



FEMMES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ : LE DEVOIR DE COHÉRENCE

Mémoire présenté par le
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
à la Commission des relations avec les citoyens

sur le document intitulé *«Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait -
Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes
et les hommes»*

Janvier 2011

Pour le RQASF

Recherche et rédaction :

Lydia Assayag, directrice et Isabelle Mimeault, responsable de recherche

4245 avenue Laval
Montréal, Qc, H2W 2J6
(514) 877-3189
Fax : 877-0357
rqasf@rqasf.qc.ca

ISBN 978-2-923269-17-7



RQASF, 2011

RÉSUMÉ

Malgré les avancées en matière d'égalité entre les femmes et les hommes depuis les derniers 50 ans au Québec, force est de constater que certains acquis sont fragiles, voire menacés. Ces dernières années, des politiques ont eu des effets préjudiciables sur les femmes. Il est devenu acceptable de considérer l'égalité entre les sexes atteinte. Pourtant, les inégalités persistent, plusieurs études et statistiques le prouvent.

Le gouvernement s'est engagé à tenir tous les trois ans une consultation publique «pour suivre l'évolution de la situation des femmes et des hommes au Québec.» La Commission des relations avec les citoyens nous a invitées à présenter notre position. Dans ce mémoire, nous nous centrerons sur la santé, dans une perspective globale et féministe.

En matière de santé, la question qui nous est posée concerne l'adaptation des soins de santé et des services sociaux aux besoins et spécificités des femmes. Cette question renvoie au tout récent *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Notre mémoire se divise en deux parties. Nous présentons d'abord les responsabilités gouvernementales en matière de condition féminine et d'égalité entre les femmes et les hommes, et nous soumettons des recommandations. Dans la seconde partie, qui comprend trois sections, nous discutons des documents pertinents à la consultation, toujours accompagnés de recommandations. Dans un premier temps, nous analysons le Plan d'action du MSSS. Dans un second temps, nous présentons un rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, par la rigueur de son analyse et la cohérence des actions proposées, pourrait selon nous être une source d'inspiration pour le MCCCCF et le MSSS. Enfin, dans un troisième temps, nous discutons de la question de l'image corporelle des femmes et de la sexualisation de l'espace public.

PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial à but non lucratif, fondé en 1997, dont le siège social est situé à Montréal. Le RQASF s'est donné pour mission de travailler à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie.

La mission du RQASF s'articule autour de plusieurs axes de travail : la recherche, la sensibilisation, la formation. Il produit et diffuse également de nombreuses publications à l'intention de ses membres, du personnel de la santé, de la population et des responsables politiques. La prévention par une approche globale et féministe de la santé est le moteur de toutes ses activités.

Le RQASF s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes; et il se préoccupe de la situation des femmes marginalisées, que ce soit en raison d'un handicap, de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de la couleur de leur peau ou de leur origine ethnique.

Le RQASF privilégie les partenariats et les collaborations pluridisciplinaires, il travaille de concert avec les ressources communautaires et les réseaux de femmes, les associations et les ordres professionnels, les organisations syndicales, le milieu de l'éducation, les médias, le réseau de la santé et des services sociaux, etc.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	
Présentation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes	
Table des matières	
Préambule	
Introduction	
Partie 1 : Responsabilités gouvernementales en matière de condition féminine	12
Maintien et consolidation des structures existantes	13
Retards considérables dans les outils d'égalité	13
Un ministère itinérant	14
Soutien aux groupes de femmes	14
Partie 2 : La consultation	16
<i>Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 du MSSS</i>	17
La gestion par résultats	17
Changement de logique	18
L'Orientation 2	19
Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé	20
Premier principe : améliorer les conditions de vie quotidiennes	22
Second principe : lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources	39
Stéréotypes sexuels et image de la femme	43
Conclusion	45

PRÉAMBULE

Plusieurs documents ont été consultés et analysés pour réaliser ce mémoire, quatre produits par le Secrétariat à la condition féminine (SCF) et deux par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

Secrétariat à la condition féminine (SCF), *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait : Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Québec, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF), 2006.

☛ Ci-après nommé «la Politique»

Secrétariat à la condition féminine (SCF), *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait : Bilan de l'action gouvernementale en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, 2007-2010*, Québec, Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF), 2010.

☛ Ci-après, nommé «le Bilan»

Secrétariat à la condition féminine (SCF), *L'égalité entre les femmes et les hommes au Québec : Faits saillants*, Québec, Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF), 2010.

☛ Ci-après, nommé «les Faits saillants»

Secrétariat à la condition féminine (SCF), *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait - Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Québec, Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF), 2010.

☛ Ci-après, nommé «le Document de consultation»

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, MSSS, 2002.

☛ Ci-après nommé «Au féminin... (2002)»

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Au féminin... à l'écoute de nos besoins : Plan d'action en santé et bien-être des femmes, 2010-2013*, Québec, MSSS, 2010.

☛ Ci-après nommé «le Plan d'action (2010)»

INTRODUCTION

Malgré les avancées en matière d'égalité entre les femmes et les hommes depuis les derniers 50 ans au Québec, force est de constater que certains acquis sont fragiles, voire menacés. Ces dernières années, les politiques ont eu des effets préjudiciables sur les femmes. Il est également devenu acceptable de considérer l'égalité entre les sexes atteinte. Pourtant, les inégalités persistent, plusieurs études et statistiques le prouvent.

Le gouvernement a respecté son engagement de déposer un document statistique faisant état de l'évolution de la situation d'égalité entre les hommes et les femmes dans la société¹. Cette publication révèle la persistance d'inégalités entre les hommes et les femmes dont l'origine n'est pas d'ordre biologique, mais sociale et politique.

Ce mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens fait suite à l'engagement du gouvernement de tenir une consultation publique tous les trois ans «pour suivre l'évolution de la situation des femmes et des hommes au Québec.»²

Dans l'exposé qui suit, nous présentons d'abord les responsabilités gouvernementales en matière de condition féminine et d'égalité entre les femmes et les hommes, et nous soumettons des recommandations. Ensuite, nous analysons les documents pertinents à la consultation, toujours accompagnés de recommandations, en ciblant particulièrement les questions de santé des femmes.

¹ Les Faits saillants, p. 9.

² La Politique, p.14.

PREMIÈRE PARTIE

RESPONSABILITÉS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE CONDITION FÉMININE

En 2006, la ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF) se voit octroyer d'importantes responsabilités et un rôle transversal dans l'appareil gouvernemental, tel que précisé à l'article 3.2 de la *Loi sur le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine*, L.R.Q., chapitre M-17.2, :

«3.2. En ce qui concerne la condition féminine, le ministre assume les responsabilités suivantes :

1° consolider l'intervention gouvernementale pour assurer l'égalité entre les femmes et les hommes et le respect des droits des femmes;

2° favoriser l'atteinte effective de cette égalité, notamment par l'élimination de la discrimination systémique envers les femmes;

3° sensibiliser, encourager et soutenir les instances nationales, régionales et locales afin que cette égalité et le respect des droits des femmes soient pleinement pris en compte dans leurs actions;

4° veiller à la progression effective de cette égalité;

5° susciter la participation de la population à l'atteinte de cette égalité et au respect des droits des femmes et encourager la réalisation d'actions à cette fin.»

Le gouvernement décide alors de maintenir les structures de gouvernance et les mécanismes pour «bien ancrer cet objectif (d'égalité) dans l'appareil de l'État»³. Il s'agit :

- › du ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF) en 2006;
- › du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (MCCCF) à partir de 2007
- › du Secrétariat à la condition féminine (SCF)
- › du réseau des responsables en matière d'égalité
- › du Conseil du statut de la femme (CSF) et sa structure régionale
- › de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS)
- › d'un système de reddition de compte
- › d'une commission parlementaire

³ La Politique, p. 29.

Maintien et consolidation des structures existantes

Ce qui était vrai en 2006 l'est encore aujourd'hui : l'égalité entre les femmes et les hommes est loin d'être atteinte et le principe d'égalité constitue toujours l'un des piliers de la société québécoise. C'est pourquoi il a été ajouté au préambule de la *Charte des droits et libertés*, document juridique le plus important au Québec⁴. Par conséquent, malgré le contexte de compressions budgétaires, et compte tenu des coupures déjà effectuées au Conseil du statut de la femme, il y a lieu non seulement de maintenir ces structures en place, mais de les bonifier.

Retards considérables dans les outils d'égalité

Rappelons qu'en santé publique, le concept de l'analyse comparative existe depuis plus d'un siècle et demi et que l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) est un outil permettant d'obtenir des données sexuées pour soutenir la planification des programmes et des budgets gouvernementaux. En adoptant les principes de Beijing⁵ et de Beijing +15⁶, le Québec s'est engagé depuis plus de 13 ans à développer l'ADS, c'est-à-dire à colliger des données sexuées et surtout à les intégrer dans sa planification. Nous sommes en 2011 et nous ne sommes encore qu'à la première étape, celle de la formation sur l'ADS et de la collecte des données.

L'ADS révèle les différences entre les femmes et les hommes. Elle doit être complétée par **l'approche intersectionnelle**, qui dévoile les différences des femmes entre elles et celles des hommes entre eux, et qui se base sur différents facteurs : condition sociale, orientation sexuelle, handicap, parcours d'immigration, statut de parent, ethnie, lieu de résidence, etc. ADS et approche intersectionnelle dépassent la production de données ventilées selon différents critères. Ce sont des **outils** pour mettre en **pratique** une plus grande équité entre différentes populations aux statuts sociaux inégaux.

1. Le RQASF recommande l'application des recommandations du Conseil du statut de la femme, portant sur l'ADS et sur les outils d'égalité, dans son *Avis sur l'actualisation de la politique de l'égalité entre les femmes et les hommes*, 2011 (p. 54) :

CSF 8. Que les ministères et les organismes soient tenus de produire et de diffuser des statistiques différenciées selon le sexe, lorsque pertinent.

CSF 9. Que le gouvernement exige de tous les ministères et organismes qu'ils appliquent rigoureusement l'analyse différenciée selon le sexe dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des projets de loi et de réformes susceptibles d'avoir un effet notable sur les conditions de vie des femmes.

CSF 10. Que le Conseil exécutif exige des ministères et organismes que tout mémoire déposé au Conseil des ministres comprenne une nouvelle section décrivant l'influence de la mesure envisagée sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

CSF 11. Que les ministères et organismes se voient accorder des ressources humaines et financières suffisantes pour soutenir l'application de l'analyse différenciée selon les sexes et permettre que cette analyse soit réalisée efficacement.

⁴ La Charte a été modifiée en 2010 par le projet de loi 63.

⁵ Déclaration de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de l'ONU en septembre 1995.

⁶ Revue des 15 premières années d'implantation de la plate-forme d'actions de la Déclaration de Beijing, en 2010.

CSF 12. Que des spécialistes en analyse différenciée selon les sexes soient mis à la disposition des ministères et organismes par le Secrétariat à la condition féminine en nombre suffisant pour soutenir l'appropriation de cette approche par ceux-ci ainsi que la cohérence de l'action gouvernementale en matière d'analyse différenciée selon les sexes.

CSF 13. Que le Secrétariat à la condition féminine ajoute une étape à la grille d'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes qui permet de conclure à l'élimination ou à la diminution des inégalités.

CSF 16. Que le Secrétariat du Conseil du trésor relance la mise en œuvre de la Loi sur l'accès à l'égalité en exigeant de tous les ministères et organismes qu'ils lui soumettent un plan d'accès à l'égalité.

CSF 40. Que le gouvernement du Québec intègre l'analyse différenciée selon les sexes aux différentes étapes de mise en œuvre des grandes orientations économiques formulées en vue d'assurer le développement économique du Québec.

CSF 43. Que le ministère des Finances, le Conseil du Trésor et les autres ministères et organismes gouvernementaux s'assurent que les mesures et les dispositions prévues dans leur champ de responsabilités respectif n'auront pas pour effet d'accroître les inégalités entre les femmes et les hommes ni de nuire à l'atteinte d'une égalité effective pour les femmes.

2. Le RQASF recommande de jumeler systématiquement l'approche intersectionnelle à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS).

Un ministère itinérant

Depuis plusieurs années, le ministère de la Condition féminine est un ministère itinérant : tantôt associé à la Famille et aux Aînés, tantôt à la Culture et aux Communications, il ne possède pas l'assise institutionnelle digne d'un ministère qui représente la moitié de la population. Reconnaître l'importance de l'égalité entre les femmes et les hommes, c'est traduire cette importance par la création d'un ministère en soi, doté d'un budget conséquent⁷ et d'un personnel adéquat.

3.1 Le RQASF recommande de maintenir intactes les structures institutionnelles actuelles.

3.2 Le RQASF recommande de ne pas jumeler le ministère de la Condition féminine à d'autres ministères.

3.4 Le RQASF recommande de doter le ministère de la Condition féminine de ressources humaines et financières à la hauteur de sa mission.

Soutien aux groupes de femmes

La lutte pour réduire les inégalités est l'affaire de tous et de toutes, y compris de la société civile. Selon la Charte d'Ottawa, à laquelle le Canada et le Québec adhèrent, la communauté doit

⁷ Le budget du MCCF est de 34 millions \$ pour une période de 4 ans, 2006-2010. En comparaison, le MSSS a un budget de 26,9 milliards \$ pour un an en 2009-2010. Budget de dépense par grandes missions de programmes, http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=135.95.0.0.1.0

participer concrètement à fixer des priorités, à prendre des décisions et à élaborer des stratégies de planification, pour promouvoir la santé et atteindre un meilleur niveau de santé.

En tirant parti des ressources de la communauté, la promotion de la santé veut stimuler l'indépendance de la personne et le soutien social, elle vise le renforcement de la participation du public aux questions de santé. Pour une participation active, la communauté doit pouvoir accéder aux informations et bénéficier d'aide financière.⁸

Un financement récurrent et adéquat des groupes de femmes, principaux partenaires de ces institutions (Ministère, Secrétariat, Conseil...), s'avère donc essentiel. Il est primordial non seulement de poursuivre ce soutien, mais encore de le bonifier. Ceci est particulièrement vrai pour les groupes de défense des droits des femmes, notamment pour la Fédération des femmes du Québec (FFQ), le regroupement le plus représentatif des femmes au Québec, dont la survie financière est en péril.

4. Le RQASF recommande non seulement de continuer à soutenir financièrement les groupes communautaires et les groupes de défense des droits des femmes, mais d'en bonifier l'enveloppe financière afin d'en assurer la survie, notamment en ce qui concerne la Fédération des femmes du Québec.

⁸ *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada.*

DEUXIÈME PARTIE

LA CONSULTATION

Le Document de consultation fournit des balises au débat. Il est suggéré de répondre à certaines questions. Celle relative à la santé (orientation 4) se lit comme suit : «Comment mieux adapter les soins de santé et les services sociaux aux besoins et aux spécificités des femmes?». Cette question fait référence à l'objectif 4.1 du premier plan d'action du MCCCCF, à l'effet «d'élaborer le deuxième plan d'action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes» conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les différents documents du Secrétariat à la condition féminine, tout comme le Plan d'action en santé et bien-être des femmes du MSSS diffusé tout récemment, le 20 décembre 2010, ne nient pas l'existence d'inégalités persistantes entre les femmes et les hommes. Toutefois, ce dernier ne prend pas acte de ces disparités ni ne parvient, selon nous, à formuler une proposition convaincante pour avancer vers l'égalité entre les hommes et les femmes.

Dans un premier temps, nous analyserons donc ce Plan d'action en santé et bien-être des femmes. Dans un second temps, nous présenterons un important travail réalisé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au cours des dernières années qui, selon nous, est porteur de changements et pourrait être une source d'inspiration pour le MCCCCF et le MSSS. Enfin, dans un troisième temps, nous apportons une contribution à la question des enjeux de santé autour de la question de l'image corporelle des femmes et de la sexualisation de l'espace public.



Les femmes représentent 80 % du personnel de la santé, 80 % du réseau communautaire⁹ et en tant qu'aidantes, elles prodiguent 80 % des soins non rémunérés¹⁰. De plus, les femmes utilisent davantage les services et produits de santé : par exemple, en 2005, elles étaient 95,6 % à avoir eu recours aux services de santé contre 90,2 % des hommes¹¹; 10,5 % de femmes contre 5,6 % d'hommes ont consulté une ressource professionnelle de la santé au sujet de leur santé mentale en 2003¹²; enfin, les femmes consomment deux fois plus de psychotropes que les hommes¹³.

⁹ Centre de formation populaire et Relais-Femmes, *Pour que travailler ne rime plus avec misère – Enquête sur les avantages sociaux dans les organismes communautaires*, 2005.

¹⁰ Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), *Les aidantes naturelles doivent prendre soin d'elles-mêmes!*, 2005, <http://www.cwhn.ca/fr/print/fr/node/40823>.

¹¹ Les Faits saillants, p. 27

¹² INSPQ en collaboration avec le MSSS et l'ISQ (2006). *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*, Gouvernement du Québec, 659 p., p. 154.

¹³ Currie, J. «La marchandisation de la dépression : la prescription des ISRS aux femmes», *Action pour la protection de la santé des femmes*, 2005.

Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 du MSSS

Ce plan d'action était attendu depuis plus de deux ans. Une première ébauche fut soumise à la consultation des groupes de femmes en santé, dont nous faisons partie. Il a été remodelé par la suite et sa deuxième version n'a pas été soumise à une consultation. Or, il est reconnu par l'OMS ainsi que par la Charte d'Ottawa¹⁴ que le fait de participer aux décisions de santé à titre individuel et collectif **est** un facteur d'égalité et de santé. Nous déplorons que ce mémoire soit la première opportunité qui nous soit donnée de commenter ce plan d'action.

Nous considérons très positivement l'analyse de plusieurs problématiques, notamment en ce qui a trait à l'importance de prendre en compte la diversité des femmes. De nombreux passages du document reprennent d'ailleurs les idées de la première version d'*Au féminin à l'écoute de nos besoins* (2002). Nos commentaires sont de trois ordres, le premier traite de la gestion par résultat, le deuxième concerne la structure logique du Plan, le troisième vise plus spécifiquement l'orientation 2.

La gestion par résultats

La *Loi sur l'administration publique* dicte le principe selon lequel toute administration gouvernementale doit gérer les fonds publics par le mode de gestion par résultats. Cela implique l'utilisation de certaines balises. Pour chaque engagement ministériel, nous devrions donc retrouver :

- › un résultat attendu
- › un résultat mesurable à l'aide d'indicateurs de réduction d'inégalité
- › un échéancier
- › un budget spécifique
- › l'identification des autorités responsables
- › l'identification des partenaires
- › le niveau de responsabilité et d'exécution national/ régional/ local

Aucune de ces balises ne se retrouve dans le Plan d'action (2010). Comment le gouvernement pourra-t-il en évaluer les résultats? Nous ne pouvons que déplorer cette situation qui compromet tout exercice de transparence et de reddition de compte.

5. Le RQASF recommande que le MCCCFC s'assure que son partenaire, le MSSS, mette en œuvre un plan d'action en santé des femmes modulé selon la gestion par résultats et concrétisé par des plans d'action régionaux.

¹⁴ *Charte d'Ottawa... op. cit* : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. (...) Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes. »

Changement de logique

Le nouveau Plan d'action (2010) conserve les trois mêmes intitulés d'orientations en matière de santé et de bien-être des femmes que les objectifs présentés dans *Au féminin...* (2002). Toutefois, en inversant l'ordre des premier et troisième intitulés, il en modifie significativement la portée. La logique que proposait *Au féminin...* (2002) était plus à même de favoriser l'implantation immédiate d'actions concrètes :

- «Objectif 1 : intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins et services»¹⁵, et cela, présenté comme un préalable, c'est-à-dire en considérant que nous disposons d'assez d'informations pertinentes pour agir;
- «Objectif 2 : adapter des soins et des services aux besoins des femmes»¹⁶, puisque cette adaptation a déjà été planifiée;
- «Objectif 3 : améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins»¹⁷, cela, afin de faire le point sur l'état de santé des femmes et des hommes et d'assurer une mise à jour régulière des actions. Six champs de recherche précis étaient mentionnés : les jeunes femmes, l'exploitation sexuelle, les alternatives à la médecine, la reproduction humaine et la génétique, la santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement¹⁸.

La logique du dernier Plan d'action (2010) est tout autre. La première orientation vise à colliger des données ventilées selon le sexe, comme si on n'en disposait pas déjà assez pour passer à l'action immédiatement. L'unique action accolée à cette orientation est la création d'un site Web pour diffuser les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé des Québécoises et les déterminants qui influent sur cet état. Nous revenons à la case départ, plusieurs années en arrière.

L'intégration des besoins des femmes à la planification des services de santé est ainsi reléguée au troisième rang.

En 2002, il était proposé, comme premier objectif, d'analyser les besoins selon une approche différenciée et de les intégrer à la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux, ce qui dépasse largement l'étape de la production de données ventilées selon le sexe. Toujours en 2002, l'analyse et l'intégration devaient s'effectuer dans un souci d'égalité entre les femmes, ce que nous appelons aujourd'hui l'approche intersectionnelle, c'est-à-dire la prise en compte des «diversités culturelles»¹⁹, des «réalités autochtones»²⁰, des «limitations fonctionnelles»²¹, des «orientations sexuelles»²² et de la «pauvreté»²³. Des actions correspondaient à chacun des éléments de la stratégie.

¹⁵ *Au féminin...* (2002), p. 5.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, p. 6.

¹⁸ *Ibid.*, p. 39.

¹⁹ *Ibid.*, p. 14.

²⁰ *Ibid.*, p. 15.

²¹ *Ibid.*, p. 16.

²² *Ibid.*, p. 16.

²³ *Ibid.*, p. 17.

Dans le récent Plan d'action (2010), l'**intégration des besoins des femmes se résume à proposer une meilleure coordination et concertation au sein du MSSS et du réseau, et une meilleure concertation avec les différents partenaires**²⁴. L'ADS et l'approche intersectionnelle n'y figurent pas, comme si nous ne disposions pas des informations suffisantes.

L'orientation 2

Comme nous l'avons mentionné, l'analyse des problématiques sociales, largement inspirée de la première mouture d'*Au féminin...* (2002) est juste. Toutefois, il apparaît regrettable que l'analyse différenciée selon le sexe ainsi que l'analyse des inégalités parmi les femmes (l'approche intersectionnelle) ne soient pas utilisées d'entrée de jeu pour intégrer les besoins des femmes.

Les actions proposées dans chacune des orientations se basent sur des politiques existantes. N'est-il pas trop tard pour procéder à l'analyse différenciée, ces politiques étant déjà adoptées? Tenter cet exercice revient à construire un immeuble comportant des escaliers, des couloirs étroits, des comptoirs élevés, des présentoirs en hauteur, des toilettes basses, pour ensuite se demander, une fois l'édifice presque achevé, comment adapter la porte d'entrée aux personnes en fauteuil roulant. Il est donc essentiel d'intégrer les données genrées dès l'étape des plans architecturaux pour s'assurer que le résultat final sera en mesure de répondre aux besoins en santé des femmes.

Les politiques existantes intègrent-elles l'ADS? C'est ici que le bât blesse : l'ADS n'est pas systématiquement ou adéquatement appliquée dans les politiques gouvernementales. En voici deux exemples.

*a) Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*²⁵

Le suicide est la grande priorité de cette politique : «La priorité qu'il faut accorder à la réduction des décès par suicide, ce qui suppose l'amélioration des services destinés aux personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les groupes d'âge et, spécialement, aux hommes».²⁶ Aucun élément du plan ne cible les femmes, il est simplement précisé que les hommes se suicident davantage que les femmes.

La Table des groupes de femmes de Montréal²⁷ estime que ce plan d'action ne tient compte des femmes uniquement lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins découlant des dysfonctionnements familiaux. Les femmes ne sont pas considérées pour elles-mêmes, mais identifiées comme soutiens familiaux quand elles ne sont pas désignées comme responsables de ces dysfonctionnements.

²⁴ Le Plan d'action (2010), p. 25-26.

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, 2005.

²⁶ *Ibid.*, p. 11.

²⁷ Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM), *Avis sur le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, 2009, 19 p.

De plus, malgré les énoncés de principe, cette politique ne tient pas compte des besoins de la personne. Selon le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (RRASMQ)²⁸ : «Le plan d'action s'inscrit en continuité avec la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (...) [et] concerne essentiellement les structures et les établissements du réseau»²⁹. De plus, aucun élément du plan ne cible «les personnes immigrantes ou réfugiées et les personnes en situation de pauvreté»³⁰.

La politique ne tient aucunement compte de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) ni de l'approche intersectionnelle révélant les inégalités parmi les femmes.

b) *Le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*³¹

Ce Plan reconnaît que les femmes représentent la très grande majorité des aidantes. Certains passages précisent la volonté de «tenir compte des spécificités selon le sexe» : dans les «normes et standards»³² et dans la «définition d'un protocole de repérage de la perte d'autonomie»³³. Toutefois, par le recul des services assurés et par l'ouverture à la facturation des services, les aidantes sont laissées pour compte : elles s'appauvrissent et elles manquent de soutien, au détriment de leur santé. La lourdeur du travail assumé par ces femmes n'est pas pleinement prise en compte.

Ces deux politiques citées en exemple n'endossent pas l'ADS ni l'approche intersectionnelle. Une adoption de principe n'est pas non plus une garantie. Comme dans le Plan d'action (2010), l'analyse différenciée peut être brandie et ne pas être mise en application, des données sexuées peuvent être présentées sans qu'une volonté politique claire permette d'orienter les actions vers une plus grande égalité entre les femmes et les hommes. C'est ici que le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nous est apparu comme un appel rassembleur, auquel le Québec ne saurait rester sourd.

Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est penchée de 2005 à 2008 sur les déterminants sociaux de la santé et sur leur impact sur les inégalités de santé dans le monde. Elle avait pour mandat d'émettre des recommandations pour remédier aux inégalités qui ont des impacts sur la santé. En 2009, la Commission a produit un rapport³⁴ qui invite les gouvernements de tous les pays à s'engager à

²⁸ Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (RRASMQ), *Mémoire déposé par le RRASMQ portant sur le document de consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le plan d'action en santé mentale 2005-2008*, 2005.

²⁹ *Ibid.*, p. 6.

³⁰ *Ibid.*, p. 7.

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, 2005

³² *Ibid.*, p. 31.

³³ *Ibid.*, p. 39.

³⁴ Commission des déterminants sociaux de la santé et Organisation mondiale de la santé (OMS), *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final*, OMS, 2009, 236 p.

réduire le fossé qui sépare les populations en matière de santé. Le message est clair : «**Il faut agir maintenant pour instaurer une plus grande équité entre les sexes et donner plus d'autonomie aux femmes si l'on veut réduire les inégalités sanitaires en l'espace d'une génération.**»³⁵



L'émancipation des femmes et l'égalité entre les hommes et les femmes sont au cœur des analyses de l'OMS, qui s'est basée sur une abondance de données probantes.

Le rapport révèle que des inégalités considérables existent non seulement entre les pays, mais également à l'intérieur des pays. Par exemple, tout près de nous, dans la ville même de Montréal, il existe une différence de 10,6 ans d'espérance de vie entre une personne née dans un quartier aisé, tel que Westmount ou Outremont, et une personne née dans un quartier défavorisé, tel qu'Hochelaga-Maisonneuve³⁶.

Selon la Commission, les politiques gouvernementales peuvent contribuer à nuire autant qu'à améliorer la santé des populations et l'équité en santé. Surtout, insiste-t-elle, «la cohérence des politiques est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire.»³⁷

Selon les experts de la Commission, **trois principes d'action**³⁸ doivent diriger les États :

- 1- «Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.»
- 2- «Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.»
- 3- «Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé.»

Nous avons choisi de présenter les deux premiers principes d'action. Chacun de ces principes comprend une série de recommandations de la Commission, ici exposées de façon non exhaustive.

Nous invitons le gouvernement du Québec à répondre positivement à la demande de l'OMS et à appliquer les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé au contexte de la société québécoise. Selon nous, toute mise en œuvre des propositions de la Commission nécessitera au préalable une réflexion sérieuse sur l'éclatement des actions gouvernementales québécoises.

³⁵ *Ibid.*, p. 16.

³⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Portrait de la population : Portrait de santé : Des gains et des inégalités de santé*, 2010, www.santemontreal.qc.ca.

³⁷ *Comblir le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 110.

³⁸ *Ibid.*, p. 2.

Pour illustrer ce manque de cohérence, nous avons construit des tableaux qui comparent les recommandations de la Commission, dans les colonnes de gauche, aux principales actions exposées dans le Bilan du MCCCCF, dans les colonnes du centre, et qui illustrent à grands traits, dans les colonnes de droite, la situation des femmes qui prévaut au Québec. Nos recommandations clôturent chaque série de tableaux.

Premier principe : améliorer les conditions de vie quotidiennes

Pour ce premier principe d'action, la Commission considère qu'il faut :

«Veiller au bien-être des filles, des jeunes filles et des femmes et améliorer les circonstances dans lesquelles les femmes mettent leurs enfants au monde, privilégier le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons, améliorer les conditions de vie et de travail, adopter une politique de protection sociale qui profite à tous et créer des conditions permettant de bien vieillir. Les politiques conçues pour atteindre ces objectifs doivent faire intervenir la société civile, les pouvoirs publics et les institutions mondiales.»³⁹

Vivre dans un logement sain

La Commission des déterminants sociaux constate une crise dans le domaine du logement dans de nombreuses villes, aussi bien riches que pauvres. Ce manque de logements de qualité d'un coût abordable accentue les inégalités sociales et les inégalités de santé. Agir sur les déterminants de la santé, c'est notamment porter attention à l'urbanisme et au logement. Il s'agit alors d'éviter l'étalement des villes et des banlieues, de s'assurer que la population peut bénéficier de logements abordables, que les transports publics sont accessibles⁴⁰.

Au Québec, la part importante du revenu que les femmes consacrent à leur logement a été largement documentée, et la pénurie de logements sociaux n'indique pas un revirement en cette matière. Plusieurs vivent dans des logements insalubres (champignons, parasites, par exemple). De plus, plusieurs sources indiquent une augmentation constante de l'itinérance des femmes. La crise du logement a des répercussions évidentes sur la santé des femmes et sur celle de leurs proches, dont elles prennent soin : insécurité alimentaire, stress, problèmes de santé mentale et physique (infections respiratoires, par exemple).

Tableau 1.1 Un environnement salubre pour une population en bonne santé

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Un environnement salubre pour une population en bonne santé	137 projets d'habitations pour itinérantes, 159 logements pour les femmes dont 14 mixtes ⁴¹ 6 projets Accès Logis Québec pour jeunes femmes monoparentales désirant réintégrer le marché du travail Enquête du ministère de l'Immigration	L'itinérance : en constante augmentation chez les femmes ⁴³ , les personnes immigrantes ⁴⁴ , les Autochtones et Inuits qui ont migré à Montréal notamment ⁴⁵ Logement : 50 % sont locataires (hommes : 32 %) ⁴⁶ 19,9 % consacrent plus de la moitié de leur revenu au logement

³⁹ *Ibid.*, p. 2.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 110.

⁴¹ Le Bilan, p.74

	et des Communautés culturelles (MICC) sur la protection des aides familiales résidentes ⁴²	4/10 ménages locataires féminins consacrent une part exorbitante de leur revenu au logement ⁴⁷
--	---	---

6.1 Le RQASF recommande que le MCCCCF travaille en collaboration avec les ministères et organismes pertinents afin de réduire l'itinérance des femmes.

6.2 Le RQASF recommande de garantir un logement salubre et abordable aux femmes, en particulier pour les femmes marginalisées⁴⁸, immigrantes, handicapées ou racisées⁴⁹.

Lutter contre la violence

Selon l'OMS, «la violence à l'égard des femmes est une réalité courante dans le monde entier qui a de sérieuses implications pour la santé publique.» La violence engendre non seulement des blessures et des traumatismes psychologiques graves, elle peut aussi entraîner la mort. Elle est source de stress, de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments et elle peut également mener à la difficulté de maîtriser sa fertilité et à l'absence d'autonomie personnelle.⁵⁰ Au Québec, malgré les efforts importants du MCCCCF et de ses partenaires réalisés en matière de lutte contre la violence faite aux femmes, ce problème demeure dramatique.

Tableau 1.2 Une incitation équitable aux comportements sains et sans danger

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
La lutte contre la violence	Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale (p. 70-72) Campagne de sensibilisation 3,25 M\$ du gouvernement dont 1,47 M\$ du MCCCCF (p.71-72) Recherche - 300 000 \$ du MCCCCF	Victimes de 82 % des 17 321 infractions contre la personne ⁵¹ 83 % victimes des 5 341 infractions sexuelles ⁵² Davantage victimes de violences «graves» («battues, étranglées, menacées ou attaquées avec une

⁴³ Ville de Montréal, *L'itinérance : des visages multiples, des responsabilités partagées*, Commission permanente du Conseil municipal sur le développement culturel et la qualité du milieu de vie, Montréal, Ville de Montréal, 2008, 45 p.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 20

⁴⁵ Native Friendship Centre of Montreal/Centre d'amitié autochtone de Montréal, *Homelessness Among Montreal's First Nations, Inuit and Metis, A Summary Report of Findings*, 2002, www.nfcm.org

⁴⁶ Statistiques Canada, Recensement 2006, cité dans *Femmes, logement et pauvreté : sortir du privé, un enjeu de société*, FRAPRU, 2010, p.3

⁴² Le Bilan, p. 58

⁴⁷ Les femmes locataires «sont 52,2 % à verser plus de 30 % de leur revenu au logement et 24,1 % à y consacrer plus de la moitié. Quant à celles de 65 ans et plus, 54,5 % d'entre elles paient plus de 30 % de leur revenu au loyer, alors que c'est le cas de 31,1 % des hommes de cette tranche» (FRAPRU, *Femmes logement et pauvreté : sortir du privé, un enjeu de société*, Montréal, FRAPRU, 2010, p. 5.)

⁴⁸ Le terme «marginalisées» réfère aux femmes qui ne bénéficient pas, en tout ou en partie, des avantages de la société : emploi suffisant, logement décent, sécurité financière, études, services publics, etc., que cela soit de par leur condition sociale, leur ethnie, le fait d'être Autochtone, leur orientation sexuelle, leur statut d'immigrante, leur handicap, etc.

⁴⁹ Le terme «racisées» est utilisé, car la «race» n'existant pas biologiquement, elle est une construction sociale.

⁵⁰ OMS, *Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, Genève, OMS, 2009, p. 54.

⁵¹ Les Faits saillants, p.29.

⁵² *Ibid.*

	<p>(p .72)</p> <p>Comité de suivi sur l'implantation de la médiation familiale (p.73-74)</p> <p>Plan d'action gouvernemental en matière d'agressions sexuelles et campagnes de sensibilisation : 10 ministères/100 engagements 60 M\$ du gouvernement 2008-2013 dont 1,341 M\$ du MCCCCF (p. 74-77)</p>	<p>arme à feu ou un couteau, ou agressées sexuellement»⁵³</p> <p>44 % subissent des blessures (hommes : 19 %) et 13 % nécessitent un suivi médical (hommes : 2 %) ⁵⁴</p> <p>Handicapées : deux fois plus de violence conjugale que celles sans incapacité et subissent des formes plus sévères de violence⁵⁵</p> <p>Autochtones : taux de violence conjugale et d'homicides entre conjoints plus élevés⁵⁶</p>
--	---	---

7. Le RQASF recommande la mise en œuvre des recommandations de la Coalition de groupes et de regroupements nationaux et de tables régionales de groupes de femmes (Groupe des 13) dans son *Bilan analytique Plan d'action gouvernemental 2007-2010 Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, 22 septembre 2010 (p. 23-24) :

7.1 Remettre à l'avant-plan l'approche sociale de la problématique des agressions sexuelles, notamment dans les campagnes de sensibilisation, et exiger du MSSS qu'il assume son rôle d'intervention et de prévention des agressions sexuelles.

7.2 Accorder les ressources suffisantes à la réalisation du deuxième plan de lutte aux agressions sexuelles.

7.3 Faire la promotion de bonnes attitudes à adopter à l'égard des victimes, c'est-à-dire respecter leur choix de porter plainte ou non, respecter leur rythme, lutter contre les préjugés à leur endroit et prendre clairement position à l'effet que la responsabilité de l'agression est imputable à 100 % à l'agresseur.

7.4 Actualiser l'ensemble des mesures non réalisées qui étaient prévues dans le premier plan d'action 2004-2009 en matière de violence conjugale et leur accorder les ressources suffisantes.

7.5 Maintenir les plans d'action en violence conjugale et en agression sexuelle notamment en ce qui concerne les femmes autochtones

7.6 Réaliser des campagnes de sensibilisation spécifiques aux réalités des femmes autochtones

7.7 Poursuivre les campagnes de sensibilisation à la violence faite aux femmes et cibler des groupes spécifiques de femmes, plus vulnérables à la violence sous toutes ses formes, que

⁵³ Office des personnes handicapées du Québec, *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*, Drummondville, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, L'Office, 2010, 152 p., p. 6. (Statistiques sur la population féminine en général)

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*, p. 9-12 (Statistiques spécifiques aux personnes handicapées).

⁵⁶ Selon Statistique Canada, « Mesure de la violence faite aux femmes », 2006, cité dans Femmes Autochtones du Québec, *Les femmes autochtones et la violence*, Rapport présenté par Dr Yakin Ertürk Rapporteuse spéciale des Nations unies sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et ses conséquences», 21 janvier 2008.

ce soit lors de prochaines campagnes de sensibilisation ou encore par tout autre moyen, et en leur offrant davantage de services.

7.8 Mettre en place un processus efficient de transfert d'informations entre les divers tribunaux afin de s'assurer de pratiques cohérentes, complémentaires et qui tiennent compte de la sécurité des personnes en cause, en matière d'ordonnances et de décisions rendues dans les dossiers de violence conjugale.

7.9 Mettre en place un réseau de services de supervision de droits d'accès, accessibles, adaptés et sécuritaires, et ce, partout au Québec.

7.10 Favoriser le dépistage de la violence conjugale avant le début de la médiation familiale et, par la suite, de façon continue, et favoriser la référence vers les ressources spécialisées.

7.11 Réaliser l'inventaire des mesures nécessaires pour agir adéquatement contre la traite des femmes, et prévoir les actions et les ressources adéquates afin d'intervenir sur l'ensemble des causes et des conséquences du problème.

7.12 Réaliser une étude pour mieux comprendre le phénomène de la cybercriminalité, notamment son caractère sexiste et homophobe.

Accorder une attention particulière aux inégalités socioéconomiques

Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé, un préalable à une réduction significative de l'inégalité entre les sexes se situe notamment du côté de l'égalité des salaires hommes-femmes et de l'application de normes du travail équitables⁵⁷. Au Québec, force est de constater que les femmes travaillent dans des conditions plus précaires que les hommes. De plus, la discrimination systémique, la discrimination directe et le harcèlement imposent des fardeaux plus lourds aux femmes marginalisées, par exemple les femmes vivant avec des incapacités, les lesbiennes, les femmes transsexuelles et transgenres, les femmes immigrantes ou racisées.

Pour lutter en amont contre les inégalités socioéconomiques, il importe d'adopter des mesures qui tiennent compte de la division discriminatoire du marché de l'emploi. Presque la moitié des femmes (47,9 %) se retrouvent dans seulement 20 des 520 possibilités répertoriées par la Classification nationale des professions⁵⁸, dont les quatre premières sont secrétaire (98 % de femmes), vendeuse (56,7 %), caissière (86,1 %) et éducatrice ou aide-éducatrice à la petite enfance (95,9 %) ⁵⁹. Néanmoins, la présence des femmes dans les ordres professionnels progresse⁶⁰.

La Commission des déterminants sociaux estime que les personnes habituellement exclues des normes minimales du travail, telles que les travailleurs et travailleuses précaires, de même que les personnes, surtout des femmes, effectuant du travail domestique ou s'occupant d'autres personnes, doivent être protégées. La Commission remarque d'ailleurs que des mesures sociales sont particulièrement nécessaires pour les femmes, puisque leurs responsabilités

⁵⁷ *Comblers le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 80.

⁵⁸ Statistique Canada, *Recensement 2006*, 97-559-XCB2006011.

⁵⁹ Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Données sociales du Québec 2006*, janvier 2009.

⁶⁰ Les Faits Saillants, p.18.

familiales limitent leur possibilité d'accumuler des avantages sociaux suffisants dans le cadre de plans de protection contributifs.⁶¹

Tableau 1.3 Des pratiques équitables en matière d'emploi et de travail décent

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCFF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Plein emploi	<p>Programme mixte d'aide et accompagnement social de 5,5 M\$ du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) 4485 participantes</p> <p>Stratégie d'intervention d'Emploi-Québec</p> <p>Financement de 15 organismes spécialisés en main-d'œuvre féminine 1,2 M\$ dont 600 000 \$ du MESS</p> <p>Évaluation des outils en matière d'immigration par le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MCCI)</p>	<p>Taux de chômage et de sous-emploi, ensemble des femmes du Québec : 6,2 %</p> <p>Immigrantes et racisées : 11,3 % (immigrants : 10,9 %)⁶² :</p> <p>Immigrées récemment : 15,9 %⁶³</p> <p>Autochtones : 13,3 %⁶⁴</p> <p>Handicapées : 13 %⁶⁵</p>
Équité en matière d'emploi	<p>Actualisation de la <i>Stratégie d'intervention à l'égard de la main-d'œuvre féminine</i> comportant des aspects novateurs</p> <p>2009- adoption du Projet de loi 25 modifiant la <i>Loi sur l'équité salariale</i> datant de 1996</p> <p>Concours <i>Chapeau, les filles!</i></p>	<p>Seulement 55 % des entreprises ont terminé l'exercice d'équité salariale⁶⁶.</p> <p>Remise en question de la Commission de l'équité salariale et transfert de ses mandats envisagé</p> <p>Minorités visibles : revenu moyen plus bas que celui des femmes en général (17 321 \$/an, sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada⁶⁷)</p> <p>Autochtones : 16 600 \$ (hommes autochtones : 22 100 \$)⁶⁸</p>
Emplois sûrs et suffisamment rémunérés pour tenir compte du coût réel d'une vie saine		Emplois au salaire minimum : féminins à 60 % -70 % ⁶⁹
Protéger tous les travailleurs et toutes les travailleuses		Précarité 52,1 % des emplois atypiques Augmentation rapide du travail atypique : 19,8 % (hommes : 12,0 %) ⁷⁰

⁶¹ *Comblant le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 91.

⁶² Les Faits saillants, p. 33.

⁶³ Statistiques Canada, *Enquête sur la population active : Tableau 16 : Emploi, taux d'emploi et taux de chômage des femmes et des hommes, selon le statut d'immigrant, 2006-2009.*

⁶⁴ Les Faits saillants, p. 32.

⁶⁵ Les Faits saillants, p. 34.

⁶⁶ Le Bilan, p. 54.

⁶⁷ Conseil du statut de la femme, *Des nouvelles d'elles*, 2005.

⁶⁸ Statistiques Canada (données de 2006) : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-570-x/2006001/findings-resultats/4054081-fra.htm>

⁶⁹ Au Bas de l'échelle, *Le salaire minimum, la pauvreté et l'emploi*, 2006.

⁷⁰ Les Faits Saillants, p.17.

		66,6 % des emplois à temps partiel 51,6 % du travail autonome ⁷¹ Plus grande exclusion des protections sociales (CSST, RRQ, assurance emploi) ⁷²
Améliorer les conditions de travail	<p>Conciliation des responsabilités familiales et professionnelles (orientation 3)</p> <p>Site Web</p> <p>Programme de soutien financier pour les entreprises du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2009-2010 : deux projets de soutien en entreprise de 100 000 \$ - Prix Reconnaissance du MFA - Norme consensuelle - 2 projets expérimentaux - Recherche (45 000 \$ du MCCF) - politiques familiales municipales du MFA <p>Aide financière de 305 767 \$ pour projets du MFA, service de surveillance pour les jeunes handicapés</p> <p>Politique familiale du MFA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2006-2007 : 12 M\$ pour les services de garde en milieu scolaire et 3 M\$ pour les haltes-garderies - Cible de 220 000 places à contribution réduite en 2010-2011 - Crédit d'impôt pour frais de garde pour les parents sans service de garde subventionné - Régime québécois d'assurance parentale 	<p>Absence de politique-cadre en conciliation travail-étude-famille : faiblesse du caractère strictement volontaire des mesures destinées aux entreprises</p> <p>Taux de participation aux activités domestiques : 91,8 % (hommes : 78,5 %)⁷³</p> <p>Mères d'enfants (de 12 ans et moins) travaillent 5 fois plus à temps partiel que les pères</p> <p>Obligations personnelles ou familiales : ont 4 fois plus d'heures d'absences que les hommes⁷⁴</p>

8. Le RQASF recommande pour l'équité à l'égard des femmes immigrantes de suivre l'avis du Conseil du statut de la femme *Intégrer les femmes aux grands choix sociaux et environnementaux, les défis du 2^e plan d'action sur la politique d'égalité entre les femmes et les hommes, 2010 (Recommandation 34 à 36, p. 92-93) :*

CSF 34. Que le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles tienne compte de la formation et de l'expérience de travail des candidates à l'immigration lorsqu'il examine leur dossier afin de favoriser l'intégration socioprofessionnelle des immigrées, au même titre que celle des immigrés.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Le nombre d'heures de travail requises par année pour avoir accès au système d'assurance-emploi et aux allocations, a pour principal effet d'exclure une grande partie des personnes qui travaillent vingt heures par semaine ou à temps partiel. Plus spécifiquement, la proportion des femmes passe de 48 % à 39 % en 2001 (Comité aviseur femmes en développement de la main-d'oeuvre - CAFDM, *Les femmes et le marché de l'emploi. La situation économique et professionnelle des Québécoises*, Montréal, Emploi-Québec, 2005.)

⁷³ Conseil du statut de la femme, *Portait des Québécoises en 8 temps*, 2010, p.9.

⁷⁴ Les Faits saillants, p. 17.

CSF 35. Que le système de reconnaissance des diplômes étrangers soit assoupli.

CSF 36. Que les cours de francisation des immigrées soient bonifiés et mis en priorité.

9. Le RQASF recommande, concernant l'équité en matière d'emploi pour les femmes handicapées, de suivre l'avis de l'Alliance femmes handicapées du Québec.

10. Le RQASF recommande concernant l'équité en matière d'emploi pour les femmes autochtones, de suivre l'avis de Femmes Autochtones du Québec (FAQ) :

Inclure dans la stratégie de main d'œuvre des mesures pour les femmes autochtones en milieu urbain et pour soutenir l'entrepreneuriat, en particulier dans les régions.

Inclure dans la stratégie de main d'œuvre des mesures pour les femmes autochtones en milieu urbain et pour soutenir l'entrepreneuriat, en particulier dans les régions.

11. Le RQASF recommande de suivre l'avis du Conseil du statut de la femme *Intégrer les femmes aux grands choix sociaux et environnementaux, les défis du 2^e plan d'action sur la politique d'égalité entre les femmes et les hommes, 2010* (p. 82) :

CSF 17. Que le ministère du Travail mette en place des programmes pour aider les entreprises qui emploient 90 % d'hommes ou davantage à adopter des mesures pour intégrer et retenir des femmes parmi leur main-d'œuvre.

CSF 18. Que le gouvernement du Québec s'assure du respect du programme d'obligation contractuelle par les entreprises en relation d'affaires avec lui, notamment en exigeant que les employeurs soumis à cette obligation déposent chaque année à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse un rapport faisant état des résultats obtenus dans le cadre de leur programme d'accès à l'égalité. La Commission remettrait au Secrétaire du Conseil du trésor un bilan annuel de l'obligation contractuelle. Ce rapport serait rendu public comme cela est fait au palier fédéral, pour le suivi de l'application de la Loi sur l'équité en matière d'emploi.

CSF 19. Que le ministère des Transports de même que les principaux donneurs d'ouvrage au gouvernement du Québec examinent la possibilité d'étendre aux entrepreneurs de la construction l'application du programme d'obligation contractuelle.

CSF 20. Que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport poursuive ses mesures de sensibilisation contre les stéréotypes qui poussent les jeunes filles à s'exclure elles-mêmes d'emplois offrant de bonnes perspectives d'avenir. Que soient aussi prévues de nouvelles mesures visant leur intégration dans les milieux traditionnellement masculins.

CSF 21. Que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport s'assure que la formation initiale et continue des professeures et des professeurs ainsi que des conseillères et des conseillers d'orientation suscite une réflexion et une remise en question des professions et des rôles attribués traditionnellement aux femmes et aux hommes afin de fournir aux élèves une information scolaire et professionnelle non stéréotypée.

CSF 22. Que le ministre du Travail mène une campagne d'information auprès des entreprises pour démontrer la capacité égale des femmes et des hommes à mener des carrières en sciences ou en technologie. La campagne devrait convaincre les employeurs de la nécessité

de mettre fin aux manifestations de sexisme en milieu de travail pour intégrer adéquatement les nouvelles travailleuses.

CSF 23. Que le ministre du Travail exige des entreprises qu'elles développent des outils pour attirer et retenir la main-d'œuvre féminine dans les milieux traditionnellement masculins.

CSF 24. Que le Bureau de normalisation du Québec élabore une nouvelle norme pour faire reconnaître les entreprises de secteurs d'emploi traditionnellement masculins qui se sont dotées d'une politique d'intégration et de maintien de la main-d'œuvre féminine.

12. Le RQASF recommande de suivre l'avis de la Coalition de groupes et de regroupements nationaux et de tables régionales de groupes de femmes (Groupe des 13), *Bilan analytique - Plan d'action gouvernemental 2007-2010 Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, 22 septembre 2010 (p. 14) :

12.1 Reconduire toutes les actions entreprises dans le premier plan d'action ou avant celui-ci, notamment la *Stratégie d'intervention à l'égard de la main-d'œuvre féminine* et le soutien financier à la mission des organismes qui œuvrent spécifiquement auprès de la main-d'œuvre féminine.

12.2 Développer une accessibilité à ces services spécifiques dans toutes les régions du Québec, présentement inexistantes dans le tiers d'entre elles.

12.3 Favoriser les actions qui encourageront les femmes plus éloignées du marché du travail, ou qui font face à des obstacles encore plus grands, à intégrer et à se maintenir en emploi (reconnaissance des diplômes, plan d'actions concertées pour l'accès à l'égalité visant la parité pour les femmes de tous les groupes cibles, accès aux mesures d'employabilité et de formation offertes par Emploi-Québec et adaptation de celles-ci, etc.).

12.4 Maintenir en place la Commission de l'équité salariale, lui accorder un financement adéquat, c'est-à-dire le budget additionnel qui avait déjà été prévu pour 2010-2011 ainsi que les ressources nécessaires pour les années subséquentes.

12.5 Dans l'immédiat, hausser le salaire minimum à 11, 08 \$ l'heure en 2011.

12.6 Réformer la *Loi sur les normes du travail* afin d'y prévoir notamment l'interdiction de disparités de traitement fondées sur le statut d'emploi.

12.7 Enlever toute discrimination envers les travailleuses familiales (domestiques) dans la Loi sur la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST).

13. Le RQASF recommande, concernant les services de garde et les congés parentaux, de suivre l'avis de du Conseil du statut de la femme *Intégrer les femmes aux grands choix sociaux et environnementaux, les défis du 2^{ième} plan d'action sur la politique d'égalité entre les femmes et les hommes*, 2010 (p. 89, 91-92) :

CSF 25. Que tout le réseau de services de garde éducatifs au Québec soit à but non lucratif et contrôlé par les parents et la communauté.

CSF 26. Que le gouvernement privilégie la création de places en services de garde plutôt que l'octroi de crédits d'impôt pour frais de garde.

CSF 27. Que les centres de la petite enfance continuent à jouer un rôle majeur dans les services de garde éducatifs au Québec.

CSF 28. Que le développement des services de garde éducatifs se fasse en tenant compte des besoins des familles et de la capacité du milieu de mettre en place les services de garde requis.

CSF 29. Que le ministère de la Famille et des Aînés concrétise cette priorité au cours des années 2010-2013, en axant la création des places en services de garde sur l'offre accrue de services suivant un horaire atypique.

CSF 30. Que le ministère de la Famille et des Aînés inclue dans les documents destinés aux parents de l'information sur les avantages d'un partage égal des rôles parentaux entre la mère et le père. Qu'il informe les parents des effets des stéréotypes sur le développement des enfants et sur les pratiques qui peuvent renforcer ou combattre ces stéréotypes.

CSF 31. Que le législateur modifie la Loi sur les normes du travail afin de limiter le nombre d'heures supplémentaires travaillées par les employés à temps plein, de façon à favoriser un partage plus équitable du travail rémunéré et du travail non rémunéré des femmes et des hommes.

CSF 32. Que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale instaure des congés réservés aux nouveaux pères s'inspirant des généreux congés de paternité appliqués dans les pays du nord de l'Europe.

CSF 33. Que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale finance, aux côtés des employeurs et des personnes en emploi, les coûts supplémentaires du Régime québécois d'assurance parentale pour éviter que celui-ci soit révisé à la baisse (durée des prestations, remplacement de revenu).

Renforcer les politiques globales et universelles de protection sociale

Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, les pensions sociales universelles sont une composante importante de tout système de protection sociale. La Commission affirme que les systèmes de protection sociale doivent promouvoir l'égalité entre les sexes. Celle-ci doit être une préoccupation des gouvernements lorsqu'ils conçoivent ou réforment les systèmes de pension.⁷⁵

Un système de pension bien conçu peut améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des aidantes. Les pensions sociales peuvent jouer un rôle positif sur le statut social des personnes âgées, favoriser leur inclusion sociale et leur autonomie, et contribuer à améliorer leur accès aux services. Ce faisant, elles peuvent favoriser l'égalité entre les sexes, puisque les femmes, majoritaires parmi les personnes âgées, vivent souvent dans des conditions précaires et ne disposent pas de rentes de retraite généreuses.⁷⁶

⁷⁵ *Comblant le fossé... Rapport final*, p.91.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 88.

Tableau 1.4 Protection sociale tout au long de l'existence

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Renforcer les politiques globales et universelles de protection sociale	<p>Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 MSSS Action 2.15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer l'ADS à l'adaptation des services - Développer une meilleure connaissance - Implanter un outil d'évaluation - Établir des critères d'accès et développer des services aux services de répits, avec le MFA.⁷⁷ <p>Améliorer la situation des personnes aidantes</p> <p>Création d'un Fonds de soutien aux proches aidants des aînés, avec la Fondation Chagnon, de 200M \$ sur 10 ans⁷⁸</p> <p>2010 hausse du MFA de 16M \$ sur 5 ans</p> <p>Budget récurrent de 10M \$ du MSSS</p>	<p>Régime des rentes du Québec (RRQ) : la réforme proposée n'intègre pas l'ADS</p> <p>La pension féminine représente 56 % de la pension masculine⁷⁹ (inadéquates, car calculées sur des revenus faibles)</p> <p>Taux de pauvreté</p> <p>Femmes cheffes de famille monoparentale : 51,6 %</p> <p>Femmes seules 65 ans et + : 41,5 %</p> <p>Femmes handicapées : 35 %</p> <p>Femmes autochtones : 44 % hors réserves</p> <p>47 % dans les réserves</p> <p>Femmes de couleur : 37 %⁸⁰</p> <p>Proches aidantes</p> <p>70 % à 85 % de l'aide requise fournie par les proches dont 80 % à 90 % octroyés par les femmes.</p> <p>Temps consacré par 2/3 des femmes : 10 h ou plus par semaine</p> <p>Durée de l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> 25 % depuis au moins 3 ans 33 % depuis au moins 6 ans 20 % depuis au moins 11 ans

14. Le RQASF recommande l'application des recommandations du Conseil du statut de la femme contenues dans l'Avis *Consolider le Régime des rentes du Québec sans nier la réalité des femmes, 2009* :

CSF 1. Que, dans l'avenir, la Régie des rentes du Québec intègre l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dès le début et à toutes les étapes du processus d'élaboration de ses projets de réforme afin de tenir compte de la situation différenciée des femmes et des hommes et d'éviter de renforcer les inégalités de revenu entre les sexes.

CSF 2. Que le gouvernement rejette les propositions de réforme du Régime de rentes du Québec qui auraient pour effet de réduire la rente de retraite émise aux personnes qui se retirent du marché du travail à 60 ans.

CSF 3. Que le gouvernement favorise la participation au marché du travail après 60 ans en modifiant les clauses du Régime de rentes du Québec qui entraînent actuellement un calcul

⁷⁷ Le Bilan, p. 56

⁷⁸ Au moins 75 % des sommes investies dans ce fonds de soutien seront consacrées aux proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies qui y sont apparentées. L'autre portion de 25 % de l'enveloppe servira à venir en aide aux proches aidants de personnes atteintes d'autres incapacités («Marguerite Blais confirme le fonds d'aide pour les aidants naturels», *Le Devoir*, 16 mars 2009).

⁷⁹ *Les femmes et la pauvreté*, ICREF, 3ème édition, 2005.

⁸⁰ *Ibid.*

défavorable de la rente de retraite dans le cas des personnes qui réduisent leurs gains de travail à la fin de leur vie active.

CSF 4. Que les dispositions du Régime de rentes du Québec qui visent à tenir compte de la prise en charge de jeunes enfants soient étendues à la personne qui se prive d'un revenu pour prendre soin d'un proche malade ou en perte d'autonomie.

CSF 5. Que le gouvernement étudie la possibilité de bonifier la clause d'inclusion proposée dans le projet de réforme en permettant l'inscription de gains plus élevés que ceux prévus au registre de gains de la personne qui assume la responsabilité de jeunes enfants ou de proches malades ou en perte d'autonomie.

CSF 6. Que la rente viagère que le Régime de rentes du Québec accorde actuellement au conjoint survivant âgé de moins de 65 ans au décès du cotisant soit maintenue lorsque ce conjoint survivant a ou a eu la charge des enfants du cotisant ou lorsqu'il est âgé de 55 ans et plus ou invalide.

CSF 7. Que le Régime de rentes du Québec attribue, dans les autres cas, une rente temporaire au conjoint survivant de moins de 65 ans.

CSF 8. Que la rente d'orphelin et la rente d'enfant de cotisant invalide soient relevées au niveau des rentes émises par le Régime de pensions du Canada et indexées annuellement par la suite.

CSF 9. Que la rente d'orphelin et la rente d'enfant de cotisant invalide soient également accordées à l'enfant de 18 à 25 ans qui est célibataire et qui étudie à temps plein, comme c'était le cas auparavant et c'est toujours le cas au Régime de pensions du Canada.

15. Le RQASF recommande :

15.1 Que le MCCCFC mette en place une structure interministérielle pour assurer la cohérence dans les services d'aide et de soutien et les mesures financières et fiscales pour les aidantes.

15.2 Que le gouvernement s'assure de la mise en place de mesures financières et fiscales pour les aidantes qu'elles soient un membre de la famille ou non, qu'elles habitent ou non avec la personne aidée et qu'elles soient sur le marché du travail ou non, afin de reconnaître le travail qu'elles effectuent et d'éviter leur appauvrissement.

15.3 Que les structures mises en place travaillent en concertation avec des partenaires provenant des groupes de femmes et du milieu communautaire, afin de déterminer les services et mesures financières répondant aux besoins réels et concrets des aidantes et aidants, et ce, en quantité suffisante.

15.4 Que le gouvernement adopte une véritable politique de soutien pour les personnes aidantes et s'engage à développer rapidement et de façon intégrée, des services suffisants pour le maintien à domicile et le développement d'emplois de qualité.

Promouvoir la santé

La Commission des déterminants sociaux de la santé accorde une place de choix à la promotion de la santé. Les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé doivent constituer les fondements de nos systèmes de santé. «Les recherches ont prouvé à quel point une proportion importante du fardeau des maladies tant transmissibles que non transmissibles pourrait être allégée grâce à l'amélioration de l'action préventive.»⁸¹

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé doit s'inscrire en tête de liste des priorités dans tous les secteurs de l'appareil gouvernemental, et les responsables politiques doivent être imputables de leurs actions à cet égard. Les actions gouvernementales doivent conjuguer notamment des mesures législatives et fiscales. Les politiques fiscales doivent être coordonnées en vue d'assurer plus d'équité en santé. «Le but doit être de rendre plus facile l'adoption de choix sains»⁸².

Depuis 1986, il semble que le discours de la promotion de la santé ait été graduellement adopté par la santé publique québécoise sans que, dans la pratique, elle ait été solidement implantée. Pourquoi?

Des auteurs constatent une confrontation entre le paradigme biomédical cartésien et le paradigme holistique : la santé comme absence de maladie (biomédecine) et la santé comme notion positive (approche globale).⁸³ Ce «double discours» s'exprime dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui donne la priorité aux «problèmes de santé à éviter» et à la «réduction des risques» plutôt qu'à la promotion de la santé : «partout, on utilise un discours social et collectif de la promotion de la santé, alors que dans la pratique, la tendance est plutôt à investir dans la réduction des maladies.»

Valery Riddle va dans le même sens; il constate l'immobilisme de la santé publique, malgré des avancées, et en donne trois raisons : un «paradigme positiviste»; «le malaise des acteurs à vouloir intégrer l'approche communautaire»; et «l'absence d'objectifs dans le seul domaine où la réduction des inégalités est explicitement nommé.»⁸⁴

Notons toutefois quelques avancées récentes. Un guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé a été publié par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009), conçu dans le but d'aider les différentes institutions de la santé à se doter d'une politique de promotion de la santé. Espérons qu'il sera mis en pratique bientôt.

Certains projets gouvernementaux impliquent déjà une planification conjointe de leurs actions. Par exemple, celui concernant la lutte à la violence faite aux femmes qui coordonne l'action de plus d'une dizaine de ministères et de groupes communautaires; ou encore le programme de

⁸¹ *Comblé le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 97.

⁸² Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada

⁸³ Saint-Pierre, L. et L. Richard, «le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes», p.188, dans O'Neill et autres, 2006, cité dans RQASF, *Changeons de lunettes*, Montréal, Québec, 2008, p.83.

⁸⁴ Ridde, V., «Agir contre les inégalités sociales de la santé : tentatives d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise», *Canadian Journal of Public Health*, 95(4) 2004, p.244, cité dans RQASF, *Changeons de lunettes*, Montréal, 2008, p. 83.

sensibilisation aux bonnes habitudes de vie et celui sur les stéréotypes sexuels dans les écoles. Ce sont des premiers pas encourageants. Il est temps maintenant d'appliquer ce principe à chacun des déterminants de santé : logement, travail, revenu, accès aux services publics...

Un autre aspect de la promotion de la santé réside dans la place que l'on fait à la personne dans la relation thérapeutique et dans le degré de contrôle et de responsabilité qu'on lui accorde sur sa santé. Considérer la patiente comme une experte de sa santé, c'est ce que la faculté de médecine de l'Université de Montréal fait dorénavant. En effet, son programme de formation des médecins fait de la personne une experte de sa propre affection, au même titre que le personnel médical, spécialiste ou généraliste.⁸⁵ Ce tournant vers l'autosanté est tout à fait fidèle aux recommandations de l'OMS.

Tableau 1.5 Promotion de la santé

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCFC (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Fonder les systèmes de soins de santé sur les principes d'équité		
Prévention de la maladie	Prévention des maladies professionnelles : outils de sensibilisation auprès de pompières, agentes de services correctionnels et éducatrices de centres de la petite enfance (p. 69)	«plus de femmes que d'hommes déclarent avoir au moins un problème de santé de longue durée (71, 8 % des femmes, 63,6 % des hommes)». ⁸⁶
Promotion de la santé		Médicalisation des étapes naturelles de la vie : menstruations, grossesse, accouchement, ménopause ⁸⁷ Médicalisation de la santé mentale : stress et détresse ⁸⁸

16. Le RQASF recommande au MCCCFC de s'assurer que le MSSS et les autres ministères et organismes se fixent des objectifs précis et mesurables pour mettre en pratique la promotion de la santé.⁸⁹

Garantir l'accès universel aux soins

Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé, les systèmes de soins de santé sont un *déterminant vital* de la santé⁹⁰. La Commission établit un lien clair entre soins de santé et équité en santé. Est universelle une couverture de soins auxquels ont accès toutes les personnes qui habitent un pays, peu importe leur niveau de revenu, leur condition sociale, leur région de

⁸⁵ Marie-Andrée Chouinard, «Médecine - Le patient expert», *Le Devoir*, édition du 6 janvier 2011.

⁸⁶ Faits saillants, p. 27.

⁸⁷ RQASF, *Changeons de lunettes*, 2008.

⁸⁸ RQASF, fiches «La détresse psychologique» et «Le stress», Notre soupe aux cailloux, www.rqsf.qc.ca.

⁸⁹ Le Conseil du statut de la femme abonde dans le même sens dans sa recommandation 53 : «Que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive les efforts entrepris en faveur de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de l'acquisition des bonnes habitudes de vie.» Recommandation 34 à 36, Conseil du statut de la femme, *Avis - Intégrer les femmes aux grands choix sociaux et environnementaux, les défis du 2^{ième} plan d'action sur la politique d'égalité entre les femmes et les hommes*, 2010, p. 113.

⁹⁰ *Comblent le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 94.

résidence; tous et toutes doivent pouvoir accéder à la même gamme de services, selon leurs préférences et leurs besoins spécifiques⁹¹.

Pour assurer l'équité, il est important que la population ait accès à un même éventail de services de qualité, sans égard au revenu. Par conséquent, la Commission juge inéquitables les obligations de paiements directs par les bénéficiaires, causant un appauvrissement des femmes et des personnes marginalisées et à faible revenu⁹².

Un accès universel aux soins constitue la principale préoccupation des femmes de notre réseau. C'est aussi celle de nombreux acteurs de la société québécoise. Chaque semaine se constate la pénurie de personnel professionnel ou la réduction draconienne de services publics pourtant essentiels à la population. Conjointement à cette détérioration, se développe, à une vitesse éclair, un marché parallèle de soins privés qui siphonne le peu de ressources spécialisées disponibles. Pis encore, nous assistons à l'élargissement du fossé entre les personnes qui sont couvertes par une assurance privée ou qui possèdent les moyens financiers de payer pour leurs soins, et les autres, qui ne bénéficient pas des mêmes avantages. Depuis l'instauration de notre système public au Québec, les inégalités de santé n'ont jamais été aussi criantes. Ceci attaque de plein fouet l'égalité entre les femmes et les hommes, puisque nous l'avons vu, ce sont les femmes qui sont les plus vulnérables économiquement et ce sont surtout elles qui consomment et prodiguent les soins, bénévolement ou professionnellement.

De plus, l'instauration d'un régime public a joué un rôle majeur dans l'émancipation des femmes au Québec. Il a libéré le temps, les énergies et les argents consacrés aux soins des malades et permis à de nombreuses femmes de sortir de la maison où ces obligations les confinaient. Cela leur a permis l'accès aux études et au milieu du travail, acquis auxquels peu de Québécoises et de Québécois ne voudraient renoncer aujourd'hui. Pourtant, l'effritement des services publics nous ramène peu à peu à une situation que l'on pensait chose du passé. L'exemple des proches aidantes, réduisant leurs heures de travail ou l'abandonnant pour prendre soin de leurs proches malades ou en perte d'autonomie est parlant. Autre impact, l'allègement du fardeau financier des familles, obligées de s'endetter pendant des années pour rembourser les frais d'accouchement.

Les infractions à la loi garantissant l'accès public, universel et gratuit des soins et l'imperméabilité des régimes privés et public sont légion. Prenons par exemple la facturation de frais accessoires illégaux, qui ont généré onze enquêtes et un rappel à l'ordre de la Régie d'assurance maladie du Québec; l'accès rapide à un médecin moyennant un bilan de santé ou une cotisation, «quand ce n'est pas carrément une enveloppe glissée sous le sarrau⁹³».

Cette situation inquiète particulièrement le Conseil du statut de la femme qui, après une analyse exhaustive des modifications à l'organisation et au financement des soins de santé et services sociaux, constate que «le régime public demeure sans conteste un instrument efficace de redistribution de la richesse, apte à favoriser l'égalité des chances et le développement.»⁹⁴ Il constate que les «règles qui réduisent l'intérêt d'une pratique privée à but lucratif : prohibition de

⁹¹ *Ibid.*, p. 100.

⁹² *Comblé le fossé... Rapport final, op. cit.*, p. 103.

⁹³ Louise- Maude Rioux Soucy, «Le brouillard autour d'une loi» *Le Devoir*, 15 janvier 2011; et de la même auteure : «Frais illégaux : Québec et la RAMQ doivent durcir leur position La politique de l'autruche a assez duré, dit Médecins québécois pour le régime public», *Le Devoir*, 11 janvier 2011.

⁹⁴ Conseil du statut de la femme, *Avis - Intégrer les femmes aux grands choix sociaux et environnementaux, les défis du 2^{ème} plan d'action sur la politique d'égalité entre les femmes et les hommes*, 2010, p.99.

la surfacturation et des frais accessoires, interdiction de l'assurance privée duplicative, octroi des permis d'établissement, opposition à la mise en place d'hôpitaux privés, imposition de l'exclusivité de pratique qui interdit au médecin travaillant pour le système public de recevoir une rémunération privée pour un service assuré, adoption de règles encadrant le désengagement et la non-participation des médecins au régime public, etc. [sont des] protections [...] toujours nécessaires.⁹⁵»

Puis, le Conseil analyse l'impact des nouvelles sources de financement envisagées par le gouvernement, le ticket modérateur et la contribution santé sur les femmes. Pour le ticket modérateur, il considère que l'«imposition d'une contribution aux usagers :

- › transfère des contribuables aux patients le coût des soins;
- › représente un mode de financement moins progressif, car il ne tient pas compte de la capacité de payer des personnes;
- › est généralement peu efficace comme ticket modérateur;
- › peut cependant représenter un frein à la consommation pour les personnes qui disposent de ressources insuffisantes;
- › occasionne des frais de perception;
- › peut être discriminatoire pour certaines personnes si des groupes en sont exemptés et que la situation des premières n'est pas très différente de celles des secondes;
- › peut mener à un système à deux vitesses à l'intérieur du système public de santé dans la mesure où les contributions sont facultatives et permettent un accès plus rapide aux soins ou de meilleurs services aux personnes qui acceptent ou ont les moyens de les acquitter.»⁹⁶

Tableau 1.6 Des soins de santé universels

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCC (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Garantir l'accès universel aux soins		Tendance accentuée à la privatisation du système de santé Fortes pressions sur le système public : - Dépenses publiques du Québec en santé par personne : les moins élevées au Canada - Ouverture à l'assurance duplicative et autorisant le recours à des cliniques spécialisées affiliées - Création des Centres médicaux spécialisés (CMS) (infrastructures de type privé à but lucratif) - Élargissement de l'offre de services dans les CMS
Surtout aux soins primaires		Pénurie chronique de soins et de services Santé gynécologique : dans plusieurs régions, les femmes doivent parcourir des milliers de kilomètres et subir un accouchement provoqué par césarienne; certaines accouchent

⁹⁵ *Ibid.*, p. 102.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 110.

	<p>sans avoir pu bénéficier d'un suivi de grossesse⁹⁷</p> <p>Médecin de famille : 3/4 des personnes de Montréal n'ont pas de médecin traitant</p> <p>Soutien à domicile : plus de 20 % des personnes âgées ont besoin de service à domicile⁹⁸ les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités</p> <p>Espérance de vie : 83,4 ans (hommes : 78,6 ans)⁹⁹</p> <p>Soutien à domicile : besoins non comblés et délai d'attente de plusieurs mois¹⁰⁰</p> <p>Nombre de logements adaptés insuffisants¹⁰¹</p> <p>Services psychologiques : 236 postes de psychologues restent vacants, 400 seront à pourvoir en 2013-2014¹⁰²</p> <p>Hébergement de longue durée : 1700 lits abolis entre 2006 et 2010 en CHSLD malgré des listes d'attente importantes¹⁰³</p>
Sans considération de solvabilité	<p>Accroissement de 28,6 % du financement privé des soins médicaux et hospitaliers en 2007¹⁰⁴</p>

17. Le RQASF recommande de mettre en place un comité de travail interministériel et intersectoriel sur l'accessibilité, l'universalité, la gratuité et la qualité des services de première ligne en santé des femmes, dont les groupes de femmes en santé feront partie.

17.1 Le RQASF recommande de mettre en place les conditions pour un véritable débat public sur les partenariats public-privé en santé, sur la gouvernance en matière de politique sociale et sur l'utilisation de fonds publics pour financer des entreprises privées.
17.2 Le RQASF recommande que le gouvernement abolisse la contribution santé.

18. Le RQASF recommande, concernant l'intégrité du système public de santé, de mettre en application les recommandations de l'avis du Conseil du statut de la femme *Intégrer les*

⁹⁷ «Des femmes qui accouchent sans avoir été suivies sont désormais chose quotidienne au Québec» : «Crise aiguë en gynécologie, les médecins dénoncent la «gestion complètement déconnectée» de Québec», Louise-Maude Rioux Soucy, *Le Devoir*, 14 janvier 2011.

⁹⁸ Émilie Corriveau, «Logement adapté - les aînés veulent demeurer à domicile», *Le Devoir*, 18 décembre 2010.

⁹⁹ Conseil du statut de la femme, *Portait de femmes en 8 temps*, édition 2010, p.8.

¹⁰⁰ Caroline Montpetit, rapportant l'enquête d'Exaequo effectuée sur 270 répondants et 40 groupes («Soins à domicile : une enquête souligne un grand manque d'aide», *Le Devoir*, 20 janvier 2011).

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² «En bref : Pour plus de psychologues dans le secteur public», *Le Devoir*, 12 janvier 2011.

¹⁰³ Tommy Chouinard, *La Presse*, 17 janvier 2011.

¹⁰⁴ Institut canadien d'informations sur la santé.

CSF 46. Que l'analyse différenciée selon les sexes soit intégrée dès le départ à la conception et à l'élaboration de tous les projets de politique et de réforme d'importance dans le domaine des services de santé et des services sociaux afin que les mesures et les politiques soient adaptées aux besoins des différentes populations et respectueuses de l'égalité entre les femmes et les hommes.

CSF 47. Que la philosophie à la base du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay) soit rejetée parce qu'elle : accorde préséance au principe de liberté individuelle sur les autres principes et valeurs de notre système de santé; et reconnaît à certains individus le droit d'avoir un accès privilégié aux soins médicaux et hospitaliers au détriment d'un accès égal pour toutes et tous à des services de qualité, selon des modalités uniformes, quel que soit le statut social, la capacité de payer ou le caractère assurable de la personne.

CSF 48. Que les lois québécoises en matière de santé et de services sociaux continuent à s'inspirer des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité inscrits dans la Loi canadienne sur la santé.

CSF 49. Que le gouvernement du Québec empêche :

- la pratique mixte;
- l'extension de l'assurance privée duplicative pour les services médicaux et hospitaliers faisant partie du panier des services assurés;
- l'introduction dans le système de santé d'un financement privé permettant un accès privilégié aux services médicaux et hospitaliers assurés, dispensés par les médecins participants au sein du système public.

CSF 50. Que le gouvernement renonce définitivement au ticket modérateur.

CSF 52. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mise avant tout sur les établissements publics (centres hospitaliers, centres ambulatoires, etc.) pour la chirurgie d'un jour et ne réserve qu'un rôle résiduel aux centres médicaux spécialisés en privilégiant, dans ce cas, ceux qui sont à but non lucratif.

CSF 54. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette l'accent sur le déploiement des services de première ligne en santé en se centrant sur les organisations publiques et les organisations privées à but non lucratif, de préférence aux entreprises privées à but lucratif.

Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé, toutes ces interventions sont urgentes et nécessaires. Elles seront possibles si nous combattons le sexisme dans les structures mêmes de la société, «dans la manière dont les organisations sont dirigées, dont les interventions sont conçues et dont la performance économique d'un pays est mesurée.»¹⁰⁵ C'est l'objet du deuxième principe d'action que nous présentons dans ce mémoire.

¹⁰⁵ *Comblé le fossé...Rapport final, op. cit., p. 16*

Second principe : lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

Pour ce deuxième principe d'action, la Commission invite les États à manifester une réelle volonté d'agir pour l'équité :

Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans la façon dont la société est organisée, par exemple entre hommes et femmes. La tâche exige un secteur public puissant, déterminé, capable et suffisamment financé. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action («espace») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. À l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.»¹⁰⁶

La Commission presse les gouvernements à agir maintenant pour instaurer davantage d'équité entre les sexes, afin de réduire les inégalités de santé «en l'espace d'une génération».¹⁰⁷

Inclure l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement

Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé, la santé dépasse largement le secteur de la santé à proprement parler. Tous les secteurs du gouvernement, tous les ministères et organismes publics peuvent avoir une incidence positive ou négative sur la santé. C'est pourquoi la Commission insiste tant sur la cohérence des politiques et sur l'importance de se doter de mécanismes pour soutenir la mise en œuvre de l'équité en santé dans toutes les politiques¹⁰⁸.

Pour ce faire, des budgets convenables doivent être accordés et les ressources ne doivent pas dépendre de fonds discrétionnaires¹⁰⁹.

La Commission rappelle que les inégalités entre les sexes existent partout et que les conceptions sexistes qui influencent la répartition du pouvoir et des ressources, tout autant que les normes, les valeurs et l'organisation des services, sont injustes et inefficaces¹¹⁰. Il faut également, selon la Commission, «considérer le sexisme et la discrimination des femmes dans la façon dont les structures des gouvernements et des institutions sont organisées, et les mécanismes par lesquels les stratégies et les politiques sont conçus et appliqués.»¹¹¹

Nous avons déjà discuté des responsabilités gouvernementales en matière de condition féminine dans la première partie de ce mémoire. Notre exercice vise ici à inscrire la démarche québécoise dans le mouvement mondial en faveur de l'équité en santé et à démontrer l'ampleur des enjeux

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 2.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 112.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 147.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 145.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 148.

en cause. Encore une fois, ces tableaux illustrent le besoin de cohérence dans les politiques gouvernementales au Québec et la nécessité d'une volonté politique et d'un engagement clair en faveur de l'équité en santé.

Tableau 2.1 a Inclure l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Inclure l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement	<p>Depuis mars 2007, obligation de reddition de compte (p. 16)</p> <p>Formations sur l'ADS destinée au personnel du MSSS et au personnel du réseau (p. 23)</p> <p>Intégration de l'ADS au Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (p. 23)</p>	<p>Absence de budget fondé sur l'ADS (budget « genré »)</p> <p>L'ADS fait l'objet de formations, mais non d'intégration</p> <p>L'intégration d'une perspective différenciée en est à ses premiers balbutiements</p> <p>Absence d'approche intersectionnelle</p>

Voir notre analyse et nos recommandations 1, 2 et 5 sur l'ADS, les outils d'égalité et la gestion par résultats.

Tableau 2.1b Créer et financer une unité chargée de l'équité entre les sexes

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)
Créer et financer une unité chargée de l'équité entre les sexes	<p>MCCCCF</p> <p>Secrétariat à la condition féminine</p> <p>Réseau des responsables en matière d'égalité</p> <p>Conseil du statut de la femme et sa structure régionale</p> <p>Analyse différenciée selon les sexes (ADS)</p> <p>Système de reddition de compte</p> <p>Commission parlementaire (p. 17)</p>

Voir nos recommandations 3 et 4 sur le maintien de structures institutionnelles et la participation des groupes de femmes.

Renforcer le rôle du secteur public

La Commission des déterminants sociaux de la santé établit un lien entre le marché et l'équité en santé. Par une réglementation adéquate, les gouvernements doivent intervenir de manière à favoriser les produits et services bénéfiques à la santé et à restreindre l'accès à ceux qui peuvent y nuire.

En ce qui concerne la santé des femmes, il faut notamment investir davantage dans les services et les programmes de santé sexuelle et génésique, dans une optique d'équité en santé et de respect des droits.

Tableau 2.2 Renforcer le rôle du secteur public dans la fourniture de biens et services indispensables à une bonne santé et réglementer les biens ayant des effets néfastes sur la santé

Recommandations de l'OMS (extraits)	Bilan du MCCC (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Renforcer le rôle du secteur public dans la fourniture de biens et services indispensables à une bonne santé et de réglementer les biens ayant des effets néfastes sur la santé	<p>Projet de loi no 26 adopté en juin 2009 visant à assurer une pratique de qualité, sécuritaire et éthique en matière de procréation assistée (p. 67-68)</p> <p>Politique de périnatalité 2008-2018 Plan de mise en oeuvre à venir</p>	<p>Procréation assistée : Voir les positions de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)</p> <p>Planning des naissances, avortement et accès à la contraception : Voir les analyses et recommandations de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)</p> <p>Périnatalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pénurie chronique de services : - Médicalisation de la naissance - Insuffisance du nombre de Maisons de naissance - Non-respect du choix des femmes - Nécessité de respecter l'obligation de consentement éclairé pour la grossesse et de l'accouchement - Difficulté de reconnaissance des services de sages-femmes et d'accompagnantes à la naissance <p>Voir les analyses et recommandations du Regroupement Naissance-Renaissance</p>

19. Le RQASF recommande de mettre en œuvre les recommandations de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN).

20. Le RQASF recommande de mettre en œuvre les recommandations du Regroupement Naissance- Renaissance (RNR)

Associer tous les groupes de la société aux prises de décision

L'équité en santé se fonde notamment sur la capacité des groupes et des organisations de la société civile de se faire entendre et de faire respecter leurs droits. L'équité entre les sexes requiert que les femmes soient informées de leurs droits, qu'elles aient la possibilité de les réclamer et de contester les inégalités.¹¹²

Au Québec, les organisations de défense des droits disposent de moins en moins d'autonomie et de moyens pour participer concrètement aux prises de décisions gouvernementales.

¹¹² *Comblant le fossé... Rapport final, op. cit., p. 147.*

Tableau 2.3a Donner les moyens d’agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable aux prises de décisions

Recommandations de l’OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Donner les moyens d’agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable aux prises de décisions	Consultation sur le 1er projet de plan d’action en santé des femmes du MSSS, refonte du document Pas de consultation avant le texte final	Reformes du système de santé Décentralisation Diminution importante des lieux de participation aux décisions pour les femmes Sous-financement chronique des groupes communautaires et des groupes de femmes qui assument de plus en plus de services anciennement couverts par l’État

Voir nos recommandations 4 et 15

21. Le RQASF recommande de mettre en œuvre l’analyse et les recommandations du Réseau des tables régionales des groupes de femmes, présentées dans son mémoire «Égalité des femmes : des inégalités persistantes une action gouvernementale discutable», 2011 (p. 12) :

Que le financement pour mettre en place des activités favorisant la participation des femmes et l’augmentation de leur nombre dans les postes de décision dans les instances locales et régionales, soit attribué de façon récurrente aux organismes dont c’est le mandat ou la préoccupation. Les Tables régionales de groupes de femmes et les organismes nationaux qui travaillent pour une plus grande participation des femmes doivent faire partie des organismes ciblés pour être financés.

Que l’on s’assure que toutes les régions du Québec soient financées pour leurs activités liées aux objectifs du programme.

Tableau 2.3b Permettre à la société civile de s’organiser et d’agir de façon à promouvoir et à respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l’équité en santé

Recommandations de l’OMS (extraits)	Bilan du MCCCCF (non exhaustif)	Situation des femmes au Québec
Permettre à la société civile de s’organiser et d’agir de façon à promouvoir et à respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l’équité en santé		Fragilisation accrue des groupes communautaires, des groupes de femmes et surtout des groupes de défense des droits de femmes Insécurité financière Communautarisation accélérée : les coupures successives des services publics transfèrent de plus en plus ces services aux groupes communautaires, souvent sans contrepartie, parfois sans leur consentement, par des ententes de services ou par le financement de projets nettement moins rémunérateurs que dans le réseau de

Voir nos recommandations 15.1, 17 et 17.1 sur la nécessité d'un comité interministériel, pour un débat public en santé.

Stéréotypes sexuels et image de la femme

La **sexualisation de l'espace public** est reconnue dans la *Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes* du Québec comme un phénomène social qui menace l'égalité entre les sexes. Le rôle de certaines actrices et acteurs sociaux, notamment celui des médias, y est souligné : «Plusieurs images et discours véhiculés par les médias sont encore stéréotypés et contribuent non seulement à alimenter les préjugés et les inégalités, mais aussi à mettre en évidence différentes formes de violence¹¹³.»

En 2006, dans le cadre du colloque *Le marché de la beauté... un enjeu de santé publique*, un large consensus social sur les impacts de ce phénomène émerge, notamment en ce qui a trait à l'exploitation du corps de la femme, à l'érotisation de la violence, à la banalisation de la sexualité, à la recrudescence du modèle relationnel stéréotypé «homme dominateur/femme sexy mais soumise» et aux rapports de pouvoir qui en découlent.

Bien que plusieurs initiatives visant la lutte aux stéréotypes et sexistes aient vu le jour depuis, seule une action sociale globale et concertée pourrait optimiser l'effet combiné des diverses initiatives et amener les changements sociaux souhaités.

Nous constatons avec intérêt que dans le cadre du Programme national de santé publique, le MSSS souhaite sensibiliser les décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias¹¹⁴

22. Le RQASF recommande de mettre sur pied un comité interministériel élargi pour élaborer et implanter un *Programme multisectoriel de lutte contre les stéréotypes sexuels et sexistes*, impliquant l'ensemble des actrices et acteurs sociaux concernés, y compris les groupes de femmes.

23. Le RQASF recommande de mettre en application les recommandations du Conseil du statut de la femme dans son Avis *Le sexe dans les médias : obstacle aux rapports égalitaires* :

1. Le Conseil recommande au gouvernement d'intensifier la lutte aux stéréotypes sexuels et sexistes. Les mesures du plan d'action et de la politique de l'égalité entre les femmes et les hommes visant la promotion de modèles et de comportements égalitaires au regard de la sexualité et des rapports sexuels doivent être renforcées.
2. Le Conseil recommande au gouvernement de rendre permanent le comité de travail sur la promotion des rapports égalitaires et d'y intégrer la problématique de la sexualisation de l'espace public.

¹¹³ La Politique, p. 40.

¹¹⁴ Le Plan d'action, p. 20.

3. Le Conseil recommande au gouvernement de mener une large campagne médiatique par laquelle il ferait la promotion de rapports égalitaires entre les sexes.
4. Le Conseil recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport d'exhorter le personnel enseignant à aborder la question de l'égalité entre les sexes dans le nouveau programme d'éthique et culture religieuse, tant au primaire qu'au secondaire, et ce, à l'aide des ressources qu'il met à sa disposition pour en soutenir l'appropriation.
5. Le Conseil recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport d'encourager la prise en compte de la préoccupation de l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'éducation à la citoyenneté, et ce, dès le primaire.
6. Le Conseil recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et au ministère de la Santé et des Services sociaux d'assurer une meilleure diffusion de l'information relative à la sexualité des jeunes destinée aux parents.
7. Le Conseil recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de soutenir des initiatives visant à informer les parents sur l'utilisation d'Internet.
8. Le Conseil souhaite voir se resserrer les règles d'application des normes en matière de stéréotypes sexuels dont se sont dotés les diffuseurs et l'industrie de la publicité.
9. Le Conseil recommande à la ministre de la Condition féminine d'organiser des rencontres annuelles pour sensibiliser le milieu de la publicité au Québec aux effets des stéréotypes sexuels.

24. Le RQASF recommande :

24.1 d'implanter un programme d'éducation sexuelle spécifique, non transversal, incluant, en plus des rapports égalitaires, les impacts de santé de l'hypersexualisation et la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS);

24.2 de mettre en œuvre le plan d'action 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, en développant sur les facettes d'hypersexualisation, de diversité d'âge, d'ethnie et de handicap;

24.3 d'ajouter une obligation contractuelle à celles existantes, afin que toute entreprise faisant affaire avec le gouvernement soit tenue de véhiculer une image saine de la femme dans ses communications et de respecter les principes du *Programme multisectoriel de lutte contre les stéréotypes sexuels et sexistes*.

CONCLUSION

Un tout récent sondage indique que la santé constitue la principale priorité des Québécoises et des Québécois et que cette priorité devrait aussi être celle de leur gouvernement, puisque «pas moins de sept répondants sur 10 exhortent les gouvernements à s'attaquer en priorité aux problèmes du réseau de santé.»¹¹⁵

En ce qui concerne les femmes, nous pensons avoir fait la démonstration de leur rôle pivot dans la santé. Nous pensons également avoir démontré l'impact incontournable des déterminants de la santé sur les inégalités sociales de santé et sur la santé globale des populations. Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé dont nous avons examiné les principales conclusions fait également la preuve que les politiques gouvernementales doivent être cohérentes et non se contredire, pour favoriser l'équité en santé. Il est urgent d'agir. Pour une réforme en profondeur dans notre société, la cohérence des politiques et des actions gouvernementales est nécessaire. Il est possible d'atteindre une plus grande égalité entre les femmes et les hommes. Il est possible également d'améliorer la santé de la population, en y incluant toutes les femmes.

C'est ensemble que nous pouvons agir pour faire avancer l'égalité entre toutes les femmes, entre tous les hommes, et entre les femmes et les hommes.

¹¹⁵ Sondage Senergis publié dans *Le Devoir*, 28 décembre 2010.