



PLAN D'ACTION 1997-2000 :

*santé, bien-être et
conditions de vie
des femmes*

.....

PLAN D'ACTION 1997-2000 :
*santé, bien-être et
conditions de vie
des femmes*



Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes a été élaboré par le Service à la condition féminine, en étroite collaboration avec les directions générales concernées du ministère de la Santé et des Services sociaux.

RECHERCHE ET REDACTION

*Claire Fortin
Marie Leclerc*

COORDINATION

Claire Fortin

SOUS LA DIRECTION DE

*Rachel Ruest
Michèle Beaupré Bériau*

TRAITEMENT DE TEXTE ET MISE EN PAGES

Nicole Gingras

ÉDITION

Direction des communications

Remerciements

De nombreuses personnes ont apporté leur concours à l'une ou l'autre étape de l'élaboration du *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, que ce soit pour définir les problématiques, déterminer les actions rattachées aux thèmes retenus comme prioritaires, donner des avis sur des questions soulevées, ou encore, pour participer à la révision des différentes versions du document. Le Service à la condition féminine tient à les remercier chaleureusement pour leur excellente collaboration.

La prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes

*Sonia Poulin
Madeleine Rochon
Lise Dunnigan*

La lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales

*Marie Gagnon
Suzie Lapointe
Jules-Henri Gourgues*

La transformation du réseau

*Ginette Leclair
Danielle Desfossés
Dominique Bouchard
Nicole Gauthier
Lysette Trahan
Anne Gauthier
Nicole Gravel*

La pratique des sages-femmes

Luc Castonguay

La santé mentale des femmes et la détresse psychologique

Nicole Gauthier

Jeannine Auger

Le tabagisme chez les femmes

Lise Tremblay

Andrée Bernard

La lutte contre la violence

Jocelyne Charest

Le soutien aux groupes de femmes

Denis Carrier

Le cancer du sein

Nicole Lefebvre

Andrée Bernard

Le cancer du col de l'utérus

Patricia Caris

Lucien Tessier

Robert Jacob

La procréation médicalement assistée

André Jean

La planification des naissances

Lise Dunnigan

Le VIH/sida chez les femmes

Michelle Rompré

Le Service à la condition féminine tient aussi à remercier tous les chefs de service, les directeurs et les directrices et les sous-ministres adjointes et adjoints pour leur intérêt et leur préoccupation au regard de la santé, du bien-être et des conditions de vie des femmes, de même que madame Martine Bégin du Cabinet du ministre.

Enfin, le Service à la condition féminine tient à remercier la Direction des communications du Ministère et toutes les personnes qui ont travaillé de près ou de loin à la réalisation de ce plan d'action.

Message

du ministre de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux déploie, depuis plusieurs années, des efforts soutenus et concertés pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, de même que pour assurer de meilleures conditions de vie aux Québécoises. Au fil des ans, nous avons pu constater des améliorations certaines en ce domaine et des gains importants ont été faits, mais des obstacles persistent et il subsiste encore des inégalités entre les sexes.

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes, que j'ai l'honneur de présenter, témoigne une fois de plus de la préoccupation et de l'engagement du Ministère envers les questions de santé et de bien-être qui touchent les femmes. Il contribuera également à l'atteinte des objectifs poursuivis par la Politique gouvernementale en matière de condition féminine. Ce plan d'action contient en effet un certain nombre d'actions que le Ministère entend réaliser au cours des trois prochaines années, et ce, en étroite collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, des groupes de femmes et de nombreux autres partenaires.

La lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales, la lutte contre la violence faite aux femmes ainsi que la place des femmes dans le développement des régions sont parmi les principaux axes de ce plan d'action. Plusieurs autres préoccupations concernant la santé et le bien-être sont également traduites dans ce document, dont la santé mentale, les effets de la transformation du réseau sur les femmes, la pratique des sages-femmes, le tabagisme chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, la procréation médicalement assistée, le VIH/sida et la planification des naissances.

La prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, de même que l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales, sont deux autres des volets majeurs qui feront l'objet d'une mobilisation interministérielle. Cette décision du gouvernement d'instaurer l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouverne-

mentales ouvre une voie prometteuse qui nous permettra de mieux prendre en considération les particularités des hommes et des femmes et de mesurer la portée différente des lois et des actions gouvernementales par rapport à l'un ou à l'autre sexe. Cette approche suppose une réflexion sur le sens des différences fondamentales entre les hommes et les femmes quant aux liens entre la santé et les conditions de vie. Elle apporte, par conséquent, un éclairage qui servira à la prise de décision.

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes a été rédigé par le Service à la condition féminine, en étroite collaboration avec les directions générales concernées, lesquelles sont responsables de son actualisation. Bien entendu, ce plan d'action n'a pas la prétention d'apporter des réponses à tous les problèmes et à tous les besoins des femmes. Il se veut plutôt un outil de travail axé sur un certain nombre de priorités en matière de condition féminine.

C'est donc avec plaisir que j'invite chacune et chacun d'entre vous à prendre connaissance de ce plan d'action et à se joindre à la mobilisation en faveur de l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes.

Jean Rochon

Avant-propos

Le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* présente les actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend réaliser au cours des trois prochaines années. Ces actions représentent les défis à relever autant pour l'amélioration des conditions de vie des femmes que pour la réduction des écarts de santé et de bien-être entre les femmes et les hommes. Ce document s'attarde plus particulièrement à certaines problématiques considérées comme prioritaires par le gouvernement, les groupes de femmes et le Ministère. Ce plan d'action ne fait donc pas état de toutes les mesures que prennent ou prendront le Ministère et son réseau pour répondre aux besoins propres aux Québécoises.

Ce plan d'action comprend trois parties. La première présente les projets mobilisateurs ou intersectoriels retenus par le gouvernement et qui ont en commun l'objectif de structurer un avenir meilleur pour toutes les Québécoises et notamment pour les jeunes femmes. Deux de ces projets concernent directement le secteur de la santé et des services sociaux, soit « l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales » ainsi que « la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes ». Les objectifs visés par ces projets, les mécanismes prévus pour leur mise en œuvre et la participation du Ministère sont brièvement expliqués dans cette première partie.

La deuxième partie regroupe des actions sectorielles lesquelles relèvent directement de la responsabilité du Ministère. Ces actions, dont un certain nombre sont énoncées dans le Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises, portent sur la lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales, la transformation du réseau, la pratique des sages-femmes, le tabagisme chez les femmes, la santé et le bien-être des adolescentes et la lutte contre la violence faite aux femmes. Chacune de ces actions est mise en contexte et des indications sont données sur les responsables et les partenaires visés, sur la dimension régionale de l'action ainsi que sur les indicateurs de mise en œuvre et de résultat. Enfin, il est également fait mention dans cette deuxième partie de certains autres dossiers importants pour la santé et le bien-être des femmes et pour lesquels le Ministère a défini des orientations, des politiques ou des programmes particuliers.

La troisième et dernière partie porte entièrement sur la cinquième et nouvelle orientation de la politique gouvernementale intitulée « La place des femmes dans le développement des régions ». Les actions qui y sont présentées s'articulent autour de deux enjeux, soit la représentation équitable des femmes au sein des instances locales et régionales du réseau et la prise en compte des intérêts et des réalités des femmes par ces instances. Rappelons les quatre autres orientations de la politique gouvernementale qui permettent d'agir sur les causes économiques, sociales et culturelles à la source des différences entre les sexes : l'autonomie économique des femmes, le respect de l'intégrité physique et psychologique des femmes, l'élimination de la violence faite aux femmes ainsi que la reconnaissance et la valorisation de l'apport collectif des femmes.

Par ce plan d'action, nous voulons non seulement présenter les actions que le Ministère entend poursuivre ou mettre de l'avant, mais nous désirons également outiller les personnes désireuses d'améliorer la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes. La protection des acquis sociaux et économiques, de même que la poursuite des avancées des Québécoises demeurent les défis à relever au cours des années à venir. Ces défis nous interpellent toutes et tous, tant individuellement que collectivement.

TABLE DES MATIERES

PREMIÈRE PARTIE : LES PROJETS MOBILISATEURS	13
INTRODUCTION	15
1. L'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales	17
2. La prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes.....	19
DEUXIÈME PARTIE : LES ACTIONS SECTORIELLES	23
INTRODUCTION	25
1. La lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales	27
♦ L'économie sociale	29
♦ La sécurité alimentaire.....	33
♦ Le recours aux services de périnatalité.....	35
2. La santé et le bien-être.....	37
♦ La transformation du réseau	39
♦ La pratique des sages-femmes	49
♦ Le tabagisme chez les femmes	53
♦ La santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes	59
♦ Les autres dossiers relatifs à la santé et au bien-être.....	63
3. La lutte contre la violence.....	77

TROISIÈME PARTIE : LA PLACE DES FEMMES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES RÉGIONS	85
INTRODUCTION	87
1. La prise en compte des intérêts et des réalités des femmes par les instances locales et régionales du réseau	89
2. La représentation équitable des femmes au sein des conseils d'administration du réseau	93
3. Le soutien aux groupes de femmes	97
CONCLUSION.....	101
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	105
ANNEXE : Le résumé des actions inscrites au <i>Plan d'action 1997-2000 :</i> <i>santé, bien-être et conditions de vie des femmes</i>	111

PREMIERE PARTIE



Les projets mobilisateurs

Santé, bien-être et conditions de vie des femmes

INTRODUCTION

Le Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises, rendu public en mai 1997 par la ministre d'État de l'Emploi et de la Solidarité et ministre responsable de la condition féminine, madame Louise Harel, retient trois projets structurants pour l'avenir des Québécoises. Ces projets sont : l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales, la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, ainsi que le soutien à la progression des Québécoises dans les sciences et l'innovation technologique.

Ces projets, qui s'échelonnent sur une période de trois ans, sont dits mobilisateurs du fait qu'ils se concentrent sur des problématiques dont les composantes sont étroitement imbriquées dans le champ de responsabilité de plusieurs ministères et organismes et que leur réalisation fait appel, en conséquence, à une action concertée.

Cette action mobilisatrice vise à corriger des problèmes de première importance dans le but d'établir des conditions socio-économiques égalitaires entre les femmes et les hommes du Québec.

Cette première partie présente brièvement les deux projets qui demanderont une contribution active du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau au cours des mois et des années à venir, soit « **l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales** » et « **la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes** ».

1. L'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales

LE CONTEXTE

Le premier projet mobilisateur concerne l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales. L'importance de procéder à ce type d'analyse a notamment été soulignée lors de la Quatrième conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, tenue à Beijing, en Chine, en 1995. Depuis, des expériences d'application sont tentées dans divers pays, par exemple aux États-Unis, en Europe, dans les pays du Commonwealth, en Nouvelle-Zélande et au Canada.

Le principe d'égalité sert d'assise à l'analyse différenciée selon les sexes. Aussi, de la reconnaissance de ce droit à l'égalité résulte l'obligation, dans la conduite des affaires publiques, d'en assurer le respect. À cette fin, le gouvernement du Québec doit disposer d'un éclairage adéquat quant aux effets différents, sur les femmes et sur les hommes, qui pourraient résulter de l'application des mesures qu'il est appelé à prendre. Pour éviter les disparités que de telles mesures peuvent ainsi créer, il s'est engagé à introduire dans ses pratiques l'analyse différenciée selon les sexes.

Un des moyens préconisés pour atteindre cette égalité entre les sexes est de prendre en considération les spécificités des femmes et des hommes dans l'élaboration des analyses, des orientations, des politiques, des programmes, des mémoires, des projets de loi ou de toute autre mesure nationale ou sectorielle. L'analyse différenciée peut également être utilisée dans l'évaluation aux fins de révision ou de reconduction d'une politique ou d'une mesure particulière.

Il s'agit donc d'un processus permettant une meilleure compréhension des faits, des réalités et des besoins différents des hommes et des femmes, une visée plus précise des objectifs et un choix plus judicieux de solutions justes et équitables entre les sexes. L'analyse différenciée selon les sexes est un instrument qui apportera un éclairage supplémentaire avant la prise de décision.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Le succès de l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dépend en grande partie de l'adhésion des instances décisionnelles, d'abord au principe, ensuite à la méthode ou aux moyens qui en permettront l'application.

Cinq ministères et organismes uniront leurs efforts afin d'instaurer, d'ici trois ans, l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales : les secrétariats du Conseil exécutif et du Conseil du trésor, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère des Finances et le Secrétariat à la condition féminine. Ce comité interministériel établira également des mécanismes de liaison avec les groupes de femmes et le milieu de la recherche.

Après la mise en place d'une méthode adaptée aux réalités socio-économiques du Québec, une phase d'expérimentation, d'ajustement et de validation de la méthode a été prévue dans deux ministères, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Finances. La deuxième phase, qui est la validation finale, se déroulera au ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et au Secrétariat à l'action communautaire autonome. La troisième phase sera consacrée aux communications, à la mise au point d'instruments pédagogiques, à la formation et à l'implantation progressive dans les ministères et les organismes gouvernementaux. Enfin, la quatrième phase comprendra le suivi, l'évaluation des résultats et l'ajustement.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'analyse différenciée selon les sexes trouvera de nombreuses applications. L'instauration progressive de cette méthode d'analyse dans les pratiques du Ministère et dans celles du réseau de la santé et des services sociaux constitue le défi majeur des prochaines années. Il faut spécifier que le Ministère se préoccupe déjà de prendre en considération les implications de la variable « sexe » dans plusieurs de ses travaux.

Pour ce projet mobilisateur, le Service à la condition féminine représente le ministère de la Santé et des Services sociaux au comité interministériel. L'actualisation de ce projet fera appel à la participation des directions générales visées au sein du Ministère et, éventuellement, à la collaboration des régies régionales. Les modalités de collaboration seront définies en fonction de l'évolution des travaux du comité interministériel et des objectifs à poursuivre.

2. La prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes

LE CONTEXTE

Dans le Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises, le gouvernement juge prioritaire d'agir sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes en raison des conséquences humaines, sociales et économiques qui y sont liées. En effet, les répercussions physiques, psychologiques et sociales de la grossesse et de la maternité à l'adolescence sont importantes et les coûts sociaux qui y sont liés sont élevés. Ces jeunes, leurs familles et les enfants de ces parents adolescents en subissent les effets à court, à moyen et à long terme.

Des données récentes produites sur le taux de grossesse à l'adolescence (MSSS, 1997) fournissent des indications plus précises sur l'évolution du taux de grossesse à l'adolescence pour le Québec, depuis 1980. La situation observée chez les jeunes de moins de 18 ans est particulièrement préoccupante.

Le taux de grossesse à l'adolescence au Québec, autrefois nettement plus faible que le taux canadien, a augmenté de 50 % depuis le début des années 1980; il demeure inférieur au taux canadien uniquement en raison d'une fécondité précoce moins élevée. Sur le plan international, le Québec se situe à un niveau intermédiaire quant aux taux de grossesse ou de fécondité.

La situation chez les moins de 18 ans

En 1991, près de 50 % des jeunes Québécois et Québécoises âgés de 15 à 17 ans ont déjà eu une première relation sexuelle, et le pourcentage de consommatrices d'anovulants chez les 15-17 ans est passé de 28,5 % à 32,2 % entre 1987 et 1992-1993.

Le taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans a fortement augmenté entre 1980 et 1992, passant de 12,6 à 19,8 pour mille. L'année 1993 semble marquer un renversement de la tendance, le taux se stabilisant et déclinant par la suite. En effet, le taux a diminué en 1994 et en 1995 grâce à la baisse observée chez les 16-17 ans.

Cette baisse très récente n'est toutefois pas perceptible chez les très jeunes adolescentes de moins de 16 ans. Même si le nombre de jeunes filles visées est peu important à l'échelle de la province puisqu'on ne dénombre, en 1995, que 812 grossesses chez les adolescentes de moins de 16 ans et 267 grossesses chez celles de moins de 15 ans, cette évolution est préoccupante et devra être suivie de près dans les années futures. Une grossesse pour cent jeunes filles de 15 ans est observée chaque année. De plus, le taux de grossesse à l'âge de 14 ans a augmenté entre 1993 et 1995 et semble continuer sa progression.

En 1995, on dénombrait 18,5 grossesses pour 1 000 adolescentes de moins de 18 ans. On estime que le pourcentage de jeunes de moins de 18 ans qui deviennent enceintes chaque année est de 2 %. Environ 3 600 grossesses d'adolescentes de moins de 18 ans sont enregistrées chaque année.

Enfin, depuis le début des années 1980, la proportion des adolescentes qui deviennent enceintes avant d'avoir franchi leur dix-huitième anniversaire est passée de 6 % à 8 %.

La situation chez les 18-19 ans

Le taux de grossesse à 18-19 ans a également augmenté de moitié entre 1980 et 1992. Par la suite, seule l'année 1995 marque une légère baisse et celle-ci n'est pas significative sur le plan statistique. En outre, le taux à 19 ans demeure supérieur en 1995 à celui de l'année 1993. En 1995, on dénombre 69,4 grossesses pour 1 000 jeunes femmes âgées de 18-19 ans. Chaque année, 8 % des jeunes femmes de ce groupe d'âge deviennent enceintes.

Depuis le début des années 1980, la proportion des adolescentes qui deviennent enceintes avant leur vingtième anniversaire a progressé de 15 % à 22 %. Le mouvement à la hausse s'est essentiellement traduit par un accroissement du recours à l'interruption volontaire de grossesse.

La situation dans les régions

Les différentes régions sociosanitaires du Québec présentent des variations importantes du taux de grossesse à l'adolescence. Les communautés autochtones des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James témoignent d'une tradition de maternité précoce (taux de fécondité avant l'âge de 18 ans très élevé). Outre ces régions, Montréal-Centre et la Côte-Nord se distinguent de la moyenne provinciale par un taux élevé de grossesse à l'adolescence.

L'Outaouais a également un taux de grossesse un peu plus élevé que la moyenne provinciale.

Les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Chaudière-Appalaches, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de Québec enregistrent, au contraire, des taux moins élevés de grossesse à l'adolescence.

Les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances (MSSS, 1995) privilégient une approche d'intervention basée sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Comme le spécifient ces orientations, cette approche préconise des rapports égaux entre les hommes et les femmes se traduisant par des comportements sains et responsables. En ce qui concerne les jeunes, on insiste sur la nécessaire responsabilisation des garçons par rapport aux grossesses précoces ainsi que sur l'importance de partager les conséquences et les responsabilités liées à la sexualité entre filles et garçons. Ces orientations poursuivent deux grands objectifs. Le premier est de réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 17 ans ou moins et de réduire les conséquences de ces grossesses sur la santé et le bien-être. Le second objectif vise à corriger les inégalités entre les différentes régions du Québec dans l'accès à des services intégrés et complets de planification des naissances. Les régions régionales de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de produire des plans d'action régionaux pour la mise en œuvre de ces orientations.

La Politique de la santé et du bien-être, le rapport du groupe de travail pour les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants* et la Politique de périnatalité appuient le travail des responsables de la santé publique, du milieu scolaire, des milieux de jeunes et des organismes familiaux pour la promotion de la santé et du bien-être des jeunes. Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 s'intéressent également à cette question sociale. À cet égard, elles ont signalé des interventions efficaces ou prometteuses comme *Naître égaux* et *Grandir en santé*, un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, et *S'exprimer pour une sexualité responsable*, un projet de prévention des grossesses à l'adolescence.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Au cours des trois prochaines années, plusieurs ministères et organismes gouvernementaux mettront en commun leurs compétences et concerteront leurs actions pour trouver des solutions à la problématique des grossesses chez les adolescentes.

Les ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, de l'Emploi et de la Solidarité, de la Famille et de l'Enfance, de même que les secrétariats des Relations avec les jeunes et les aînés, aux Affaires autochtones et à la Condition féminine prendront une part active à ce projet axé sur la cohérence, la concertation et la complémentarité des actions. Ce comité interministériel est coordonné par le Secrétariat à la condition féminine.

La Direction générale de la santé publique représente le ministère de la Santé et des Services sociaux à ce comité interministériel. La Direction générale de la planification et de l'évaluation, la Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, de même que le Service à la condition féminine collaborent étroitement aux travaux reliés à ce projet.

Les actions sectorielles

Santé, bien-être et conditions de vie des femmes

INTRODUCTION

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes présente les actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à réaliser au cours des trois prochaines années. Ces actions sont regroupées sous trois grands thèmes : la lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales, la santé et le bien-être, et la lutte contre la violence.

Les actions contenues dans ce document ont été définies, entre autres, à partir des priorités de la Politique de la santé et du bien-être, des Orientations en matière de condition féminine au ministère de la Santé et des Services sociaux 1992-2000, des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 et des préoccupations des groupes de femmes. De plus, les connaissances récentes en matière de santé des femmes, particulièrement celles provenant des enquêtes de Santé Québec et celles de la publication *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes* ont apporté un éclairage important dans l'établissement des priorités et la définition de ces actions. En effet, ce qui ressort plus significativement de ces enquêtes et des analyses qui en sont faites, c'est d'abord l'impact de la situation sociale ou économique sur la santé. Ce constat soulève donc une fois de plus la nécessité de mettre l'accent sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être et sur les activités de prévention et de promotion qui répondent aux besoins des femmes.

Cette deuxième partie comprend trois sections. La première s'intéresse à **la lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales**. Les actions retenues portent particulièrement sur le développement de l'économie sociale dans le secteur de la santé et des services sociaux, sur la sécurité alimentaire et sur le recours des futures mères ou des futurs parents de milieux moins favorisés aux services de périnatalité.

La deuxième section, intitulée **La santé et le bien-être**, présente des actions considérées comme majeures, dans le contexte actuel, pour l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes. La transformation du réseau de la santé et des services sociaux, la pratique des sages-femmes, le tabagisme chez les femmes et les conditions de vie difficiles que connaissent les adolescentes sont les thèmes pour lesquels des actions concrètes ont été formulées. De plus, on mentionne un certain nombre de dossiers qui sont importants pour la santé et

le bien-être des femmes et pour lesquels le Ministère a déjà défini des orientations, des politiques ou des programmes particuliers. Il s'agit des dossiers suivants : santé mentale des femmes et détresse psychologique, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, planification des naissances, procréation médicalement assistée, VIH/sida chez les femmes.

La dernière section porte sur la **lutte contre la violence**. Elle présente un certain nombre d'actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend réaliser et qui s'inscrivent dans la poursuite de la mise en œuvre de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale et du Rapport du groupe de travail sur les agressions sexuelles, intitulé *Les agressions sexuelles, STOP*.

Pour chacun des thèmes abordés dans les trois sections, une courte mise en contexte et une liste des actions retenues sont présentées. Des précisions sont également données sur les groupes visés, sur les responsables, sur les collaborateurs, sur la dimension régionale de l'action et sur les indicateurs de mise en œuvre et de résultat utilisés. Ce plan d'action, dont la portée est de trois ans, n'a pas la prétention de répondre à tous les besoins des femmes.

L'actualisation des actions contenues dans ce document est sous la responsabilité des directions générales visées. La coordination et le suivi du plan d'action sont assurés par le Service à la condition féminine.

1. La lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales

- ◆ **L'économie sociale**
- ◆ **La sécurité alimentaire**
- ◆ **Le recours aux services de périnatalité**

L'économie sociale

LE CONTEXTE

Lors de la marche des femmes contre la pauvreté, qui eut lieu du 26 mai au 4 juin 1995, l'une des revendications mises de l'avant par la Coalition des groupes de femmes portait sur la nécessité de créer des emplois accessibles aux femmes dans le secteur social.

Considérée comme une voie qui comporte un vaste potentiel de développement, l'économie sociale vise à répondre aux besoins sociaux et collectifs des communautés locales et régionales, tout en offrant la possibilité de créer des emplois stables et convenables à partir des ressources de ces mêmes milieux. Le terme « économie sociale » regroupe donc un ensemble d'organismes sans but lucratif, coopératifs, et qui ont comme objectif la rentabilité pour la collectivité.

Issu du Sommet sur l'économie et l'emploi, un groupe de travail a été mis sur pied en mars 1996 par le gouvernement du Québec, soit le Chantier sur l'économie sociale, dont les objectifs sont de favoriser l'émergence de projets créateurs d'emplois et de donner une impulsion au développement de l'économie sociale.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, plusieurs secteurs présentent des avenues intéressantes pour le développement de l'économie sociale. Le Ministère considère comme important de développer, dans un premier temps, les secteurs suivants : les services d'aide domestique et les services de périnatalité, de même que l'hébergement social et les services aux personnes handicapées.

D'autres secteurs offrent également un potentiel pour la création d'emplois, par exemple le répit/dépannage, le gardiennage et le soutien à la famille.

Le développement de l'économie sociale part de la reconnaissance du rôle important joué par les organismes communautaires dans le soutien des personnes aux prises avec des problèmes sociaux et de santé. Le réseau de la santé et des services sociaux voit également à ce que les projets retenus se situent notamment dans les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, de la transformation du réseau, de même que dans le respect des besoins de la communauté.

Le secteur de l'économie sociale semble donc présenter un certain nombre d'avantages et de moyens pour améliorer la situation économique des femmes et pour favoriser leur valorisation sur les plans individuel et social. Par contre, la vigilance s'impose face aux risques de perpétuer la division sexuelle du travail et de créer des emplois précaires et mal rémunérés.

LES ACTIONS

1. Favoriser la création d'un réseau d'entreprises coopératives ou sans but lucratif d'aide domestique à l'échelle du Québec.

LES GROUPES VISES

Les personnes qui ont besoin de soutien à l'autonomie et qui sont orientées par un Centre local de services communautaires (CLSC), les personnes âgées, les ménages actifs, les personnes bénéficiant d'une allocation directe, notamment les personnes handicapées.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, régies régionales, centres locaux de services communautaires, ministère des Finances du Québec, Chantier sur l'économie sociale, ministère de la Sécurité du revenu, Secrétariat au développement des régions, etc.

LA DIMENSION REGIONALE

Cette action favorisera la création d'emplois en vue de répondre à des besoins sociaux relevés par les communautés locales ou régionales et complémentaires aux emplois offerts dans le secteur public. La collaboration active de différents partenaires régionaux et locaux est nécessaire.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La création des 6 000 emplois prévus, sur trois ans, dont 1 500 en 1997.
- La mise en place de mécanismes de suivi (ex. : emplois créés, services disponibles, budget, etc.).

2. Favoriser la création de centres de services en périnatalité.

LES GROUPES VISES

Une étude de faisabilité a été réalisée et a démontré qu'une population potentielle pourrait bénéficier de tels centres dans chacun des territoires des centres locaux de services communautaires ciblés.

Des services supplétifs ou alternatifs en périnatalité ainsi que des services adaptés aux caractéristiques régionales seront offerts à toutes les catégories de familles, quelles que soient leurs conditions socio-économiques, ce qui permettra de promouvoir la santé et le bien-être des tout-petits et de leurs parents.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Le projet de création des centres de services en périnatalité (centres péri-ressources) fait appel à la collaboration de différents partenaires des milieux communautaire, institutionnel et gouvernemental. Le Regroupement québécois Naissance-renaissance, le Chantier sur l'économie sociale, les régies régionales et la Fédération des centres locaux de services communautaires sont également sollicités.

LA DIMENSION REGIONALE

Le projet de création de ces centres de services en périnatalité sera réalisé en complémentarité avec les ressources communautaires et institutionnelles du milieu local et régional.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- Une étude de marché réalisée en 1997.
- La création de centres en périnatalité, sur une base expérimentale, pour une période de trois ans, et ce, à raison d'environ cinq par année.
- Un nombre minimal de trois centres seront mis en place et, sous réserve de l'évolution du dossier, deux autres centres devraient être implantés en 1997-1998.
- L'implantation de cinq centres par année pour les années subséquentes.
- La mise en place de mécanismes d'évaluation et de suivi d'implantation.

La sécurité alimentaire

LE CONTEXTE

Malgré l'accroissement de la prospérité économique de la société québécoise au cours des trente dernières années et malgré la présence de programmes sociaux parmi des plus généreux, les écarts socio-économiques entre les riches et les pauvres ne cessent de croître. On assiste même, depuis les années 80, à une augmentation de la pauvreté.

Au Québec, des statistiques alarmantes révèlent qu'une personne sur cinq vit dans la pauvreté. Ce taux de pauvreté est nettement plus élevé pour les femmes que pour les hommes. En 1993, le taux de pauvreté des femmes était de 18,5 % et celui des hommes de 13,9 %. Une des constatations les plus frappantes de l'analyse des résultats des enquêtes de Santé Québec est l'association constante entre la pauvreté et la détérioration de la santé. Ainsi, la pauvreté, la monoparentalité, la précarité de l'emploi, la faible scolarité, le manque de connaissances sur les plans du budget et de l'alimentation, sont les principales causes de l'insécurité alimentaire.

Dans le cadre de la lutte aux inégalités sociales et à la pauvreté, le ministère de la Santé et des Services sociaux, conjointement avec les régies régionales, vise à rendre accessible aux enfants, aux femmes et aux hommes, en tout temps et en toute dignité, un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à coût raisonnable et acceptable. La possibilité d'avoir accès à une alimentation adéquate et de bonne qualité est une responsabilité qui incombe à toute la collectivité.

Aussi, toutes les actions entreprises vont au-delà du dépannage alimentaire et s'inscrivent davantage dans le sens du développement social d'une collectivité, du soutien au développement de l'autonomie et de la responsabilisation des hommes et des femmes, ainsi que de la promotion d'une nouvelle solidarité de façon à permettre l'amélioration des conditions de vie.

LES ACTIONS

3. Promouvoir la sécurité alimentaire des Québécoises afin de leur assurer à elles et à leur famille un approvisionnement suffisant et nutritif à un coût raisonnable, ceci par des moyens alternatifs qui vont au-delà du dépannage alimentaire, notamment, par les cuisines collectives, les coopératives alimentaires, les stratégies d'achats de groupe et autres.

LES GROUPES VISES

Les régies régionales, les établissements et les organismes communautaires du réseau sociosanitaire qui sont susceptibles de présenter des projets pilotes et des projets de recherche dans le domaine de la sécurité alimentaire.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Régies régionales et autres instances visées par cette problématique.

LA DIMENSION REGIONALE

La collaboration des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La mise en marche et le soutien financier des projets pilotes et des projets de recherche dans le domaine de la sécurité alimentaire.

Le recours aux services de périnatalité

LE CONTEXTE

Les premières années de l'enfant sont cruciales pour son développement. Les carences vécues durant cette période, si elles sont graves et continues, peuvent s'avérer critiques, voire irréversibles, sur les plans de la santé et du bien-être. Vivre dans des conditions très précaires a des conséquences directes sur la nutrition des femmes enceintes et des bébés, sur l'état de santé à la naissance, sur l'environnement social et souvent sur la relation parents-enfants.

La Politique de périnatalité du Ministère déplorait le fait que les femmes enceintes ou les futurs parents moins favorisés soient peu nombreux à recourir aux services en périnatalité offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC). Une expérimentation pilote a donc été menée en 1995 dans trois régions du Québec (Estrie, Laurentides et Montréal-Centre) pour évaluer les possibilités d'une collaboration entre les centres Travail-Québec (CTQ) et les CLSC afin que les femmes enceintes bénéficiaires de la sécurité du revenu puissent être dirigées, dès le début de leur grossesse, vers les services en périnatalité offerts par les CLSC ou les organismes communautaires. Le rapport d'évaluation, publié en 1996, recommandait l'extension de cette expérimentation à l'ensemble des régions, sur une période de trois ans.

Pour la première année, c'est-à-dire d'avril 1997 à avril 1998, il est prévu que le programme *Du bon pied* soit implanté sur tout le territoire d'au moins un CTQ par région, ce qui implique plus d'une cinquantaine de CLSC. On compte étendre ce programme à tous les CLSC et à tous les CTQ (environ 130) d'ici l'an 2000. La collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau des CTQ sera déterminante pour atteindre les objectifs de ce programme. Il faut mentionner qu'à compter du 1^{er} avril 1998, commencera officiellement la mise en place des centres locaux d'emploi (CLE) regroupant les services de l'aide financière et les services d'aide à l'emploi. Les CLE remplaceront les CTQ.

LES ACTIONS

4. Augmenter le recours des femmes enceintes de milieux défavorisés aux services en périnatalité en suscitant une collaboration entre les centres Travail-Québec (CTQ) et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

LES GROUPES VISES

Femmes enceintes ou futurs parents de milieux moins favorisés.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Direction générale de la planification et de l'évaluation, régies régionales, centres locaux de services communautaires, organismes communautaires, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, directions régionales de la sécurité du revenu.

LA DIMENSION REGIONALE

Les régies régionales sont responsables de la coordination régionale du programme implanté dans les centres locaux de services communautaires et les organismes communautaires.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- Le nombre de femmes ou de futurs parents dirigés vers le centre local de services communautaires ou vers l'organisme communautaire.
- Le nombre de femmes accueillies par le centre local de services communautaires ou par l'organisme communautaire.
- Le nombre de femmes qui ont reçu les services.

2. La santé et le bien-être

- ◆ **La transformation du réseau**
- ◆ **La pratique des sages-femmes**
- ◆ **Le tabagisme chez les femmes**
- ◆ **La santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes**
- ◆ **Les autres dossiers relatifs à la santé et au bien-être**

La transformation du réseau

LE CONTEXTE

Le système de santé et de services sociaux du Québec connaît actuellement une profonde réorganisation. Mieux répondre aux besoins changeants de la population, profiter des nouvelles technologies, offrir des services décentralisés qui soient plus près des gens et mettre l'accent sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé constituent les principaux objectifs visés par cette réorganisation majeure. La transformation du réseau des services de santé et des services sociaux veut aussi favoriser une plus grande participation des personnes et de leurs proches aux décisions qui les concernent et préconise la continuité et la globalité des interventions ainsi que la complémentarité des responsabilités professionnelles. Soulignons que la poursuite de ces objectifs, ainsi que la décentralisation administrative, le renforcement des pouvoirs régionaux et locaux, le déplacement des soins de l'hôpital vers le milieu de vie des personnes, vont dans le sens de certaines revendications menées traditionnellement par le mouvement des femmes.

Concrètement, les changements se traduisent entre autres par le virage ambulatoire en santé physique, par le recours à la chirurgie d'un jour, par un service de première ligne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, surnommé INFO-SANTÉ CLSC, par la consolidation des services à domicile aux personnes âgées, par l'implantation d'un régime d'assurance médicaments, et par un plan de transformation des services en santé mentale.

Même si tout le monde s'entend pour transformer et adapter le système, le rendre plus efficace et surtout plus près des besoins des gens et de leur milieu de vie, cette réorganisation suscite beaucoup de questions et d'inquiétudes dans la population.

Le contexte de restrictions budgétaires affectant toutes les fonctions gouvernementales au moment même où cette transformation a lieu, les Québécoises s'interrogent sur les effets produits par le virage ambulatoire. Elles craignent d'en faire les frais comme travailleuses, usagères ou membres de l'entourage

immédiat d'une personne malade. Elles entrevoient également le risque que soient renforcées les inégalités qui marquent encore les rapports sociaux entre les femmes et les hommes.

Il importe donc d'examiner quels sont ou seront les effets positifs et négatifs des transformations en cours sur les usagères, les aidantes et les aidants dits « naturels » qui soutiennent les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant d'incapacité physique ou mentale sévère, les personnes ayant des troubles mentaux ou d'autres catégories de personnes dépendantes, ainsi que les effets de ces transformations sur les travailleuses du réseau. En outre, des mesures doivent être prévues pour soutenir les femmes qui reçoivent des services et qui sont en situation de vulnérabilité. Le secteur de la périnatalité affectant d'abord des femmes à titre d'usagères, il doit aussi faire l'objet d'actions spécifiques visant un nouveau partage des responsabilités.

LES ACTIONS

5. Évaluer l'impact de la transformation du réseau sur les familles, les proches et les travailleuses. Cette évaluation s'intéressera à la fois à la transformation de l'organisation des services et à ses conséquences sur les personnes aidantes et sur les travailleuses, qui sont majoritairement des femmes.

LES GROUPES VISES

Plusieurs projets sont envisagés ou sont en cours actuellement :

- L'évaluation des services de soutien aux familles et aux proches de personnes vulnérables éprouvant des problèmes de santé de nature chronique. Trois catégories de clientèles sont particulièrement ciblées :
 - les personnes âgées en perte d'autonomie, notamment celles qui ont des problèmes cognitifs;
 - les personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants, dont les personnes atteintes d'autisme;
 - les personnes présentant des déficiences physiques et intellectuelles.
- L'évaluation des effets du virage ambulatoire : responsabilité et encadrement dans la prestation des soins à domicile :
 - les proches et les familles des personnes ayant eu des interventions en chirurgie d'un jour.
- L'évaluation des effets de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières : volet épidémiologique.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, Service à la condition féminine, régies régionales, représentantes et représentants des familles et des usagers et usagères, chercheuses et chercheurs, groupes de femmes.

LA DIMENSION REGIONALE

La participation des régies régionales à la conception et à la réalisation du projet.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La réalisation des projets mentionnés sous la rubrique « les groupes visés ».
- La mise à profit des résultats dans les orientations et les politiques liées à ces clientèles.

6. Énoncer des orientations ministérielles en vue de l'élaboration de programmes d'information, de formation, de support, d'accompagnement et de répit aux aidantes et aux aidants.

LES GROUPES VISES

Toute personne offrant des soins personnels et de l'aide dans les activités quotidiennes à une personne en perte d'autonomie, souffrant d'une incapacité physique ou mentale ou bénéficiaire de services dans le cadre du vi-rage ambulatoire en santé physique.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Service à la condition féminine, régies régionales, centres locaux de services communautaires, organismes communautaires : particulièrement les groupes de femmes et les entreprises d'économie sociale.

LA DIMENSION REGIONALE

La mise en place de programmes de soutien aux aidantes et aux aidants par les partenaires régionaux.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- L'évaluation des programmes à l'intention des aidantes et des aidants.

7. Énoncer des orientations ministérielles favorisant l'adaptation des services et le support à l'intention des femmes en situation vulnérable, notamment celles recevant des services hospitaliers ou spécialisés en santé physique.

LES GROUPES VISES

Les personnes en situation de vulnérabilité en raison de conditions de vie difficiles (monoparentalité, violence, pauvreté, isolement, perte d'autonomie, etc.) ou en raison d'un épisode de soins spécialisés (chirurgie, traitements palliatifs ou spécialisés, etc.), ainsi que les responsables de personnes dépendantes.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Service à la condition féminine, régies régionales, centres locaux de services communautaires, centres hospitaliers, organismes communautaires, services municipaux.

LA DIMENSION REGIONALE

Les régies régionales et les partenaires assurent l'adaptation des services, lesquels sont assortis du soutien psychosocial approprié.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- L'identification des éléments nationaux permettant le développement de critères de vulnérabilité dans chaque région.
- Le développement d'indicateurs de suivi et d'indicateurs d'évaluation des approches adaptées aux personnes vulnérables.

8. Énoncer des orientations ministérielles pour l'établissement des pratiques et des protocoles dans le cadre de séjours en périnatalité-obstétrique et de suivis postnatals.

LES GROUPES VISES

Les femmes dont l'état nécessite des services, au moment de leur accouchement et après, ainsi que leur nouveau-né.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Régies régionales, associations de pédiatres, de gynécologues, d'omnipraticiens, de sages-femmes, d'infirmières et infirmiers, de groupes communautaires en périnatalité.

LA DIMENSION REGIONALE

Les régies régionales ont la responsabilité de définir les protocoles et le suivi des pratiques.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- L'adoption de paramètres relatifs à la pratique.
- La mise en place de mécanismes de suivi.
- La signature de protocoles dans les régions.
- L'évaluation des protocoles et des mécanismes.

9. Définir la gamme de soins et services (1^{re}, 2^e et 3^e lignes) requis en médecine génétique, notamment au regard du dépistage prénatal.

LES GROUPES VISES

- Les femmes enceintes à risque.
- Les femmes enceintes de plus de 35 ans.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, Direction générale de la santé publique, Service à la condition féminine, régies régionales, Fonds de la recherche en santé du Québec, Conseil d'évaluation des technologies de la santé, réseau de médecine génétique et réseau de l'enseignement supérieur (recherche).

LA DIMENSION REGIONALE

La planification et la prestation des services sont sous la responsabilité des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- L'élaboration d'orientations et démarche de consultation.
- Le suivi et l'évaluation de l'implantation des services découlant de ces orientations.

- 10. Expérimenter des projets de partage du temps de travail, identifier les besoins en matière de conciliation travail-famille dans le réseau et tracer un portrait réel des effets de la transformation du réseau sur les travailleuses afin de maximiser toutes les possibilités pour faciliter l'équité en emploi.**

LES GROUPES VISES

Les travailleuses du réseau.

LES RESPONSABLES

Direction générale des relations professionnelles.

LES COLLABORATEURS

Régies régionales, associations patronales et syndicales.

LA DIMENSION REGIONALE

L'exploration de projets de partage du temps de travail dans une région.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- Proposition d'orientations ou mise en place de programmes relatifs au partage du temps de travail.
- Mise en place de stratégies d'action en matière de conciliation travail-famille.
- Réalisation d'une étude visant à tracer un portrait réel des effets de la transformation du réseau sur les travailleuses, notamment sur les infirmières, et définition d'orientations en ce domaine.

La pratique des sages-femmes

LE CONTEXTE

Les femmes demandent depuis plusieurs années la démedicalisation et l'humanisation des soins entourant la grossesse et l'accouchement. Elles dénoncent également les interventions obstétricales souvent non pertinentes (épisiotomie, césarienne, forceps) et réclament le droit d'accoucher où elles le veulent et avec la personne de leur choix. Elles souhaitent aussi la reconnaissance de la pratique des sages-femmes.

Pour répondre aux besoins exprimés par les femmes et les couples québécois, le gouvernement a adopté, en juin 1990, la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. Huit projets ont été retenus pour expérimentation et leur gestion a été confiée à un établissement du réseau de la santé, à savoir un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier.

Cette expérimentation vise principalement à évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention des naissances de bébés prématurés ou de faible poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles-cibles, dans le but de déterminer la pertinence de permettre ou non cette pratique et, le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité. En 1998, à la fin de l'expérimentation, le gouvernement se prononcera sur la légalisation de la profession de sage-femme à la lumière de l'évaluation de la pratique observée dans les projets-pilotes.

Les huit projets-pilotes retenus sont les suivants : la maternité du Centre de santé à Puvirnituk, la maison de naissance du CLSC Lac-Saint-Louis à Pointe-Claire, la maison de naissance Côte-des-Neiges à Montréal, la maison de naissance Mimosa à Saint-Romuald, la maison de naissance de l'Estrie à Sherbrooke, la maison de naissance de l'Outaouais à Gatineau et la maison de naissance Colette-Julien à Mont-Joli. La maison de naissance du CLSC Le Norois

à Alma a toutefois dû fermer définitivement ses portes en mars 1996, faute d'un nombre suffisant de sages-femmes.

En 1993, selon un sondage réalisé au Québec par la Fédération des CLSC et le Conseil du statut de la femme, 80 % de la population est favorable à l'existence de maisons de naissance et 55 % des femmes choisiraient de préférence une sage-femme pour leur accouchement. Ces données, alliées au succès remporté jusqu'à ce jour par les maisons de naissance, indiquent que la pratique des sages-femmes pourrait continuer.

Au moment où l'expérimentation de la pratique des sages-femmes prend fin, cette profession en émergence s'inscrit parfaitement dans l'esprit de la transformation du réseau, du virage ambulatoire, de la prévention des problèmes sociaux et de santé et de la promotion de la santé. Il y a donc lieu d'augmenter le bassin de sages-femmes reconnues aptes à pratiquer, de statuer sur la reconnaissance légale de cette profession et de démarrer le programme de formation afin de planifier le développement de la main-d'œuvre, en conformité avec les objectifs sociosanitaires établis grâce à l'expérimentation actuellement en cours.

LES ACTIONS

11. Introduire, dans le réseau de services sociosanitaires, la pratique autonome des sages-femmes et l'intégrer dans les services de première ligne et dans le continuum de services périnataux.

LES GROUPES VISES

Les femmes en âge de procréer.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Comité d'admission à la pratique sage-femme, régies régionales, Office des professions du Québec, Collège des médecins du Québec, ministère de l'Éducation du Québec, universités, regroupement Les sages-femmes du Québec, associations professionnelles de la santé, Mouvement Naissance-renaissance et Association de la santé publique du Québec.

LA DIMENSION REGIONALE

L'organisation des services est sous la responsabilité des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La reconnaissance légale de la profession.
- La mise en place d'un programme de formation.
- L'énoncé d'objectifs permettant la réorganisation des services.

Le tabagisme chez les femmes

LE CONTEXTE

Au fil des ans, le tabagisme est devenu un problème majeur de santé publique au Québec. La santé des femmes est gravement menacée par cette toxicomanie et les données sur l'augmentation de la mortalité féminine due au cancer du poumon incitent à examiner sérieusement le rapport que les femmes ont avec le tabac. En effet, depuis 1993, ce type de cancer représente la première cause de décès dus au cancer chez les femmes, devançant maintenant le cancer du sein.

Le tabagisme, reconnu comme un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé, fait l'objet de quatre objectifs de la Politique de la santé et du bien-être : diminuer la proportion de naissances de bébés de poids insuffisant, réduire la mortalité par maladie cardiovasculaire, stabiliser la mortalité par cancer du poumon et diminuer la mortalité par maladie du système respiratoire. En tenant compte de ces objectifs, le but poursuivi est de réduire la consommation de tabac et d'augmenter jusqu'à 80 % la proportion de non-fumeurs d'ici l'an 2002. Les données de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 situent cette proportion à 66 %. Au moment de cette enquête, 30 % des Québécois de 15 ans et plus déclaraient fumer la cigarette tous les jours (35 % en 1987); 32 % des hommes et 29 % des femmes fumaient régulièrement. Chez ces dernières, le taux le plus élevé se situait chez les 18 à 34 ans (37,9 %) et l'on observait, par la suite, une diminution régulière à mesure que l'âge augmente.

Cette même enquête indiquait, chez les jeunes de moins de 25 ans, une augmentation constante de l'usage de la cigarette avec l'âge. Ainsi, chez les 15-17 ans, un jeune sur cinq était fumeur régulier; chez les 18-19 ans, la proportion s'élevait à un peu plus du quart (27 %), pour atteindre près de un sur trois chez les 20-24 ans (32 %). Les proportions estimées diffèrent peu selon le sexe. Par contre, chez les 15-17 ans, la proportion de jeunes femmes (22,3 %) qui fumaient régulièrement était plus élevée que pour les jeunes hommes (19,5 %). On comptait 46 % de fumeuses chez les femmes de 15 à 24 ans enceintes. L'usage de la cigarette est significativement plus élevé chez les femmes moins

scolarisées ou sans emploi, chez les femmes de milieux défavorisés ainsi que chez les jeunes femmes autochtones.

En 1994, 35,4 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus était composée de fumeurs et de fumeuses. Selon des données plus récentes, les trois dernières années ont été marquées par une tendance à la hausse du tabagisme chez les jeunes. Un sondage sur la cigarette réalisé en 1996 par Everest Recherche-Stratégie auprès des jeunes indique que la consommation maintient sa tendance à la hausse. Trente-huit pour cent de l'ensemble des répondants déclarent être fumeurs réguliers ou occasionnels et les filles sont plus nombreuses que les garçons à fumer, dans une proportion de 43 % contre 33 %.

Les jeunes demeurent donc un groupe vulnérable et plus encore quand on sait que l'habitude de fumer s'acquiert avant l'âge de 16 ans pour une bonne proportion de fumeurs réguliers (enquête 1992-1993 de Santé Québec). La prévention constitue un élément majeur puisque l'on sait maintenant que peu de gens commencent à fumer après l'âge de 20 ans.

Dans l'élaboration des pratiques d'intervention, il importe de mieux comprendre l'usage de la cigarette chez les jeunes filles de moins de 15 ans et son importance comme phénomène de socialisation si l'on veut intervenir efficacement auprès de cette population cible. Il est aussi nécessaire de connaître les caractéristiques des jeunes filles et des jeunes femmes qui fument de façon régulière et surtout leurs motivations quant à la décision de commencer à fumer et de persister à fumer. Les réalités et les conditions de vie des femmes, l'importance du tabagisme chez les jeunes filles de milieux défavorisés et la relation des femmes avec leur poids corporel sont autant d'éléments à considérer dans les interventions qui visent ces populations. Mentionnons, entre autres, que la combinaison tabac-anovulants accroît chez les jeunes femmes le risque de maladies de l'appareil circulatoire.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a conçu et diffusé en 1994 un Plan d'action de lutte au tabagisme basé sur trois grands axes : la prévention du tabagisme, la protection des non-fumeurs et la cessation. Cette problématique fait également partie des Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Le présent plan d'action en matière de santé, de bien-être et de conditions de vie des femmes a retenu, parmi ces priorités nationales, deux actions qui visent particulièrement les femmes. Elles sont présentées dans les pages qui suivent. Par ailleurs, d'autres actions, également prévues dans le cadre des priorités

nationales de santé publique, rejoindront directement ou indirectement les femmes. En voici l'énoncé.

- S'assurer de la réalisation de programmes de prévention du tabagisme en milieu communautaire, notamment auprès de la clientèle de milieux défavorisés.
- Amener le milieu scolaire à implanter une stratégie de prévention du tabagisme rejoignant les élèves du primaire et du secondaire, en portant une attention particulière au tabagisme féminin.
- Documenter et surveiller l'incidence et la prévalence du tabagisme chez les jeunes (catégorie d'âge, sexe, région). À cet effet, l'enquête générale sur la santé et le bien-être de la population de Santé Québec 1998 et l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, qui sera réalisée à l'hiver 1999, permettront la mise à jour des données sur la situation du tabagisme chez les femmes et chez les adolescentes.

La réalisation de toutes ces actions fait appel aux milieux de la santé et des services sociaux, de la santé publique, de l'éducation, aux groupes communautaires ainsi qu'aux divers organismes préoccupés par la question du tabagisme.

LES ACTIONS

- 12. Proposer aux régies régionales et aux milieux scolaires d'intégrer, dans le cadre de leur stratégie de prévention du tabagisme, des composantes destinées à informer les femmes sur la problématique du tabagisme et de s'assurer que des services de soutien à l'abandon de l'usage du tabac leur soient accessibles.**

LES GROUPES VISES

Les adolescentes, les jeunes femmes, les femmes enceintes, les femmes affectées par des problèmes de santé, les femmes de milieux défavorisés.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Directions régionales de santé publique, infirmières scolaires, ministère de l'Éducation du Québec (Direction des programmes), commissions scolaires, personnel enseignant, milieu communautaire.

LA DIMENSION REGIONALE

Toutes les régions sont visées. Ces actions se rapportent aux objectifs de la Politique de la santé et du bien-être et aux Priorités nationales de santé publique 1997-2002.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La réalisation de programmes de prévention et de cessation adaptés aux populations visées.
- L'évaluation de l'effet des programmes sur le comportement tabagique des femmes.

13. Réaliser et diffuser des documents d'information sur le tabagisme spécifiquement destinés aux jeunes filles et aux femmes.

LES GROUPES VISES

- Les adolescentes.
- Les femmes (particulièrement les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants).

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Service à la condition féminine, diverses autorités médicales, directions régionales de santé publique (réseau des répondantes et des répondants en matière de tabac) et infirmières scolaires.

LA DIMENSION REGIONALE

La collaboration de différents partenaires régionaux.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La conception et la rédaction des documents (en collaboration).
Note : Ces documents aborderont, entre autres, des questions telles que le tabagisme en rapport avec le poids et les craintes liées à l'obésité, la combinaison tabac-anovulants et les risques associés au tabac pendant la grossesse. Ils traiteront aussi des dangers de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) pour les non-fumeurs, particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants.
- La réalisation et la production de ces documents.
- Leur diffusion dans les réseaux visés.
- L'évaluation de leur effet sur les connaissances.

La santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes

LE CONTEXTE

L'adolescence se caractérise par une forte croissance physique, des changements physiologiques, le développement des organes sexuels, l'affirmation et l'identité, la maturation intellectuelle et l'évolution de l'image corporelle. Cette période charnière confronte aussi les jeunes à de nombreux défis : devenir autonome et indépendant de ses parents, entrer en relation avec les autres, se forger une identité propre et préparer son avenir. C'est également l'âge où se produit l'intégration des rôles sexuels par l'entremise des premiers rapports amoureux, des amitiés, des habitudes de vie et des choix face à l'avenir. C'est aussi une période d'expérimentation, de recherche, d'identification, de maturation et de développement de l'autonomie.

L'analyse des données tirées des enquêtes réalisées par Santé Québec nous indique qu'il faut porter une attention particulière aux adolescentes et aux jeunes femmes, à leurs habitudes de vie, à leur santé physique et à leur santé psychologique. En effet, les résultats de ces enquêtes montrent que dès l'âge de 15 ans, certains comportements ou certains symptômes sont déjà présents dans la vie des jeunes femmes. C'est le cas, par exemple, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues, du contrôle excessif du poids corporel et de la détresse psychologique. Aussi, ce qui ressort plus significativement de ces enquêtes, c'est d'abord l'impact de la situation sociale ou économique sur la santé des femmes.

La vue d'ensemble qu'offrent les comparaisons entre les enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 présente un bilan peu positif de la santé et du bien-être des jeunes et, particulièrement, des adolescentes. La hausse de la détresse psychologique, le taux élevé de grossesses à l'adolescence, la détérioration de la perception qu'ont les jeunes filles de leur état de santé et le contexte socio-économique peu favorable laissent prévoir un futur sombre pour celles-ci.

Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être des adolescentes résulte de la conjonction de nombreux facteurs ou déterminants et de leurs multiples interrelations : les habitudes de vie et les comportements, l'environnement physique, les milieux de vie, les conditions de vie et l'organisation des services.

Cette préoccupation à l'égard de la santé et du bien-être des adolescentes nous incite à cerner, à analyser et à mieux comprendre les besoins propres aux adolescentes, leurs réalités, leurs difficultés et leurs problèmes, et ce, dans une perspective féministe et globale. Ce besoin est justifié par le fait que la littérature scientifique sur les adolescentes, très abondante d'ailleurs, est beaucoup plus spécifique que globale, en ce sens que les études portent sur des aspects très précis de la vie des adolescentes, comme la contraception, le tabagisme, les maladies transmissibles sexuellement (MTS), etc.

L'adolescence constitue un moment privilégié pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de certains problèmes. C'est aussi une période pendant laquelle se confirment, se consolident ou peuvent se corriger les rapports d'inégalité entre les adolescentes et les adolescents. Nous devons donc toutes et tous être plus attentifs aux difficultés qu'éprouvent les adolescentes, et chercher à mieux comprendre celles-ci et à leur accorder le soutien dont elles ont besoin.

LES ACTIONS

14. Produire et diffuser une monographie sur la santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes qui prendra en compte les besoins, les réalités et les diverses problématiques vécues par les adolescentes, de même que les liens entre celles-ci permettant une meilleure adaptation des interventions à leur égard.

LES GROUPES VISES

- Les intervenantes et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.
- Les groupes de femmes.
- Les organismes communautaires qui travaillent auprès des jeunes.
- Les ministères et organismes gouvernementaux visés.
- Les autres personnes ou groupes intéressés.

LES RESPONSABLES

Service à la condition féminine.

LES COLLABORATEURS

Direction générale de la santé publique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, régies régionales, personnes expertes en la matière dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans d'autres milieux.

LA DIMENSION REGIONALE

La monographie tiendra compte des disparités régionales et sera diffusée auprès des instances régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La production de la monographie.
- La diffusion de cette monographie.

Les autres dossiers relatifs à la santé et au bien-être

LE CONTEXTE

Outre les thèmes qui ont été abordés (effets de la transformation du réseau sur les femmes, pratique des sages-femmes, tabagisme chez les femmes et santé des adolescentes), d'autres dossiers sont également considérés comme importants au regard de la santé et du bien-être des femmes. Parmi ceux-ci, mentionnons, entre autres, la santé mentale des femmes et la détresse psychologique, le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, la planification des naissances, la procréation médicalement assistée et le VIH/sida chez les femmes. Les pages qui suivent présentent brièvement les problématiques en cause et rappellent les principales interventions du Ministère au regard de chacun de ces dossiers.

Le cancer peut affecter gravement la santé et le bien-être des femmes. Aucune Québécoise n'est à l'abri de cette grave maladie. Toutefois, il existe maintenant des programmes qui peuvent prévenir, à un stade précoce, certains cancers et réduire considérablement le taux de mortalité chez les femmes. Il en est ainsi du dépistage du cancer du sein et du dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux considère qu'il est important de définir et d'implanter des programmes propres à ces deux types de cancer. Il s'agit, entre autres, du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, actuellement en vigueur, ainsi que du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, dont l'implantation est prévue prochainement au Québec.

La sexualité et la fonction de reproduction concernent toutes les Québécoises. L'information, l'éducation et les services relatifs à la planification des naissances ne sont pas facilement accessibles ni disponibles partout au Québec. Par ailleurs, en ce qui concerne les jeunes, l'absence ou l'échec de la contraception sont deux facteurs importants de la grossesse à l'adolescence. Au regard de ces problématiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux a énoncé des Orientations ministérielles en matière de planification des naissances dont la

mise en œuvre est assurée par les régies régionales. De plus, l'essor foudroyant de la procréation médicalement assistée, plus couramment nommée « Les nouvelles technologies de reproduction (NTR) » soulève des questions éthiques, sociales et juridiques. Ces technologies sont également sources d'inquiétudes pour les femmes. Le Ministère est préoccupé par toutes ces questions et par la mise en place de mesures qui tiennent compte des dimensions humaines et sociales entourant l'incapacité des femmes et des hommes à procréer. Enfin, l'apparition du VIH/sida et la progression rapide de cette maladie dans la population féminine sont également très préoccupantes. Des programmes spéciaux sont maintenant conçus pour répondre aux besoins et aux réalités des femmes, particulièrement des femmes enceintes ou de celles désirant le devenir.

Il est évident que ce plan d'action ne rend pas compte de tout ce que le Ministère fait ou entend faire dans chacun de ces dossiers. Il n'est donc pas exhaustif. Il ne présente pas non plus tout ce qui est fait au Ministère au regard de la santé, du bien-être et des conditions de vie des femmes. À titre d'exemple, la consommation de médicaments et la toxicomanie chez les femmes, les maladies cardiovasculaires et les maladies ostéo-articulaires sont des dossiers pour lesquels le Ministère entend poursuivre ou intensifier ses actions au cours des prochaines années.

La santé mentale des femmes et la détresse psychologique

La Politique de la santé et du bien-être reconnaît les rapports hommes-femmes comme l'un des facteurs déterminants de la santé et du bien-être. La socialisation des personnes et la division des rôles en fonction du sexe déterminent une position particulière dans l'organisation sociale et sous-tendent les rapports de pouvoir et de dépendance qui modulent les conditions de vie et les capacités d'agir de l'individu; ces éléments sont également reconnus pour avoir une influence sur la santé mentale des personnes.

La diminution des problèmes de santé mentale dans la population québécoise d'ici l'an 2002 est un des objectifs retenus dans la Politique de la santé et du bien-être. Afin d'améliorer la situation des femmes sur le plan de la santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'assurer que l'organisation des services s'ajuste aux besoins des femmes âgées, des mères seules, des adolescentes défavorisées et des femmes violentées.

Selon l'enquête sociale et de santé 1992-1993 de Santé Québec, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes (32 % comparativement à 22 %) à se retrouver à un niveau élevé dans l'échelle de détresse psychologique. L'écart se maintient à tous les âges; cependant, il est plus prononcé chez les jeunes de 15 à 24 ans (femmes : 40,8 %; hommes : 29,7 %) et chez les personnes âgées de 65 ans et plus (femmes : 20,0 %; hommes : 9,3 %).

Par ailleurs, les adolescentes de 15 à 19 ans (45,6 %), les femmes de 25 à 44 ans qui sont veuves, séparées ou divorcées (47 %), les femmes sans emploi (45 %) ainsi que les mères monoparentales (46 %) présentent les plus hauts taux de détresse psychologique.

Soulignons également que les femmes souffrent davantage de dépression majeure (2,0 % comparativement à 1,2 % chez les hommes) et de troubles anxieux (phobies, anxiété). Elles consomment deux fois plus de médicaments que les hommes et se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants qu'eux.

Les rapports hommes-femmes, la division sexuelle des rôles et la socialisation stéréotypée qui en découle, ainsi que certaines conditions de vie préjudiciables, demeurent les principaux facteurs de fragilisation de la santé mentale des

femmes. La violence, les conflits engendrés par une séparation ou un divorce, la précarité de l'emploi, le chômage, les reculs dans les programmes sociaux et la pauvreté sont autant de facteurs qui accentuent la détresse chez les femmes.

De plus, on remarque dans les modes de pratique, une tendance fréquente à ramener les problèmes vécus par les femmes à des difficultés intrapsychiques, plutôt que d'en percevoir les causes dans la socialisation des femmes et dans leurs conditions de vie. Cela a pour effet d'isoler davantage les femmes et d'accentuer la perte d'estime d'elles-mêmes.

Ainsi que le prévoyait le Plan d'action ministériel 1993-1996 en matière de condition féminine, un groupe de travail a été mandaté par le Ministère afin de proposer des références pour l'action en matière de santé mentale des femmes et des recommandations permettant d'alimenter les travaux du Ministère et de son réseau sur ces questions. Le comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes a déposé son rapport *Écoute-moi quand je parle...* en juin 1997 et le MSSS l'a publié en janvier 1998. Ce document apporte un éclairage majeur sur la santé mentale des femmes dans le contexte de la transformation des services en santé mentale actuellement en cours.

Les principales recommandations du rapport *Écoute-moi quand je parle...* portent sur la nécessité de reconnaître le sexe des personnes comme un déterminant majeur en santé mentale, sur l'importance d'une analyse différenciée selon les sexes, ainsi que d'une mise en relation entre la santé mentale des femmes et leurs conditions de vie. On insiste également sur l'amélioration de la concertation entre les différentes ressources, y compris avec les centres de femmes voués à la santé mentale, sur la mise en place de services de répit, sur la formation des intervenantes et des intervenants, ainsi que sur la réalisation de recherches sur la consommation de médicaments chez les femmes.

Dans la perspective d'une meilleure compréhension de l'évolution des besoins des femmes, le suivi des indicateurs sur la transformation du réseau de la santé mentale doit distinguer les deux sexes dans la collecte et l'analyse des données.

Le cancer du sein

Le cancer du sein occupe la première place parmi toutes les formes de cancer diagnostiquées chez les Québécoises et constitue la deuxième cause de décès dus au cancer chez les femmes. En 1996, 4 100 nouveaux cas étaient recensés et le nombre de décès s'élevait à 1 450.

Près de 80 % des cas de cancer du sein sont diagnostiqués chez les femmes de 50 ans et plus. Le taux de survie après cinq ans est estimé à moins de 20 % lorsque le cancer montre un envahissement à distance contre plus de 85 % lorsqu'il est encore localisé.

Actuellement, il demeure impossible de prévenir l'apparition du cancer du sein car les causes qui en sont responsables sont encore inconnues. Par contre, on reconnaît que certains facteurs comme l'âge et l'hérédité peuvent augmenter le risque d'être atteinte de ce cancer. Quant à l'hérédité, on sait que les femmes dont la mère ou une sœur a développé un cancer du sein avant la ménopause voient leur risque augmenter. Enfin, l'approche la plus susceptible de diminuer la mortalité reliée à ce cancer est d'intervenir le plus précocement possible pour modifier l'évolution naturelle de la maladie.

En 1992, dans sa Politique de la santé et du bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux encourageait le dépistage précoce chez les femmes de 50 à 69 ans. Le 30 octobre 1997, il procédait au lancement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Ce programme repose sur la santé de la femme et vise, d'ici 2007, à réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité causée par le cancer du sein, par rapport au taux de 1997, chez les Québécoises invitées au dépistage.

Dans la lutte au cancer du sein, trois méthodes de détection précoce sont utilisées, soit l'auto-examen des seins (AES), l'examen clinique des seins (ECS) et la mammographie de dépistage. La méthode privilégiée par ce programme est la mammographie de dépistage, laquelle ne remplace ni l'AES ni l'ECS.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein poursuit les objectifs suivants :

- diminuer la mortalité causée par le cancer du sein;

- améliorer au maximum la détection précoce du cancer du sein dans la population visée;
- assurer à toutes les femmes visées des mammographies de dépistage de qualité, pratiquées dans des centres certifiés et désignés;
- assurer un dépistage répondant à de très hauts standards de qualité, d'efficacité et d'efficience;
- assurer des services visant le maintien de la qualité de vie des femmes, et ce, en tenant compte des besoins et des droits de celles-ci, particulièrement de leur droit à la confidentialité et de leur droit de prendre des décisions éclairées;
- garantir la continuité des services que suppose le dépistage.

Ce programme structuré de dépistage du cancer du sein par mammographie est offert à toutes les femmes de 50 à 69 ans, quelle que soit la région où elles habitent. Des études scientifiques ont montré que si la majorité des femmes de 50 à 69 ans passaient régulièrement une mammographie de dépistage, soit tous les deux ans, on pourrait réduire de beaucoup le nombre de décès dus à cette maladie. C'est pourquoi un programme de dépistage du cancer du sein a été mis sur pied pour les femmes de ce groupe d'âge.

Les femmes de 50 à 69 ans recevront donc une invitation postale à participer au programme de dépistage du cancer du sein. Pour y être admissibles, les femmes doivent appartenir au groupe d'âge des 50 à 69 ans et ne pas avoir été atteintes d'un cancer du sein dans le passé.

Il est aussi important de mentionner que sur ordonnance médicale, les femmes de 40 à 49 ans à haut risque, de même que celles de 70 ans et plus, peuvent recourir aux services de dépistage aux deux ans ainsi qu'aux services de soutien et aux services particuliers du centre de référence désigné pour investigation. De plus, toujours sur ordonnance médicale, les femmes de tous les âges peuvent avoir accès à une mammographie diagnostique et aux examens complémentaires lorsque des signes ou des symptômes rendent ces examens nécessaires.

Les Québécoises sont donc invitées à prendre leur santé en main et, pour celles qui sont visées, à accepter l'invitation qui leur sera faite de passer une mammographie de dépistage. En détectant le plus tôt possible la présence d'une tumeur, on augmente les chances de guérison car, en général, les traitements sont plus efficaces lorsque le cancer est peu avancé.

Le cancer du col de l'utérus

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verra, en 1998, à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce programme s'intégrera au programme global de lutte contre le cancer mis de l'avant par le comité consultatif sur le cancer.

Plusieurs facteurs sont en cause dans le processus de formation de ce cancer. Parmi ces facteurs, mentionnons, entre autres, la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, le tabagisme et une forte association avec le virus du papillome humain (VPH).

Au cours des dernières décennies, la mortalité par cancer envahissant du col de l'utérus et l'incidence de ce cancer ont grandement diminué au Québec comme dans le reste du Canada. En 1996, on estimait qu'au Québec, 220 nouveaux cas de cancer envahissant du col de l'utérus seraient détectés et que 75 femmes en mourraient. Cette évolution favorable est largement attribuable au dépistage.

Le dépistage cytologique cervical constitue actuellement le principal outil de détection du cancer du col et un élément important de l'examen médical périodique chez la femme. La plupart des femmes qui consultent pour un examen gynécologique ont déjà entendu parler du test de Papanicolaou ou « test de Pap ». À cet égard, les résultats de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 de Santé Québec indiquent que 85 % des femmes de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà eu au moins une cytologie cervico-vaginale de dépistage, dont 53 % dans la dernière année. Cependant, ce type d'enquête amène souvent une sur-estimation du nombre de femmes ayant passé ce test.

Le dépistage par cytologie cervico-vaginale permet de détecter le cancer du col de l'utérus à un stade précoce et de diagnostiquer des lésions intra-épithéliales précancéreuses. Le dépistage permet donc de prévenir l'apparition de ce cancer et d'en réduire l'incidence. En l'absence de dépistage, le cancer du col serait un problème de santé beaucoup plus fréquent auquel serait rattachée une mortalité considérablement plus importante que celle qui est actuellement observée.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide du test de Papanicolaou satisfait à tous les critères de la mise en place d'un programme de dépistage. Ce test est considéré comme une méthode diagnostique peu coûteuse, d'application

facile, spécifique, comportant peu de risques et permettant de détecter le cancer du col à un stade précoce.

L'analyse de la situation québécoise montre toutefois que ce test n'est pas utilisé de façon optimale dans notre système de santé. Beaucoup de femmes subissent cet examen trop fréquemment alors que d'autres ne s'en prévalent que trop rarement ou jamais. On estime que plus de la moitié des cancers envahissants surviennent chez les femmes qui ne participent pas au dépistage.

La mise en place d'un programme de dépistage du cancer du col permettrait de corriger plusieurs lacunes dans le fonctionnement actuel. Un comité représentatif des bénéficiaires et des divers intervenants et intervenantes sera formé pour définir le contenu du programme de dépistage du cancer du col : les objectifs, les populations cibles, les activités recommandées, les ressources requises, les normes, les exigences liées à la qualité, les critères d'évaluation du programme de même que sa structure et son fonctionnement.

La mise en place d'un programme de dépistage offre la possibilité d'accroître l'efficacité et de réaliser des économies. L'expérience démontre que lorsque les activités de dépistage sont effectuées dans le cadre de programmes structurés, la réduction de la mortalité tend à être plus grande. Des économies peuvent être réalisées car le nombre de tests requis pour couvrir adéquatement toutes les femmes pouvant bénéficier du dépistage est inférieur au nombre de tests actuellement produits. Enfin, ce programme devra être harmonisé avec le fonctionnement du Programme de dépistage du cancer du sein, puisque les populations cibles de ces deux programmes se recoupent.

La planification des naissances

En février 1996, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait publiques ses nouvelles orientations en matière de planification des naissances. Ces orientations reposent, d'une part, sur des principes comme celui de la responsabilité des femmes et des hommes dans l'exercice des choix qui ont trait à leur capacité de procréer et, d'autre part, sur des approches de promotion, de prévention, ainsi que sur des approches favorisant la participation accrue des hommes dans le partage des responsabilités en cette matière.

Les deux priorités d'action qui ont été retenues pour la mise en œuvre des orientations sont la prévention des grossesses chez les adolescentes et une plus grande équité dans l'accès aux services pour l'ensemble des régions. Les régies régionales de la santé et des services sociaux ont été invitées à assurer la mise en œuvre de ces orientations, de concert avec tous les partenaires engagés dans la prestation des services sur leur territoire et, au besoin, avec les autres régions sur les questions qui demandent cette collaboration.

Pour actualiser ces orientations, les régies régionales doivent produire des plans d'action régionaux. Malgré que leur mise en œuvre se concrétise à un rythme plus lent que prévu, les travaux d'élaboration des plans d'action ont déjà produit des résultats significatifs dans plusieurs régions, soit en améliorant la connaissance de la problématique ou des besoins sur le territoire, soit en amenant les partenaires à se concerter et à redéfinir leurs rôles, soit en entraînant des décisions ou des projets de portée régionale sur l'une ou l'autre des deux priorités retenues. La majorité des plans d'action devraient être établis d'ici la fin de l'année 1997. Depuis 1995, le Ministère assure la mise à jour des deux principaux indicateurs retenus pour les grossesses précoces et pour le maintien en région des interruptions volontaires de grossesses (IVG). Il proposera aussi aux régies régionales un cadre d'évaluation des résultats pour les deux prochaines années.

Il faut mentionner qu'en plus des actions menées dans le secteur de la santé et des services sociaux en ce qui a trait aux grossesses précoces, le gouvernement juge prioritaire la mobilisation autour de cette problématique. C'est pourquoi il a retenu comme projet mobilisateur « **la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes** », projet qui commande des actions intersectorielles..

La procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée (PMA) est le terme maintenant utilisé pour désigner les nouvelles technologies de reproduction (NTR). Cette nouvelle appellation s'est imposée du fait que les méthodes et les techniques en ce domaine ont rapidement évolué depuis les années 80.

La procréation médicalement assistée représente des enjeux importants pour les femmes, notamment sous l'angle de leur intégrité physique, de leur santé, et

de leur autonomie reproductive. Les groupes de femmes s'interrogent également sur les conséquences morales, sociales, économiques et juridiques des techniques de reproduction.

Le Conseil du statut de la femme (CSF) a produit deux avis sur le sujet. Le plus récent, intitulé « La procréation médicalement assistée : une pratique à encadrer », constitue une mise à jour des positions prises antérieurement par le Conseil du statut de la femme sur l'évolution des pratiques, les récentes percées scientifiques, les modifications apportées au Code civil et l'évolution des mentalités par rapport à certaines questions. Dans cet avis, on trouve également plusieurs recommandations sur les principaux enjeux en cause dans ce domaine.

Dans les Orientations pour améliorer la santé et le bien-être (1989), le ministère de la Santé et des Services sociaux énonçait une série de principes généraux devant guider les actions à entreprendre dans le dossier des techniques de reproduction. Ces principes portaient particulièrement sur la protection des enfants, de même que sur la non-commercialisation du corps humain et de ses éléments. Les principes mis de l'avant touchaient également la cohérence des actions à entreprendre ainsi que la nécessité pour les femmes et les couples de disposer d'une information claire, exacte et comparable en conformité avec le concept du consentement libre et éclairé.

Au cours des dernières années, un certain nombre d'étapes ont été franchies en ce domaine au Québec. La majorité des actions qui ont été réalisées sont d'ordre juridique. Des mesures existent en matière de filiation des enfants, de protection des antécédents biologiques, d'interdiction des ententes de procréation pour autrui (mères porteuses), d'interdiction de la commercialisation du corps humain et de ses éléments (gamètes et embryons inclus) et d'encadrement des pratiques concernant l'insémination artificielle avec donneur et la conservation de sperme.

En 1993, la Corporation des médecins du Québec publiait un guide de pratique sur l'insémination artificielle, intitulé *L'insémination artificielle : Éléments d'un exercice de qualité*. Aussi, sur une base locale, le comité d'éthique clinique et le comité de la recherche ont fourni des repères aux praticiens.

Plus récemment, d'autres mesures ont été prises au regard de la procréation médicalement assistée; mentionnons, entre autres :

- l'utilisation du pouvoir du ministre de la Santé et des Services sociaux de limiter à certains établissements la fonction d'offrir certains services ou de fournir certains médicaments, et ce, après avoir consulté les régies régionales. Les techniques visées sont la fécondation *in vitro* (centres de conservation de gamètes et d'embryons) et l'insémination artificielle avec donneur (centres désignés après consultation des régies régionales);
- la rédaction d'un guide de pratique, par le Collège des médecins, concernant la fécondation *in vitro*, la cueillette et la conservation de gamètes et d'embryons;
- l'assurance par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) qu'aucun fonds public ne serve au financement de recherches allant à l'encontre de la dignité humaine et des règles internationales d'éthique, notamment le clonage;
- l'amendement à la Loi sur la santé publique afin de couvrir les banques de gamètes et d'embryons hors établissement. Cette mesure donne au ministre des pouvoirs de désignation, de réglementation et d'inspection;
- l'inclusion de l'embryon et du matériel génétique au plan d'action en éthique de la recherche et intégrité scientifique.

Le VIH / sida chez les femmes

Le sida est la manifestation la plus grave de l'infection par le VIH, caractérisée par une grande diminution des capacités immunitaires de l'organisme et l'apparition d'infections dites opportunistes. Il apparaît au terme d'une période passablement longue d'absence de symptômes. Même si les hommes sont plus touchés par le VIH/sida, les femmes n'y échappent pas. Cette maladie porte inévitablement son lot d'angoisses et de souffrances et a des conséquences socio-économiques non négligeables.

Le VIH/sida demeure un problème sociosanitaire important au Québec. Des ressources ont été progressivement constituées et organisées pour lutter contre cette épidémie et répondre aux besoins qu'elle entraîne. Rappelons que le

VIH/sida constitue l'une des sept priorités nationales de santé publique du gouvernement du Québec.

Phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, 1997-2002

En juin 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait publique la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, 1997-2002. Pendant cette quatrième phase, on veut consolider et optimiser les mesures qui ont obtenu des résultats positifs et adopter des pratiques qui répondent aux besoins des groupes vulnérables.

Le Québec est la deuxième province canadienne la plus touchée par le sida. Dans l'ensemble des cas déclarés de sida, il s'agit de personnes relativement jeunes, puisque tout près de 75 % d'entre elles ont entre 25 et 45 ans. Comparativement aux autres provinces, c'est au Québec que l'on trouve le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes et les enfants. On évalue qu'entre 50 et 60 nouveaux cas de sida sont diagnostiqués annuellement parmi les Québécoises. La majorité de ces femmes ont entre 25 et 40 ans. Au 31 décembre 1996, 466 cas de sida cumulatifs ont été déclarés chez les femmes au Québec. Les données sur les facteurs de risque révèlent que 29 % des cas de sida féminins adultes au Québec sont associés aux contacts hétérosexuels comme source présumée d'infection. Il faut cependant se rappeler qu'étant donné la longue période de latence entre l'infection par le VIH et le diagnostic de sida, les cas déclarés de sida sous-estiment grandement l'ampleur de l'épidémie du VIH.

Le contexte socio-économique difficile, caractérisé, entre autres, par une situation économique précaire, une augmentation du chômage et la mutation non seulement de l'institution de la famille, mais aussi des autres réseaux de prise en charge des personnes, n'est pas sans affecter la problématique d'ensemble du VIH/sida. De plus, l'expérience démontre qu'il existe des liens tangibles entre la vulnérabilité au VIH/sida et des problèmes sociaux tels que la discrimination, la pauvreté, la toxicomanie, la violence, etc. Il faut aussi considérer que les relations sexuelles, notamment entre hommes, et le partage de seringues pour la consommation de drogues sont, au Québec, les modes prédominants de transmission du VIH.

Au Québec, la région de Montréal est la plus touchée avec 76,4 % des cas de sida déclarés. En effet, selon les dernières données de 1993, le sida est toujours la plus importante cause de décès dans le Montréal métropolitain chez

les hommes de 20 à 49 ans habitant au centre-ville; il constitue également la première cause de décès chez les femmes de ce même groupe d'âge.

La phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, 1997-2002, s'engage résolument dans une approche de promotion de la santé par des interventions en amont des problèmes, des actions plus larges sur l'environnement social, des appuis additionnels en vue de développer le potentiel d'action des groupes, des mesures favorisant le maintien à domicile et la qualité des soins, ainsi qu'une meilleure connaissance des dimensions de la problématique. Les actions sont orientées vers trois secteurs jugés prioritaires : la prévention, la recherche fondamentale et clinique et l'organisation des soins et des services. L'adoption et le maintien de comportements sécuritaires demeurent toujours les principaux moyens d'éviter la propagation de l'infection par le VIH et, du même coup, la plupart des MTS.

En dépit des efforts de prévention, les statistiques démontrent que la situation épidémiologique de l'infection par le VIH et du sida demeure inquiétante et exige, de ce fait, des mesures énergiques pour contrer les ravages de cette épidémie. Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les régies régionales et les organismes communautaires continuent à mettre leur expertise et leur savoir-faire au service de la lutte contre le sida.

Le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

En mai 1997, le Ministère annonçait l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Ce programme vise à réduire de façon notable la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant par un traitement efficace et qui est actuellement disponible.

Ce programme a pour objectif que toutes les femmes enceintes et celles désirant le devenir reçoivent l'information pertinente en ce qui concerne le test anti-VIH et le traitement à la zidovudine (ZDV ou AZT). Toutes les femmes enceintes se verront offrir par leur médecin la possibilité de passer un test anti-VIH, et ce, sans frais et sur une base volontaire. L'intervention doit être pratiquée dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat et tenir compte des différences culturelles, religieuses et socio-économiques des femmes.

Au Québec, chaque année, 50 à 60 femmes enceintes seraient infectées par le VIH et le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à environ 25 % (soit un enfant sur quatre). Toutefois, grâce à la zidovudine, on peut

maintenant réduire considérablement le risque de transmission de la mère à l'enfant (soit un enfant infecté sur douze).

Même si la prévalence du VIH est actuellement plus faible dans certaines régions, ce programme permettra de repérer, partout au Québec, les femmes infectées par le VIH afin de diminuer le plus possible le risque d'infection périnatale.

Le mise en œuvre et la réussite d'un tel programme font appel à la mobilisation de tous les professionnels de la santé touchés de près ou de loin par la problématique femmes, grossesse et VIH.

3. La lutte contre la violence

La lutte contre la violence

LE CONTEXTE

La violence est reconnue explicitement comme l'un des problèmes prioritaires en santé au Québec. En effet, toutes les formes de violence ont des effets néfastes, que ce soit à court ou à long terme, sur le bien-être physique et psychologique des personnes qui en sont victimes et des personnes de leur entourage. La violence a des conséquences graves pour les femmes et leurs enfants sur les plans affectif et social et sur le plan de la santé. Vivre dans un climat de violence, ou dans l'appréhension de la violence, sape les conditions mêmes qu'il faut respecter pour assurer sa santé. D'ailleurs, les plus récentes recherches concluent que les enfants témoins de violence conjugale seront enclins, à l'âge adulte, à reproduire les comportements appris, intégrés et normalisés dans l'enfance et, selon leur sexe, à adopter le rôle de victime ou d'agresseur. À cet égard, la promotion de la non-violence et la prévention de la violence représentent les seules véritables solutions à ce problème.

Le phénomène de la violence est présent dans tous les milieux socio-économiques, et ce, à tout âge de la vie. La grossesse et la période postnatale sont souvent des moments au cours desquels cette violence se révèle ou s'intensifie.

La violence conjugale, les agressions sexuelles et la violence familiale sont les formes de violence les mieux connues et pour lesquelles des interventions ont été mises en place au cours des dernières années. Mentionnons, entre autres, la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, le Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, intitulé *Les agressions sexuelles : STOP*, et le Programme VIRAJ (violence dans les relations amoureuses des jeunes).

En ce qui concerne notre réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place des mesures visant à renforcer la concertation des partenaires des secteurs sociaux, judiciaires, correctionnels et communautaires, aux niveaux local, régional et national. Il a établi des mécanismes propres à assurer

une meilleure coordination des services. De plus, l'ensemble des régies régionales ont développé des moyens concrets visant notamment à offrir des services mieux adaptés aux différentes populations cibles et à orchestrer plus efficacement les services d'urgence. Les actions présentées ici s'inscrivent dans la continuité des interventions en ce qui a trait à la violence conjugale et aux agressions sexuelles.

LES ACTIONS

15. Adopter des orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles et un plan d'action.

LES GROUPES VISES

Les jeunes, les adultes (victimes et agresseurs).

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Les ministères de la Justice, de l'Éducation, de la Sécurité publique, des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, de la Famille et de l'Enfance, les secrétariats à la Condition féminine et aux Affaires autochtones, les centres jeunesse, les directions de la protection de la jeunesse, les organismes communautaires, de même que la conférence des régies.

LA DIMENSION REGIONALE

La collaboration des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La diffusion des orientations en juin 1998.
- La diffusion du plan d'action en juin 1998.

16. Planifier, organiser et expérimenter un projet-pilote de collecte d'information dans tous les réseaux concernés par les problématiques de la violence conjugale et des agressions sexuelles.

LES GROUPES VISES

Les personnes victimes de violence conjugale et d'agressions sexuelles ainsi que les agresseurs.

LES RESPONSABLES

La Direction générale de la santé publique et la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent sont coresponsables de ce projet.

LES COLLABORATEURS

Les ressources privées, publiques et communautaires des réseaux de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique de la municipalité régionale de comté (MRC) participante.

LA DIMENSION REGIONALE

Ce projet de démonstration sera expérimenté dans l'une des huit MRC du Bas-Saint-Laurent.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La production et l'expérimentation d'un formulaire de collecte de données pouvant recueillir l'information de base sur la violence conjugale et les agressions sexuelles.

17. Réaliser une campagne de communication publique sur la violence faite aux femmes.

LES GROUPES VISES

Toute la population et particulièrement les jeunes de 13 et 14 ans.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

Les représentantes et les représentants d'organismes communautaires travaillant auprès des femmes, les ministères de la Justice, de la Sécurité publique, de l'Éducation, des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, le Secrétariat à la condition féminine, le ministère de la Famille et de l'Enfance, la conférence des régies, la Fédération des CLSC, les partenaires privés.

LA DIMENSION REGIONALE

La campagne de communication a une portée sur tout le territoire québécois. Les régies régionales auront un rôle important à jouer dans cette campagne.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

La réalisation du plan de communication comporte trois dimensions :

- le volet « publicitaire »;
- le volet « relations publiques »;
- le volet « information ».

18. Identifier et faire connaître les ressources d'aide et de référence en matière de violence à l'égard des femmes âgées.

LES GROUPES VISES

Les femmes âgées.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la santé publique.

LES COLLABORATEURS

La conférence des régions, le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires.

LA DIMENSION REGIONALE

Cette action doit être réalisée à un niveau régional, et sous-régional, s'il y a lieu.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- La publication et la diffusion de la liste des ressources disponibles.

*La place des
femmes dans le
développement
des régions*

Santé, bien-être et conditions de vie des femmes

INTRODUCTION

Cette troisième partie rassemble les actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend réaliser avec ses partenaires régionaux en vue d'atteindre les objectifs visés par la cinquième orientation de la Politique gouvernementale en matière de condition féminine et qui porte sur la place des femmes dans le développement des régions.

Cette orientation s'inscrit dans le mouvement de décentralisation et de régionalisation actuellement en cours au Québec. Elle vise à s'assurer que les femmes, tout autant que les hommes, seront instigatrices et bénéficiaires de ces changements. L'accent est mis sur deux enjeux majeurs qui sont porteurs d'une réelle égalité entre les femmes et les hommes. Il s'agit de la prise en compte des intérêts et des réalités des femmes par les instances locales et régionales ainsi que de la représentation équitable des femmes au sein de ces mêmes instances.

Les femmes ont contribué de différentes façons et participent plus que jamais à la construction des régions du Québec ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie de la collectivité. Leur apport dans les diverses structures locales et régionales du réseau de la santé et des services sociaux est indéniable. Aussi, les instances locales et régionales doivent-elles tenir compte du fait que les femmes et les hommes vivent des réalités différentes si elles veulent éviter que des disparités apparaissent ou s'accroissent.

De plus, la faible représentation des femmes dans les lieux de décision du réseau de la santé et des services sociaux constitue un défi à relever afin qu'elles aussi puissent être partie prenante du changement et, par conséquent, faire valoir leurs intérêts, leurs besoins, leurs points de vue et leurs solutions aux différents problèmes. Actuellement, leur présence dans les lieux décisionnels n'est pas proportionnelle à leur représentation dans la population.

Enfin, dans le contexte de la réforme du système de santé et de services sociaux, les régies régionales sont responsables, depuis 1994, du financement des organismes communautaires locaux, régionaux et suprarégionaux. Le Ministère entend poursuivre ses actions en vue de soutenir les groupes de femmes en convenant avec les régies régionales et les regroupements provinciaux des paramètres annuels relatifs à ce soutien.

1. La prise en compte des intérêts et des réalités des femmes par les instances locales et régionales du réseau

LE CONTEXTE

Malgré d'importantes améliorations de leurs conditions de vie, les Québécoises connaissent encore des situations sociales, économiques et culturelles différentes de celles des hommes. En effet, elles vivent en moyenne plus longtemps que ces derniers mais souffrent davantage d'incapacités; elles font plus souvent partie de la classe des démunis; elles ont des conditions de travail moins avantageuses; elles continuent d'assumer, malgré leurs obligations professionnelles croissantes, la plus large part des responsabilités familiales et des soins aux proches. Ces quelques constats font ressortir que les réalités différentes que vivent les femmes et les hommes nécessitent des interventions adaptées de la part des organisations du réseau de la santé et des services sociaux.

La transformation du système de santé et des services sociaux, entreprise au cours des dernières années, vise à mieux répondre aux besoins changeants de la population, à réorganiser le système en fonction de services davantage intégrés, continus et complémentaires, en décentralisant aux niveaux régional et local les responsabilités à l'égard de la population, et à mettre l'accent sur la prévention et sur la promotion de la santé et du bien-être. Cette transformation a été marquée par de grands bouleversements dans le réseau de la santé et des services sociaux de même que par une redéfinition des rôles et des mandats des différents partenaires. Une période de stabilisation et de consolidation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux devrait caractériser les années à venir.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux, créées en 1992, sont au cœur même du processus de décentralisation. Ces instances ont vu accroître leurs responsabilités et leur pouvoir de décision au palier régional. Elles sont particulièrement responsables de l'organisation et de la coordination des services de santé et des services sociaux sur leur territoire. Aussi, les fonctions de

planification, d'organisation des services, de mise en œuvre des programmes et d'évaluation qu'elles assument s'exercent-elles en conformité avec les particularités sociosanitaires des régions et avec les politiques et les orientations ministérielles et gouvernementales.

Les instances locales et régionales sont les mieux placées pour déterminer, avec les groupes de femmes, les intérêts et les réalités des femmes dans chacune des régions du Québec et pour concevoir des solutions adaptées à cette population. D'ailleurs, plusieurs groupes de femmes ont déjà engagé, à des degrés divers, une collaboration avec ces instances. Les exemples sont nombreux dans le domaine de la violence conjugale et sexuelle, de la périnatalité, de la planification des naissances, de la pauvreté et de la santé en général.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux considère qu'il est important d'inciter les instances locales et régionales de son réseau à prendre des mesures qui tiennent compte des intérêts et des réalités des femmes et il entend soutenir les efforts de ces instances en ce sens.

Enfin, rappelons qu'en 1992, le Ministère adoptait des Orientations en matière de condition féminine 1992-2000 s'harmonisant avec la Politique de la santé et du bien-être et la Politique gouvernementale en matière de condition féminine. Les changements provoqués par la régionalisation et la transformation du réseau, de même que l'évolution dans les connaissances et les interventions relatives à la santé, au bien-être et aux conditions de vie des femmes, rendent nécessaire une mise à jour de ces orientations. Le Ministère entend susciter la collaboration des régions régionales et des groupes de femmes à l'intérieur de cette démarche. L'évaluation et le suivi de ces orientations seront effectués à l'aide d'indicateurs appropriés aux résultats attendus.

LES ACTIONS

- 19. Adopter, en concertation avec les régies régionales, des orientations en matière de santé et de bien-être des femmes et définir des indicateurs spécifiques aux femmes.**

LES GROUPES VISES

Les femmes rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux.

LES RESPONSABLES

Service à la condition féminine.

LES COLLABORATEURS

Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction générale de la santé publique, régies régionales et organismes communautaires travaillant auprès des femmes.

LA DIMENSION REGIONALE

La collaboration des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- L'adoption des orientations.
- Le développement d'indicateurs.
- Le suivi des indicateurs.

2. La représentation équitable des femmes au sein des conseils d'administration du réseau

LE CONTEXTE

Dans le contexte de la réforme du système de santé et des services sociaux, d'importantes fonctions sont maintenant confiées aux régions. Aussi, les objectifs gouvernementaux en matière de régionalisation visent-ils un développement des collectivités régionales et locales. Cet accroissement des responsabilités dans les régions exige, dans un esprit de démocratie, une représentation équitable des femmes et des hommes au sein des divers conseils d'administration.

Les femmes sont directement interpellées par l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts par les divers établissements du réseau : tantôt comme principales utilisatrices de ces services, tantôt comme aidantes auprès de leurs proches ou encore comme travailleuses au sein de ces établissements.

En investissant les lieux de décision dans les régions, les femmes ont l'occasion de participer activement aux réflexions et aux décisions entourant la planification, l'organisation et l'évaluation des services en matière de santé et de bien-être. Elles peuvent également exercer leur influence pour que les choix collectifs tiennent compte des réalités différentes des hommes et des femmes afin d'éviter d'accentuer les écarts socio-économiques et les écarts de santé entre eux. Pour arriver à exercer cette influence, les femmes doivent être suffisamment nombreuses dans les différents lieux de pouvoir.

Dans les régions, les régies régionales sont responsables de la surveillance des élections dans les conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux. C'est donc cette instance qui applique les modalités de mise en candidature et d'élection dans chaque région. Il est important de rappeler qu'à la suite des récents amendements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le principe « d'assurer une représentation la plus équitable possible des femmes et des hommes » au cours du processus de cooptation des

membres des conseils d'administration des établissements s'applique également aux conseils d'administration des régions régionales. Ce principe a été rappelé aux régions régionales au moment de la désignation des postes cooptés au sein des conseils d'administration.

Les résultats préliminaires des dernières élections de 1996-1997 nous révèlent que 36,1 % des postes dans les conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux sont occupés par des femmes, ce qui signifie un recul de 3,2 % par rapport à 1994 (39,3 %).

Les conseils d'administration des établissements comptent 570 femmes élues, soit 36,0 % du nombre total des postes, ce qui constitue une baisse de près de 5 % depuis 1994 (40,8 %).

Pour ce qui est des régions régionales, les femmes occupent 127 des 349 postes au sein des conseils d'administration, soit 36,3 % de l'ensemble de ces postes. On constate un gain de 2,5 % par rapport à 1994 (33,8 %). En ce qui concerne les postes cooptés, 27 femmes et 17 hommes ont été désignés sur un total de 44 personnes, et ce, dans 15 régions régionales.

Les élections dans les établissements et la formation des conseils d'administration des régions régionales n'ayant lieu qu'une fois tous les trois ans, l'augmentation du nombre de femmes dans les instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux doit demeurer une préoccupation constante. Pour ce faire, des stratégies doivent être mises au point pour créer des conditions permettant une plus grande participation des femmes, faciliter le recrutement et soutenir la participation des femmes au moment des élections et lorsqu'il y a un remplacement en cours de mandat. Le ministère de la Santé et des Services sociaux entend travailler de concert avec ses partenaires régionaux et les groupes de femmes pour relever ce défi au cours des années à venir.

LES ACTIONS

20. Inciter les régies régionales et les établissements du réseau à une présence accrue des femmes dans des postes décisionnels, visant au moins 40 % des postes des conseils d'administration.

LES GROUPES VISES

Les conseils d'administration.

LES RESPONSABLES

Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau.

LES COLLABORATEURS

Service à la condition féminine, régies régionales, établissements du réseau, groupes de femmes.

LA DIMENSION REGIONALE

La collaboration des régies régionales.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- Le suivi de la présence des femmes dans les conseils d'administration des régies et des établissements.

3. Le soutien aux groupes de femmes

LE CONTEXTE

L'engagement de milliers de Québécoises dans les groupes de promotion, de prévention et de défense des droits des femmes contribue au progrès de la société ainsi qu'à la qualité de vie de toutes et de tous. Le domaine de la santé et des services sociaux est l'un des secteurs qui bénéficient particulièrement de l'apport des femmes. On doit reconnaître et soutenir cette contribution, qui se manifeste notamment au sein des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, dans les maisons d'hébergement pour femmes violentées, les centres de femmes, les centres de santé des femmes et plusieurs autres associations dont l'action est centrée sur la planification des naissances, la périnatalité ou les familles monoparentales. À l'heure où les groupes communautaires sont de plus en plus reconnus comme partenaires de l'État et des instances régionales et locales, ceux-ci sont davantage sollicités pour répondre aux problèmes de la population. Au cours de l'exercice 1996-1997, 2 200 demandes de soutien étaient adressées au Ministère et à son réseau; un budget de 148 420 783 \$ y était affecté, dont 23 % était attribué au secteur des services aux femmes.

Depuis le 1^{er} avril 1994, les régies régionales de la santé et des services sociaux sont responsables d'analyser et d'attribuer le financement aux organismes communautaires locaux, régionaux et suprarégionaux de leur région, alors que le Ministère conserve essentiellement la responsabilité du financement des organismes à rayonnement provincial et des regroupements nationaux. Depuis l'exercice financier 1995-1996, un mécanisme d'accréditation triennale favorise une plus grande stabilité pour l'ensemble des organismes, ainsi qu'une meilleure planification de leurs activités. Précisons que, pour la prochaine décennie, les régions ont retenu, parmi les cinq principaux objectifs de santé et de bien-être, la violence à l'endroit des femmes; en conséquence, un soutien est accordé aux groupes œuvrant dans ce secteur.

Enfin, les différentes politiques et orientations ministérielles peuvent susciter auprès des groupes de femmes l'apparition de nouveaux rôles ou de nouveaux

champs d'intérêt, alors que les stratégies et les pratiques des groupes eux-mêmes évoluent. Le soutien aux groupes de femmes exige donc un bon ajustement entre les orientations ministérielles et les réalités régionales, ainsi qu'une constante concertation avec le milieu communautaire lui-même.

LES ACTIONS

21. *Élaborer, en concertation avec les régies régionales et les organismes communautaires, les balises annuelles du programme de soutien aux organismes communautaires, dont un des volets concerne les groupes de femmes.*

LES GROUPES VISES

Tous les groupes de femmes.

LES RESPONSABLES

Direction générale de la planification et de l'évaluation.

LES COLLABORATEURS

Service à la condition féminine, régies régionales et regroupements nationaux des maisons d'aide et d'hébergement, centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel et centres de femmes.

LA DIMENSION REGIONALE

Les régies régionales assurent le financement à travers les plans de transformation du réseau.

LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE ET DE RESULTAT

- Le suivi du programme de subvention par le Système d'information et de gestion sur les organismes communautaires (SIGOC).



CONCLUSION

CONCLUSION

Le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes s'inscrit dans l'actualisation du Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises et témoigne des préoccupations du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de condition féminine. Ce plan d'action n'a pas la prétention de répondre à l'ensemble des besoins ni de régler tous les problèmes des Québécoises. Il ne consigne pas non plus toutes les actions menées par le Ministère et son réseau pour améliorer les conditions de vie des Québécoises au cours de cette période.

La réalisation des actions contenues dans ce document fait appel à la collaboration et à la solidarité d'un grand nombre de partenaires. À cet égard, les régions régionales de la santé et des services sociaux, le réseau des groupes de femmes ainsi que plusieurs ministères et organismes gouvernementaux collaborent déjà ou seront éventuellement associés afin d'atteindre les objectifs visés par ce plan d'action.

L'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes, la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, la lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales, la lutte contre la violence faite aux femmes, l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes de même que la prise en compte des réalités et des besoins des femmes par les instances locales et régionales du réseau de la santé et des services sociaux et la représentation équitable des femmes au sein de ces mêmes instances constituent les défis importants à relever au cours des prochaines années. Il est essentiel d'écouter les femmes et de reconnaître leurs compétences dans la recherche de solutions aux problèmes qu'elles vivent. En effet, l'expérience a démontré que les propositions venues des femmes ont souvent présidé au développement de nouvelles formes de pratique et d'intervention à leur égard.

Même dans un contexte où il nous faut conjuguer besoins nouveaux et restrictions budgétaires, la poursuite des avancées en matière de condition féminine ainsi que la réduction des écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes doivent demeurer au premier plan de nos préoccupations.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COLLOQUE RÉGIONAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES. *Virage ambulatoire « Santé-vous concernées ! »*, Actes du colloque tenu le 4 octobre 1996, Lévis.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX FEMMES. «*Écoute-moi quand je parle...*», Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 114 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être : besoin d'intervention ?*, Québec, gouvernement du Québec, juin 1997, 188 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *La procréation médicalement assistée : une pratique à encadrer*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1996, 93 p.

BÉLANGER, Huguette et Louise CHARBONNEAU. *La santé des femmes*, Maloie, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Édisem inc., 1994, 1142 p.

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

GUYON, Louise. *Derrière les apparences À Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec, 1996, 384 p.

GROUPE EVEREST. *Sondage auprès des jeunes concernant la cigarette*, Sherbrooke, Everest recherche-stratégie, juillet 1997, 63 p.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC. *Femmes, santé et régionalisation*, cahier-synthèse des séminaires, Montréal, s.n., juin 1997, 64 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le dépistage du cancer. Orientations*, document de travail, sous-comité sur le dépistage, Comité consultatif sur le cancer, Québec, gouvernement du Québec, octobre 1996, 41 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les agressions sexuelles : STOP*, Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Québec, gouvernement du Québec, 1995, 175 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Naître égaux À Grandir en santé*, Québec, gouvernement du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 213 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Nouvelles orientations des politiques sociales pour une société en mutation, Éléments de diagnostic et de solution*, Québec, gouvernement du Québec, octobre 1996, 71 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, gouvernement du Québec, 1995, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, gouvernement du Québec, 1989, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, Québec, gouvernement du Québec, 1995, 77 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique en périnatalité*, Québec, gouvernement du Québec, 1993, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'intervention : L'infection par le VIH et la grossesse*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cadre de référence*, Québec, gouvernement du Québec, 1996, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. En Bref*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter contre le cancer : formons équipe*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 180 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *S'exprimer pour une sexualité responsable, un projet de prévention des grossesses à l'adolescence*, Québec, gouvernement du Québec, 224 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4 : Orientations 1997-2002*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1985, régions sanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 38 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Enquête sociale et de santé 1992-1993, monographie n° 3, Santé Québec, Montréal, gouvernement du Québec, 1996, 194 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *La place des femmes dans le développement des régions, 5^e orientation*, Secrétariat à la condition féminine, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 67 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *La Politique en matière de condition féminine. Un avenir à partager...*, Secrétariat à la condition féminine, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 138 p.

SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1995, 412 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Rapport de consultation. La place des femmes dans le développement des régions*, Québec, mai 1997, 45 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 138 p.

ANNEXE

*Le résumé des actions inscrites
au Plan d'action 1997-2000 :
santé, bien-être et conditions
de vie des femmes*

NOTE

Les actions apparaissant dans les cases ombragées correspondent aux actions que le ministère de la Santé et des Services sociaux a inscrites au Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises.

LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET CONTRE LES INEGALITES SOCIALES

<i>Numéro des actions</i>	<i>Thème</i>	<i>Énoncé des actions</i>
1.	L'économie sociale	Favoriser la création d'un réseau d'entreprises coopératives ou sans but lucratif d'aide domestique à l'échelle du Québec.
2.	L'économie sociale	Favoriser la création de centres de services en périnatalité.
3.	La sécurité alimentaire	Promouvoir la sécurité alimentaire des Québécoises afin de leur assurer, à elles et à leur famille, un approvisionnement suffisant et nutritif à un coût raisonnable.
4.	Le recours aux services de périnatalité	Augmenter le recours des femmes enceintes de milieux défavorisés aux services en périnatalité en suscitant une collaboration entre les centres Travail-Québec (CTQ) et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

LA SANTE ET LE BIEN-ETRE

<i>Numéro des actions</i>	<i>Thème</i>	<i>Énoncé des actions</i>
5.	La transformation du réseau	Évaluer l'impact de la transformation du réseau sur les familles et les proches. Cette évaluation s'intéressera à la fois à la transformation de l'organisation des services et à ses conséquences sur les personnes aidantes et sur les travailleuses qui sont majoritairement des femmes.
6.	La transformation du réseau	Énoncer des orientations ministérielles en vue de l'élaboration de programmes d'information, de formation, de support, d'accompagnement et de répit aux aidantes et aux aidants.
7.	La transformation du réseau	Énoncer des orientations ministérielles favorisant l'adaptation des services et le support à l'intention des femmes en situation vulnérable, notamment celles recevant des services hospitaliers ou spécialisés en santé physique.
8.	La transformation du réseau	Énoncer des orientations ministérielles pour l'établissement des pratiques et des protocoles dans le cadre de séjour en périnatalité obstétrique et de suivi post-natal.
9.	La transformation du réseau	Définir la gamme de soins et services (1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes) requis en médecine génétique, notamment au regard du dépistage prénatal.
10.	La transformation du réseau	Expérimenter des projets de partage du temps de travail, les besoins en matière de conciliation travail-famille dans le réseau et tracer un portrait réel des effets de la transformation du réseau sur les travailleuses afin de maximiser toutes les possibilités pour faciliter l'équité en emploi.

LA SANTE ET LE BIEN-ETRE (suite)

<i>Numéro des actions</i>	<i>Thème</i>	<i>Énoncé des actions</i>
11.	La pratique des sages-femmes	Introduire, dans le réseau des services sociosanitaires, la pratique autonome des sages-femmes et l'intégrer dans les services de première ligne et dans le continuum de services périnataux.
12.	Le tabagisme chez les femmes	Proposer aux régies régionales et aux milieux scolaires d'intégrer, dans le cadre de leur stratégie de prévention du tabagisme, des composantes destinées à informer les femmes sur la problématique du tabagisme au féminin et de s'assurer que des services de soutien à l'abandon de l'usage du tabac leur soient accessibles.
13.	Le tabagisme chez les femmes	Réaliser et diffuser des documents d'information sur le tabagisme spécifiquement destinés aux jeunes filles et aux femmes.
14.	La santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes	Produire et diffuser une monographie sur la santé, le bien-être et les conditions de vie des adolescentes qui prendra en compte les besoins, les réalités et les diverses problématiques vécues par les adolescentes, de même que les liens entre celles-ci permettant une meilleure adaptation des interventions à leur égard.

LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE

<i>Numéro des actions</i>	<i>Thème</i>	<i>Énoncé des actions</i>
15.	La lutte contre la violence	Adopter des orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles et un plan d'action.
16.	La lutte contre la violence	Planifier, organiser et mettre sur pied un système de collecte d'information dans tous les réseaux concernés par la violence conjugale et les agressions sexuelles.
17.	La lutte contre la violence	Réaliser une campagne de communication publique sur la violence faite aux femmes.
18.	La lutte contre la violence	Identifier et faire connaître les ressources d'aide et de référence en matière de violence à l'égard des femmes âgées.

LA PLACE DES FEMMES DANS LE DEVELOPPEMENT DES REGIONS

<i>Numéro des actions</i>	<i>Thème</i>	<i>Énoncé des actions</i>
19.	La prise en considération des intérêts et des réalités des femmes	Adopter, en concertation avec les régies régionales, des orientations en matière de santé et de bien-être des femmes et définir des indicateurs spécifiques aux femmes.
20.	La représentation équitable des femmes au sein des conseils d'administration du réseau	Inciter les régies régionales et les établissements du réseau à une présence accrue des femmes dans des postes décisionnels, visant au moins 40 % des postes des conseils d'administration, dont 50 % des postes cooptés.
21.	Le soutien aux groupes de femmes	Élaborer, en concertation avec les régies régionales et les organismes communautaires, les balises annuelles du programme de soutien aux organismes communautaires, dont un des volets concerne les groupes de femmes.



Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**