir du conseil du statut de la femme et du secrétariat à la condition féminine : document de réflexion présenté aux groupes de femmes*. Montréal : le Groupe, 12 p.

HADLEY, K. (2001). *And we still ain't satisfied : gender inequality in Canada : a status report*. Toronto : National Action Committee on the Status of Women ; CSJ Foundation for Research and Education, 41 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2000). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, 642 p. (Collection la santé et le bien-être).

KALANT, N. (2001). *La Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow)*. Mémoire pour la Coalition des médecins pour la justice sociale.
Disponible en ligne : <http://www.coalitionmd.org/Reports/Romanowfr.htm>

JONES, E., STE-CROIX-ROTHNEY, A. (2001). *Women's Health and social inequality*. Winnipeg : Canadian Centre for Policy Alternatives, 45 p.

LAMONTAGNE, L. (2001). «Mondialisation et santé des femmes». *Sans préjudice... pour la santé des femmes*. No 25 (automne), p.8-10, 23.

MASSÉ, H., LABERGE, M. et MASSÉ, G. (2002). «L'analyse différenciée selon les sexes au gouvernement du Québec : vers une mobilisation interne et des alliances stratégiques pour l'égalité». *Lien social et Politiques, RIAC : Dossier : le genre des politiques : des constats et des actions*. No 47, p. 43-54.

McALL, C. et al. (2001). *Se libérer du regard : agir sur la pauvreté au centre-ville de Montréal*. Montréal : Saint-Martin, 118 p. (Pluriethnicité, santé, problèmes sociaux).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1995). *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec : Gouvernement, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1997). *Écoute-moi quand je parle!* Rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes (CTSSM). Québec : Gouvernement, 114 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins : objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*. Recherche et rédaction : Nicole Gravel, Annie Labranche et Nathalie Lévesque. Québec : Gouvernement, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Programme national de santé publique : 2003-2012*. Québec : Gouvernement, 133 p.

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

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (1999). *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec*. Montréal : RQASF, 31 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2000). *Femmes, santé et pauvreté*. Montréal : RQASF, 4p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2002). *La santé des femmes, un monde sous influence : bilan d'une démarche de réflexion et de formation collective sur la conjoncture actuelle et ses enjeux pour la santé des femmes*. Montréal : RQASF, 43 p.

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

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2004a). *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie*. Montréal : RQASF. Trousse de formation.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2004b). *Dépistage du cancer du sein : ce que vivent les femmes en attente d'un diagnostic : rapport d'évaluation*. Recherche : Patricia Pineault. Montréal : RQASF, 127 p.

RIOUX-SOUCY, L.-M. (2004). «Vers une désassurance des soins à domicile : plus de 225 000 prestataires devront payer pour des services jusqu'à maintenant gratuits». *Le Devoir*, (4 décembre).

ROBICHAUD, J.-B., et al. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*. Boucherville : Gaëtan Morin ; [Québec] : Comité de la santé mentale du Québec, 247 p.

SANTÉ CANADA (2002). « Qu'est-ce qui détermine la santé ». *Santé Canada* [en ligne]. [Réf. du 13 décembre 2004], 10 p.
Accès : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/connexes.html>

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (1999). *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises : projet mobilisateur portant sur l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales : rapport de la première étape*. Québec : Gouvernement, 42 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (2000a) *Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises*. Coordination : Gisèle Tourigny. Québec : Gouvernement, 162 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (2000b). *Rapport synthèse du programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*. Rédaction : Gisèle Tourigny. Québec : SCF 15 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (2004). *L'avenir des Québécoises : les suites des consultations de mars 2003*. Québec : Gouvernement, 153 p.

SERENI, C., SERENI, D. (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*. Paris : Odile Jacob, 198 p.

STANTON, D. (2002). «Le cœur des femmes : pourquoi faire l'autruche ?». *La Gazette des femmes*. Vol. 24, no 2, p.18-24.

STATISTIQUES CANADA (2002). «Décès». *Le Quotidien* [en ligne] [Réf. du 3 décembre 2004]. Accès en ligne : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040927/tq040927.htm>

TARDIF, J. (2004). *Plan d'action régional en santé des femmes : 2004-2007 : pour s'adapter à votre réalité*. Québec : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale, 116 p.

VANDELAC, L., BARALDI, R., BACON, M.H. (1999). «Quand l'état confie la protection de la santé aux entreprises.» *Éthique publique*. Vol.1, p.18
Disponible en ligne : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/whp/quand-etat.pdf>