



Une **réalité**



à **découvrir**

État de situation
sur la santé
des femmes
de la région
de Québec



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

UNE RÉALITÉ À DÉCOUVRIR

**État de situation sur la santé des femmes
de la région de Québec**

**Document de réflexion pour consultation
Déposé au conseil d'administration
le 2 novembre 2000**

**Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Québec**

Recherche et rédaction**Josette Tardif**Direction de l'organisation des services – Secteur social et services de 1^{ère} ligne**Coordination****Ghislaine Émond**Direction de l'organisation des services – Secteur social et services de 1^{ère} ligne**Secrétariat****Jocelyne Plante****Pierrette Germain**Direction de l'organisation des services – Secteur social et services de 1^{ère} ligne

Édition produite par :

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Service des communications

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source est mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

525, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 2S8

Téléphone : (418) 529-5311**Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca**

Le présent document peut être consulté à la section « Information à la population » / « Documents et rapports » du site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec à l'adresse : **www.rrss03.gouv.qc.ca**

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	4
1.1 Mandat.....	5
1.2 Méthodologie.....	5
2. DÉFINITIONS DE LA SANTÉ DES FEMMES	7
3. SITUATION GÉNÉRALE.....	8
3.1 Quelques caractéristiques régionales.....	8
3.2 Particularités locales	9
4. DIFFÉRENTES FACETTES DE LA SANTÉ DES FEMMES.....	13
4.1 Santé mentale.....	13
4.2 Santé physique et réadaptation	18
4.2.1 Les femmes vivant avec une situation de handicap.....	18
4.2.2 Les cancers du sein et du poumon et les maladies cardiovasculaires	20
4.2.3 Les problèmes de santé reliés au vieillissement	22
4.3 Santé sexuelle et reproduction	25
4.3.1 Les MTS et le VIH-sida.....	25
4.3.2 La périnatalité.....	27
4.3.3 La grossesse à l'adolescence	31
4.3.4 La ménopause.....	35
4.4 Santé sociale	37
4.4.1 La pauvreté et l'appauvrissement	37
4.4.2 La toxicomanie	42
4.4.3 La violence faite aux femmes.....	47
4.4.4 Les situations de marginalité	51
4.5 Transformation du réseau de la santé et ses impacts	54
4.5.1 Sur les femmes utilisatrices du réseau	54
4.5.2 Sur les travailleuses du réseau	56
4.5.3 Sur les femmes aidantes	57
5. CONSTATS ET PISTES DE RÉFLEXION.....	61
6. CONCLUSION	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	

1. INTRODUCTION

Les femmes ont des itinéraires de vie très différents de ceux des hommes. Celles-ci ont fréquemment des étapes de vie qui se présentent plutôt comme une suite de lignes brisées par opposition aux hommes dont les étapes de vie se succèdent de façon plus linéaire. "Les études, les périodes intenses de maternité et de soins aux enfants, le travail domestique, le retour sur le marché du travail, la retraite et le veuvage se succèdent dans l'ordre ou le désordre ou se superposent, et ces situations particulières aux femmes vont avoir des conséquences profondes sur leur santé"¹.

Malgré les avancées féministes qui ont contribué à l'amélioration des conditions de vie des femmes, malgré les nombreuses années de recherche, d'intervention et de sensibilisation, la santé des femmes demeure, de façon générale, plus vulnérable que celle des hommes. Certes, des améliorations sont constatées mais des obstacles majeurs persistent et mettent en évidence les inégalités toujours présentes entre les sexes. Bien qu'ayant une longévité supérieure à celle des hommes et de meilleures habitudes de vie, les femmes ont plus fréquemment recours aux services de santé que les hommes, notamment parce que certains événements de la vie des femmes, tels l'accouchement et la ménopause sont très médicalisés².

De nombreuses problématiques vécues par les femmes ont des répercussions négatives sur leur santé physique, psychologique et sociale. La violence faite aux femmes, la pauvreté dans laquelle doivent vivre de nombreuses femmes cheffes de familles monoparentales, l'isolement et la médicalisation excessive des femmes âgées sont certains aspects de la santé des femmes qui seront abordés dans ce rapport.

Comme pareil exercice n'a jamais été fait auparavant, cet état de situation constitue un travail de base qui permettra de faire un tour d'horizon sur l'état de santé physique et psychologique des femmes de la région de Québec. Dans un premier temps, il s'agira de présenter les diverses problématiques qui ont été retenues et de décrire la situation et les besoins spécifiques des femmes au regard de ces problématiques. Dans un deuxième temps, une description sommaire des services actuellement disponibles, autant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux que dans les organismes communautaires, permettra d'identifier certaines lacunes qui compromettent une réponse adaptée aux besoins spécifiques des femmes.

1.1 MANDAT

La santé des femmes est au cœur du Plan de consolidation des services 1999-2002 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. À cet égard, les orientations sont claires : développer et mettre en œuvre un plan d'action sur la santé des femmes. La première étape, dans la réalisation de ce mandat, consiste à présenter un portrait de la situation dans la région 03. Pour y arriver, un comité de femmes ayant une expertise précise sur une ou plusieurs problématiques de la santé des femmes, a été mis sur pied. (liste des membres en annexe A)

L'état de situation présenté ici fera l'objet d'une consultation afin de déterminer des priorités d'action en vue d'élaborer un plan d'action à l'automne 2000.

1.2 MÉTHODOLOGIE

Dans un premier temps, une revue de littérature dans le domaine de la santé des femmes a été réalisée et les sites Internet de la Régie régionale de Québec, de la Direction de la santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été consultés afin de connaître les nombreuses recherches effectuées au Québec.

Afin d'enrichir la revue de littérature et d'avoir une bonne vue d'ensemble de la situation des femmes de la région de Québec, il s'est avéré essentiel de rencontrer des gens possédant une expertise particulière en lien avec les problématiques de la santé des femmes. Les thèmes abordés dans ce rapport ont été soumis aux membres du comité d'expertes lors de réunions structurées. Ces dernières ont permis de valider certaines interrogations, de compléter l'information et de proposer de nouvelles pistes de réflexion.

La validation de certaines données auprès des professionnels et professionnelles de la Régie régionale de Québec, de même que la mise en contact avec des personnes-clés du réseau de la santé et des services sociaux ont fait également partie de la démarche. Finalement, la rencontre de plusieurs intervenants et intervenantes d'organismes communautaires du territoire a permis de connaître la réalité des différentes problématiques auxquelles les femmes de la région 03, peuvent être confrontées (voir annexe B). Ces rencontres se sont avérées indispensables dans la mesure où, actuellement, des statistiques ventilées par sexe, pour les problématiques étudiées, sont à peu près inexistantes. De plus, il y a peu d'information disponible à ce jour qui rend compte de la situation spécifique des femmes en tant qu'utilisatrices du réseau de la santé et des services sociaux dans notre région.

Finalement, différentes politiques ou différents plans d'action ont servi d'assise à ce rapport. Les principaux documents consultés à ce titre sont : la Politique de santé et de bien-être 1992 du ministère de la Santé et des Services sociaux, le rapport du comité de travail sur les services offerts en santé mentale pour les femmes 1997 et la Politique en matière de condition féminine "Un avenir à partager" du gouvernement du Québec. Cette dernière inscrit l'égalité entre les hommes et les femmes dans les activités quotidiennes et, principalement, en ce qui a trait à la réduction des écarts socio-économiques.

Finalement, le Plan de consolidation des services 1999-2002 de la Régie régionale de Québec propose des orientations en lien avec quelques problématiques vécues par les femmes. Ces orientations correspondent aux huit priorités régionales en matière de santé et de bien-être. Celles-ci seront énumérées à la fin de la présentation de chaque problématique.

Il est important ici de noter que les données recueillies proviennent de différentes sources ce qui peut facilement engendrer certaines inégalités dans la qualité des données. Mentionnons également que de nombreuses informations qualitatives sont le résultat de rencontres avec des intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux provenant de milieux différents. Ces rencontres ont été certes nécessaires mais ne permettent pas de dresser un portrait égal pour toutes les problématiques étudiées.

2. DÉFINITIONS DE LA SANTÉ DES FEMMES

Depuis de nombreuses années, le concept de santé est devenu une priorité dans nos vies de même que dans notre culture. Les différentes définitions de la santé qui ont été proposées, laissent entrevoir toute la complexité de ce concept. À l'heure actuelle, la santé n'est plus vue comme une seule absence de maladie mais plutôt comme une recherche d'équilibre. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a défini la santé comme suit : " La capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie³.

Le réseau québécois d'action pour la santé des femmes propose, pour sa part, la définition suivante : "La santé est l'expression d'un équilibre dynamique au niveau physique, psychologique, intellectuel et spirituel qui prend en compte les déterminants de la santé"⁴. Ce regroupement a également élaboré une définition spécifique de la santé des femmes : "La santé des femmes est un état d'équilibre global et harmonieux avec soi-même et avec les autres, prenant en compte les besoins individuels et collectifs des femmes au niveau de leurs différences psychologiques et culturelles. Différences qui découlent de leur appartenance au sexe féminin ainsi que leurs propres normes, modèles et valeurs en matière de santé".

Une dernière définition retient notre attention. Celle-ci a été présentée lors du Forum pour la santé des femmes en 1998⁵ par madame Maria De Koninck, professeure au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval : "La santé est une expérience de complet bien-être aux plans physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. Elle correspond à un objectif d'équilibre à la fois personnel et avec son environnement. Un tel équilibre devient possible lorsque se conjuguent les conditions favorables à l'adaptation requise pour les situations rencontrées aux différents moments de la vie".

3. SITUATION GÉNÉRALE

3.1 QUELQUES CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES

En 2000, la population féminine est de 3 734 624 dans la province de Québec. La région de Québec compte, en 2000, 646 899 personnes. Toujours pour la même année, le nombre total de femmes de 15 ans et plus est de 282 133⁶ et le nombre de femmes âgées de 65 ans et plus est de 53 756 ce qui représente 19% de la population totale féminine de 15 ans et plus dans la région de Québec. Les femmes ont une espérance de vie à la naissance de 81,4 ans, taux semblable à celui de la province, soit de 81,3 ans.

La population de la région de Québec vieillit et les jeunes sont moins nombreux. L'indice de fécondité, qui est le nombre annuel moyen de naissances vivantes par femme de 15 à 49 ans, est plus faible que l'indice provincial (1,4 pour notre région comparativement à 1,7 pour la province)⁷. Les indicateurs sociodémographiques, socio-économiques et sanitaires diffèrent en peu de chose de ceux de la province. On peut noter cependant que la scolarité est plus élevée. En effet, le pourcentage de la population ayant moins de neuf ans de scolarité est plus faible que celui de la province (17 % versus 20 %). Dans la région, en 1996, on pouvait compter environ 29,7 % de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules, ce qui était identique au taux provincial⁸.

En 1999, le nombre d'enfants de 0-5 ans, vivant dans la région 03, se situait à 38 255, en diminution de 3 640, soit une variation négative de 8,7 % durant cette période de huit ans (de 1991 à 1999). La cause première de cette diminution de la population des enfants de 0-5 ans provient évidemment de la chute persistante des naissances qui est passée, dans la région, de 7 493 en 1992 à 6 178 en 1997. L'effet combiné du vieillissement de la population et de la diminution des naissances fait en sorte que les enfants représentent maintenant 5,9 % de la population totale de la région, comparativement à 6,8 % pour l'ensemble du Québec. En 1999, on comptait, dans la région, 7 528 familles prestataires de la sécurité du revenu avec enfants, composées à 72 % de familles monoparentales⁹. Selon une étude réalisée en 1999, le nombre de naissances vulnérables serait évalué à 1 820, et, de ce nombre, 1 199 femmes ont été rejointes par le programme OLO (œufs, lait, orange)¹⁰.

Concernant les habitudes de vie et les facteurs de risque à la santé, nous pouvons affirmer qu'ils sont moins présents dans la région que dans la province. La proportion de fumeurs réguliers est plus faible (27 versus 30 %), le pourcentage des naissances de faible poids parmi l'ensemble des naissances vivantes est aussi plus bas que celui de la province (5 % vs 6 %) ainsi que le taux des grossesses parmi les adolescentes de 14 à 19 ans (27/1 000 vs 36/1 000). Par contre, le pourcentage de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine est un peu plus élevé (7 % vs 6 %) et le pourcentage de la population n'ayant jamais consommé de drogues illicites est plus faible (66 % vs 69 %) que la valeur

provinciale. Mentionnons également que la prescription de médicaments, c'est-à-dire le nombre annuel moyen d'ordonnances par personne de 65 ans et plus est supérieur à la moyenne provinciale (32 vs 29)¹¹.

En ce qui concerne la santé mentale, plus de 26 % de la population présentait un niveau de détresse psychologique élevé (problème relié à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité ou à des troubles cognitifs) en 1992-1993. Ce pourcentage est semblable à celui de la province. Concernant les gens qui ont eu, au cours de l'année 1992-1993, des idées suicidaires ou qui ont tenté de se suicider, la proportion est de 4,2 % alors que le taux provincial est de 3,9 %.

3.2 PARTICULARITÉS LOCALES

Dans les différents territoires d'organisation de services, on est en mesure de constater une grande diversité des conditions socio-économiques, sociodémographiques et sanitaires. La prochaine section fait état des éléments les plus pertinents pour chaque territoire.

Territoire de Portneuf

Situé à l'extrémité ouest de la région, le territoire de Portneuf regroupe, en 2000, 46 016 personnes. On prévoit que sa population augmentera deux fois plus que celle de la région. Le nombre total de femmes âgées de 15 ans et plus est de 19 110 en 2000¹². Les femmes âgées de 65 ans et plus (4 157) représentent 21,8 % du nombre total de femmes âgées de 15 ans et plus. Ce territoire compte peu de familles monoparentales (13,7 %) et de personnes âgées de 15 ans et plus vivant seules (11,9 %). La population vivant sous le seuil de la pauvreté (14,0 %) est inférieure à la moyenne régionale (19,2 %)¹³. Pour ce qui est de l'état de santé, il est comparable à celui de la région. Ce territoire présente des taux de fécondité à l'adolescence légèrement supérieurs à la moyenne régionale.

Les difficultés d'accès à des services de transport en commun caractérisent ce territoire et touchent particulièrement la population âgée ou en perte d'autonomie.

Territoire des Hautes-Marées

À l'ouest de Québec, le CLSC-CHSLD Sainte-Foy- Sillery- Laurentien compte, en 2000, 130 661 personnes. Pour la même année, les femmes de 15 ans et plus sont au nombre de 60 084¹⁴ tandis que les femmes âgées de 65 ans et plus (11 090) représentent 18,4 % de la population féminine de 15 ans et plus. L'état de santé chez cette population est meilleur que celui de la région. De plus, la population du CLSC-CHSLD Sainte-Foy- Sillery- Laurentien est davantage scolarisée et la proportion de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté est faible (12,8 %)¹⁵. Sur ce territoire, 29,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seules¹⁶. Les ménages, dont le principal soutien financier est une femme, sont locataires dans une proportion de 62 % à Sainte-Foy.

En 1996, la proportion de familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans était de 19,3 %¹⁷. Ce territoire est en croissance avec une clientèle de jeunes familles, d'étudiants et d'étudiantes. C'est le phénomène des "nouveaux pauvres" qui se retrouvent dans un milieu reconnu comme étant aisé. Par conséquent, le soutien à ces familles ne semble pas s'être développé au même rythme que l'évolution de la population du territoire.

Une des caractéristiques identifiées sur ce territoire est la présence importante de personnes immigrantes. En date de 1996, on pouvait compter un total de 6 000 immigrants et immigrantes résidant, pour la plupart, à Sainte-Foy¹⁸.

Québec-Centre

Québec-Centre regroupe une part importante de la population régionale. En 2000, on compte une population de 156 681 personnes. D'ici 2001, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus de Québec-Centre atteindra 20 % et la population totale aura diminué. Le nombre de femmes de 15 ans et plus y est de 75 080 tandis que le nombre de femmes âgées de 65 ans et plus est de 20 114, ce qui représente 26,7 % de la population féminine totale de 15 ans et plus¹⁹.

Les conditions socio-économiques sont parmi les moins favorables. Les familles monoparentales (33,7 %)²⁰ et les personnes seules sont nombreuses, particulièrement les personnes de 65 ans et plus (42,7 %)²¹. Mentionnons également que les personnes habitant Québec-Centre ont un état de santé précaire, que l'espérance de vie à la naissance est significativement plus faible (76,2 ans) et que le taux d'incapacité est plus élevé que la moyenne régionale (8,6 %)²².

Québec-Centre a le taux le plus haut de naissances de bébés de petit poids avec 6,4 % de naissances de bébés de poids insuffisant. Il en est de même pour les naissances prématurées. Ce secteur affiche un taux de prématurité de 7,7 % comparativement à celui de la région de Québec qui est de 6,8 %. Les taux de grossesses sont bien supérieurs aux moyennes régionale et provinciale. Les secteurs Est et Ouest de la ville de Québec sont caractérisés par des taux élevés d'interruption volontaire de grossesse (IVG) à l'adolescence²³.

Québec-Centre comprend deux territoires de CLSC distincts dont les populations présentent un profil démographique différent.

Territoire Haute-Ville-Des-Rivières

Population : 75 264 personnes en 2000. Pour la même année, les femmes âgées de 15 ans et plus sont au nombre de 36 200. Ce territoire se distingue par le nombre élevé de personnes âgées de 65 ans et plus qui y vivent. En 2000, ces dernières représentent 24 % de la population du territoire. Les femmes âgées

(6 249) y sont beaucoup plus nombreuses que les hommes (2 408). On note une nette prédominance de personnes vivant seules (55,3 %).

Dans ce territoire, plus du tiers (36 %) des ménages ont un revenu médian inférieur à 20 000 \$. Cette proportion passe d'ailleurs à 51 % dans le cas des ménages comptant une seule personne. C'est une situation qui laisse entrevoir un taux de pauvreté important chez les personnes âgées vivant seules car elles représentent plus de la moitié des aînés et aînées qui habitent ce secteur.²⁴

En 1999, le secteur Duberger-Les Saules-Lebourneuf s'est ajouté au territoire du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières. Depuis, sur ce même territoire de CLSC, le pourcentage de femmes âgées diffère énormément. Ainsi, en 2000, dans le secteur Haute-Ville, les femmes âgées représentent 33,1 % des femmes âgées de 15 ans et plus tandis qu'à Duberger-Les Saules-Lebourneuf, elles représentent seulement 13,7 % de la population féminine de 15 ans et plus²⁵.

Territoire Basse-Ville-Limoilou-Vanier

Population : 81 417 en 2000. Pour la même année, on compte 38 880 femmes âgées de 15 ans et plus sur ce territoire tandis que les femmes âgées de 65 ans et plus (11 488) représentent 29,5 % de ce nombre²⁶. Un nombre important de familles sont rejointes par le programme OLO (œufs, lait, orange) et la proportion de la population vivant sous le seuil de la pauvreté est nettement plus élevée (31,9 %) que la moyenne régionale (19,2 %). On constate également un nombre élevé de familles monoparentales dans cette partie de territoire (40 %)²⁷.

La clientèle souffrant de troubles mentaux graves s'y concentre majoritairement et elle présente également d'autres problématiques comme la violence, la toxicomanie, les grossesses à l'adolescence, l'itinérance, l'extrême pauvreté, l'isolement et la prostitution.

Territoire de La Jacques-Cartier

Ce territoire connaît actuellement une poussée démographique importante. Entre 1991 et 2000, la population est passée de 73 755 à 85 676. En 2000, les femmes âgées de 15 ans et plus sont au nombre de 31 970. On y dénombre 2 771 femmes âgées de 65 ans et plus, soit 8,7 % de la population féminine de 15 ans et plus du territoire²⁸. L'espérance de vie est supérieure (79,2 ans) à la moyenne régionale (77,9 ans). Les familles monoparentales sont moins nombreuses (14,9 %) que dans l'ensemble de la région (20,0 %), et ce territoire regroupe un bassin de population composé d'un nombre important de jeunes familles.

Les grossesses à l'adolescence sont en augmentation et ces jeunes filles sont difficiles à rejoindre.

Territoire Orléans

En 2000, 106 258 personnes résident sur ce territoire. Les femmes âgées de 15 ans et plus sont au nombre de 44 791 tandis que les femmes de 65 ans et plus (7 733) représentent 17,2 % de la population féminine

de 15 ans et plus du territoire²⁹. Les familles monoparentales (15,8 %) et les personnes vivant sous le seuil de pauvreté (14,6 %) sont moins nombreuses que dans l'ensemble de la région. Par contre, l'état sanitaire de la population d'Orléans est inférieur à la moyenne régionale : l'espérance de vie à la naissance est plus faible (76,9 ans) et la mortalité liée aux maladies circulatoires (267,6 par 100 000) et respiratoires (74,4 par 100 000) est significativement plus élevée que dans l'ensemble de la région³⁰.

Ce territoire étant situé à proximité du Centre hospitalier Robert-Giffard, une bonne concentration de personnes souffrant de troubles mentaux graves y réside.

Territoire La Source

En 2000, la population de ce territoire est de 91 208 personnes. Cette population est relativement plus jeune que celle de la région. En 2000, les femmes de 15 ans et plus sont au nombre de 38 001. Les femmes âgées de 65 ans et plus (5 075) représentent seulement 14,3 % de la population féminine de 15 ans et plus de ce territoire³¹. Dans l'ensemble, ce territoire bénéficie de situations socio-démographiques et socio-économiques supérieures à la région. La scolarité y est plus élevée, les personnes seules et les personnes vivant sous le seuil de pauvreté sont moins nombreuses (14,6 %) que dans la région. L'état de santé est supérieur à la moyenne régionale, l'espérance de vie à la naissance est plus élevée et le taux d'incapacité est inférieur.

La particularité de ce territoire est la présence de jeunes mères, peu scolarisées, ayant un faible revenu.

Territoire de Charlevoix

En 2000, 30 399 personnes demeurent sur ce vaste territoire et on y prévoit la plus forte décroissance de la région. En 2000, on compte 13 097 femmes âgées de 15 ans et plus et 2 816 femmes de 65 ans et plus, soit 21,5 % de la population féminine de 15 ans et plus du territoire³². On y retrouve peu de familles monoparentales (13,1 %) et les personnes seules sont peu nombreuses. La population de cette région est moins scolarisée (28,5 %). L'espérance de vie à la naissance est significativement plus faible (76,7 ans) que la moyenne provinciale (77,8 ans), et le taux d'incapacité s'avère plus élevé. Le territoire de Charlevoix présente des taux de fécondité à l'adolescence légèrement supérieurs à la moyenne régionale.

C'est un territoire confronté avec des problématiques de pauvreté et de violence familiale. Enfin, on note des difficultés reliées au transport, conjuguées à la dispersion de la population sur un vaste territoire, ce qui entraîne un isolement plus important pour les femmes.

4. DIFFÉRENTES FACETTES DE LA SANTÉ DES FEMMES

Le présent chapitre fera état de plusieurs problématiques qui touchent de près ou de loin la santé des femmes dans la région de Québec. Pour chaque problématique étudiée, un portrait général, une description sommaire des besoins spécifiques aux femmes ainsi que des ressources disponibles seront présentés. La santé mentale, la santé physique, la santé sexuelle et de la reproduction, la santé sociale de même que la transformation du réseau de la santé et ses impacts sur la santé des femmes formeront les problématiques étudiées dans ce chapitre. Comme il a été mentionné précédemment, de nombreuses données ont été recueillies lors d'entrevues qualitatives auprès des intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux.

4.1 SANTÉ MENTALE

Portrait général

La diminution des problèmes de santé mentale dans la population québécoise d'ici l'an 2002 est un des objectifs retenus par la Politique de la santé et du bien-être. Cette politique reconnaît les rapports hommes-femmes comme étant l'un des facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Afin d'être en mesure de répondre à l'objectif de diminution des problèmes de 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 violentées³³. Mentionnons également que la politique de santé mentale poursuit deux objectifs : permettre à toute personne, dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation et favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population. La politique en matière de condition féminine du gouvernement du Québec, parue en 1993, faisait état que la santé mentale des femmes ne s'était guère améliorée à l'intérieur de la dernière décennie. Un des objectifs prioritaires de cette politique était "d'assurer l'adaptation des soins et des services en santé psychologique aux réalités, aux besoins, ainsi qu'aux conditions de vie des femmes et, notamment, de celles des groupes les plus vulnérables et de réduire la proportion de la population féminine qui se retrouve dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique"³⁴.

Au début des années 1980, les femmes pouvaient être considérées "malades" parce que la condition dans laquelle certaines d'entre elles vivaient favorisait des états de détresse et de dépression. Quinze ans plus tard, les femmes déclarent davantage de problèmes généraux liés à la santé mentale que les hommes³⁵. Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, les femmes présentent plus de problèmes généraux liés à la santé psychologique que les hommes (30 % vs 22 %)³⁶. Les adolescentes et les jeunes femmes représentent le groupe le plus vulnérable à la détresse élevée. La pauvreté, la violence, la

monoparentalité, sont des conditions associées à la présence de détresse. Les personnes qui se sont intéressées à la question de la santé mentale chez les femmes insistent sur le fait que la détresse psychologique rencontrée chez ces dernières résulterait, généralement, des conditions sociales, économiques et culturelles plutôt que de quelque fragilité biologique ou psychologique des femmes³⁷.

Le comité de travail provincial sur la santé mentale des femmes (1997) a adopté, comme "principe et fil conducteur, que l'autonomie financière et affective des femmes ainsi que la reconnaissance de la contribution spécifique des femmes à la société québécoise sont indissociables du développement et du maintien de la santé mentale et en constituent les conditions favorables de base"³⁸. Selon le même comité, une des conditions pour favoriser la santé mentale des femmes, c'est d'agir sur ses déterminants, c'est-à-dire l'ensemble des conditions qui peuvent influencer le développement de la santé et du bien-être. Les ressources financières font partie des conditions qui auront un impact important sur la santé mentale des femmes. De façon globale, le contexte de pauvreté et d'appauvrissement dans lequel vivent de nombreuses femmes comporte plusieurs facteurs de risque, tels l'isolement, le chômage, un faible soutien social, etc. Les personnes vivant dans la pauvreté affirment surtout que leur faible revenu contribue à compliquer leur vie. La précarité de leur situation économique mène souvent au stress, à la frustration, au découragement et à un sentiment d'impuissance. Ces différents facteurs sont autant d'éléments qui s'additionnent pour déclencher un problème de santé mentale³⁹. Selon les intervenantes rencontrées dans les différents milieux, la pauvreté et la violence vécues par plusieurs femmes exercent un stress continu qui peut les affecter. "Par ailleurs, le fait d'assumer divers rôles, de devoir les concilier, augmente les facteurs de vulnérabilité susceptibles d'entraîner des problèmes d'adaptation et par extension de santé mentale"⁴⁰.

Le suicide est une conséquence dramatique de la détresse psychologique. Au Québec, au cours des dernières années, le nombre de suicides n'a cessé d'augmenter. Il s'agit ici d'une réalité surtout masculine. En 1995, 1 442 personnes sont décédées par suicide au Québec : 1 144 hommes et 298 femmes. Le taux de mortalité par suicide au Québec se situe à 19,5 décès par 100 000 habitants. Chez les femmes, il n'y avait aucune différence statistique entre les taux observés selon les différents milieux géographiques. Il faut noter que les jeunes filles sont davantage hospitalisées que les autres groupes pour tentative de suicide. Les données d'hospitalisation de courte durée confirment que les tentatives sont beaucoup plus prévalentes chez les femmes que ne le sont les suicides. Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisation⁴¹. Les comportements suicidaires des Québécoises peuvent être estimés grâce aux données sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide de l'Enquête santé Québec. En effet, près de cinq femmes sur cent auraient fait une tentative de suicide au cours de leur vie, tandis que trois hommes sur cent auraient tenté la même chose.

Il est important, à ce moment-ci, de dire que les données concernant la dépression et autres problèmes de santé mentale ne nécessitant pas d'hospitalisation ne sont pas comptabilisées, ce qui rend difficile l'estimation de leur prévalence.

Besoins spécifiques

Les intervenantes de cliniques externes et du Centre de crise de la région de Québec ont expliqué qu'elles sont en mesure de répondre à la crise, conformément à leur mandat. Afin de répondre aux besoins des femmes en amont et en aval de la situation de crise : soins des enfants, isolement, milieu familial violent, pauvreté, on doit les diriger vers d'autres ressources. De nombreuses similarités ont été observées dans le vécu des femmes qui fréquentent les ressources en santé mentale. Elles ont fréquemment été victimes de violence conjugale ou d'inceste, vivent beaucoup d'isolement dû à leurs conditions de vie précaires ou à leur situation géographique⁴². Un des constats retenus lors d'une étude réalisée dans Québec-Centre⁴³ est l'importance de briser l'isolement des personnes et principalement de celles qui vivent des difficultés en améliorant la continuité des services plutôt que de multiplier les ressources. Mentionnons également que Québec-Centre possède la plus importante concentration de ressources publiques et communautaires, ce qui explique que les résidentes d'autres territoires doivent se déplacer afin de recevoir certains services alors que d'autres sont confinées à demeurer isolées car elles n'ont pas toujours les possibilités financières pour utiliser les différents moyens de transport, lorsque ces derniers existent.

Dans le rapport "Écoute-moi quand je parle !" ⁴⁴ du comité de travail sur les services en santé mentale offerts aux femmes, il est précisé que les femmes ayant des problèmes de santé mentale "ne sont ni entendues, ni écoutées et lorsqu'elles le sont, on ne les croit pas". Soulignons également que les différentes intervenantes rencontrées ont été unanimes à dire qu'il était primordial de faire des liens entre les conditions de vie problématiques des femmes et leur santé mentale. L'absence d'arrimage entre les différentes ressources des réseaux public et communautaire, l'absence de référence et la méconnaissance des ressources existantes font en sorte que les femmes doivent fréquemment attendre plusieurs mois avant d'avoir un suivi ou une quelconque forme d'aide.

Ressources

Afin de favoriser une meilleure santé mentale des femmes, il est essentiel d'agir sur les déterminants, c'est-à-dire sur l'ensemble des conditions qui peuvent influencer le développement optimal de la santé et du bien-être. Les intervenantes rencontrées sont unanimes à dire qu'il est nécessaire d'habiliter les femmes afin qu'elles puissent augmenter leur maîtrise et leur pouvoir sur leur propre vie. Cette prise de contrôle leur permettra de ressentir une meilleure emprise sur leur vie de même que sur leur environnement physique, social et psychologique. Mentionnons également l'importance de passer par des mesures intersectorielles si l'on veut améliorer la santé mentale des femmes "c'est-à-dire que l'action sur les

déterminants ne peut se faire autrement que d'interpeller d'autres réseaux comme celui de l'éducation, de la sécurité du revenu, de la justice, du travail, des municipalités, dans un objectif de coordination et d'intégration des services et pour une approche globale de la santé"⁴⁵.

Dans la région de Québec, les Centres de femmes se définissent comme des généralistes qui interviennent selon une approche féministe et qui orientent leurs actions vers cinq aspects prioritaires : la santé mentale, la santé physique, la violence conjugale, la violence sexuelle et la pauvreté. Ces centres offrent un lieu pour briser l'isolement des femmes, un lieu de prise de conscience, d'entraide et de passage à l'action sur une base individuelle ou de groupe. Un des constats du regroupement des groupes de femmes de la région 03 confirme la nécessité de prendre le temps d'écouter les femmes, "non seulement parce qu'elles ont des conditions particulières d'existence, sont exposées à des problèmes qui leur sont propres, mais aussi parce qu'elles portent en elles-mêmes les solutions"⁴⁶.

Sur le plan de l'accessibilité des services, des intervenantes œuvrant dans différents milieux ont toutes mentionné l'aspect du délai dans leur pratique. Ces délais d'attente rencontrés dans le réseau public ne conviennent pas à une clientèle qui vit un problème de santé mentale et certaines problématiques associées. Selon une intervenante du centre de traitement dans la communauté du Centre hospitalier Robert-Giffard, il n'est pas rare que des patientes qui consultent à l'urgence psychiatrique de l'hôpital l'Enfant-Jésus ressortent de l'urgence après 48 heures sans avoir été vues par le ou la psychiatre. À cet effet, l'intervenante rencontrée a mentionné l'existence de zones grises, notamment en ce qui a trait au mandat et au partenariat entre les deux établissements. Ces zones grises contribuent à engorger l'urgence sans pour autant améliorer l'état psychiatrique des personnes.

À titre d'exemple, voici la situation rapportée par deux femmes ayant vécu une désorganisation et leur trajectoire selon la porte d'entrée utilisée :

Réseau public	Réseau communautaire
Femme itinérante suite à une expulsion de son logement .Est désorganisée, dysfonctionnelle. Hébergée à Lauberivière. ↓	Femmes sans domicile fixe, désorganisée et dysfonctionnelle. Hébergée à Lauberivière. ↓
Le fils de la dame se rend au CLSC avec sa mère. La travailleuse du CLSC doit rappeler l'intervenante de Lauberivière dans de brefs délais. ↓	L'intervenante de Lauberivière téléphone à l'Archipel d'entraide. L'intervenant de l'Archipel vient rencontrer la femme le lendemain. Il explique à la femme la nécessité de rencontrer un médecin. Elle accepte facilement. ↓
Après 5 jours, l'intervenante de Lauberivière téléphone au CLSC pour savoir ce qui se passe dans ce dossier. L'intervenante du CLSC explique que la dame en question n'est pas suffisamment motivée pour être en mesure de bien fonctionner dans un programme comme celui du CLSC. L'intervenante de Lauberivière décide de rencontrer la travailleuse sociale du CLSC. Cette dernière demande au médecin de faire une évaluation de la dame. ↓	Le lendemain, le médecin attitré de l'Archipel vient rencontrer la femme. Il lui fait une prescription et demande à l'intervenante de Lauberivière de lui faire, dans les jours qui suivent, un état de la situation. Entre-temps, l'intervenant de l'Archipel fait des démarches avec la femme pour la relocaliser et faire les demandes pour l'aide social et sa carte d'assurance-maladie. ↓
Après 3 semaines d'attente, l'intervenante de Lauberivière téléphone au médecin du CLSC pour savoir où le dossier en était rendu. Ce dernier téléphone à la Clinique Roy-Rousseau et se fait dire qu'ils vont rappeler à Lauberivière pour aviser. ↓	Après 5 jours, la femme était stabilisée avec la médication prescrite et relocalisée. ↓
Après 103 jours d'attente, l'état de la femme s'était beaucoup détériorée, elle avait des idées suicidaires et causait certains problèmes aux autres résidentes. L'intervenante de Lauberivière a décidé de l'amener à l'urgence. Les médecins ont décidé de l'hospitaliser. Après un mois d'hospitalisation, l'expertise psychiatrique n'était pas encore faite et elle n'était pas sortie de l'hôpital. ↓	Après 7 jours à Lauberivière, la femme a emménagé dans son nouveau logement. Cette dernière continue de fréquenter L'Archipel d'entraide. ↓
À sa sortie, c'est un organisme communautaire qui va l'aider à se réorganiser et à se relocaliser.	

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Développer et consolider des activités de prévention, promotion et information;
- Consolidation des services offerts par les CLSC et les organismes communautaires, ainsi que les services de réadaptation et de réintégration socioprofessionnelle;
- Amorcer l'accès aux services de soutien ethnopsychosocial;
- Consolidation de l'accès aux services et développement des services de prévention, d'hébergement et de suivi communautaire;
- Procéder à la mise sur pied de services "entraide parents";
- Procéder à la mise sur pied de services "entraide personnes".

4.2 SANTÉ PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

4.2.1 Les femmes vivant avec une situation de handicap

Portrait général

Dans sa Politique de santé et de bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux a reconnu que "les personnes qui ont des incapacités rencontrent souvent des obstacles dans l'environnement physique et social"⁴⁷. Ces obstacles imposent, aux personnes vivant avec un handicap, des difficultés dans l'exécution de leurs rôles sociaux. À cet effet, le ministère a prévu réduire, d'ici l'an 2002, les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.

Compte tenu du peu d'études qui traitent des personnes ayant une déficience physique dans la région, il est nécessaire d'être prudents avec les données recensées. Le nombre de personnes de la région atteintes d'incapacités modérées ou sévères est estimé à 34 000. Parmi la population totale des aînés, 24,4 % de celle-ci vit avec de telles incapacités⁴⁸.

Il existe deux phénomènes qui affectent plus particulièrement les personnes qui vivent une situation de handicap : la pauvreté et l'appauvrissement. "La pauvreté impose une situation de privation pour l'accès aux biens et services de première nécessité. L'appauvrissement se traduit, pour sa part, en pertes financières plus ou moins importantes résultant des conséquences financières de l'existence des incapacités"⁴⁹. Les personnes handicapées sont particulièrement défavorisées et touchées par la pauvreté et l'appauvrissement. Pour les femmes handicapées, l'écart de revenu, entre les personnes ayant des incapacités et celles qui n'en ont pas, est de 5 180 \$. Près de 68,9 % des femmes handicapées vivent avec un revenu de 15 000 \$ et moins. Ajoutons qu'elles bénéficient d'un revenu moyen qui représente 70 % du revenu des hommes handicapés⁵⁰. Dans la région, en 1991, 46,0 % des femmes handicapées vivaient sous le seuil de revenu et c'était le cas de 19,7 % des femmes sans incapacités⁵¹.

Les femmes ayant des incapacités comptent dans leurs rangs une plus grande part de personnes divorcées, séparées ou veuves que les hommes. On retrouve également une plus grande part de familles monoparentales dont la femme a la charge. La proportion des femmes ayant des incapacités et ayant moins de neuf années d'études est deux fois plus élevée (30,5 %) que celle des femmes sans incapacité. Près des deux tiers des femmes ayant des incapacités se retrouvent hors de la population active (64 %), participent moins au marché du travail que les hommes et quittent plus rapidement leur emploi. Elles occupent des emplois moins qualifiés que les femmes sans incapacité et travaillent plus fréquemment à temps partiel⁵².

Besoins spécifiques

Les femmes qui vivent avec un handicap sont fréquemment décrites en fonction de leur handicap et non en tant que femmes. On a constaté que plusieurs intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ont de la difficulté à dépasser l'état de handicap afin de considérer les autres aspects de la santé des femmes handicapées limitant ainsi leur accès à certains services. À titre d'exemple, une femme handicapée qui se présente dans un bureau de médecin ne se fera pas fréquemment offrir de passer un examen gynécologique ou questionner sur sa vie affective ou sexuelle. Une étude menée à l'Université du Québec à Montréal sur la sexualité des personnes handicapées arrive à la conclusion que l'entourage incite la personne handicapée à se "dépouiller de sa sexualité et aussi à projeter une image de pureté, d'ange, sans désir"⁵³. Cette constatation est également valable pour différents problèmes en santé mentale.

La violence vécue par les femmes handicapées n'est certes pas très bien documentée mais est reconnue comme un problème important dans la vie de celles qui la subissent. La violence se vit différemment en fonction des obstacles reliés à leur handicap. Dans un premier temps, elles sont plus sujettes à vivre de la violence que les femmes qui ne souffrent d'aucun handicap et, dans un deuxième temps, l'accessibilité aux services leur est d'autant plus difficile étant donné que de nombreuses ressources ne leur sont pas accessibles⁵⁴. L'organisation actuelle des services destinés aux personnes handicapées comporte donc certaines lacunes. Les femmes qui ont de nombreux besoins à combler doivent s'adresser à une multitude d'organismes afin de trouver une réponse adéquate à ceux-ci.

Ressources

Les intervenantes rencontrées ont fait ressortir la situation des femmes présentant une déficience intellectuelle. Ainsi, dans le cas de femmes présentant une déficience intellectuelle hébergées dans des ressources résidentielles du réseau, il arrive que les intervenants et intervenantes ne prennent pas en compte les dénonciations d'abus sexuels et refusent d'intervenir rapidement dans des situations à risque. Leur crédibilité est fréquemment remise en cause. Mentionnons également que le nombre des personnes "qui se retrouvent aujourd'hui dans leur milieu de vie naturel ou dans certaines ressources plus légères n'ont cependant pas nécessairement tous les services nécessaires à leur réadaptation"⁵⁵. Compte tenu de la hausse de la clientèle vivant hors du milieu hospitalier, d'un manque de ressources et de l'ampleur du territoire, le personnel des centres de réadaptation en déficience intellectuelle offre un soutien qui ne répond que partiellement aux besoins des femmes.

Sur le plan des services en adaptation / réadaptation, il y aurait disparité entre les services. Par exemple, les programmes de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), assurent aux usagers et usagères des services spécialisés de réadaptation. "L'accès à ces services spécialisés pour les autres clientèles devient donc tributaire des

ressources excédentaires des établissements,"⁵⁶ ce qui entraîne des impacts négatifs sur les chances de réadaptation.

Différentes ressources de soutien ont été mises en place au cours des dernières années. Cependant, ces ressources éprouvent différentes difficultés : manque de financement suffisant et récurrent pour les maisons de répit; disponibilité des places en réseau lors des périodes de pointe. De plus, pour certaines femmes ces ressources ne sont pas toujours accessibles géographiquement⁵⁷.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Actualiser le Plan régional d'organisation des services en déficience physique (PROS);
- Consolider la trajectoire de services entre l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et les autres partenaires, et amener le support de l'expertise spécialisée aux intervenants de première ligne;
- Poursuivre la déconcentration des services sur les territoires de Charlevoix et de Portneuf.

4.2.2 Les cancers du sein et du poumon et les maladies cardiovasculaires

Portrait général

En 1994, la Régie régionale de Québec a retenu, comme une de ses huit priorités de santé et de bien-être, la diminution de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de la région. Pour y arriver, le Plan d'action triennal 1995-1998 propose quatre axes d'action. Un des axes consiste en l'élaboration et la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du sein. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux confie, à chaque régie régionale de la santé et des services sociaux, le soin d'implanter le programme québécois de dépistage du cancer du sein dans leur région respective. Ce programme de dépistage 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. Ce programme propose donc un dépistage systématique par mammographie, aux deux ans, à toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans. Pour les neuf régions où était implanté le programme québécois de dépistage, le taux de participation était de 42,4 % au 31 mars 1999⁵⁸. Entre mai 1998 et septembre 1999, 25 487 femmes de 50 à 69 ans de la région de Québec ont passé une mammographie, soit 35,6% des femmes visées par le programme de dépistage. À noter que les territoires de Charlevoix et de Portneuf n'avaient pas encore débuté leurs activités⁵⁹.

Le cancer du sein constitue la deuxième cause de mortalité au Québec et dans la région. Au Québec, en 1997, 4 100 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués, soit 28 % de tous les nouveaux cas de cancer chez la population féminine. De ce nombre, 1 325 femmes en sont décédées⁶⁰. Le cancer du sein a la particularité de frapper les femmes à un âge relativement jeune, comparativement aux autres types de cancer : 46 % des cancers du sein se déclarent chez les femmes de moins de 60 ans, tandis que pour les autres cancers, ce ne sont que 32 % des cas qui se déclarent chez les femmes de moins de 60 ans. Parmi les 260 052 femmes de 20 ans et plus de la région, il y a eu, en 1996, 345 nouveaux cas de cancer du sein

et 130 décès dus à cette maladie. Les taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein dans la région 03 suivent à peu près la même tendance que ceux de la province, c'est-à-dire une légère augmentation des taux d'incidence du cancer du sein et des taux de mortalité plus stables⁶¹.

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes mais c'est le cancer du poumon qui est la première cause de décès par cancer chez les femmes. En effet, en 1997, au Québec, 1 592 femmes sont décédées des suites d'un cancer des bronches et du poumon. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a retenu comme objectif de stabiliser, d'ici l'an 2002, le taux de mortalité par cancer du poumon. Le principal facteur de risque du cancer du poumon est le tabagisme et serait responsable de 87 % des décès par cancer du poumon⁶².

En ce qui a trait aux maladies cardio-vasculaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux a prévu comme objectif de réduire, d'ici l'an 2002, la mortalité par maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires sont responsables de la première cause de mortalité dans la région et au Québec. Le manque de données ventilées par sexe ne permet pas, au moment présent, de produire des chiffres sur le taux de mortalité des femmes dans la région 03. Par contre, au Canada le pourcentage de décès attribuable à une maladie cardiovasculaire chez les femmes était de 38 % en 1997 soit 39 619 décès⁶³. Dans la province de Québec, en 1997, le taux de mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires standardisé en fonction de l'âge était de 190 femmes par 100 000⁶⁴. Il est reconnu que la mortalité par maladie cardiovasculaire touche davantage les hommes, mais la maladie est plus répandue chez les femmes⁶⁵.

Besoins spécifiques

Plusieurs commentaires ont été formulés par les personnes rencontrées lors d'entrevues sur le programme de dépistage du cancer du sein. D'une part, mentionnons que plusieurs femmes sentent le besoin d'être mieux renseignées vis-à-vis la mammographie. C'est un examen qui a la réputation d'être désagréable et de ne pas toujours s'avérer juste. À cet effet, plusieurs intervenantes du réseau ont fait mention que de nombreuses mammographies résultaient en des faux positifs créant ainsi chez les femmes des inquiétudes et un stress accrus. D'autre part, il a été soulevé que le soutien après l'examen était absent. C'est-à-dire que les femmes pour qui la mammographie s'est révélée positive doivent attendre souvent plus d'un mois avant de se faire confirmer le résultat. Le manque de soutien durant ce moment d'attente est durement vécu par une majorité de femmes.

Ressources

Le programme de dépistage du cancer du sein sert à dépister un nombre plus élevé de cancers à un stade précoce certes, mais lorsque la femme doit se faire traiter, il peut arriver qu'elle soit obligée de se faire soigner à l'extérieur du pays car les délais d'attente pour recevoir des traitements de radiothérapie dans la région sont trop longs.

La mise en œuvre de six projets d'intervention communautaire dans six territoires de CLSC a permis d'offrir des actions préventives sur le tabagisme. Ces différents projets sont axés sur la promotion de saines habitudes de vie ainsi que sur la prévention et le contrôle des facteurs de risque⁶⁶.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Finaliser l'implantation du programme de dépistage du cancer du sein sur les territoires de Charlevoix et de Portneuf et consolider son application sur les autres territoires.
- Poursuivre des actions de sensibilisation pour obtenir l'adhésion des femmes au programme de dépistage du cancer du sein et pour soutenir le maintien de leur participation.
- Consolider et développer des activités de formation et de soutien à la pratique des professionnels, des médecins et du personnel impliqué;
- Développer un modèle régional d'organisation des services de lutte au cancer en conformité avec le programme québécois de lutte au cancer.
- Consolider et développer des projets de mobilisation communautaire sur tous les territoires selon la perspective au programme intégré sur les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon.
- Mettre en œuvre et évaluer le projet-pilote de réorganisation des soins primaires en santé cardiovasculaire sur les quatre territoires de CLSC visés, soit : Portneuf, La Jacques-Cartier, Orléans et Charlevoix.

4.2.3 Les problèmes de santé reliés au vieillissement

Portrait général

Le ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec a retenu comme objectif de santé et de bien-être d'éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées d'ici l'an 2002. L'approche qui a été retenue afin d'atteindre cet objectif se base sur la réduction des six obstacles identifiés comme étant déterminants à l'intégration sociale : les incapacités liées à la condition personnelle, le manque de support au réseau d'entraide, l'abus, la négligence et la violence envers les personnes âgées, les conditions socio-économiques défavorables, l'inadéquation du réseau des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et les mauvaises habitudes de vie⁶⁷.

Le vieillissement de la population féminine n'est pas une maladie en soi mais un phénomène associé à une plus grande prévalence de certaines maladies chroniques. Selon le recensement de 1996, les femmes ont une espérance de vie au Québec de 81,5 ans comparativement à 75,2 ans chez les hommes⁶⁸. Cette situation met en évidence l'univers féminin des personnes âgées, car plus les femmes avancent en âge, plus leur proportion est importante. En effet, en 2000, le nombre de femmes âgées de 65 ans et plus est de 53 756 dans la région 03. De ce nombre, 27 793 femmes ont entre 65 et 74 ans, 18 843 entre 75 et 84 ans, et 7 120 ont 85 ans et plus comparativement aux hommes qui sont au nombre de 21 822, 10 289 et 2 223 dans ces groupes d'âge.

Plus les femmes vieillissent, plus elles se retrouvent seules car non seulement leur espérance de vie est supérieure, mais il est fréquent que leur conjoint soit plus âgé qu'elles. On constate que 39,6 % des Québécoises de 65 ans et plus vivent en couple alors que chez les hommes du même âge, cette proportion

s'élève à 74,8 %⁶⁹. On constate une plus grande pauvreté chez les femmes âgées car, en 1996, le revenu total des Québécoises âgées de 65 ans et plus était de 15 046 \$ en moyenne, alors que le revenu moyen des hommes du même âge était de 23 490 \$. Mentionnons également qu'environ 1 940 femmes de ce groupe d'âge n'avaient aucun revenu cette année-là⁷⁰. Toujours en 1996, 37,4 % des Québécoises de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de faible revenu tandis qu'en 1997, 59,7% des femmes seules de 65 ans et plus étaient pauvres⁷¹.

La santé mentale des femmes est étroitement liée à la satisfaction qu'elles ont de leur vie sociale de même qu'à la présence ou non de problèmes de santé physique. Le stress est aussi considéré comme un facteur important car environ le tiers des femmes âgées considèrent leur vie très ou plutôt stressante. Cette difficulté à s'adapter au stress se manifeste par une médicalisation excessive chez les femmes âgées de 65 ans et plus. En effet, les femmes se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants que les hommes: 22 % des femmes âgées de 65 ans et plus se font prescrire des tranquillisants comparativement à 14 % chez les hommes, et environ 87 % consomment au moins un médicament. Cette consommation de psychotropes est souvent perçue comme le seul moyen leur permettant de tolérer l'intolérable ou d'accepter l'inacceptable⁷². Leur surmédicalisation entraîne des risques de perdre leur autonomie physique, psychologique et sociale. Si de nombreuses femmes âgées affirment ne pas avoir un taux de détresse psychologique élevé, certaines chercheuses se sont demandées "si le fait de consommer autant de tranquillisants n'aurait pas plutôt l'effet d'endormir cette détresse tout en accentuant le nombre de chutes et de fractures"⁷³. Selon Guyon (1996)⁷⁴, il est possible que, pour une bonne partie de praticiens et de praticiennes, la prescription de médicaments aux personnes âgées, et plus particulièrement aux femmes âgées, soit devenue une habitude.

La violence et la négligence dont sont victimes certaines femmes âgées sont très peu documentées. Cependant, elles sont reconnues comme étant des problématiques importantes affectant la santé physique et mentale des femmes. Par ailleurs, les différents travaux traitant de ces problématiques démontrent que qu'il y aurait entre 1 et 12 % de personnes âgées victimes de mauvais traitements. En réalité, ces données sont sous-estimées "car les victimes dénoncent rarement leurs agresseurs, par honte, par peur qu'on se venge sur elles ou qu'on ne les abandonne, par incapacité physique ou mentale, ou par craintes des systèmes sociaux et judiciaires, etc."⁷⁵.

Besoins spécifiques

Lors de rencontres sectorielles, le regroupement des organismes communautaires de la région 03⁷⁶ a constaté que le problème d'accessibilité aux services (information, promotion, maintien à domicile, services domestiques, hébergement, etc.) se généralise. Cette constatation a des conséquences néfastes sur la santé des femmes, tel l'isolement et une augmentation des abus (vol, violence physique, abus de

confiance, etc.). Cette augmentation d'abus et de négligence envers les femmes âgées a été confirmée par les intervenantes communautaires rencontrées.

Selon une intervenante de la Société Alzheimer, plusieurs femmes aimeraient déposer une plainte concernant la situation en hébergement mais elles s'en abstiennent ayant peur des représailles et d'un manque de soins.

Ressources

Les différents CLSC de la région de Québec offrent, aux personnes âgées qui vivent des incapacités, de nombreux services. Selon les CLSC, les demandes d'interventions à domicile ont connu une augmentation entre 11 et 27 % en 1996-1997⁷⁷. Par contre, pour de nombreuses femmes âgées, le CLSC ne répond que partiellement aux besoins exprimés. Il est fréquemment précisé que les listes d'attente, le changement d'intervenant(e)s et le sentiment de ne pas être écoutées font en sorte que les femmes âgées préfèrent ne pas consulter en CLSC. Effectivement, si l'on réfère au document sur les services de maintien à domicile dispensés par les CLSC, il est noté que "les intervenants n'ont pas le temps d'investiguer l'ensemble des situations, ni de faire le suivi tel que les situations le nécessitent, ce qui touche particulièrement le suivi de clients vulnérables : les personnes âgées, en perte d'autonomie, vivant des problèmes chroniques"⁷⁸. Toujours selon la même source, les différents programmes mis en place dans les CLSC de la région de Québec "laissent peu de place actuellement aux activités préventives"⁷⁹, privant ainsi plusieurs femmes âgées d'une certaine autonomie.

De nombreux organismes communautaires offrent des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces services (livraison de repas chauds, transport-accompagnement, visites à domicile, dépannage, gardiennage, etc.) sont en constante augmentation depuis qu'il existe une volonté étatique de développer le maintien à domicile d'une catégorie de personnes que l'on dirigeait auparavant vers des ressources d'hébergement. En effet, les organismes communautaires oeuvrant dans le secteur du maintien à domicile ont constaté une augmentation de demandes de services allant de 15 % à 67 % en 1997-1998.

Une rencontre avec des femmes atteintes de la maladie d'Alzheimer a permis d'identifier les éléments suivants : le médecin traitant ne donne pas suffisamment d'information concernant la maladie et son évolution. Ces femmes ont également fait part de l'importance d'être en mesure de parler avec des femmes vivant la même maladie et de l'importance d'être soutenues dans la maladie. Lors de cet échange, les femmes ont mentionné qu'elles ont de la difficulté à recevoir une quelconque forme d'aide en début de maladie car, tant que la maladie n'a pas fait trop de ravage, elles ne peuvent s'attendre à recevoir aucune forme d'aide.

Selon un intervenant de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR), plusieurs femmes ont mentionné à des membres du réseau de la santé et des services sociaux avoir été victimes de violence et on ne les aurait pas crues. Leurs problèmes de santé font en sorte que leur crédibilité est mise en doute laissant ainsi le problème de violence prendre de l'ampleur. Par ailleurs, ce phénomène est également vécu par des femmes qui présentent des problèmes de santé mentale. À travers les discussions avec les intervenants et les intervenantes on a pu constater un manque de ressources pour venir en aide aux femmes âgées victimes de violence et / ou de négligence.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Développer des mécanismes spécifiques de coordination des services pour les ressources aux personnes âgées en perte d'autonomie dans chaque territoire local;
- Consolider et développer des mesures reconnues et efficaces et expérimenter des mesures prometteuses afin de favoriser la sécurité dans les milieux de vie (prévention des situations d'abus, de violence et de négligence, prévention des chutes), de contrer l'isolement social, de favoriser un usage adéquat des médicaments, de favoriser la vaccination contre l'influenza, d'intégrer les actions préventives efficaces dans les pratiques professionnelles et de prévenir l'alourdissement du fardeau des aidants;
- Assurer le suivi et l'évaluation des résultats des services de maintien dans la communauté.

4.3 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTION

4.3.1 Les MTS et le VIH-sida

Portrait général

La fréquence, la propagation alarmante et la gravité des complications des MTS et du VIH-sida constituent des problèmes importants en santé publique. Au Québec, 4 850 cas de sida ont été déclarés en 1997⁸⁰, et c'est dans cette province que l'on retrouve le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes et les enfants. Les cas déclarés de sida sont ceux de personnes relativement jeunes, puisque près de 75 % d'entre elles se situent dans la catégorie d'âge 25-45 ans. Chaque année, de 500 à 2 000 personnes seraient infectées par le VIH au Québec. En 1995-1996, les proportions d'hospitalisation de femmes atteintes du VIH-sida étaient de 16,9 % de l'ensemble des femmes hospitalisées comparativement à 24,9 % en 1997-1998⁸¹.

Nombre de cas de sida déclarés selon l'âge au diagnostic de la maladie, au Québec en 1997⁸²

Âge (ans)	Femmes	%	Age (ans)	Femmes	%
< 15	47	8,5	40-44	60	10,8
15-19	4	0,7	45-49	41	7,4
20-24	41	7,4	50-54	16	2,9
25-29	96	17,4	55-59	19	3,4
30-34	107	19,3	60+	36	6,5
35-39	86	15,6	Total	553	100,0

"Portrait de l'épidémie VIH/ sida au Québec" Direction de la santé publique, 1999.

La situation particulière des femmes a été oubliée pendant de nombreuses années dans les recherches sur le sida. Les femmes ont d'abord été étudiées comme vecteurs de la transmission et non pour elles-mêmes. Le virus du sida a été initialement identifié comme une maladie "exclusive" aux hommes gais. Plusieurs années sont passées avant que l'on admette que le virus pouvait également infecter les femmes. Un temps précieux s'est écoulé avant que les organismes de santé ne se préoccupent de la propagation du VIH au sein des populations féminines⁸³.

Les maladies transmissibles sexuellement (MTS) sont un bon indicateur de comportement sexuel à risque. La chlamydia est devenue, au cours des dernières années, la plus répandue. En effet, en 1998, au Québec, 7 265 cas (hommes et femmes) de chlamydia ont été déclarés pour un total de 9 161 MTS (chlamydia, gonococcie, hépatite B, syphilis) enregistrées⁸⁴. En 1997, 4 976 déclarations obligatoires ont été enregistrées pour les femmes, ce qui comprend la chlamydia, les infections gonococciques et les syphilis. Ces chiffres ne représentent qu'une partie des cas de MTS et il suffit de comparer ces chiffres avec ceux du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS pour s'en convaincre. En réalité, selon les données du programme, 9 800 femmes ont été traitées pour des MTS en 1997, au Québec. La chlamydia est une infection souvent asymptomatique et serait responsable d'environ 15 % des cas d'infertilité.

Besoins spécifiques

Souvent, les femmes atteintes du sida se retrouvent devant une maladie qu'elles ne connaissent pas ou peu et par laquelle elles ne se sentent pas concernées. Elles craignent le jugement des gens autour d'elles, et elles sont portées, plus que les hommes, à s'isoler. De plus, elles hésitent plus longtemps à demander des services. Ces femmes vivent des sentiments de honte et de détresse, de colère et d'impuissance, ayant été infectées par un virus au potentiel de discrimination et rattaché à des comportements et à des groupes marginalisés par la société. Le sida est associé à un style de vie inacceptable socialement (homosexualité, usage de drogues intraveineuses, promiscuité).

En plus de faire face à une maladie qui bouleverse leur vie, les femmes doivent aussi faire face à l'impact sur leur famille. Les mères séropositives choisissent fréquemment de garder le silence sur leur condition pour protéger leurs enfants de l'ostracisme ou par peur d'être qualifiées de mauvaises mères⁸⁵.

Sur le plan de la prévention des MTS, l'utilisation des moyens de protection ne relève pas toujours du contrôle des femmes. Or, celles-ci, et plus particulièrement les jeunes femmes, sont confrontées à des rapports de pouvoir dans leurs relations avec les hommes. Afin de réduire les risques d'infertilité suite à une MTS, il faudrait donc, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, accroître "les connaissances et la compréhension des divers facteurs qui affectent la fertilité et sensibiliser la population particulièrement celle des moins de 25 ans, à l'importance de la préserver"⁸⁶.

Ressources

Différents organismes de la région de Québec permettent aux personnes atteintes du VIH-sida de se rassembler dans le but d'unir leurs forces et leurs énergies afin de créer un réseau de support, d'entraide, d'information et de services. En 1997-1998, 330 personnes, dont 75 % étaient atteintes et 25 % des proches, se sont adressées à MIELS-Québec pour des services d'entraide. De ce nombre, 20 % étaient des femmes. Selon les données de MIELS-Québec, le nombre de femmes qui utilisent les services offerts par cet organisme est à la hausse depuis quelques années.

Les CLSC de la région offrent du soutien psychosocial et du soutien à domicile dans le cadre du programme SIMAD-sida. Mentionnons également que certains CLSC offrent, sur leur territoire, le dépistage anonyme.

En vigueur depuis 1997, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH permet aux femmes enceintes, ou celles qui désirent le devenir, d'être informées sur le VIH, sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur le test anti-VIH et sur les traitements pour diminuer le risque de transmission mère-enfant. Une étude, réalisée en 1999, a permis de constater que la proportion de médecins qui offrent le test de dépistage aux femmes enceintes a augmenté de 50,8 % à 82,3 % après l'implantation du programme⁸⁷.

Une intervenante du réseau a mentionné dans une entrevue que les services relatifs aux MTS et plus particulièrement en matière d'information ne sont pas suffisants. Compte tenu que certaines clientèles sont moins susceptibles de fréquenter le réseau socio-sanitaire, si ce n'est l'urgence des centres hospitaliers, les interventions devraient alors être adaptées en fonction des besoins spécifiques de ces clientèles plus à risque.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Mettre en œuvre le Plan d'action concerté VIH-sida 1998-2002, adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, le 5 novembre 1998;
- Intégrer davantage les interventions reliées au VIH-sida à celles des autres programmes, tels que la toxicomanie, la santé mentale, les jeunes et la pauvreté;
- Adapter les pratiques aux besoins des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH-sida.

4.3.2 La périnatalité

Portrait général

Depuis un peu plus d'une décennie, de nombreux efforts ont été faits afin d'améliorer l'approche et les services offerts aux femmes en périnatalité. La Politique de Santé et de bien-être avait retenu comme objectif, en 1992, de réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant⁸⁸. En 1993, la Politique de périnatalité proposait trois grandes orientations eu égard aux objectifs retenus : valoriser le fait de devenir parent, réduire les problèmes et les écarts de

santé et de bien-être et diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être⁸⁹. Cette politique reconnaît "que devenir parent est une réalité multidimensionnelle qui nécessite une approche globale et familiale assortie d'une continuité de soins et de services de base accessibles et indispensables à une telle approche"⁹⁰.

Depuis quelques décennies, le nombre de naissances et le taux de natalité sont en chute libre au Québec. Par exemple, en 1980, 97 488 naissances ont été enregistrées pour un taux de natalité de 15,0 % tandis qu'en 1997, 79 724 naissances enregistrées pour un taux de natalité de 10,9 %⁹¹. En ce qui a trait à la région de Québec, le nombre de naissances est de 6 177 pour l'année 1997⁹². Voici quelques caractéristiques selon les différents territoires de CLSC :

Naissances selon le niveau de scolarité de la mère et le territoire de CLSC, 1997⁹³.

CLSC	< 11 ans	11 et +	N.P.	Total	CLSC	< 11 ans	11 et +	N.P.	Total
Québec (03)	311	3 922	1 944	6 177					
Portneuf	11	186	222	419	Jacques-Cartier	47	792	238	1 077
Ste-Foy-Sillery-Laurentien	11	524	529	1 064	Orléans	53	735	269	1 057
Haute-Ville-Duberg.-Saules	18	360	284	662	La Source	50	643	202	895
Basse-Ville-Limoil.-Vanier	81	487	173	741	Charlevoix	40	195	27	262

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997) "Naissances selon le niveau de scolarité, la région et le territoire de CLSC de résidence de la mère".

Naissances selon la durée de gestation et le territoire de CLSC, 1997⁹⁴.

CLSC	< 37 (n)	37 + (n)	N.P.	Total	< 37 %	CLSC	<37(n)	37+(n)	N.P.	Total	<37%
Québec (03)	456	5 716	5	6 177	7,4						
Portneuf	27	392	0	419	6,4	Jacques-Cartier	72	1 005	0	1 077	6,7
Ste-Foy-Sillery-Laurentien	57	1 006	1	1 064	5,7	Orléans	96	961	0	1 057	9,1
Haute-Ville-Duberg.Saules	43	619	0	662	6,5	La Source	69	826	0	895	7,7
Basse-Ville-Limoil.-Vanier	68	669	4	741	9,2	Charlevoix	24	238	0	262	9,2

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), "Nombre d'accouchement selon la durée de gestation".

Les taux observés de mortalité infantile dans la région de Québec sont, pour la période de 1993 à 1997, en moyenne, de 5,3 décès par 1 000 naissances vivantes, comparativement à 5,4 pour l'ensemble du Québec. Il est connu que le poids à la naissance est un excellent indicateur pour la chance de survie. En 1996, les taux d'insuffisance de poids à la naissance, de la région (5,4 %), sont meilleurs que ceux de la province (5,9 %), exception faite du territoire de Québec-Centre (6,4 %)⁹⁵. En ce qui concerne la prématurité, celle-ci augmente de façon constante entre 1992 et 1996. Une fois encore, Québec-Centre (7,7 %) dépasse la moyenne régionale (6,8 %). La prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance sont le résultat d'une multitude de facteurs. Parmi ces facteurs, le faible revenu est l'un des plus importants. Ainsi, la pauvreté, combinée à un faible niveau de scolarité, augmente les possibilités qu'une femme fume, soit mal logée et s'alimente mal. En outre, la pauvreté s'accompagne souvent de stress et d'anxiété attribuables, entre

autres, à l'isolement et à l'absence d'un réseau social supportant. Il est reconnu que les stressors psychosociaux et l'absence de soutien de l'entourage peuvent affecter l'issue de la grossesse⁹⁶.

Comme la grossesse et l'accouchement doivent être considérés comme des événements normaux, il serait alors souhaitable que les interventions obstétricales soient pratiquées seulement lorsque justifiées. Le taux de césariennes, dans la région (15,1 %), s'avère légèrement inférieur à la moyenne provinciale (16,7 %), mais la plupart d'entre elles sont effectuées sous péridurale, dépassant alors le taux observé dans la province (92,1 % vs 84,4 %). En ce qui concerne l'épisiotomie, les données régionales (35,1 %) sont très comparables à celles de la province (34,8 %). Finalement, une femme sur quatre a vécu un accouchement avec l'utilisation de forceps ou de ventouses (25,1 %), ce qui est supérieur à la moyenne provinciale (16,1 %). On doit continuer les efforts afin d'atteindre l'objectif de la Politique de périnatalité de diminuer le taux de césariennes à 12 % -15 %, et celui de l'épisiotomie à 20 %.

Le programme de congé précoce, c'est-à-dire un congé de l'hôpital après un accouchement normal, 48 heures suivant la naissance de l'enfant, et, dans le cas d'une césarienne, 96 heures après l'intervention est entré en vigueur au moment de la transformation du réseau en 1998. Cette réduction du temps d'hospitalisation au moment de la naissance d'un enfant a permis le transfert des services en milieu hospitalier vers d'autres partenaires du réseau, notamment les CLSC et les organismes communautaires. Dans la région de Québec, la durée moyenne du séjour pour un accouchement vaginal sans problème notoire est de 2,4 jours, ce qui est identique au taux provincial. En ce qui a trait à la césarienne, la durée moyenne est de 4,3 jours dans la région comparativement à 4,4 pour la province. À sa sortie de l'hôpital, la mère reçoit la visite de l'infirmière du CLSC. Cette visite systématique au domicile de la mère est effectuée dans le but d'assurer le suivi et les soins, et d'offrir le soutien nécessaire en cas de besoin.

Une des priorités nationales de santé publique est que, d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % et qu'il soit de 60 % à 30 % respectivement, au 3^e et au 6^e mois de la vie de l'enfant. Une étude réalisée par la Faculté de pharmacie de l'Université Laval révèle que 66 % des 2000 femmes interrogées ont allaité leur enfant à la sortie de l'hôpital. Par contre, cette proportion chute rapidement au cours des semaines qui suivent pour se situer autour de 30 %, à trois mois et à moins de 20 %, à six mois⁹⁷.

Besoins spécifiques

Les risques associés à une grossesse en milieu défavorisé sont importants. On note, chez la clientèle défavorisée, une incidence plus importante de nausées et de vomissements, d'infections, de menaces d'avortement, etc.⁹⁸. Chez les Québécoises pauvres, le taux de naissances de bébés de faible poids est de 10 %, chiffre comparable aux taux dans certains pays en voie de développement tandis que chez les

Québécoises mieux nanties, ce taux est de 4 %⁹⁹. C'est dans le centre-ville de Québec qu'on retrouve les problèmes les plus criants de pauvreté.

La période entourant la grossesse et l'accouchement suscite beaucoup d'anxiété et de remise en question. Le manque de soutien laisse aujourd'hui plusieurs femmes devant des sentiments d'ambivalence et d'insécurité face à leur nouveau rôle de mère. Plusieurs auteurs et auteures précisent que certains types de soutien peuvent apporter différentes solutions aux problèmes vécus par les mères vivant avec un revenu insuffisant. Le soutien social semble avoir un rôle préventif dans la majorité des cas et il existerait un lien étroit entre la santé mentale et le soutien social reçu¹⁰⁰.

Dans la Politique de périnatalité adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1993, on précise que les connaissances de la mère concernant l'allaitement maternel et le soutien qu'elle reçoit, notamment en milieu hospitalier, sont des facteurs qui en prédisent le mieux l'adoption et la durée, suivis de la compatibilité avec les conditions de travail de la mère¹⁰¹. Il y est également mentionné que "la grossesse est un moment de transition et souvent de vulnérabilité pour les familles" nécessitant soutien et information. Cependant, plusieurs femmes ont constaté que le médecin traitant ne leur transmettait pas suffisamment d'information, ce qui les laisse avec beaucoup d'incompréhension et d'inquiétude.

Selon les données d'une recherche sur les besoins spécifiques des femmes de milieux défavorisés, il est précisé que ces dernières allaitent pour des raisons émotives¹⁰². Cependant, ces femmes disent recevoir peu de soutien et de valorisation dans leur milieu en ce qui concerne l'allaitement. Parmi les femmes rencontrées lors de cette étude, celles qui avaient réussi à se bâtir un réseau de soutien, incluant une intervenante en allaitement qu'elles connaissaient avant la naissance, semblaient avoir allaité plus longtemps. La complicité qu'elles avaient développée avec l'intervenante aurait été un élément décisif pour la poursuite de l'allaitement.

Ressources

La transformation du réseau a été une excellente occasion d'introduire la continuité des soins et services en périnatalité en désignant les CLSC intervenants de première ligne en périnatalité. En effet, les CLSC se sont vus mandatés pour offrir des services de base comme les rencontres prénatales, la ligne Info-santé en périnatalité, l'appel téléphonique systématique à la sortie de l'hôpital suivi de la visite à domicile. Les organismes communautaires, quant à eux, ont occupé une place irremplaçable dans le réseau de la santé et des services sociaux durant la période prénatale et postnatale. Certains d'entre eux offrent un suivi intensif pendant la période périnatale (Les Accompagnantes, etc.) alors que d'autres s'intéressent à la période postnatale (Les Relevailles, etc.).

Les différents programmes et services offerts aux femmes enceintes ou nouvellement accouchées permettent, entre autres, d'assurer un suivi et d'offrir de meilleurs services aux femmes enceintes et à leur famille. Par l'entremise de certains examens prescrits par le médecin traitant, les intervenantes des cliniques de périnatalité de la région de Québec se préoccupent de dépister les femmes aux prises avec certains problèmes sociaux. Il en est de même pour les différents CLSC de la région qui, en permettant aux femmes enceintes de milieux défavorisés de recevoir un soutien nutritionnel dans le cadre du programme OLO, leur offrent un suivi psychosocial au besoin. En 1998-1999, le programme OLO a ainsi permis de rejoindre 1 199 femmes dans la région de Québec¹⁰³.

En ce qui a trait à l'allaitement, plusieurs organismes communautaires se préoccupent d'offrir aux nouvelles mères toutes les chances afin qu'elles soient en mesure de poursuivre l'allaitement le plus longtemps possible tout en trouvant cette expérience enrichissante. Dans la région de Québec, une conseillère en allaitement offre de la formation aux intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux mères qui en font la demande, des conseils et du soutien. Cependant, selon le comité régional 03 en allaitement, l'abandon précoce (1 mois) et les difficultés d'allaitement (47 % des mères) sont des problèmes que les établissements du réseau ne réussissent pas à résoudre. Toujours selon le comité régional, "les établissements du réseau (CH) n'offrent pas les services adéquats du programme national (amis des bébés); et d'autre part, ils n'offrent pas sur une période assez longue, le soutien nécessaire à plusieurs mères pour le démarrage confiant de l'allaitement et pour sa poursuite au delà du 1^{er} mois (CLSC)"¹⁰⁴. Comme il est dit précédemment, le manque d'information et de soutien durant la période pré-per et postnatale accentue l'anxiété et ne permet aucunement l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Prévenir les problèmes et intervenir précocement auprès des jeunes et des familles;
- Soutenir les CLSC et les organismes communautaires dans l'actualisation des mesures suivantes :
 - poursuivre la consolidation des services en périnatalité pour les clientèles vulnérables au regard du suivi intensif pour les enfants de 0 à 2 ans;
 - poursuivre la consolidation des mesures préventives efficaces et l'expérimentation de mesures prometteuses dans les CLSC et dans les organismes communautaires tout en évitant la duplication;
 - en lien avec l'attachement parents-enfants, l'apprentissage des habiletés parentales, la stimulation précoce et le développement optimal des enfants et des jeunes dans les milieux de vie.

4.3.3 La grossesse à l'adolescence

Portrait général

Dans son programme d'action 1997-2000¹⁰⁵, le gouvernement juge prioritaire la prévention des grossesses à l'adolescence et le soutien aux mères adolescentes en raison des conséquences humaines, sociales et économiques qui sont liées à cette situation. Les orientations ministérielles en matière de planification des

naissances¹⁰⁶ privilégient une intervention basée sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Ces orientations poursuivent deux grands objectifs :

- réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 17 ans et moins et réduire les conséquences de ces grossesses sur la santé et le bien-être;
- corriger les inégalités entre les différentes régions du Québec dans l'accès à des services intégrés et complets de planification des naissances.

En 1997, 3 779 naissances ont été enregistrées chez les femmes de moins de 20 ans au Québec. Plus précisément, 1 055 naissances chez les moins de 18 ans et 2 724 naissances chez les 18-19 ans. Les taux de prématurité et d'insuffisance de poids pour les moins de 20 ans sont respectivement de 8,8 % et de 7,9 % ce qui est plus élevé que chez les femmes de 20 à 34 ans (7,1 % et 5,6 %)¹⁰⁷. Les 3 779 naissances enregistrées chez les moins de 20 ans représentent 4,7 % de toutes les naissances en 1997 au Québec. Dans la région de Québec, 190 adolescentes de moins de 20 ans ont donné naissance à un enfant en 1997. De ce nombre, 49 avaient moins de 18 ans et 141 avaient entre 18 et 19 ans¹⁰⁸. Un élément fort important à considérer ici est le nombre d'adolescentes qui sont devenues enceintes et qui ont choisi d'avoir recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Au Québec, c'est 10 277 adolescentes de moins de 20 ans qui sont devenues enceintes en 1997. De ce nombre, 5 957 ont choisi l'IVG et, comme il est dit précédemment, 3 779 ont donné naissance à un enfant. Dans la région de Québec, 602 adolescentes sont devenues enceintes et 381 d'entre elles ont choisi l'IVG. Chez les moins de 18 ans, 69,7 % des adolescentes de la région ont choisi de recourir à l'avortement comparativement à 59,7 % chez les 18-19 ans¹⁰⁹.

Québec-Centre obtient des taux de grossesse et d'interruption volontaire de grossesse bien plus élevés que les moyennes régionale et provinciale. En ce qui concerne le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Foy–Sillery–Laurentien, on peut également constater des taux d'IVG élevés à l'adolescence. Enfin, les territoires des CLSC de Portneuf, de La Jacques-Cartier et de Charlevoix, présentent des taux de fécondité légèrement plus élevés que la moyenne régionale¹¹⁰. En 1997, sur le territoire du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier, 51 adolescentes de moins de 20 ans ont donné naissance à un enfant, ce qui représente 6,9 % du nombre total des naissances (741) de ce territoire. Mentionnons également que sur ce même territoire, le pourcentage d'adolescentes à donner naissance à un enfant est plus que le double du taux régional (3,1 %)¹¹¹.

Les adolescentes qui choisissent de ne pas avoir recours à l'IVG proviennent souvent de familles pauvres et déstabilisées, et elles ont des attentes plus limitées en matière de performance scolaire et professionnelle.

Une des premières difficultés que connaissent ces jeunes mères est causée par leur décision d'abandonner l'école; elles sont très vite confrontées à des dépendances économique et sociale. La sous-scolarisation et leur isolement social les amènent directement vers la précarité d'emploi, au risque élevé de chômage et vers le bien-être social. La grossesse et la maternité à l'adolescence entraînent fréquemment la pauvreté : quatre mères sur cinq sont cheffes de famille monoparentale¹¹².

Certains facteurs sont identifiés comme déterminants de la grossesse à l'adolescence : la précocité des premières menstruations, le fait d'être active sexuellement à un jeune âge, le faible intérêt académique, l'attitude négative à l'égard de la sexualité et de la contraception sont tous des facteurs de risque qui viennent augmenter la probabilité d'une grossesse. D'autres éléments peuvent également y contribuer, soit la faible estime de soi, le fait d'avoir été victime d'abus sexuel et exposée à la violence, ainsi que la consommation de drogue.

Un plan d'action régional en matière de planification des naissances¹¹³ a défini des objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années. Il s'agit de réduire de 40 % le taux de grossesse à l'adolescence et d'atteindre des taux de 45 sur 1 000 dans Québec-Centre, alors que ce taux était de 74,4 sur 1 000 en 1994.

Besoins spécifiques

L'adolescente enceinte a fréquemment besoin d'une intervention spécifique adaptée. Une des pistes d'intervention retenues est la présence d'une intervenante avec qui l'adolescente aura pu développer un lien de confiance afin d'amorcer et de maintenir l'intervention¹¹⁴. Les intervenants et intervenantes de tous les milieux insistent sur l'importance d'offrir un horaire convenant aux adolescentes et d'offrir deux types d'intervention : intervention individuelle et collective. Dans la littérature, un consensus se dégage à l'effet d'offrir aux jeunes filles des services "intégrés". Il s'agit de services adaptés et multidimensionnels mettant l'accent sur l'interdisciplinarité. Ces services incluent : le soutien social, le counselling personnalisé, le suivi médical, le développement des habiletés parentales, l'intégration à l'emploi ou le retour aux études¹¹⁵.

Dans la mesure où ces jeunes mères ont accès à des modèles de réussite, obtiennent le soutien de la part de leurs parents, peuvent faire appel à des réseaux d'aide informels, dans la mesure également où elles ont pu s'inscrire à des programmes scolaires sur mesure et où elles ont conservé leurs aspirations professionnelles, elles réussissent à s'en sortir. Il faut alors amener les adolescentes à poursuivre leur formation et mettre en place les conditions qui les convaincront d'avoir un objectif, un but. Il s'avère alors essentiel d'élaborer avec elles un projet qui correspond à leurs goûts et aspirations en leur proposant des moyens concrets pour le réaliser. La poursuite des études ou le retour à celles-ci leur permettra, entre

autres, de se qualifier pour intégrer le marché du travail et atteindre une certaine autonomie. Cependant, ce retour aux études ou leur poursuite nécessite des mesures importantes de soutien et de compréhension.

Ressources

Depuis plusieurs années, les cours du programme d'éducation à la sexualité du secondaire sont obligatoires. Ils ont comme premier objectif de faire adopter aux jeunes filles et garçons des comportements sexuels responsables. Ces cours abordent également la prévention des grossesses à l'adolescence. Cependant, le nombre d'heures accordées au volet sexualité et contraception du programme Formation Personnelle et Sociale (FPS) est insuffisant de même que le nombre de jour que l'infirmière assure une présence dans les écoles secondaires de la région. L'infirmière scolaire offre différents services allant de la consultation individuelle en matière de prévention à la remise de la pilule du lendemain. En plus des besoins liés à la prévention des grossesses, les intervenantes en milieu scolaire répondent à des problématiques telles les MTS, la toxicomanie, etc.

En matière de prévention, deux organismes communautaires travaillent dans le domaine de la planification des naissances dans la région 03. L'organisme SOS grossesse offre des services d'écoute, d'information et d'aide aux personnes vivant des difficultés ou se posant des questions concernant la grossesse, la sexualité et la contraception. La clientèle qui consulte ce service est âgée de 13 à 23 ans. Par ailleurs, le Service d'information en contraception et sexualité de Québec informe et sensibilise la population sur la sexualité et la santé reproductive. Ces deux organismes, et certains autres, participent à des activités préventives dans le milieu scolaire.

Les différents CLSC de la région 03 offrent des services dans le cadre des programmes jeunesse ou des services courants. Les services cliniques offerts en CLSC en matière de prévention des grossesses à l'adolescence varient d'un CLSC à l'autre. Certains vont offrir des cliniques jeunesse à temps plein tandis que certains autres se limiteront à du temps partiel. La présence d'une infirmière dans les écoles secondaires fait aussi partie des services offerts dans les CLSC, et la présence de cette dernière varie également d'un CLSC à l'autre. À noter que, sur le territoire du CLSC-CHSLD La Source, il n'y a pas d'infirmière dans les écoles secondaires.

Finalement, dans la région 03, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) regroupe deux cliniques de planification des naissances offrant des services d'interruption volontaire de grossesse, de consultations individuelles en contraception, de dépistage et de traitement des MTS, etc. Il existe également des services qui sont offerts en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse dans le secteur privé.

Le plan d'action en matière de planification des naissances¹¹⁶ fait ressortir que les services ne se sont guère améliorés depuis 1990. La diminution d'intervenantes et d'infirmières en milieu scolaire ne facilite aucunement la prise en charge d'une sexualité responsable de la part des adolescentes, car selon leurs constats, il faut "dépasser le stade des connaissances contraceptives et percer le champ des attitudes et des comportements liés à la contraception"¹¹⁷. Compte tenu de la présence réduite des infirmières en milieu scolaire, la prévention et l'éducation ont cédé la place à la vaccination et aux examens physiques. De plus, le manque de services au CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier pour les jeunes mères de 20-21 ans en laisse plusieurs sans le soutien intensif dont elles auraient besoin compte tenu que certaines vivent des situations qui sont habituellement vécues par les adolescentes. Rappelons que le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier offre un suivi intensif aux adolescentes enceintes ayant 20 ans et moins. Compte tenu du nombre élevé de grossesses à l'adolescence sur son territoire et du nombre limité d'intervenantes, le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier se doit de restreindre l'accès à des services intensifs aux jeunes mères de 20 ans et moins.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

➤ Soutenir les CLSC et les organismes communautaires dans l'actualisation de la mesure suivante :

- poursuivre la consolidation des ressources psychosociales en CLSC afin d'intervenir directement auprès des jeunes en situation de protection ou ayant des problématiques particulières (toxicomanie, santé mentale, suicide, violence, grossesse, etc.), et ce, en complémentarité avec les services généraux et spécialisés offerts aux jeunes de 10 à 14 ans.
- Poursuivre la consolidation des mesures préventives efficaces et l'expérimentation de mesures prometteuses dans les CLSC et dans les organismes communautaires tout en évitant la duplication :
 - en lien avec un ensemble de déterminants communs à plusieurs problèmes de santé des jeunes tels que la toxicomanie, le tabagisme, la santé mentale, la violence, le décrochage, la grossesse à l'adolescence, etc.

4.3.4 La ménopause

Portrait général

Dans sa politique en matière de condition féminine, le gouvernement reconnaît que la ménopause est une période de vie qui exige des ajustements sur les plans physique, psychologique et social. À cet effet, l'information s'adressant aux femmes doit porter à la fois sur les différents changements qui se produisent durant cette période et sur les multiples approches de traitement possible afin que ces dernières puissent être en mesure de faire des choix éclairés sur leur santé et bien-être¹¹⁸.

La ménopause est un processus qui survient graduellement. L'âge moyen auquel elle apparaît varie de même que ses manifestations physiques et psychologiques. Chez la majorité des femmes, la phase ménopausique débute vers la fin de la quarantaine et peut se terminer vers 55 ans et plus. Cependant, certaines femmes sont encore en transition ménopausique à 55 ans ou plus. En l'an 2000, 4 millions de

Canadiennes seront âgées de 50 ans et plus et elles représenteront 15 % de la population¹¹⁹. En 2006, c'est une Québécoise sur trois qui sera âgée entre 45 et 64 ans¹²⁰. Selon la dernière enquête de Santé Québec réalisée en 1992, quatre femmes sur cinq âgées entre 45 et 65 ans se considèrent en bonne ou excellente santé. Cependant, on remarque que cette période est caractérisée par une consommation d'analgésiques, de vitamines et de tranquillisants, trois fois plus élevée qu'à l'habitude. Selon le réseau québécois d'action pour la santé des femmes, "ces résultats sont suffisamment importants pour que l'on se préoccupe particulièrement des conditions dans lesquelles les femmes vivent leur ménopause et mettent à la fois en lumière le peu de place accordé à la prévention"¹²¹.

La ménopause n'est pas une maladie : on pourrait la définir comme la fin de la vie reproductive et par l'arrêt des menstruations. Elle reste indissociable de l'âge mûr; c'est une période de transition, de transformations physiques et psychosociales. Pour plusieurs femmes, cette période de changement entraîne des questionnements vis-à-vis les moyens à prendre pour traverser cette étape. Si "le déficit hormonal qui accompagne la ménopause a des conséquences à court et à long terme, s'il se traduit à court terme par des bouffées de chaleur, de l'insomnie, de la fatigue et des troubles de l'humeur, les conséquences à long terme, soit l'augmentation du risque d'ostéoporose et de maladies cardio-vasculaires, constituent un véritable défi pour la santé publique"¹²².

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) estime que "chaque femme doit pouvoir comprendre les risques auxquels elle est exposée en ce qui a trait aux maladies cardio-vasculaires, à l'ostéoporose, au cancer de l'utérus, du sein, de l'ovaire et que l'hormonothérapie doit être présentée et expliquée à toutes les femmes"¹²³. Toujours selon la SOGC, la pertinence de l'hormonothérapie n'est plus à démontrer. Selon cette société, les bienfaits l'emportent très largement sur les risques et elle soutient que beaucoup plus de femmes devraient recourir au traitement hormonal afin de s'assurer d'une meilleure qualité de vie dans le présent et dans l'avenir. Par contre, les membres du comité consultatif de pharmacologie invitent les médecins à ne pas prescrire une hormonothérapie de remplacement sans donner des renseignements sur la ménopause, faisant partie d'une étape normale de la vie des femmes, et sur les moyens alternatifs, c'est-à-dire non hormonaux à envisager pour traverser cette période.

Besoins spécifiques

Afin d'être en mesure de choisir ce qui leur convient quand arrive le moment de décider si elles prendront ou non une hormonothérapie de remplacement, les femmes ont un grand besoin d'information juste et précise. Les médecins doivent alors prendre le temps de répondre aux questions afin de favoriser chez leurs patientes une prise en charge de leur santé. "Le rôle de la femme, dans cette dynamique, sera d'acquérir les connaissances nécessaires pour prendre une décision éclairée. Cela suppose évidemment qu'elle puisse avoir accès à une documentation écrite, à jour, simple sur les manifestations de la ménopause, sur l'hormonothérapie et ses solutions de rechange, ses avantages et ses inconvénients".¹²⁴

De nombreuses femmes ont expérimenté les pratiques alternatives non médicamenteuses lors de la période de la ménopause. Selon une enquête réalisée en 1997, 42 % des Canadiennes, de 18 ans et plus, ont eu recours à des médecines alternatives, et près de 50 % des femmes, âgées entre 35 et 54 ans, ont eu recours à ces méthodes¹²⁵. Vis-à-vis ce constat, il appert que les médecins qui rencontrent des femmes en période de pré ou de ménopause devraient être au courant des méthodes dites alternatives afin de bien répondre aux besoins des femmes. Les médecins pourraient devenir alors de bons guides pour les femmes qui désirent faire des choix éclairés concernant leur santé.

Ressources

Le Centre Ménopause Québec a comme objectif la promotion de la santé globale des femmes à travers l'enseignement et la recherche. De plus, le volet sensibilisation permet de rejoindre les femmes directement dans leur milieu de vie, soit dans les milieux de travail, les lieux publics, les pharmacies ou les regroupements de femmes. Mentionnons également que le Centre Ménopause Québec a la responsabilité de plusieurs recherches scientifiques. Selon une intervenante qui travaille au Centre Ménopause Québec, les femmes qui téléphonent au centre se disent souvent déçues de leur médecin traitant car il ou elle n'a pas su répondre à leurs interrogations concernant cette période de transition ou n'a pas pris le temps de leur soumettre les différentes alternatives à l'hormonothérapie. Le Service d'information en contraception et sexualité de Québec offre également des séances d'information et des consultations téléphoniques sur les différents aspects de la ménopause.

Ces différents centres sont des lieux privilégiés où les femmes peuvent apprendre à développer des stratégies préventives, être mieux informées sur les étapes naturelles de ces changements.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

Aucune orientation n'a été prévue pour la ménopause.

4.4 SANTÉ SOCIALE

4.4.1 La pauvreté et l'appauvrissement

Portrait général

L'autonomie économique des femmes est une des orientations retenues par la politique en matière de condition féminine. Cette dernière identifie différentes dimensions ayant un impact direct sur la pauvreté (éducation, formation, marché du travail, conciliation des responsabilités familiales et professionnelles). Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux suggère, dans sa Politique de santé et de bien-être¹²⁶, que le revenu, la scolarité, les conditions de logement et les chances au marché de l'emploi sont des éléments déterminants pour la santé et le bien-être. La pauvreté entraîne fréquemment de mauvaises habitudes de vie et le stress engendré par ces conditions de vie est responsable du peu de succès des

mesures proposées jusqu'à présent. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît que certains groupes sociaux cumulent un grand nombre de facteurs de vulnérabilité. Les femmes âgées défavorisées qui vivent seules, les femmes qui vivent une incapacité modérée ou grave, les femmes cheffes de famille monoparentale, les femmes victimes de violence, les femmes récemment immigrées ont des besoins spécifiques en lien avec leur réalité. Enfin, la Régie régionale de Québec a retenu comme objectif prioritaire la lutte à la pauvreté et à ses conséquences sur la santé dans son Plan d'action régional 1995-1998¹²⁷. Par conséquent, la promotion du plein-emploi, le soutien des acteurs locaux, la sensibilisation de chaque organisation à la lutte contre la pauvreté et à ses conséquences, le développement de la solidarité de la collectivité, la consolidation de la concertation et la vigilance quant à la cohérence des actions sont les principes d'action qui ont été retenus.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la pauvreté et à ses effets sur la santé. Selon Gauthier et Mercier, "les manques qui caractérisent la pauvreté sont de deux ordres : l'un concerne l'avoir (argent, nourriture, vêtement, logement) et l'autre, l'être physique, psychologique, social ou moral (maladie, handicaps, analphabétisme, isolement, absence de relations significatives)"¹²⁸ et selon Malavoy¹²⁹, "la pauvreté, c'est un processus cumulatif de précarités qui s'enchaînent et se renforcent mutuellement : mauvaises conditions de vie, habitat insalubre, chômage, mauvais état de santé, absence de formation, marginalisation. Bref, un cercle vicieux menant tout droit à l'exclusion, parfois sur plusieurs générations".

Depuis plusieurs années, des liens ont été établis entre le statut socio-économique et l'état de santé. De nombreux déterminants ont été classés comme ayant des répercussions sur la santé. Des écarts de salaire, un faible statut professionnel et la pauvreté sont des caractéristiques courantes qui ressortent de toute analyse relative à la situation socio-économique des femmes. Mentionnons également que les coupures des dernières années dans certains programmes gouvernementaux ont eu des impacts directs sur la santé des femmes. Les coupures dans les programmes de la sécurité du revenu, les compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le secteur de l'éducation de même que les changements dans l'assurance emploi ne font qu'appauvrir davantage les femmes.

Les femmes sont, en général, plus pauvres ou s'appauvrissent plus facilement que les hommes dû à un ensemble de raisons, notamment : des emplois traditionnellement féminins moins bien rémunérés, la perte de revenu liée aux grossesses, la monoparentalité et la responsabilité des enfants, l'appauvrissement lié à la séparation du couple et, pour celles qui ont un enfant, un accès difficile aux promotions à cause des responsabilités familiales, etc. Les conditions précaires dans lesquelles se retrouvent les femmes pauvres telles que : le manque de nourriture, l'isolement, le logement insalubre, le fait de ne pas avoir des moments de loisirs font en sorte que ces dernières sont plus sujettes à la maladie et à la détresse psychologique. Selon l'Enquête de Santé Québec 1992-1993, 46 % des mères responsables de familles monoparentales présentent un niveau de détresse psychologique élevé comparativement à 29 % des mères

biparentales¹³⁰. Les mères monoparentales peu instruites du Québec se retrouvent parmi les plus démunies de la société. En effet, plus de 85 % des jeunes femmes de moins de 30 ans qui sont cheffes de famille vivent dans la pauvreté¹³¹. Dans la région de Québec, le pourcentage de familles monoparentales varie énormément d'un territoire à l'autre.

Indicateurs socio-économiques tirées du recensement 1996, Québec, région de Québec et territoires locaux¹³²

Familles monoparentales			
	Numérateur	Dénominateur	%
Ensemble du Québec	309 440	1 286 525	24,1
Région de Québec	27 725	112 060	24,7
Portneuf	1 585	8 115	19,5
Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	5 135	22 610	22,7
Haute-Ville-Des-Rivières	3 260	10 290	31,7
Basse-Ville-Limoilou-Vanier	5 435	11 925	45,6
De La Jacques-Cartier	2 965	16 225	18,3
Orléans	4 195	19 890	21,1
La Source	4 035	17 320	23,3
Charlevoix	1 110	5 660	19,6

Statistique Canada (1996)

Numérateur : Nombre de familles monoparentales

Dénominateur : Total des familles (biparentales avec enfants et monoparentales)

Dans toutes les régions du Québec, les femmes sont plus pauvres que les hommes. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion des femmes pauvres est de 32,5 % comparativement à 20,9 % des hommes¹³³. On observe deux à trois fois plus de troubles psychopathologiques, plus d'anxiété, de dépression et de névrose chez les femmes de milieux défavorisés, et les plus jeunes d'entre elles sont sept fois plus nombreuses à tenter de se suicider que la moyenne des Québécoises¹³⁴. De toute évidence, la pauvreté chez une personne ne conduit pas nécessairement à développer un problème de santé mentale mais on peut facilement constater que sa prévalence est plus importante dans les milieux défavorisés. Selon l'avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la pauvreté, "l'appauvrissement se caractérise par son intensité, c'est-à-dire l'écart entre les revenus réels et le seuil de pauvreté ainsi que la persistance dans le temps. Or, très souvent les femmes vivant dans un contexte de monoparentalité cumulent intensité et persistance. Ces caractéristiques jouent un rôle important dans la genèse et l'évolution des troubles mentaux; elles ont un impact non seulement sur le plan économique et sur le plan de l'exclusion sociale et politique des femmes en cause, mais également chez leurs enfants qui, à court terme, sont très souvent confrontés à la pauvreté"¹³⁵.

Même si l'emploi demeure encore aujourd'hui la meilleure protection contre la pauvreté, il n'en demeure pas moins que, pour plusieurs femmes, la situation reste difficile. En effet, même lorsqu'elles travaillent à temps plein, leurs gains moyens sont généralement inférieurs à ceux des hommes. Il existe un lien étroit entre la pauvreté et le type d'emploi occupé : 40 % des personnes seules, œuvrant dans le secteur des services, sont pauvres. Or, les femmes sont fortement représentées dans ces secteurs d'activité et leurs conditions de travail ne leur permettent pas d'échapper à la pauvreté¹³⁶. Il arrive parfois que la maternité incite ou même oblige plusieurs femmes à se retirer du marché du travail, ne serait-ce que temporairement, ce qui entraîne une diminution de revenu et, à partir de ce moment, l'écart entre leur salaire et celui des hommes se creuse et ne se comble jamais¹³⁷. Ce retrait du marché du travail est également vécu par un nombre sans cesse croissant de femmes qui doivent s'occuper de leurs proches malades et maintenus à domicile.

Besoins spécifiques

La prévention demeure, encore aujourd'hui, la meilleure solution pour contrer ce problème social qu'est la pauvreté. Si l'emploi est reconnu comme étant le meilleur moyen pour lutter contre la pauvreté, "la création d'emplois en nombre suffisant et de qualité ne permettra pas, à elle seule, la réduction de ce problème"¹³⁸. La scolarisation et la formation représentent, sans aucun doute, une alternative de choix permettant aux femmes d'acquérir les qualifications nécessaires pour accéder au marché de l'emploi. Lors de la formulation de ses recommandations, le comité de travail sur les services en santé mentale mentionne également l'importance d'offrir "un meilleur environnement pour les cheffes de famille monoparentale, prioritairement par des mesures permettant un accès à un niveau de vie décent pour elles et leurs enfants, par des programmes de retour aux études ou d'insertion sur le marché du travail des mères seules"¹³⁹.

Le Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03)¹⁴⁰ a dressé un portrait issu des rencontres sectorielles sur différentes problématiques dont la pauvreté. Ces rencontres ont permis de constater que l'ensemble des organismes interrogés ont noté une augmentation de l'isolement social et une hausse des demandes de soutien alimentaire et matériel. Cette augmentation des demandes d'aide alimentaire favorise en priorité des services de base au détriment du développement des personnes : estime de soi, employabilité, etc. Ces rencontres ont également permis de constater que l'appauvrissement des femmes est en hausse et que cette augmentation constitue un phénomène inquiétant car il atteint directement leur qualité de vie et leur possibilité d'insertion sociale et professionnelle.

Ressources

Plusieurs études¹⁴¹ ont démontré que l'intervention clinique pouvait faire une différence. Les services offerts devraient présenter les caractéristiques suivantes : continuité, fréquence accrue, globalité et

accessibilité. De plus, il est essentiel que la mère reçoive beaucoup d'information et de soutien, et que les interventions proposées renforcent les familles au lieu de les stigmatiser. Toujours selon la même source, les enfants de mères pauvres consultent davantage les services d'urgence, ce qui laisse peu de place à la continuité et à la globalité des soins. Or, il existe une corrélation entre le fait d'avoir accès à un médecin attitré et celui de recevoir des services préventifs.

Afin de répondre à certains besoins des femmes cheffes de famille monoparentale, quelques groupes communautaires dont principalement des groupes de femmes qui orientent leurs activités pour ce type de familles offrent du soutien moral, écoute et références lorsque le besoin est présent. Ces groupes visent aussi à briser l'isolement des femmes et à leur redonner confiance en leurs possibilités. Il existe également des groupes communautaires qui s'adressent aux personnes démunies. Ces organismes offrent différents services tels : accueil, comptoir alimentaire, dons de vêtements et de meubles, popote roulante, etc. Même si de nombreux services sont disponibles, il n'en reste pas moins que ces organismes ont de la difficulté à répondre à la demande car le nombre de femmes ayant des difficultés financières augmente constamment et ces organismes manquent de ressources humaines et financières pour répondre adéquatement à leurs besoins.

Les différents Centres Femmes de la région 03 sont des lieux privilégiés pour les femmes car ils favorisent la prise de conscience de leur situation. Ils ont comme objectif commun de briser l'isolement mais aussi d'outiller les femmes afin qu'elles puissent, malgré les difficultés, se construire une identité positive, développer leurs habilités personnelles et sociales et prendre du contrôle sur leur vie. En Basse-ville, où la pauvreté est à son maximum, le Centre femme répond à de nombreuses demandes. Les intervenantes du centre ont pu comptabiliser 3 398 visites et appels au total durant l'année financière 1997-1998. La moyenne d'âge des femmes fréquentant ce centre est de 52 ans, 43 % sont cheffes de famille monoparentale et 65 % d'entre elles vivent avec un revenu qui se situe entre 5 000 \$ et 10 000 \$.

En Haute-Ville, c'est le Centre Femme d'aujourd'hui qui offre soutien et références à la clientèle féminine du secteur ouest de la région et ce, pour une multitude de problématiques. La pauvreté et l'appauvrissement des femmes sont des problématiques pour lesquelles les intervenantes du Centre Femme ont constaté une augmentation des demandes d'aide.

Des services en vue de diminuer les conséquences de la pauvreté sont également offerts par l'entremise d'organismes communautaires qui orientent leurs activités vers les personnes immigrantes. Le service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes a créé un nouveau programme " Cercle d'achat " afin de répondre aux besoins grandissants liés à la nourriture.

En région, la pauvreté est également omniprésente mais la principale caractéristique de ces milieux est le problème de transport. Beaucoup de femmes ont besoin de services mais sont dans l'impossibilité de se

déplacer faute de revenu ou de véhicule. Le Centre-Femmes de Charlevoix (Baie St-Paul) et le Centre-Femmes aux Plurielles (La Malbaie) vivent différents problèmes qui sont associés à ce problème de transport. À cet effet, le Centre-femmes aux Plurielles élabore un projet afin de faire la recherche de financement pour l'implantation d'un système de transport en commun pour tout le réseau communautaire. Ce centre a comptabilisé, en 1997-1998, 8 783 services (demandes d'aide, participation aux activités), ce qui représente une augmentation de 50 % comparativement aux années 1996-1997. De plus, les intervenantes ont constaté que la clientèle qui demande de l'aide a rajeuni, c'est-à-dire une augmentation des 25-35 ans. Les femmes qui fréquentent ce centre sont majoritairement des mères (83,3 %). Les intervenantes ont également remarqué une augmentation pour les besoins primaires (nourriture, vêtements, logement et ameublement).

Il en est de même pour le Centre femme de Charlevoix, car ce dernier a constaté que, depuis quelques années, la participation aux cuisines collectives ne cesse de progresser. Le portrait des participantes pourrait se dessiner ainsi : 43 % ont moins de 30 ans, 86 % ont des enfants, 71 % restent à la maison, 61 % sont bénéficiaires d'aide sociale et 39,5 % ont un revenu de 10 000 \$ et moins.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Adopter une déclaration sur la lutte à la pauvreté qui précise les engagements des différents acteurs interpellés par la lutte à la pauvreté et ses conséquences en termes de santé et de bien-être.
- Soutenir les actions des groupes communautaires auprès des populations démunies.
- Consolider l'intervention communautaire auprès des populations démunies.
- S'assurer que des mesures touchant les clientèles vivant en milieu socio-économiquement défavorisé soient développées dans l'ensemble des programmes de la Régie régionale et de son réseau.
- Contribuer à la planification stratégique du développement social de la région de Québec.

4.4.2 La toxicomanie

Portrait général

Dans sa Politique de santé et de bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux retenait la toxicomanie comme l'une de ses 19 priorités provinciales.¹⁴² Son objectif est de réduire, d'ici l'an 2002, de 15% la consommation d'alcool, de 10% la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et d'augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales. Du côté régional, la toxicomanie est une des huit problématiques prioritaires du plan d'action 1995-1998¹⁴³. Enfin, la politique en matière de condition féminine reconnaît également la consommation de médicaments et la toxicomanie comme étant des problèmes importants chez les femmes âgées et les jeunes femmes.

L'alcool reste encore le psychotrope le plus répandu. L'alcoolisme se retrouve parmi les quatre principales causes d'invalidité et de mortalité : tous les ans, l'abus d'alcool est directement ou indirectement

responsable de 4 000 décès¹⁴⁴. Si la consommation de médicaments psychotropes croît avec l'âge chez les deux sexes, la consommation de médicaments psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques) est presque deux fois plus élevée chez les femmes¹⁴⁵.

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993¹⁴⁶, 85 % de la population de 15 ans et plus de la région de Québec (427 000 personnes) déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois, ce qui représente une légère augmentation par rapport à 1987 où cette proportion était de 82 %. Toujours selon la même enquête, les consommateurs de drogues ou de médicaments sans prescription sont plus nombreux en proportion dans la région de Québec (16 %) que dans la province (12 %).

Dans ses différents volets de la gamme de services en toxicomanie, le plan régional d'organisation de services en toxicomanie a identifié des groupes cibles pour l'intervention. Pour le volet promotion, prévention et intervention, les femmes qui consomment des médicaments psychotropes ont été choisies comme un des groupes sur lequel on devait agir. Selon l'Enquête santé Québec (1987), 6,8 % des femmes avaient consommé un médicament psychotrope au cours des deux jours précédant l'enquête par rapport à 3,8 % chez les hommes, ce qui représente 14 971 femmes de 15 à 64 ans pour la région de Québec¹⁴⁷. Selon des données (1991) provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les 20 852 femmes prestataires de la sécurité du revenu de la région de Québec, ont accumulé 217 208 ordonnances de médicaments psychotropes et anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, soit 10,4 prescriptions par personne¹⁴⁸. Plusieurs particularités ont été identifiées comme étant plus susceptibles de caractériser les femmes les plus à risque : faible scolarité, chômage, faible estime de soi, isolement social, niveau élevé de détresse psychologique et certains groupes comme les femmes au foyer, veuves, séparées ou divorcées.

Pour ses volets désintoxication, réadaptation et réinsertion sociale, les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie forment un des groupes prioritaires. L'abus de drogues chez la femme enceinte est l'un des problèmes les plus sous-diagnostiqués en obstétrique. Les femmes qui présentent des problèmes de toxicomanie doivent être repérées le plus rapidement possible, et ce, pour différentes raisons d'ordre physique et psychologique. D'une part, les nouveau-nés sont affectés par la toxicomanie de la mère et les effets sur ceux-ci sont la prématurité, le petit poids à la naissance, la croissance plus lente, le développement physique et mental altéré et des problèmes de comportement et d'apprentissage. D'autre part, la mère qui éprouve des problèmes de consommation peut avoir de la difficulté à développer un lien significatif avec son bébé et à assumer adéquatement son rôle parental¹⁴⁹.

On peut estimer à environ 320 le nombre de femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon excessive dans la région 03¹⁵⁰. Le programme OLO et les soins généraux de la grossesse et du post-partum font partie des principales raisons de consultation ou de référence dans les

CLSC (70,8 %). Il est fréquent que les femmes enceintes ou mères de jeunes enfants n'aient pas confiance (49,0 %) aux intervenantes du réseau ou n'aient pas la motivation nécessaire pour modifier leur comportement (47,1 %). Mentionnons également qu'une majorité de femmes ont peur de consulter pour leur problème de consommation car elles craignent de perdre la garde de leur enfant.

Dans le plan d'action 1997-2000¹⁵¹, une des préoccupations identifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux est le tabagisme chez les femmes. Et pour cause, car l'usage du tabac est reconnu comme un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé et fait l'objet de quatre objectifs de la Politique de la santé et de 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. L'objectif visé 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 ont révélé que 29 % des femmes fumaient régulièrement. Dans la tranche d'âge 18-34 ans, 37,9 % fumaient régulièrement et l'on observe, par la suite, une diminution à mesure que l'âge augmente. 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.

Besoins spécifiques

Il est fréquent de retrouver chez une personne toxicomane la présence d'une problématique associée. "La coexistence de problèmes a une influence importante sur le profil de la personne, son parcours et l'issue de l'intervention. La prise en considération simultanée des problèmes peut donc alors accroître l'efficacité de l'aide apportée"¹⁵². Les intervenantes québécoises confirment les situations de vie particulièrement détériorées des mères toxicomanes : pauvreté, isolement, faible scolarité, violence¹⁵³. Un bon nombre de femmes toxicomanes ont un passé d'abus sexuels et plusieurs d'entre elles se retrouvent à l'âge adulte dans des relations abusives où elles subissent la violence de leur partenaire¹⁵⁴. La grossesse peut alors devenir un moment privilégié pour tenter d'améliorer la santé de ces femmes et de leurs futurs enfants car un bon nombre d'entre elles veulent être de bonnes mères et la maternité devient l'une des seules réalisations qu'elles pourront mener à terme. Compte tenu de leurs conditions de vie, les femmes enceintes ou mères de jeunes enfants, présentant des problèmes de consommation, ont des besoins particuliers concernant la nourriture, l'hébergement, les soins de santé, les vêtements, la sécurité et le gardiennage. Elles ont également besoin de formation pour améliorer leurs compétences et leurs habiletés parentales, car certaines d'entre elles ont de la difficulté à prendre soin de leurs enfants¹⁵⁵.

Malgré de nombreux efforts, les services sont insuffisants en matière de dépistage et d'intervention précoce. En conséquence, les différentes personnes à risque sont encore peu rejointes par les intervenants

et intervenantes¹⁵⁶. L'absence de dépistage est très préoccupante pour les femmes enceintes en raison des conséquences sur le développement du nouveau-né.

Compte tenu du nombre élevé de femmes âgées qui consomment des médicaments, des solutions alternatives prenant en considération les aspects sociaux et psychologiques des problèmes vécus doivent être développées. La relation entre le médecin et la femme est un facteur à considérer pour contrer le problème de surconsommation de médicaments et de psychotropes. À cet effet, le Plan régional d'organisation de services en toxicomanie¹⁵⁷ mentionnait dans un de ses objectifs spécifiques que "d'ici la fin de 1998, les médecins auront diminué la prescription de médicaments psychotropes, connaîtront des options non médicamenteuses et sauront les proposer à leur clientèle féminine et personnes âgées de 55 ans et plus". En réalité, selon des données recueillies lors de rencontres avec des intervenantes du réseau, le nombre de femmes qui consomment des médicaments ne cesse d'augmenter et les femmes se font rarement offrir d'autres alternatives aux médicaments.

En ce qui a trait au tabagisme, deux actions ont été proposées dans le Plan d'action régional 1997-2000¹⁵⁸. La première action est de proposer aux régies régionales de la santé et des services sociaux 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 seront accessibles. La deuxième action est de réaliser et de diffuser des documents d'information sur le tabagisme spécifiquement destinés aux jeunes filles et aux femmes.

Ressources

La création du projet pilote "maternité et toxicomanie" vise la mise sur pied d'un réseau intégré de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Le projet pilote est implanté, depuis peu, sur le territoire du CLSC-CHLSD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et s'adresse particulièrement aux mères en situation d'extrême pauvreté et peu scolarisées. Ce projet propose qu'une intervenante établisse une relation privilégiée et soutenue avec les mères pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. Ce projet s'inspire du programme d'intervention reconnu «Naître égaux Grandir en santé » (NEGS) et vise, entre autres, à améliorer la santé et le bien-être des mères toxicomanes et de leurs enfants en adaptant les services à leurs besoins spécifiques¹⁵⁹.

Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, en collaboration avec le projet pilote du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier, a mis en place un programme qui a comme objectif le développement et l'implantation de services adaptés pour la réadaptation et la réinsertion sociale des femmes toxicomanes enceintes ou mères de jeunes enfants. Ce projet vise la diminution ou l'arrêt de la consommation chez cette clientèle. Pour arriver à atteindre cet objectif, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve a

privilegié des approches à court terme, centrées sur le changement de comportement, et des approches à plus long terme favorisant le développement personnel¹⁶⁰.

Dans les CLSC de la région de Québec, il est possible de recevoir diverses formes d'aide. Différents programmes offerts en première et en deuxième lignes permettent aux femmes présentant une problématique de consommation légère ou abusive de trouver un appui à leur désir de cesser ou de diminuer de consommer des substances psychotropes.

Plusieurs organismes communautaires de la région de Québec travaillent sur cette problématique sociale. Certains ont une mission totalement consacrée à la toxicomanie tandis que d'autres n'y consacrent qu'une partie de leur mission. Ces organismes offrent des services de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie, de l'hébergement temporaire pour les toxicomanes, des services de réadaptation, à l'interne et à l'externe, etc.

Une intervenante du réseau a identifié le délai dans la réponse aux besoins comme déterminant. En effet, cette intervenante a affirmé, lors d'une rencontre, que pour plusieurs femmes il y a un délai de plusieurs mois avant de pouvoir accéder aux services de désintoxication. Ces délais d'attente ont pour effet d'accentuer les rechutes et de rendre difficile la réinsertion sociale.

À titre d'exemple, voici la trajectoire de services d'une femme ayant des problèmes de consommation à sa sortie de la maison de transition, telle qu'elle a été décrite par l'intervenante rencontrée :

Femme de 19 ans. Vit avec son bébé de 3 mois et son conjoint. L'intervenante de la maison de transition rencontre la femme à domicile une fois par semaine. L'infirmière du CLSC a fait seulement une visite car la femme s'est senti surveillée et n'a pas accepté de revoir l'infirmière. ↓
Elle s'est fait couper l'aide sociale car son conjoint avait un petit revenu. L'intervenante a fait des démarches afin qu'elle puisse faire une thérapie externe mais le délai était de 8 mois. Compte tenu que la femme ne recevait plus d'aide sociale, elle n'avait plus droit aux thérapies qui sont habituellement payées par l'aide sociale. L'intervenante a fait des démarches pour trouver la somme nécessaire pour payer sa thérapie mais sans succès. ↓
Après 3 mois de suivi avec l'intervenante de la maison de transition, la femme n'avait toujours pas réussi à être vue dans le réseau en externe pour sa thérapie. Un jour, l'intervenante a appris par la Direction de la Protection de la jeunesse (DPJ) que la femme était partie pour consommer en laissant son bébé seul dans l'appartement. Le conjoint travaillait et, à son arrivée, il a pris connaissance des événements et il a quitté sa conjointe. ↓
L'intervenante de la maison de transition et l'intervenante de la DPJ ont convenu de la ramener en maison de transition avec son bébé et d'essayer de lui trouver une place en thérapie interne. Encore là, les moyens financiers de la femme ont fait en sorte qu'il lui était impossible de trouver une thérapie et, après quelques jours, elle s'est sauvée de la maison pour aller consommer. Elle a perdu à nouveau la garde de son bébé. ↓
Suite à ces événements, elle a recommencé à faire de la prostitution, elle consomme beaucoup et a fait la connaissance d'un autre conjoint avec qui elle désire avoir un autre enfant.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

Promotion –prévention

- Poursuivre l'information auprès des médecins sur les problèmes associés à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.
- Développer des interventions préventives pour les femmes ayant des conditions de vie précaires et plus particulièrement chez celles qui sont enceintes et chez les mères.

Services de première ligne

- Favoriser l'intégration de la problématique toxicomanie à la pratique des intervenants de première ligne, notamment :
 - accentuer le dépistage-évaluation-référence des clientèles en difficulté;
 - consolider les services d'intervention de crise en toxicomanie ;
 - consolider les services d'hébergement-dépannage lors de situations d'intoxication aiguë.

Services spécialisés en toxicomanie

- Rendre disponibles des places d'hébergement en milieu communautaire pour appuyer les services de désintoxication externes et pour les personnes toxicomanes atteintes du VIH-sida.
- Améliorer l'accessibilité des services de réadaptation et de réinsertion sociale sur le plan local.

Concertation-coordination

- Développer un réseau intégré de services en toxicomanie.

4.4.3 La violence faite aux femmes

Portrait général

Plusieurs politiques et plans d'action ont accordé une place importante à la violence faite aux femmes. Cependant, malgré les nombreuses mesures mises en place et les différents moyens de conscientisation, le problème de la violence fait toujours partie de la vie de plusieurs femmes de la région de Québec.

Au Québec, les actes de violence, commis dans un contexte conjugal, constituent des infractions de nature criminelle. La violence peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. On estime que 25 % des Québécoises de 18 ans et plus, vivant ou ayant vécu avec un conjoint, ont subi de la violence conjugale au cours de leur union¹⁶¹. Sur le plan régional, on estime à 40 000 femmes, soit entre 10 et 15% de la population féminine, qui seraient victimes de violence en milieu familial¹⁶². En réalité, il est difficile de connaître la prévalence des cas de violence car seulement 14 % des victimes de violence rapporteraient la situation à la police¹⁶³.

Au Québec, en 1998, sur les 11 731 cas rapportés de femmes victimes de violence conjugale, 7 917 (67 %) ont subi des voies de fait, 2 071 (18 %) des menaces et 1 233 (10 %) du harcèlement criminel¹⁶⁴. La région de Québec a enregistré 686 victimes par 100 000 femmes âgées de 12 ans ou plus en 1998¹⁶⁵. Les femmes victimes de violence conjugale dans la région de Québec ont subi plus souvent des blessures physiques que celles de l'ensemble du Québec (55 % vs 47 %)¹⁶⁶.

La violence conjugale affecte les femmes tant sur le plan physique que mental. Effectivement, on peut noter une plus grande prévalence de troubles de santé chronique chez les femmes violentées¹⁶⁷. Ces dernières vivent constamment dans la peur d'avoir mal, d'être blessées, peur pour les enfants, bref, une femme qui a connu une forme ou l'autre de violence vit pendant une longue période dans la peur et il est presque impossible de maintenir un état de santé satisfaisant¹⁶⁸.

Différentes situations de vie peuvent faire en sorte que certaines femmes sont plus à risque de vivre la violence. On peut penser, notamment, aux femmes provenant des communautés ethnoculturelles, aux femmes âgées, aux femmes ayant un handicap, aux femmes enceintes et aux femmes vivant dans un contexte de pauvreté qui présentent différentes caractéristiques pouvant faire en sorte qu'elles vont attendre plus longtemps avant de dénoncer leur situation. Les femmes des communautés ethnoculturelles, à cause de leur méconnaissance du système de santé, de la pauvreté dans laquelle plusieurs vivent et de leurs valeurs personnelles, peuvent être plus susceptibles de se taire. En effet, dans certaines collectivités, la négation du problème et l'étroite surveillance sociale qui s'exerce sur les femmes peuvent expliquer ce phénomène.

Pour sa part, la violence envers les femmes âgées peut prendre plusieurs avenues. Cependant, il est certain que la pauvreté dans laquelle plusieurs femmes vivent peut faire en sorte que certaines d'entre elles soient plus fréquemment victimes de violence, d'abus et de négligence. Le Regroupement des organismes communautaires de la région 03, lors de rencontres sectorielles, a pu constater une augmentation des abus envers les personnes âgées (vol, violence physique, abus de confiance, négligence, etc.). Pour les femmes handicapées, le risque de subir la violence est deux fois plus élevé que pour les autres femmes. La présence de handicaps rend plus difficile l'accès aux ressources¹⁶⁹ et réduit considérablement les moyens pour se protéger des agressions. Finalement, la grossesse et la période postnatale constituent des périodes pendant lesquelles les femmes risquent davantage de subir de la violence¹⁷⁰. En effet, la grossesse n'est pas une cause de violence en soi, mais elle constitue clairement une période pendant laquelle les femmes risquent davantage d'être agressées.

Suite à la parution de la politique gouvernementale en matière de violence conjugale, *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, le gouvernement a mis sur pied, en 1995, une équipe de travail sur les agressions à caractère sexuel intitulé : « *Les agressions sexuelles : STOP* »¹⁷¹. Une des actions retenues par cette équipe est d'offrir de meilleurs services et des services mieux adaptés aux victimes d'agressions à caractère sexuel. Les adultes ayant subi des agressions sexuelles dans l'enfance, les personnes handicapées, les personnes nouvellement arrivées au Québec et les membres des communautés autochtones sont des clientèles jugées prioritaires. Il est important de rappeler ici que ce n'est que depuis 1983 qu'une femme peut porter plainte contre son conjoint pour agression sexuelle.

Les agressions sexuelles entraînent des conséquences à court et à long terme. Il s'avère toutefois difficile de connaître la prévalence du nombre d'agressions car, selon les résultats d'enquêtes, environ 90 % des agressions sexuelles ne sont pas déclarées à la police¹⁷². L'Enquête de Statistique Canada effectuée en 1993¹⁷³ sur la violence envers les femmes révèle que 39 % des Québécoises, âgées de 18 ans ou plus, ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans et plus de la moitié de ces femmes ont subi des actes répétés d'agression sexuelle. Mentionnons également que la majorité des femmes victimes d'agression sexuelle connaissent leur agresseur (70 à 85 %)¹⁷⁴.

Encore beaucoup de préjugés sont véhiculés dans notre société vis-à-vis les agressions sexuelles. La société fait porter une grande partie des blâmes sur les personnes victimes en les qualifiant de provocatrices, séductrices et de consentantes. Ces préjugés ont comme effet de minimiser ou d'excuser ces agressions sexuelles et empêchent les femmes ou jeunes filles de dénoncer l'agression¹⁷⁵. D'autres raisons sont également évoquées pour expliquer le faible taux de dénonciation : la réaction de l'entourage, la peur des représailles de la part de l'agresseur et le manque de confiance dans l'efficacité du système judiciaire.

Dans la majorité des cas, l'agression sexuelle laisse des séquelles : la dépression, l'anxiété, la difficulté d'avoir des relations sociales, le manque d'efficacité au travail, la baisse du désir sexuel, le dysfonctionnement sexuel, l'insomnie et le recours aux sédatifs et aux somnifères.

Besoins spécifiques

Un bon nombre de femmes consultent les ressources formelles et informelles. Pourtant, la situation de la violence est rarement reconnue par les personnes consultées. La violence conjugale est très difficile à dépister et passe souvent inaperçue. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation : les valeurs sociales, le silence des victimes, la non-spécificité des signes de violence conjugale et les hésitations à interroger les femmes sur la violence conjugale peuvent être des causes rendant le dépistage plus problématique¹⁷⁶.

En 1997-1998, dans les différentes maisons d'hébergement de la région de Québec, les entrevues individuelles ont connu une augmentation de 25 % comparativement à l'année 1996-1997. Les intervenantes des maisons d'hébergement ont pu constater qu'environ 80 % des femmes souhaitent un accompagnement juridique dans leurs démarches car plusieurs d'entre elles se sentent démunies face au processus judiciaire¹⁷⁷. Cependant, le manque de ressources pour l'accompagnement laisse plusieurs femmes sans ce type de soutien qui s'avère très bénéfique pour les femmes.

Le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier rapporte connaître un manque de ressource pour faire face au problème d'agression sexuelle chez les adolescentes. Une intervenante de ce CLSC affirme que l'abus sexuel constitue le problème pour plus de la moitié de sa clientèle adolescente (rappelons ici qu'il

est impossible de connaître la prévalence des abus sexuels car la majorité des adolescentes ne portent pas plainte contre leur agresseur). Ces adolescentes se présentent au CLSC pour différents motifs, reliés ou non à l'abus. Les intervenantes confrontées à cette problématique insistent sur le fait qu'il n'existe pas suffisamment de ressources psychologiques pour ces adolescentes en grand besoin d'aide. Les intervenantes en service social du CLSC ne peuvent répondre à ces demandes faute de temps. Selon elles, il est essentiel de considérer que les problèmes que vivent ces adolescentes seront encore présents lorsque ces dernières seront des mères, avec des impacts psychologiques et sociaux importants. En conséquence, il appert que le soutien étroit d'une intervenante privilégiée est de mise pour cette clientèle à haut risque.

L'accessibilité aux services et aux ressources est un problème important sur les territoires de Charlevoix et de Portneuf compte tenu de l'étendue du territoire. En effet, les femmes qui vivent des situations de violence sont fréquemment aux prises avec des problèmes de transport car les différents points de service sont éloignés les uns des autres. En situation de crise, il devient souvent impossible pour la femme d'obtenir de l'aide et "l'absence de certains services spécialisés compromet parfois les chances de réussite"¹⁷⁸. En conséquence, afin de s'assurer que ces femmes victimes de violence conjugale puissent avoir accès aux services offerts, la création de points de service plus rapprochés devient une alternative à envisager.

Ressources

Dans les différents CLSC de la région 03, il existe un programme de dépistage systématique. Ce programme de dépistage se veut, entre autres, un outil permettant aux différents intervenants et intervenantes du CLSC de détecter la présence de signes plus ou moins apparents de violence afin de permettre à l'intervenant ou à l'intervenante qui interviendra par la suite de continuer la démarche d'aide. Toutefois, selon une intervenante d'un CLSC de la région, cet outil de dépistage ne serait pas utilisé car il irait à l'encontre de la confidentialité. Mentionnons également qu'en matière de violence à l'égard des personnes âgées, "de nombreuses activités de concertation régionale et locale ont été réalisées en partenariat avec les CLSC de la région"¹⁷⁹.

De nombreux organismes communautaires travaillent à éliminer la violence ou à supporter les femmes lorsqu'elles la vivent. Plusieurs femmes estiment que la violence qu'elles ont vécue a détruit leur estime de soi, leur force et leur motivation à faire des changements dans leur vie. En réponse à ces besoins, les Centres-femmes orientent leurs interventions en habilitant les femmes à reprendre possession de leurs capacités à faire face aux différentes difficultés rencontrées.

Les maisons d'hébergement sont des endroits qui permettent aux femmes et à leurs enfants de sortir de leur milieu familial et de se sentir en sécurité. Leur premier objectif est de mettre fin à l'oppression économique, psychologique et affective des femmes. Dans la région 03, il existe sept maisons

d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale dont six permettent de recevoir des enfants. Ces maisons reçoivent annuellement 810 femmes et 531 enfants, ce qui représente un taux d'hébergement régional de 4 pour 1 000 femmes âgées entre 18 et 64 ans et un taux identique pour les enfants âgés entre 0 et 17 ans. Ce taux est supérieur à celui du Québec qui se situait à 3 pour 1 000 en 1995.

Ces différents milieux permettent aux femmes d'être informées, conseillées et de recevoir de l'aide psychologique sous forme individuelle ou de groupe. Les intervenantes de ces maisons d'hébergement disent être débordées dû aux multiples problématiques que vivent certaines femmes. Ces maisons d'hébergement font aussi de l'écoute téléphonique, ce qui répond à certains besoins d'ordre juridique et d'information sur les ressources disponibles. Certaines offrent également des rencontres individuelles permettant aux femmes ayant déjà été hébergées, de continuer à recevoir de l'aide et à celles n'ayant jamais été en hébergement de faire certaines démarches par rapport à leur expérience de violence.

Lorsque les victimes d'abus sexuel cherchent de l'aide, il existe un manque flagrant de ressources pour répondre à leurs besoins. "Les organismes communautaires, tels les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVACS) qui travaillent directement auprès des victimes, sont sous-financés et ne peuvent répondre à toutes les demandes"¹⁸⁰. Les ressources existantes sont réparties de façon inégale dans la région de Québec et il y a une absence presque complète de services en périphérie. L'organisme communautaire Viol-Secours qui offre de l'information, du soutien et de l'accompagnement aux victimes d'agression a constaté, en 1999-2000, une augmentation de sa clientèle. À preuve, Viol-Secours a ouvert 204 nouveaux dossiers et a répondu à 2 851 appels en 1999-2000. Les intervenantes de cet organisme rapportent que les viols sont davantage brutaux que par les années précédentes¹⁸¹. Elles ont également constaté que de nombreuses demandes d'aide proviennent de femmes ayant jadis subi un abus sexuel¹⁸².

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Compléter la mise en œuvre de la Politique gouvernementale d'intervention en matière de violence conjugale en consolidant et en développant des mesures reconnues efficaces ou prometteuses, en lien avec les quatre axes d'intervention de la Politique : prévention – dépistage – adaptation – intervention.
- Donner suite, lorsqu'elles seront connues, aux orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles.
- Consolider l'accès aux services médicaux et soutenir le développement de l'expertise en matière de services pour les victimes d'agressions sexuelles dans l'ensemble de la région 03, notamment dans Charlevoix et Portneuf.
- Soutenir les mécanismes de concertation intersectorielle et les activités de soutien à la pratique professionnelle.

4.4.4 Les situations de marginalité

Portrait général

Dans sa Politique de santé et de bien-être¹⁸³, le gouvernement du Québec a reconnu l'itinérance comme un objectif auquel la société québécoise devrait s'attarder. Cet objectif vise, d'ici l'an 2002, à prévenir

l'itinérance, particulièrement à Montréal et à Québec, à atténuer ses conséquences et à favoriser la réinsertion sociale des itinérants et itinérantes. Le phénomène de l'itinérance est un problème qui est difficile à chiffrer. Cependant, les dernières années ont permis de constater que ce phénomène est en train de prendre de l'ampleur, et plus particulièrement chez les femmes et les jeunes.

Les personnes qui risquent le plus de connaître l'itinérance sont : les jeunes, particulièrement ceux de 14 à 18 ans qui ont fait l'objet de placement, les femmes en difficulté et plus particulièrement celles qui sont victimes de violence conjugale ainsi que les personnes sortant d'une institution telles les détenues, les personnes déficientes intellectuelles et les ex-psychiatriées. Selon des données du FRAPRU¹⁸⁴, 465 femmes de la région de Québec vivent en situation d'itinérance et un nombre encore plus élevé de femmes se retrouvent dans une situation près de l'itinérance. À Québec, 4 126 femmes fréquentent les ressources d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour¹⁸⁵.

Le phénomène de l'itinérance est un phénomène qui est difficile à circonscrire. Certains le définissent comme étant tout simplement l'état de personnes sans abri stable ou permanent. De façon générale, on définit par itinérance l'état d'une personne qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre pour les 60 jours à venir. Le processus menant à l'itinérance ou à toute autre situation de marginalité s'explique par la juxtaposition de facteurs économiques et psychosociaux. Sur le plan des causes économiques, la documentation fait surtout référence à l'appauvrissement de la population, à la détérioration des conditions de vie, à l'inaccessibilité au travail ainsi qu'à des logements à prix modiques, phénomènes qui sont actuellement en hausse au Québec. Par ailleurs, sur le plan des causes psychosociales, il faut considérer l'éclatement de la famille, le décrochage scolaire, la surconsommation de drogues et d'alcool, la désinstitutionnalisation, et plus particulièrement la violence faite aux femmes. En effet, la violence touche beaucoup de femmes et constitue un facteur important d'errance¹⁸⁶.

On estime qu'environ les deux tiers des personnes itinérantes ont connu, au cours de leur vie, des problèmes de surconsommation d'alcool et que 63 % ont consommé de la drogue dans la dernière année. "La proportion de femmes et des jeunes itinérantes et itinérants aurait tendance à augmenter, ce qui pourrait être associé à une plus grande consommation de drogues illicites. En effet, les femmes et les jeunes de moins de 30 ans se trouvent dans une plus grande proportion parmi les itinérants consommateurs de drogues¹⁸⁷". En plus de la consommation de drogues ou d'alcool, plus du tiers des sans-abri ont eu une maladie psychiatrique au cours de leur vie, alors que la prévalence à vie est estimée jusqu'ici à 25 % dans la population générale. En ce qui concerne les problèmes de santé mentale moins sévère, ils sont quatre à cinq fois plus fréquents chez les sans-abri que dans la population générale¹⁸⁸.

Le nombre peu élevé de femmes en prison fait en sorte qu'il leur est difficile de recevoir des services spécifiques à leurs besoins. En effet, en 1997, 4 549 Québécoises ont été emprisonnées dans les

établissements du Québec, ce qui veut dire qu'une personne sur dix en milieu carcéral québécois est une femme¹⁸⁹. Madame Louise Pagé, sous-ministre à la Sécurité publique, a admis que jusqu'à présent, dans la région 03, "on a répondu aux besoins des femmes incarcérées avec des solutions prévues pour les besoins des hommes"¹⁹⁰. Lorsque les femmes sortent de prison, elles vont en maison de transition. Cependant, quelques-unes d'entre elles vont finir leur sentence dans cette ressource compte tenu de leur état de grossesse ou de leur nouveau-né. Environ 70 femmes par année fréquentent ainsi la maison de transition. De ce nombre, environ 80 % ont des problèmes de toxicomanie et 25 % des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, plusieurs d'entre elles ont été abusées sexuellement dans leur enfance et ont été victimes de violence conjugale.

Besoins spécifiques

La majorité des sans-abri n'ont pas de médecin attitré, ils consultent souvent très tard et se présentent plus souvent qu'autrement à l'urgence plutôt qu'aux cliniques externes. L'attitude méprisante de certains intervenants et certaines intervenantes éloigne les sans-abri des services de santé. D'un autre côté, l'absence de respect des rendez-vous par les sans-abri est un aspect qui complique l'élaboration d'un plan de traitement. Pour de nombreux sans-abri, rester dans une salle d'attente peut parfois s'avérer difficile compte tenu de leur état d'intoxication et du manque d'intérêt qu'ils accordent au suivi à long terme. Pour un bon nombre d'entre eux, c'est dans l'immédiat qu'on doit répondre à leurs besoins et non dans deux ou trois semaines¹⁹¹. Les femmes itinérantes ont besoin d'un suivi approprié à leurs conditions de vie, ce qui implique une réponse rapide à leur demande d'aide et de soutien. Mentionnons également qu'on a constaté un manque en ce qui a trait aux logements supervisés permettant à cette clientèle de vivre avec un minimum de soutien et d'encadrement. Ces constatations sont valables autant pour les itinérantes que pour les ex-détenues.

Ressources

Les groupes communautaires qui travaillent auprès des personnes itinérantes représentent souvent la porte d'entrée aux services et, parfois, leur seule ressource. Lauberivière accueille ainsi environ 250 femmes par année pour une moyenne de durée de séjour de 9 jours. Lors des différentes rencontres avec des intervenantes du réseau communautaire, celles-ci ont constaté que les délais d'attente pour avoir accès aux différents services offerts dans le réseau ne convenaient aucunement à ce type de clientèle. Il est également fréquent que des intervenants et intervenantes sociaux des CLSC refusent de faire le suivi d'une femme itinérante ou d'une ex-détenue en raison d'une motivation insuffisante de sa part. Par ailleurs, compte tenu que les femmes qui sont hébergées en maison de transition ne connaissent pas l'endroit où elles demeureront après leur sentence, il leur est impossible de recevoir des services du CLSC.

Cette situation ne favorise aucunement l'utilisation des services préventifs et la création d'un lien privilégié avec le personnel du réseau chez une clientèle qui est, au préalable, très méfiante.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Consolider les services de base et les services de suivi dans la communauté, destinés tant aux personnes cibles dont la santé mentale est menacée, celles ayant des troubles transitoires et celles ayant des troubles sévères et persistants. Ces services devront également être disponibles pour les personnes ayant des problématiques particulières telles que le suicide, l'itinérance, etc.

4.5 TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET SES IMPACTS

La transformation du réseau de la santé des dernières années a entraîné de nombreuses modifications, tant sur le plan humain qu'organisationnel. Cette transformation, souvent désignée sous le terme "virage ambulatoire", met l'accent sur des alternatives au traitement des bénéficiaires en institution vers un transfert des services à domicile. Effectuée rapidement, elle laisse aux familles, ou plus précisément aux femmes, la responsabilité de prendre en charge les soins qui étaient habituellement dispensés en milieu hospitalier.

Cette transformation du réseau de la santé et des services sociaux affecte majoritairement les femmes comme utilisatrices de services, comme travailleuses du réseau, comme bénévoles en milieu communautaire et comme aidantes du réseau familial. Ces dernières craignent de faire les frais de ce virage et que soient renforcées les inégalités qui marquent toujours les rapports sociaux de genre¹⁹².

4.5.1. Sur les femmes utilisatrices du réseau

Portrait général

On constate que les conséquences du virage touchent davantage de femmes utilisatrices que d'hommes puisque celles-ci "vivent plus longtemps et en moins bonne santé, qu'elles sont plus souvent seules ou pauvres, qu'elles consomment plus de soins de santé"¹⁹³. En conséquence, la réduction de la durée de séjour en milieu hospitalier de même que la surcharge de travail du personnel médical "réduit le temps disponible et l'intérêt de recourir à des approches globales qui tiennent compte de la réalité des femmes"¹⁹⁴. Par exemple, dans les services en santé mentale et les services aux personnes âgées, la médicalisation des problèmes est souvent le seul mode de traitement offert par une approche médicale traditionnelle dans le réseau public. Mentionnons également que la réduction de la durée de séjour en périnatalité entraîne parfois des expériences pénibles à vivre, surtout lorsque les mères ont peu de soutien à la maison. Ce manque de soutien peut devenir une source d'anxiété accrue, notamment pour les jeunes mères et celles qui vivent avec de faible revenu¹⁹⁵.

Besoins spécifiques

Selon le Conseil du statut de la femme¹⁹⁶, les malades ont fréquemment l'impression d'être renvoyés trop vite à la maison avec le sentiment de ne pas avoir reçu la préparation et l'enseignement nécessaires face aux actes techniques à poser pour favoriser leur guérison et face aux risques de complications. L'arrimage entre les différents intervenants et intervenantes des établissements du réseau (CLSC, centres hospitaliers, cliniques privées, organismes communautaires) pose un problème, particulièrement au moment de la sortie de l'hôpital. "Le transfert d'information entre l'hôpital et le CLSC ne se fait pas toujours en temps opportun et ceci occasionne un problème de discontinuité dans les services, avec l'insécurité qui s'ensuit"¹⁹⁷.

Lors d'un sondage réalisé par la Régie régionale de Québec en 1996-1997¹⁹⁸, les proportions des femmes satisfaites de l'information sur les soins à donner à l'enfant et sur les techniques d'allaitement sont respectivement de 79 % et de 66 %. Dans le cas de l'allaitement, 12 % des femmes se sont dites pas du tout satisfaites. Ce sondage note un taux global de satisfaction très élevé concernant les soins à l'hôpital pour les différentes clientèles du virage, mais la proportion de personnes très satisfaites est la plus faible chez les nouvelles mères.

Plusieurs recommandations ont été formulées par le Conseil du statut de la femme concernant les usagères du réseau de la santé. Dans un premier temps, le Conseil propose au ministère de la Santé et des Services sociaux que ce dernier "s'assure de l'évaluation systématique des courts séjours et de leurs conséquences possibles en termes de nouvelles utilisations du système de soins par la population en général, et par les clientèles vulnérables en particulier". Dans un deuxième temps, le Conseil recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que les intervenants et intervenantes des hôpitaux donnent l'information nécessaire aux usagers et usagères (consignes à suivre, évolution prévisible de leur état, ressources à contacter le cas échéant..) avant de leur donner leur congé. Il faut également que le personnel s'assure que les informations données soient bien comprises, qu'elles soient remises par écrit et qu'un suivi sera fait par l'hôpital ou le CLSC après le retour à la maison¹⁹⁹.

Ressources

Le Conseil du statut de la femme propose au ministère de la Santé et des Services sociaux que les usagères affectées par la transformation du réseau, qui vivent seules ou avec de jeunes enfants et qui nécessitent des services d'aide domestique les reçoivent gratuitement du CLSC²⁰⁰. Outre les services à domicile, le Conseil du statut de la femme suggère également que les maisons de convalescence fassent partie des services auxquels les femmes peuvent avoir droit à leur sortie de l'hôpital lorsque leur état de santé nécessite une aide particulière. À cet effet, les CLSC de la région affirment que l'on manque de lits en

hébergement temporaire pour les personnes âgées, et certains CLSC déplorent le manque de ressources pour la clientèle convalescente âgée de moins de 65 ans²⁰¹.

4.5.2 Sur les travailleuses du réseau

Portrait général

C'est la majorité des femmes qui occupent les emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux. En 1991, au Québec, le taux de féminité du personnel de ce secteur atteignait presque 75 %. C'est 16,2 % de toute la main-d'œuvre féminine au Québec²⁰².

Au cours des dernières années, des emplois ont été abolis dans le secteur de la santé et des services sociaux et un nombre important d'employées se sont prévaluées de la retraite anticipée. Pour celles qui ont conservé leur poste, de nombreux changements ont été observés, notamment la lourdeur de la tâche, l'épuisement et le climat de travail occasionnant chez elles un stress élevé. Selon plusieurs auteurs et auteures, pour 85 % du personnel infirmier, la charge de travail s'est accrue et les conditions de travail se sont détériorées²⁰³. Les répondantes de cette étude ont affirmé, dans une proportion de 74 %, ne pas avoir assez de temps pour faire leur travail²⁰⁴. En conséquence, le niveau de détresse psychologique de ces infirmières est de 41 % comparativement à 29 % en 1994, avant le virage ambulatoire²⁰⁵.

Depuis 1994, le travail à temps partiel occasionnel touche entre 53,1 % et 67,9 % des infirmières dans les différentes cohortes de finissantes, ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne d'emplois à temps partiel occasionnel dans le secteur public (25 %)²⁰⁶. De plus, les emplois à temps plein ont régressé de 55,7 % à 48 % entre 1991 et 1998. Or, les emplois à temps partiel occasionnel sont considérés comme incompatibles avec la prise en charge clinique et le suivi des patients qui constituent les fondements même du virage ambulatoire.

Malgré l'absence de statistiques à cet égard, on peut préciser que les conséquences du virage constatées chez les infirmières affectent également l'ensemble des travailleuses oeuvrant dans le réseau de la santé.

De plus, il y a lieu de souligner le nombre important des travailleuses du réseau communautaire qui, depuis quelques années, ressentent vivement la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. La majorité des bénévoles qui œuvrent dans les organismes communautaires sont des femmes (70 % à 80 %)²⁰⁷. Dans la région de Québec, ce sont plus de 10 000 bénévoles et environ 1 000 travailleurs et travailleuses qui rejoignent près de 25 % de la population. "La totalité des organismes communautaires de la région insistent sur l'important bond quantitatif ainsi que sur l'alourdissement des problèmes rencontrés depuis deux ans"²⁰⁸. Par conséquent, on peut remarquer un épuisement des bénévoles qui ont de plus en plus de responsabilités et qui œuvrent auprès de la population la plus démunie. Il existe en plus tout un secteur d'activité qui est rémunéré par le biais du chèque-emploi

service. Ce secteur d'activité majoritairement féminin possède peu de protection sociale (absence de couverture par la CSST, entre autres) et peu d'informations sont disponibles pour faire état de la situation de travail de ces femmes.

Besoins spécifiques

L'impact majeur de la transformation du réseau sur les travailleuses est sans aucun doute la surcharge du travail. La recommandation du Conseil du statut de la femme²⁰⁹ est, à cet égard, que le "ministère de la Santé et des Services sociaux prenne les moyens nécessaires pour que les hôpitaux et les CLSC disposent de ressources humaines stables et suffisantes pour répondre aux besoins de leurs usagers, particulièrement de ceux et celles touchées par le virage ambulatoire". Le Conseil recommande également que le "ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure, de concert avec les établissements du réseau, que les travailleuses et les travailleurs qui doivent maîtriser de nouvelles habiletés en lien avec le virage ambulatoire soient en mesure de recevoir la formation requise au moment opportun"²¹⁰.

4.5.3 Sur les femmes aidantes

Portrait général

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux a des impacts sur les travailleuses et les patientes, certes, mais c'est sur les femmes aidantes que les répercussions sont les plus marquées²¹¹. L'une des actions prévues dans la Politique de condition féminine 1997-2000²¹² et dans le Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes du ministère de la Santé et des Services sociaux²¹³ est de faire une évaluation de l'impact des transformations du réseau de la santé et des services sociaux sur les femmes aidantes. Selon des recherches menées aux États-Unis, au Canada et au Québec, au début des années 1990, 70 % à 80 % des soins personnels et des services viennent de la famille, tandis que les organismes communautaires et l'État ne contribuent que pour 10 % du soutien²¹⁴. Dans une étude plus récente²¹⁵, les auteurs confirment que la famille dispense 70 % des soins infirmiers (désinfections de plaies, manipulation d'une pompe pour l'antibiothérapie, injections, etc.) et d'assistance aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et recevant des services du réseau public de santé.

Le manque de ressources humaines et financières a comme effet que les hôpitaux et les CLSC se fient de plus en plus aux proches, c'est-à-dire aux femmes, pour prendre la relève. Grâce au dévouement des femmes, les coûts relatifs aux soins infirmiers, d'hygiène et de transport d'un malade à domicile, sont évalués au Québec à 5,60 \$ par jour, comparativement à 38,26 \$ dans un établissement de santé²¹⁶. Le Québec investit moins que les autres provinces canadiennes dans les soins de santé à domicile offerts par les CLSC : 37,80 \$ par habitant, contre 79,20 \$ dans l'ensemble du Canada et 91 \$ en Ontario. Le Québec offre 15 heures de soins par usager par année alors que l'Ontario en offre 106²¹⁷.

Selon une analyse qui repose sur les documents d'orientation qui ont été réalisés entre 1992 et 1998 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales de la santé et des services sociaux, certains CLSC et des associations, le constat suivant a pu en être dégagé : "Il semble bien que, généralement, les personnes qui apportent leur aide aux aînés le font au détriment de leur propre santé²¹⁸". Par problèmes de santé, on pense plus particulièrement à la dépression et l'anxiété, tout en aggravant les problèmes de santé physique déjà présents. Ce type de soutien, offert par les femmes aidantes, a également de nombreuses répercussions sur la vie de ces dernières : le temps de loisir est réduit, les nombreuses responsabilités se cumulent, l'intégration au marché du travail devient de plus en plus difficile, au point que plusieurs aidantes abandonnent le travail avec les répercussions économiques, à court et à long terme, que l'on peut imaginer. Par ailleurs, il est fréquent pour une aidante de devoir prodiguer des soins pour lesquels elle n'est pas formée, comme désinfecter des plaies, manipuler une pompe pour l'antibiothérapie ou faire des injections, tâches qui sont habituellement assumées par des infirmières à l'hôpital. Bref, l'aidante devient de plus en plus une soignante, et ce fardeau affecte l'état de santé des femmes et perturbe leur fonctionnement, ce qui génère des coûts sociaux indirects importants²¹⁹. L'effet pervers de cette situation est que cela banalise le travail et les responsabilités des infirmières entraînant ainsi une non-reconnaissance de leur profession .

Par conséquent, avec le vieillissement de la population qui prend de l'ampleur, la réduction de la taille de la famille et le prolongement de l'espérance de vie avec incapacités, le rôle des aidantes et l'impact direct de cette situation sur leur qualité de vie, risquent fortement de s'amplifier²²⁰.

Besoins spécifiques

Les femmes ayant vécu l'expérience de devoir prodiguer des soins à leur conjoint, ont fait ressortir les difficultés suivantes : "l'absence de choix possible au niveau de la situation vécue; l'état de santé précaire lié au fardeau que représente le rôle de soignante; la complexité des soins exigés qui fait naître un sentiment d'insécurité; l'absence de planification du congé et des soins à domicile offerts suite au congé; le transfert des coûts du système de santé vers les usagers des services"²²¹. Les différentes recherches sur les impacts du virage²²² ont permis de faire un bilan de certaines solutions qui pourraient faciliter le fardeau des aidantes :

- Faire en sorte que les personnes restent à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles aient retrouvé leurs capacités;
- une meilleure coordination des services au moment du retour à domicile;
- une formation et une information suffisantes au malade et aux proches;
- des services à domicile accessibles et intensifs;
- une attention particulière à la continuité;
- des ressources de répit et de gardiennage gratuites et faciles d'accès;
- une mise en place de moyens de transport gratuits, fréquents et pratiques.

Le Conseil du statut de la femme a formulé certaines recommandations concernant les femmes aidantes. Ces recommandations sont destinées au ministère de la Santé et des Services sociaux et suggèrent que ce

dernier "insiste auprès des centres hospitaliers pour qu'avant de donner son congé à une usagère ou à un usager, l'aidante principale présumée soit informée des responsabilités reliées aux tâches d'aidante, qu'une liste des ressources qui peuvent l'appuyer lui soit émise et qu'elle ait le choix de jouer ou non ce rôle"²²³. Le Conseil recommande également "que dans sa future politique sur le maintien à domicile, le ministère de la Santé et des Services sociaux inclut une obligation de vérifier périodiquement le consentement de l'aidante à poursuivre son rôle auprès de l'usager ou de l'usagère et de lui proposer de nouvelles alternatives, le cas échéant"²²⁴. Dans un document préparé par le service d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, il a été possible de constater que les proches des aidants "ne connaissent pas les possibilités réelles d'aide des CLSC, ni les conditions d'accès à ces services". Compte tenu que les CLSC ont des limites dans leurs ressources, ces derniers n'ont pas toujours intérêt à faire connaître leurs services²²⁵.

Mentionnons également que les personnes aidantes sont encore considérées comme des ressources et non comme une clientèle en besoin de service, notamment en terme de répit et de support.

Ressources

Selon les données obtenues d'une récente étude²²⁶ réalisée sur le territoire du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, 80 % des personnes rencontrées ont fait une demande de répit en raison de la détérioration de leur état de santé ou de l'état de santé de la personne aidée. De plus, deux personnes sur trois affirment que le soutien obtenu du réseau formel ne comble pas l'ensemble de leurs besoins d'aide et d'assistance à l'égard de la personne aidée. Leur insatisfaction réside dans le fait qu'elles doivent compter sur le réseau informel et/ou sur des services privés pour les seconder dans la prise en charge des personnes aidées. "Les services d'aide à domicile sont traités, officiellement, comme s'il s'agissait de services universels et gratuits. En pratique, les CLSC, toutefois, sont amenés à se donner des priorités parce qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre aux besoins"²²⁷. Généralement, les services de soins infirmiers et les services d'assistance personnelle sont les services les mieux couverts par les CLSC. L'aide domestique, quant à elle, n'est pas défrayée par les CLSC à moins que la personne ne soit handicapée. Du côté des services de répit ou de gardiennage, ces services sont relativement peu couverts par les CLSC et ceux qui existent ne répondent pas adéquatement aux besoins. Malgré la mise en place de différents programmes axés sur la compensation financière, ces mesures, dans l'ensemble, sont jugées insuffisantes du fait qu'elles ne permettent pas d'intervenir sur l'aspect le plus crucial du maintien à domicile : l'épuisement physique et émotionnel des personnes-soutien²²⁸. Mentionnons également que lorsque ces dernières doivent demander une quelconque forme de soutien, elles sont confrontées à des structures administratives qui privilégient les malades aux aidantes.

Plusieurs organismes communautaires offrent des services de soutien physique ou psychologique. Différents services, comme la popote roulante et les services de transport, permettent à plusieurs

personnes de demeurer à domicile plus longtemps avec un minimum de qualité de vie. Par contre, l'augmentation des demandes de services auprès de certains groupes communautaires ont eu comme conséquences de diminuer le temps accordé à chaque personne et, dans certains cas, l'obligation de limiter les services offerts dû à un manque d'effectifs.

Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002

- Assurer la réalisation d'études afin de suivre de près le développement des services de maintien à domicile pour éviter qu'il n'ait comme effet pervers de créer un fardeau excessif pour les proches.

5. CONSTATS ET PISTES DE RÉFLEXION

Les dernières années ont permis de constater que les changements en cours dans le système de santé et des services sociaux affectent particulièrement la santé des femmes. C'est dans cette optique que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a mis en place un comité de travail constitué de femmes reconnues pour leur expertise afin de réaliser un état de situation sur la santé des femmes, préalablement à l'élaboration d'un plan d'action régional. Ce comité de travail a certes permis de tracer un portrait des problématiques retenues, mais a également permis de faire ressortir les nombreux liens entre les conditions de vie des femmes et leur santé physique, mentale et sociale. L'objectif de cet état de situation n'est pas d'établir des priorités régionales mais bien de présenter les constats et les pistes de réflexion qui s'en dégagent. La présente section fera état des principales constatations issues de la littérature et des nombreuses entrevues réalisées. Ces constatations sont le reflet des convergences de toutes les problématiques réunies.

En considérant le sexe d'un individu comme un déterminant de la santé, il s'avère essentiel de posséder des données ventilées par sexe afin d'être en mesure de déterminer les besoins spécifiques des femmes en matière de santé et de services sociaux. À cet égard, les intervenantes rencontrées ont aidé à combler le manque de données sexuées nécessaires pour dresser un portrait général de la situation. Ce portrait général a permis de constater que la pauvreté est un facteur de risque important dans la vie des femmes. En plus d'entraîner une multitude de problèmes physiques, mentaux et sociaux, la pauvreté et l'appauvrissement sans cesse croissant des femmes a des répercussions sur les générations futures. Pour ces raisons, des interventions offrant une approche globale constituent une piste intéressante compte tenu que certaines femmes en situation de pauvreté vivent de multiples problématiques. En effet, plusieurs intervenantes ont fait mention de cette catégorisation des problématiques et de son impact négatif sur la santé des femmes, et plus particulièrement chez les femmes vivant une situation de handicap, chez les femmes victimes de violence, chez les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale et chez les femmes âgées.

Dans le but de faciliter et de favoriser l'accès aux différents services sociaux et de santé de la région de Québec, une meilleure connaissance des ressources existantes de la part des intervenants et intervenantes et, surtout, un meilleur arrimage entre les différents établissements du réseau s'avèrent des conditions incontournables. Ces conditions sont essentielles si on vise la continuité des services et une utilisation plus efficace des ressources de santé tout en diminuant les délais d'attente. À cet égard, les intervenantes rencontrées ont fait mention de l'importance d'établir une étroite collaboration entre les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux afin de rendre plus efficaces les interventions auprès des femmes et de favoriser la prévention et la responsabilisation.

En complément de ce chapitre, l'annexe C présente sous forme de tableau synthèse les principaux constats et pistes de réflexion dégagés pour chaque problématique étudiée.

6. CONCLUSION

Cet état de situation constitue une première ébauche, un survol rapide des divers volets de la santé des femmes de la région de Québec. Il s'agit d'une étape initiale, essentielle dans une démarche qui devra se poursuivre et déboucher sur un plan d'action sur la santé des femmes. Comme prochaine étape, ce document devra être soumis à la consultation de diverses instances en vue d'en valider le contenu, d'y apporter des compléments d'information et de prioriser des actions à mettre en œuvre.

Le temps imparti pour réaliser l'état de situation (5 mois), de même que le peu de données disponibles sur plusieurs volets de la santé des femmes, n'ont pas permis de dresser un portrait aussi complet pour toutes les problématiques. C'est le cas notamment de tout ce qui concerne la santé physique des femmes. Outre en ce qui a trait au cancer du sein, la situation des femmes, de même que leur trajectoire en tant qu'utilisatrices des services de santé, est peu documentée dans les volets de la santé physique, par exemple, les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon. De plus, il s'est avéré très difficile d'obtenir des statistiques récentes, surtout sur le plan régional. Cette absence de données chiffrées a limité la portée de l'état de situation. Malgré ces contraintes, le portrait dressé de la santé des femmes et de l'accès de ces dernières aux services de santé constitue une représentation fort valable de la situation régionale.

Dans l'ensemble, l'état de situation met en lumière des difficultés de parcours dans la recherche de services adaptés aux besoins des femmes. Beaucoup plus que l'absence ou l'insuffisance de ressources, la méconnaissance des ressources existantes et de sérieux problèmes d'arrimage entre les ressources sont causes de délai dans l'intervention, de fragmentation et de non-continuité des services. En l'occurrence, l'approche globale dans l'intervention a suscité beaucoup d'intérêt de la part des intervenantes consultées démontrant encore ici l'importance d'établir des liens plus étroits entre les membres du réseau de la santé et des services sociaux.

Références bibliographiques

- ¹ Louise Guyon cité dans : Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1998) "Actes du Forum pour la santé des femmes", 21 et 22 novembre 1998, Québec, p. 11.
- ² Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), "Cadre de référence : La santé des femmes au Québec", RQASF, Québec, p. 10.
- ³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) "La politique de santé et de bien-être" Gouvernement du Québec, Québec, p. 11.
- ⁴ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), op. cit.
- ⁵ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1998), Actes du Forum pour la santé des femmes, 21 et 22 novembre 1998, Québec.
- ⁶ Institut de la statistique du Québec (2000), "Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021", Diffusé par le Service du développement de l'information, MSSS, juin 2000, Québec.
- ⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), "Suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux", RRSSS03, Québec.
- ⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), "Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la région de Québec" RRSSS03, Direction de la santé publique, Québec.
- ⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹⁰ *ibid.*
- ¹¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹² Institut de la statistique du Québec (2000), op. cit.
- ¹³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹⁴ Institut de la statistique du Québec (2000), op. cit.
- ¹⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000) op. cit.
- ¹⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000) op. cit.
- ¹⁸ Statistique Canada (1996) "Population immigrées dans la région administrative 03 par municipalité régionale de comté, municipalité et territoire de CLSC en 1996", Tableau sommaire de base et compilation spéciale, MRCI, Québec.
- ¹⁹ Institut de la statistique du Québec (2000) op. cit.
- ²⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000) op. cit.
- ²¹ *ibid.*
- ²² *ibid.*
- ²³ *ibid.*
- ²⁴ Statistique Canada (1996), op. cit.
- ²⁵ Institut de la Statistique du Québec (2000), op. cit.
- ²⁶ Institut de la Statistique du Québec (2000), op. cit.
- ²⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ²⁸ Institut de la Statistique du Québec (2000), op. cit.
- ²⁹ *ibid.*
- ³⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ³¹ Institut de la Statistique du Québec (2000), op. cit.
- ³² *ibid.*
- ³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1998), "Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et condition de vie des femmes", MSSS, Québec.
- ³⁴ Gouvernement du Québec (1993), "La politique en matière de condition féminine. Un avenir à partager", Québec.
- ³⁵ Andrée Lapiere (1998), "Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier de revendications", Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, Québec.
- ³⁶ Bellerose C. et al. (1995), "Et la santé ça va en 1992-1993?", Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.
- ³⁷ Guyon Louise et al., (1996), "Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes", Québec.
- ³⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), "Écoute-moi quand je parle!", Rapport du comité de travail sur les services offerts en santé mentale pour les femmes MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.
- ³⁹ Élie Andréanne (1998), "Santé mentale et pauvreté, comprendre pour réagir", Le médecin du Québec, Vol. 33, n. 12, décembre 1998, p. 49-52.
- ⁴⁰ Langlois Diane, Lucie Larose (1999), "Cap sur la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches : Les problèmes et les besoins exprimés", Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches, Québec.
- ⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), "La stratégie québécoise d'action face au suicide", MSSS, Québec.
- ⁴² Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), op. cit.
- ⁴³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), "Les crises psychosociales dans Québec-Centre : dans quel contexte elles surviennent et comment on y répond?" RRSSS03, Direction de la santé publique, Québec.
- ⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), op. cit.

-
- ⁴⁵ *ibid.*
- ⁴⁶ Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (2000), "Les femmes et la santé mentale : besoins et reconnaissance", Québec.
- ⁴⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), "La politique de la santé et du bien-être", Gouvernement du Québec, Québec.
- ⁴⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "Plan de consolidation des services 1999-2002", RRSSS03, Québec.
- ⁴⁹ Suzanne Doré (1998), "État de situation de la thématique des conditions de vie", Thématique d'intervention, OPHQ, Gouvernement du Québec, Québec.
- ⁵⁰ Sandra Ayotte (1997), "Le revenu et la pauvreté des personnes handicapées" OPHQ, Québec.
- ⁵¹ Office des personnes handicapées de Québec (page consultée le 2 mai 2000) « en ligne » [http:// www.ophq. gouv. qc.ca/recherche/Stratistique/D_ Flash2.htm](http://www.ophq.gouv.qc.ca/recherche/Stratistique/D_Flash2.htm)
- ⁵² Office des personnes handicapées du Québec (1996), "Portrait socio-économique des femmes ayant des incapacités", OPHQ, Québec.
- ⁵³ Dupras André (2000), "Sexualité et handicap : de l'angélisation à la sexualisation de la personne handicapée physique", *Nouvelles Pratiques Sociales*, Vol. 13, n. 1 juin 2000.
- ⁵⁴ Comité d'aide aux femmes sourdes de Québec (1995), "L'intervention auprès des femmes sourdes victimes de violence conjugale", AFSQ, Québec.
- ⁵⁵ Office des personnes handicapées du Québec (1998), "Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel, OPHQ, Québec.
- ⁵⁶ *ibid.*
- ⁵⁷ *ibid.*
- ⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (2000), "Priorités nationales de santé publiques 1997-2002 vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan", MSSS, Direction de la santé publique, Québec.
- ⁵⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), "Analyse des résultats pour la région de Québec au 30 septembre 1999", Document de travail, RRSSSQ, Québec.
- ⁶⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), (page consultée le 12-07-00), "Principales causes de mortalité par cancer chez la femme" « en ligne » [http://206.167.52.1/santepub/tumeu...052dfbb04046d7e5852568c5004a72fa? Open Document](http://206.167.52.1/santepub/tumeu...052dfbb04046d7e5852568c5004a72fa?OpenDocument)
- ⁶¹ Claude Gagnon, Louise Moreault (1999), Projet de mobilisation communautaire pour le dépistage du cancer du sein dans Charlevoix, Direction de la santé publique, RRSSSQ, Québec.
- ⁶² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1994), "Plan d'action régional 1995-1998 sur les priorités de santé et de bien-être", RRSSSQ, Québec.
- ⁶³ Santé Canada (2000), "Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada", Santé Canada, Canada, p. 68-69.
- ⁶⁴ *Ibid.*
- ⁶⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1992), *op. cit.*
- ⁶⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "Plan de consolidation des services 1999-2002", RRSSS, Québec.
- ⁶⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1994), *op. cit.*
- ⁶⁸ Conseil du statut de la femme (1999), *Des nouvelles d'elles*, Gouvernement du Québec, Québec, p. 6.
- ⁶⁹ *Ibid.*
- ⁷⁰ *ibid.*
- ⁷¹ *ibid.*, p. 26.
- ⁷² Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999), "Bien vivre avec son âge – Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées", MSSS, Québec.
- ⁷³ Conseil du statut de la femme, *op. cit.*, p. 31.
- ⁷⁴ Guyon et al. (1996), *op. cit.*
- ⁷⁵ Conseil du statut de la femme (1999), *op. cit.*
- ⁷⁶ Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (2000), " Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer" Fiches des rencontres sectorielles, ROC03, Québec.
- ⁷⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "Personnes âgées en perte d'autonomie", éléments d'information relatifs aux thèmes touchant le programme "personnes âgées en perte d'autonomie", RRSSS, Québec.
- ⁷⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "État de situation sur les services de maintien à domicile dispensés par les CLSC de la région de Québec", RRSSS, Québec, P. 81.
- ⁷⁹ *Ibid.*, P. 96.
- ⁸⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1999), "Stratégie québécoise de lutte contre le sida : phase 4, 1997-2002", MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.
- ⁸¹ Laberge A. et al. (2000), "Évaluation des unités hospitalières de recherche et de soins sur le sida", RRSSSQ, Direction de santé publique, Québec.
-

- ⁸² Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Centre québécois de coordination sur le sida (1999), "Portrait de l'épidémie VIH/sida au Québec", Direction de la santé publique, Montréal-Centre, Québec.
- ⁸³ Gendron C. et al., (1999) cité dans Lagacé Claudia (2000), "L'expérience des femmes séropositives et le recours aux services des organismes de lutte contre le sida", Essai de maîtrise, Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec.
- ⁸⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (2000), "Stratégie québécoise de lutte contre les MTS : orientations 2000-2002", MSSS, Direction générale de la santé publique, Québec.
- ⁸⁵ Lagacé Claudia (2000), op. cit.
- ⁸⁶ Bérubé Jocelyn (1999), "Prévention des grossesses non désirées, comment intervenir?", Le médecin du Québec, vol. 34, n. 6 juin 1999, p. 63-68.
- ⁸⁷ Poulin Céline, Michel Alary (1999) cité dans : Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (2000), "Priorités nationales de Santé publique 1997-2002 vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan", MSSS, Direction générale de santé publique, Québec.
- ⁸⁸ Gouvernement du Québec (1992), "Politique de santé et de bien-être", MSSS, Québec.
- ⁸⁹ Gouvernement du Québec (1993), "Politique de périnatalité", MSSS, Québec.
- ⁹⁰ Ibid., p. 14.
- ⁹¹ Institut de la statistique du Québec (page consultée le 21-07-2000), "Naissances et taux de natalité" «En ligne». <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/demograh/naissance/401.htm>.
- ⁹² Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (page consultée le 21-07-2000), "Nombre d'accouchements selon la durée de gestation" « en ligne ». <http://206.167.52.1/fr/statisti/acc...a81deb711993eb852567e5006d6e90?OpenDocumen>.
- ⁹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (page consultée le 21-07-2000), "Naissances selon le niveau de scolarité, la région et territoire de CLSC de résidence de la mère", «enligne». <http://206.167.52.1/fr/statisti/acc...bd608ade89122753852567d2006db7ca?OpenDocuemn>.
- ⁹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (page consultée le 21-07-2000), "Nombre d'accouchement selon la durée de gestation" « en ligne ». <http://206.167.52.1/fr/statisti/acc...a81deb711993eb852567e5006d6e90?OpenDocumen>.
- ⁹⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ⁹⁶ Beaudoin, A. et al. (1999), "Nature et impact des activités réalisées avec la contribution du programme canadien de nutrition prénatale", Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec.
- ⁹⁷ Calvé Julie (1999), "Montée de lait", La Gazette des femmes, Conseil du Statut de la femme, vol. 21, n. 1 mai-juin 1999, p. 33-36.
- ⁹⁸ Berthiaume S. (1998), "Une grossesse désirée malgré tout", Le médecin du Québec, vol. 33, n. 12, décembre 1998, p. 39-42.
- ⁹⁹ Ibid.
- ¹⁰⁰ Perreault Michel et al. (1998), "Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté", Santé mentale au Québec, vol XXIII, n. 1, printemps 1998, p. 163-186.
- ¹⁰¹ Doré Nicole, Marie-Claire Lepage (1999), "Étude sur la prévalence de l'allaitement maternel et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement", Comité régional 03 en allaitement : orientations 1999-2001, Direction de la santé publique, Québec.
- ¹⁰² Boivin Nathalie (1996), "Comprendre la pratique d'allaitement des femmes à faible revenu de la région de Québec", Essai de maîtrise, Faculté de Médecine, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec.
- ¹⁰³ Cyr Lise (1999), "Extrants relatifs à la mesure OLO", Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Document de travail.
- ¹⁰⁴ Comité régional 03 en allaitement (1999), "Synthèse des orientations pour les années 1999-2001 du comité régional 03 en allaitement", Direction de la santé publique, Québec.
- ¹⁰⁵ Gouvernement du Québec (1997), "Un avenir à partager...La politique en matière de condition féminine, programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises", Québec.
- ¹⁰⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1995), "Orientations ministérielles en matière de planification des naissances", MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.
- ¹⁰⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (page consultée le 21-07-00), "Prématurité et insuffisance de poids selon l'âge de la mère, Québec, 1997", « en ligne » <http://206.167.52.1/fr/statisti/acc...937c3d5b4b665637852567b000498832?OpenDocumen>
- ¹⁰⁸ Ibid.
- ¹⁰⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1999), "Nombre et taux de grossesse pour 1 000 adolescentes, Québec et régions sociosanitaires, 1997", MSSS, Québec.
- ¹¹⁰ Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (page consultée le 21-07-00) "Naissances selon le groupe d'âge, la région et le territoire de résidence de la mère, Québec, 1997" « en ligne » <http://206.167.52.1/fr/statisti/acc...245cf59179d3b391852567d20052ff9e?openDocumen>
- ¹¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1993), op. cit. cité dans : Loignon Christine (1996), "L'adolescence bousculée", Regroupement Naissance-Renaissance, Québec.
- ¹¹³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997), "Plan d'action en matière de planification des naissances", RRSSSQ, Québec.

- ¹¹⁴ Thomas Maryse (1998), "Adolescentes enceintes, pistes d'intervention", CLSC, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Québec.
- ¹¹⁵ Gignac Jano (1999), "Grossesse à l'adolescence", Comité de travail, direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches, Québec.
- ¹¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1995), op. cit.
- ¹¹⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997), op. cit., p. 24.
- ¹¹⁸ Secrétariat à la condition féminine (1993), Un avenir à partager...La politique en matière de condition féminine, Ministère du Conseil exécutif, Québec.
- ¹¹⁹ Légaré France, Anne Moreau (2000), "Mise à jour sur l'hormonothérapie substitutive", Le médecin du Québec, vol. 35, n° 3, 2000, p. 75-81.
- ¹²⁰ Centre ménopause Québec (1998), Bilan des activités : Phase d'implantation", Unité multidisciplinaire d'enseignement et recherche sur la ménopause, Québec.
- ¹²¹ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), "La ménopause", Grille Thématique, RQASF, Québec.
- ¹²² Centre ménopause Québec (page consultée le 09-06-00) "Création du Centre ménopause Québec", «en ligne» <http://www.ulaval.ca/scom/Communiqués.de.presse/1998/mars/menopause.html>
- ¹²³ Sans Préjudice 12 (page consultée le 08-06-00), "La ménopause, tout le monde en parle" «en ligne» http://www.cam.org/~rqasf/sp12_05.html
- ¹²⁴ Hagen, Louise, Solange Proulx (2000) "Promouvoir l'autonomie des femmes à la ménopause; obstacles et pistes d'action", Le médecin du Québec, vol. 35, n° 3, 2000, p. 61-65.
- ¹²⁵ Dodin Sylvie, Norma, Bélanger (2000), " Les thérapies non médicamenteuses à la ménopause", Le médecin du Québec, vol. 35, n° 3, mars 2000, p. 89-94.
- ¹²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1992), op. cit.
- ¹²⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1994), op. cit.
- ¹²⁸ Gauthier, Mercier, cité dans : La pauvreté dans les villes de Sainte-Foy et de Sillery : un autre visage de nos villes", Table de concertation sur la pauvreté de Sainte-Foy- Sillery, Québec, p. 7.
- ¹²⁹ Malavoy Sophie (2000), "Pauvreté la dérive", La Gazette des femmes, vol. 21, n. 6, Mars-avril 2000, p. 18-22.
- ¹³⁰ Rapport du comité de travail sur les services en santé mentale offerts aux femmes (1997), op. cit.
- ¹³¹ Le Devoir (page consultée le 29 mai 2000), "8 mars 2000" « en ligne », <http://www.ledevoir.com/hori/2000a/jfem080300.html>
- ¹³² Statistique Canada (1996), "Indicateurs socio-économiques tirées du recensement 1996, Québec, région de Québec et territoires locaux", Fichier géocodé du MSSS, compilation : Direction de la santé publique, RRSSS de Québec, 22 février 2000.
- ¹³³ Lapierre Andrée (1998), "Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes", Cahier de revendications, Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, Québec.
- ¹³⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), op. cit.
- ¹³⁵ *ibid.*, p. 44.
- ¹³⁶ Secrétariat à la condition féminine (1993), op. cit., P; 63.
- ¹³⁷ Malavoy Sophie (2000), op. cit.
- ¹³⁸ Secrétariat à la condition féminine (1993), op. cit., p. 67.
- ¹³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1997), op. cit., p. 52.
- ¹⁴⁰ Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (2000), Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer" Fiches des rencontres sectorielles, ROC03, Québec.
- ¹⁴¹ Raynault Marie-France (1998), "Les enfants pauvres comment les aider?" Le médecin du Québec, vol. 33, n° 12, décembre 1998, p. 43-48.
- ¹⁴² Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1992), op. cit.
- ¹⁴³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1994), op. cit.
- ¹⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1992), op. cit., p. 59.
- ¹⁴⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit.
- ¹⁴⁶ Ferland Marc (1995), cité dans : Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1996-2002, (1996) p. 9.
- ¹⁴⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, (1996), "Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1996-2002", p. 13.
- ¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 13.
- ¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 15.
- ¹⁵⁰ Michaud Pierrette, (1999), "Maternité et toxicomanie : Les services aux femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématique des psychotropes", Direction de la santé publique, Québec.
- ¹⁵¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), "Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes", Gouvernement du Québec, Québec
- ¹⁵² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1996), op. cit., p. 11.
- ¹⁵³ Guyon Louise, Maria De Koninck, Pauline Morissette et Lyne Chayer (1998), "Toxicomanie et maternité : un projet possible", Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Québec.
- ¹⁵⁴ Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (2000), "Plan de consolidation et de développement des services", Document présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Québec.

- ¹⁵⁵ Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve (2000), op. cit.
- ¹⁵⁶ Guyon et al. (1998), op. cit., p. 8.
- ¹⁵⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1996), op. cit., p. 55.
- ¹⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), op. cit., p. 56-57.
- ¹⁵⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux (1999), "Maternité et toxicomanie : pour un réseau intégré de services aux femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants", Projet pilote sur le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier.
- ¹⁶⁰ Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, (2000), op. cit.
- ¹⁶¹ Gouvernement du Québec, (2000), "Le développement social au Québec 1995-2000", Québec, p. 36.
- ¹⁶² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1994), op. cit.
- ¹⁶³ Gouvernement du Québec (2000), op. cit.
- ¹⁶⁴ Gouvernement du Québec, (1998), "Violence conjugale statistiques 1998", Ministère de la Sécurité publique, Québec, p. 6.
- ¹⁶⁵ *ibid.*, p. 29.
- ¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 30.
- ¹⁶⁷ Guyon Louise (1996), op. cit.
- ¹⁶⁸ Centre Femmes d'aujourd'hui (1998), "Femmes... violence... santé", Cahier-mémoire, 3^e Colloque Centre femme d'aujourd'hui, Québec.
- ¹⁶⁹ Action des femmes handicapées de Montréal (1992), "Comment reconnaître la violence dans nos vies?", Québec.
- ¹⁷⁰ Bohn, Parker (1993) cité dans : Ferris Lorraine, Laura Silver, Asifa, Nurani (1998), Guide à l'intention des professionnels de la santé et services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse, Santé Canada, Canada.
- ¹⁷¹ Gouvernement du Québec, (1995), "Les agressions sexuelles STOP, Des actions réalistes et réalisables", Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Résumé, Québec.
- ¹⁷² *Ibid.*, p. 16.
- ¹⁷³ Statistique Canada, L'enquête sur la violence envers les femmes" cité dans Régie régionale de la santé et des services sociaux, op. cit., 2000, p. 17.
- ¹⁷⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux (2000), op. cit., p. 17.
- ¹⁷⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), "Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles", Document de travail, RRSSSQ, Québec.
- ¹⁷⁶ Rinfret-Raynor Maryse, Joane Turgeon (1995), "Dépistage systématique de la violence conjugale. Réflexion théorique et développement d'un protocole", Services social, vol. 44, n. 2.
- ¹⁷⁷ Regroupement des groupes de femmes de la région de Québec (1998), "Consolidation de l'organisation des services 1998-2001 : réflexion sur la santé des femmes", Québec.
- ¹⁷⁸ Gouvernement du Québec (1995), op. cit., p. 45.
- ¹⁷⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "Rapport annuel des activités 1998-1999 : travailler à maintenir et à améliorer la qualité des services à la population", RRSSSQ, Québec.
- ¹⁸⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000), op. cit., p. 16.
- ¹⁸¹ Samson Claudette, (2000), "Hausse des viols brutaux", *Le Soleil*, Section A, page 2, 1 Août 2000.
- ¹⁸² Viol-Secours, (1999), "Rapport annuel 1997-1998", Québec.
- ¹⁸³ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1992), op. cit.
- ¹⁸⁴ Front d'action populaire en réaménagement urbain (page consultée le 25-05-00), "L'itinérance augmente à Montréal et surtout à Québec" « en ligne » <http://www.cam.org/~frapru/No82/Itiner.html>
- ¹⁸⁵ Front d'action populaire en réaménagement urbain (page consultée le 25-05-00) "Être femme et locataire au Québec : une combinaison perdante" « en ligne » <http://www.cam.org/~frapru/Comm/Comm018.html>
- ¹⁸⁶ Novac Sylvia et al. (1999), "Femmes en difficulté : une décennie de changements pour les femmes sans-abri à long terme", Société canadienne d'hypothèques et de logement, Canada.
- ¹⁸⁷ Guyon L. et Y. Geoffrion (1997) cité dans : Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), "Plan d'action en toxicomanie 1999-2001", Gouvernement du Québec, Québec, P. 13.
- ¹⁸⁸ Raynault, M.F., P. Côté, H. Denoncourt (1998), "Les sans-abri est-il trop tard pour agir?" *Le Médecin du Québec*, vol. 33 n. 12, décembre 1998, p. 63-67.
- ¹⁸⁹ Conseil du statut de la femme (page consultée le 26-04-00) "Prisons pour femmes, on pourrait faire mieux à moindre frais", « en ligne » http://www.csf.gouv.qc.ca/ACTU/COM/doc/prisons_pour_femmes.htm
- ¹⁹⁰ Conseil du statut de la femme (1999), "Prisons pour femme : le piège", *La gazette des femmes*, vol. 20, n. 5, janv-février 1999, p. 18-25.
- ¹⁹¹ Raynault M.F. et al., (1998), op. cit., p. 67.
- ¹⁹² Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1998), "Plan d'action 1997-2000: santé, bien-être et conditions de vie des femmes", MSSS, Québec.
- ¹⁹³ Conseil du statut de la femme (1999), "Virage ambulatoire : Le prix caché pour les femmes", Recherche et rédaction : Marie Moisan, CSF, Québec, p. 28.
- ¹⁹⁴ Bouchard Louise, David Cohen (1995) cité dans : Bernier Jocelyne et Marlène Dallaire, (2000), "Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes : La situation au Québec", Centre d'excellence pour la santé des femmes, Québec, p. 27.
- ¹⁹⁵ *ibid.*

-
- ¹⁹⁶ Conseil du statut de la femme (1999), op. cit.
- ¹⁹⁷ *ibid.*, p. 36.
- ¹⁹⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997), "Suivi des répercussions de la transformation des services de santé et des services sociaux sur l'utilisation des services et la santé de la population. État de situation sur : Le redéploiement des ressources, la transformation de la production des soins et des services de santé, la satisfaction de la population générale et de certains groupes d'utilisateurs", RRSSSQ, Québec.
- ¹⁹⁹ Conseil du statut de la femme (2000), op. cit., p. 12.
- ²⁰⁰ *Ibid.*, p. 21.
- ²⁰¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), "État de situation sur les services de maintien à domicile dispensés par les CLSC de la région de Québec", RRSSSQ, Québec, p. 35
- ²⁰² Le centre d'excellence sur la santé des femmes (1999), op. cit., p. 3
- ²⁰³ Bourbonnais Renée et al. (1998), La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec, Direction de la santé publique, Québec.
- ²⁰⁴ Bernier Jocelyne et Marlène Dallaire (2000), op. cit.
- ²⁰⁵ *ibid.*
- ²⁰⁶ Le Journal OIIQ (1999), vol. 6, n. 3 janvier-février 1999, p. 8.
- ²⁰⁷ Le centre d'excellence pour la santé des femmes (1999), "L'impact des transformations du système de santé sur la santé des aidantes, CESF, Québec.
- ²⁰⁸ Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (2000), "Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer", ROC03, Québec, p. 13.
- ²⁰⁹ Conseil du statut de la femme, (2000), "Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes", p. 38.
- ²¹⁰ *Ibid.*
- ²¹¹ Conseil du statut de la femme (1999), op. cit.
- ²¹² Gouvernement du Québec (1997), "Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises. Un avenir à partager...La politique en matière de condition féminine", Québec, Gouvernement du Québec.
- ²¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), "Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes", MSSS, Québec.
- ²¹⁴ Garant et Bolduc (1990), cité dans : Bernier et Dallaire, op. cit., 2000.
- ²¹⁵ Hébert et Coll. (1997), cité dans : Bernier et Dallaire, op. cit., 2000.
- ²¹⁶ Breton, Brigitte (2000), "Aide naturelle ou forcée?" Le Soleil, 15 juin 2000, p. B10.
- ²¹⁷ *ibid.*
- ²¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999), "Bien vivre avec son âge – revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées", Québec, p. 64.
- ²¹⁹ Hébert, (1997), cité dans : Le Centre d'excellence pour la santé des femmes (1999), op. cit.
- ²²⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998), "Les aidantes naturelles : Que représentent-elles pour l'État?", Rapport synthèse, Direction de la santé publique, , Vol. 2, n. 4, décembre.
- ²²¹ Ducharme et al., (1998), cité dans Le Centre d'excellence pour la santé des femmes, (1999), op. cit.
- ²²² Conseil du statut de la femme (1999), op. cit., p. 62.
- ²²³ Conseil du statut de la femme (2000), op. cit., p. 24.
- ²²⁴ *Ibid.*
- ²²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec (1999), "Pour de meilleurs services de soutien aux familles dans le secteur de la déficience physique et intellectuelle, dans le secteur de la santé mentale et dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie", Document de travail, Service de l'évaluation, MSSS, Québec, p. 33.
- ²²⁶ Damasse, Jean (1999), "Les préférences de personnes aidantes principales d'ainé(e)s en perte d'autonomie cognitive à l'égard de ressources alternatives de répit" CLSC Haute-Ville, Québec.
- ²²⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999), op. cit.
- ²²⁸ *ibid.*, p. 7.