



***AVIS POUR UNE APPROCHE SPÉCIFIQUE
DE LA SANTÉ DES FEMMES***

Présenté par

**Comité adviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de
l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

Novembre 2009



AVANT-PROPOS

L'*Avis pour une approche spécifique de la santé des femmes* que nous vous proposons est le quatrième avis produit par le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Le principal mandat du Comité aviseur est de s'assurer que les actions régionales en matière de santé et de bien-être tiennent compte de la spécificité des femmes. Il est composé majoritairement de représentantes de la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent, réseau féministe de défense collective des droits des femmes pour l'amélioration de leur qualité de vie. La responsable du Conseil du statut de la femme et la responsable à la condition féminine à l'Agence sont également membres du Comité.

Les personnes qui ont participé à la rédaction de l'Avis sont :

- Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent : mesdames Suzelle Lambert, Aline Denis, Louise Dufour, Isabelle Gallant;
- Conseil du statut de la femme : madame Monique Bellavance;
- L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent : madame Solange Lévesque.

Pour conseiller et donner son avis à l'Agence sur les différentes problématiques influençant la santé et le bien-être des femmes, le Comité a donc produit jusqu'ici trois avis, soit :

- *Avis sur la santé mentale des femmes*, avril 2000
- *Avis sur le virage ambulatoire*, juin 2002
- *Avis sur la sexualisation précoce des filles et son impact sur leur santé*, avril 2005

L'*Avis pour une approche spécifique de la santé des femmes* jette un regard féministe sur les inégalités qui persistent en ce qui concerne la santé des femmes. Il expose clairement les raisons qui justifient, encore aujourd'hui, la prise en compte de la spécificité des femmes dans la conception de politiques ou de programmes de prévention et de promotion de la santé ainsi que dans la distribution de soins de santé et de services sociaux.

Cet avis contient également quelques recommandations pour que cette préoccupation de la prise en compte de la spécificité des femmes en santé soit portée par l'Agence et les CSSS et puisse s'inscrire dans la mise en place de plans d'action et dans l'offre de service.

Aussi, le Comité aviseur s'attend à ce que l'Agence assume le leadership de la diffusion de cet avis à travers toutes les instances du réseau de la santé du Bas-Saint-Laurent.

MEMBRES DU COMITÉ

- Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent (TCGFBSL) : Aline Denis, Louise Dufour, Isabelle Gallant et Suzelle Lambert.
- Responsable du Conseil du statut de la femme : Monique Bellavance.
- Responsable à la condition féminine à l'Agence : Solange Lévesque.

Pour la pertinence de leurs commentaires et leur précieuse contribution à la réflexion, nous tenons à remercier :

- Marie-Josée Papillon, pharmacienne à l'Agence BSL
- Marjolaine Péloquin, chercheuse sur la santé des femmes au mitan de la vie de Rimouski
- Nicole Bernier, Gilles Lapointe et Ak'Ingabe Guyon, Direction de santé publique et des soins de santé primaires, Agence BSL
- Isabelle Ouellet, périnatalité, Agence BSL
- Maria Fortin, santé mentale, Agence BSL
- Lucie Brault et Suzanne Tremblay, TCGFBSL
- Odette Bernatchez, Réseau des répondantes diocésaines à la condition des femmes
- Les groupes membres de la Table de concertation qui ont participé à des ateliers de réflexion sur la médicalisation de la santé des femmes.

Pour la mise en page et la révision du document, nous remercions :

- Lucie Brault, TCGFBSL
- Carolle Blaquière, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

TABLE DES MATIÈRES

| | Page |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 5 |
| 1. LA DISCRIMINATION SYSTÉMIQUE DANS LE SYSTÈME DE SANTE | 6 |
| 1.1 Quelques exemples documentés..... | 7 |
| 1.2 Les maladies cardiovasculaires | 8 |
| 1.3 Le traitement de l'arthrite..... | 9 |
| 2. PLUSIEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SONT EN DÉFAVEUR DES FEMMES | 10 |
| 2.1 Un déterminant majeur : le statut socio-économique..... | 11 |
| 2.2 Qu'en est-il des autres déterminants?..... | 11 |
| 2.3 Un facteur explicatif : le sentiment de contrôle sur sa vie | 13 |
| 3. LA MÉDICALISATION DE LA SANTÉ DES FEMMES | 14 |
| 3.1 La ménopause..... | 15 |
| 3.2 Les menstruations..... | 16 |
| 3.3 La grossesse et l'accouchement | 16 |
| 3.4 La procréation assistée | 18 |
| 3.5 La santé mentale..... | 19 |
| 3.6 L'image corporelle | 21 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 23 |
| RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS | 27 |
| BIBLIOGRAPHIE | 28 |

POUR UNE APPROCHE SPÉCIFIQUE DE LA SANTÉ DES FEMMES

INTRODUCTION

À l'instar de la politique gouvernementale

« Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait », nous croyons que l'amélioration de la santé publique passe par une approche spécifique pour la santé des femmes :

« L'approche spécifique au regard des femmes demeure essentielle étant donné la discrimination systémique et les inégalités persistantes. Elle permet de concevoir les mesures appropriées pour éliminer les discriminations liées au sexe, lesquelles peuvent être renforcées par le statut économique, l'âge, l'origine ethnique, l'appartenance culturelle ou le handicap. » (30, p.31).

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a défini des réseaux locaux de services et a approuvé un guide pour la mise en place des projets cliniques. Au départ, quatre projets cliniques ont été retenus et visaient les jeunes en difficulté et leur famille, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et celles atteintes de cancer. Aucune mesure ne reconnaissait préalablement que l'ensemble des femmes constitue un « groupe » vivant des inégalités face à la santé.

Les hommes risquent toujours plus que les femmes de mourir prématurément, notamment à cause d'accidents, de suicides, de moins bonnes habitudes de vie, moins de consultations et de pratiques préventives ou à cause de facteurs biologiques ou génétiques¹. Pourtant, même si elles jouissent d'une espérance de vie à la naissance plus élevée que les hommes (82,1 ans c. 76,7 pour le Québec et 83,1 ans c. 76,9 au BSL)², la probabilité que les femmes vivent en moins bonne santé que les hommes est plus élevée. C'est du moins ce que révélait, en 1998, la mesure de l'état de santé globale,³ et ce, pour tous les groupes d'âge, à l'exception des moins de quinze ans et pour tous les groupes sociaux économiques⁴ (34, p. 20).

Selon l'Organisation mondiale de la santé :

¹ Santé des femmes et des hommes, Analyse différenciée selon les sexes (ADS), formation préparée par Isabelle Côté, Direction de la santé publique, février 2006.

² Institut national de santé publique du Québec, janvier 2008.

³ Indice de santé globale : indice de santé obtenu à partir de réponses à différentes questions sur l'incapacité, la présence ou l'absence de problèmes de santé ou de symptômes. Cet indice a été adapté de la méthode dite des « *ridits* » mise au point par le Département de santé publique de l'État de Californie. La santé y est vue de façon globale et elle varie sur un continuum allant d'un état minimal à un état optimal. L'indice correspond à la probabilité pour chaque individu d'avoir un état de santé pire ou meilleur que celui des personnes de son groupe de référence (ex. : groupe d'âge, de niveau socio-économique). (24, chap.18).

⁴ Enquête de Santé Québec, 1998.

« L'équité en santé passe par la lutte contre la discrimination fondée sur le sexe. Pour que les femmes et les hommes bénéficient sur un pied d'égalité des conditions leur garantissant le meilleur état de santé possible et l'équité en santé, le secteur de la santé doit tenir compte des différences biologiques et sociales entre les sexes. À cause de ces différences, hommes et femmes ne sont pas exposés aux mêmes risques sanitaires, ne se voient pas offrir les mêmes prestations par le système de santé, n'ont pas les mêmes comportements de recours aux soins et ne connaissent pas les mêmes issues sanitaires. » (37, p.3).

D'ailleurs, en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a décidé d'intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'ensemble de ses pratiques. Il la définissait ainsi :

« L'ADS est un processus qui vise à discerner, de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socio-économiques différentes qui les caractérisent. »

Voici selon nous, quelques raisons qui justifient la prise en compte de la spécificité des femmes dans la conception d'une politique ou de programmes de prévention et de promotion de la santé et dans la distribution de soins de santé et de services sociaux.

1. LA DISCRIMINATION SYSTÉMIQUE DANS LE SYSTÈME DE SANTE

Il est important de relier les inégalités que vivent les femmes, et de façon particulière certains groupes de femmes doublement discriminées (femmes handicapées, bénéficiaires de l'assistance emploi, autochtones, de minorités visibles, immigrantes, lesbiennes, etc.) aux discriminations systémiques à l'œuvre dans les divers domaines et institutions. La politique « *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* » dit à ce propos :

« La vision de l'égalité est intimement liée à la notion de discrimination systémique qu'il convient de définir : La discrimination systémique s'inscrit dans les règles, les pratiques, les schèmes culturels et les méthodes utilisées dans un milieu donné. Sans qu'il y ait nécessairement intention ou conscience de discriminer, ces façons de faire ont pour effet de pénaliser un groupe social, ici les femmes » (30, p. 27).

Et on ajoute :

« La stratégie utilisée pour réduire les inégalités sera incomplète si nous n'agissons pas en profondeur sur les institutions pour instaurer l'égalité dans les familles, les communautés et les milieux de travail » (Id.).

Il est important de tenir compte de cette réalité historique pour ne pas traiter, de façon symétrique, certaines inégalités entre les hommes et les femmes. Il ne s'agit pas de relever tous les problèmes que vivent les hommes et les femmes, mais de s'attaquer à ceux qui découlent d'inégalités ou de discriminations systémiques.

1.1 QUELQUES EXEMPLES DOCUMENTÉS

Voici quelques exemples qui illustrent de quelle façon le système de santé peut, involontairement, générer des inégalités.

Rappelons d'abord le document produit par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent en 1996 : *Stratégie régionale de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et de promotion de la santé auprès des femmes* réalisée par la Table de concertation multisectorielle régionale en prévention de l'alcoolisme et toxicomanie. Déjà, on reconnaissait que « *Les femmes ont des besoins qui diffèrent de ceux des hommes et il faut, par conséquent, s'inspirer d'une approche différente.* » (50, p.6). On y faisait le constat suivant :

« Actuellement, les modèles d'intervention proposés se disent « neutres », mais en fait, ils répondent plus ou moins bien à la réalité féminine : jusqu'à maintenant, les approches en matière de réadaptation se sont calquées sur la demande masculine. » (Id.).

Cette étude déplorait, entre autres, le fait qu'il existe peu d'interventions efficaces auprès des femmes, car les scientifiques privilégient les hommes dans leurs projets de recherche, en raison de leur taux élevé de consommation et de problèmes qui en découlent.

Par conséquent, les auteures de cette étude en venaient à la conclusion que la méconnaissance du profil de toxicomanie féminine faisait en sorte que les services destinés aux femmes toxicomanes étaient plutôt limités et généralement mal adaptés à leur condition. Cette recherche en adoptant une approche spécifique à l'égard des femmes, a permis d'améliorer la connaissance de la toxicomanie féminine, de proposer des approches mieux adaptées aux femmes et d'offrir des services spécifiques de réhabilitation à ces dernières.

Également, des Avis produits par le Comité aviseur sur les conditions de vie de femmes ont permis de mettre en lumière certaines inégalités. Ces Avis s'intitulent : *Avis sur la santé mentale des femmes*, *Avis sur le virage ambulatoire* et *Avis sur la sexualisation précoce des filles et ses impacts sur leur santé*. Ces avis éclairaient notamment l'Agence sur les particularités vécues par les femmes et faisaient des recommandations pour améliorer les interventions et réduire les écarts entre les hommes et les femmes.

L'Avis portant sur la santé mentale proposait des mesures qui concernaient les utilisatrices, et d'autres, les intervenantes. Pour ce qui est des utilisatrices, la réorganisation des services en santé mentale repose sur une approche psychosociale en première ligne visant à les traiter avant de les orienter, au besoin, vers les services en psychiatrie, ce qui rejoint les préoccupations des membres du Comité aviseur. De même, pour les intervenantes, il y a un programme annuel de formation continue qui leur est offert. De plus, pour assurer leur sécurité, on a muni les espaces de travail d'un bouton panique et fournit aux employées un téléphone cellulaire.

Quant à l'Avis sur le virage ambulatoire, il a donné lieu à une modification des processus lors de la sortie d'une personne de l'hôpital. On retrouve : une évaluation de la situation de la personne, une offre de service adaptée en utilisant un plan d'intervention devant être signé par

la personne afin de s'assurer de sa compréhension et de son adhésion; des outils de suivi dont certains plus spécifiques aux usagers afin qu'ils puissent suivre l'évolution de leur état de santé.

Pour ce qui est du dernier avis, il a permis une grande sensibilisation sur le phénomène de l'hypersexualisation et a dépassé les frontières de la région. Il a été utilisé dans le cadre de formation universitaire lors de la tenue d'un forum régional organisé par le CALACS de Rimouski, a appuyé des actions concrètes dans les différentes MRC, de même que la publication d'un guide pratique d'information et d'action.

Mais, malgré les évidentes améliorations apportées suite à ces recherches, il reste beaucoup de chemin à faire pour atteindre l'équité dans le domaine de la santé mentale, des soins à domicile et de la santé des filles.

1.2 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Dans le même ordre d'idée, on apprenait récemment que la crise cardiaque est moins bien diagnostiquée et traitée chez les femmes. Pendant longtemps, l'infarctus a été considéré comme une maladie d'homme et les hormones étaient censées protéger les femmes. Pourtant, les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès au Québec, comme au Canada, chez les femmes (38 %) aussi bien que chez les hommes (36 %) (16, p.122).

Une étude internationale (publiée le 07/05/08 sur le site Internet de la revue Heart) portant sur plus de 25 000 cas (19 117 hommes, 7 638 femmes) répertoriés dans quatorze pays, dont le Canada, confirme que l'infarctus du myocarde chez la femme est moins bien diagnostiqué et finalement sous-traité. Elle montre en effet d'une part, que les symptômes féminins sont différents (moins de douleurs thoraciques typiques, mais plus de nausées et de douleurs dans les mâchoires), d'autre part, que pour un même niveau d'obturation coronarienne, les femmes bénéficient moins souvent d'une angioplastie à l'arrivée à l'hôpital et qu'elles se voient moins souvent prescrire un traitement antirécidives. Au total, le taux de décès, de récidives ou d'attaque cérébrale six mois après l'infarctus est plus élevé chez les femmes.

Selon le Conseil du statut de la femme, cette méconnaissance de l'expression féminine de la maladie cardiovasculaire n'en facilite pas le dépistage, le diagnostic et l'intervention précoce, ce qui abaisse leur taux de survie. « *En effet, en 2000, le taux féminin de survie à une hospitalisation pour infarctus se situait à 85 %, alors que le taux masculin atteignait 93 %* » (16, p.123). Cet exemple illustre encore une fois que les caractéristiques et comportements des hommes sont souvent considérés comme la norme et cela, au détriment de la santé des femmes.

1.3 LE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE

Un autre exemple illustre bien ce fait : récemment une recherche de Santé Canada démontrait que :

« L'arthrite⁵ est l'une des affections chroniques les plus fréquentes au Canada, et l'une des principales causes d'incapacité prolongée, de douleur et de recours accrus aux soins de santé. Or, l'arthrite est beaucoup plus courante chez les femmes que chez les hommes. L'arthrose notamment, touche environ deux fois plus de femmes que d'hommes (Badley et Kasman, 2004). » (25, p.9).

Pourtant, selon Santé Canada, même si les femmes font état de douleurs plus pénibles, plus fréquentes et plus durables que les hommes, elles sont moins nombreuses que les hommes à recevoir un traitement, l'intervention est moins fréquente et le temps d'attente pour un remplacement de la hanche ou du genou (arthroplastie) est beaucoup plus long.

Pas étonnant quand on sait que, selon cette étude, la recherche sur les conséquences de l'activité physique et des risques professionnels concerne principalement les hommes, en particulier les athlètes et les professions dites masculines (agriculture, foresterie, pêche et transport). Aucune recherche ne porte sur l'exposition professionnelle et sur l'arthrose de la hanche chez les femmes. Pourtant :

« Par rapport aux hommes, les femmes souffrent davantage de douleur arthritique, sont plus nombreuses à présenter une incapacité et auraient davantage besoin d'une aide personnelle pour leurs activités quotidiennes (principalement, parce qu'elles seraient plus nombreuses que les hommes à vivre seules). » (25, p.11).

Bien que l'on reconnaisse qu'une arthroplastie précoce donne de meilleurs résultats et permet des économies de coûts :

«L'arthroplastie est sous-utilisée chez les hommes et les femmes, et cette sous-utilisation est trois fois plus importante chez les femmes (Hawker et coll., 2000). Un des facteurs qui peut expliquer cette disparité est le fait que les femmes mentionnent moins souvent une aide domestique non rémunérée, et leur revenu est généralement inférieur à celui des hommes. Elles auraient moins de ressources matérielles et sociales pour leur faciliter l'attente d'une arthroplastie et la rééducation subséquente.

Cette situation peut influencer sur la volonté des femmes de subir une chirurgie ou sur celle des chirurgiens à la recommander. » (25, p.11).

Les femmes attendent donc plus longtemps avant d'être référées à un chirurgien orthopédiste et de subir une chirurgie. De plus, ce délai n'apparaît pas dans les données officielles sur les temps d'attente, car le temps d'attente est défini comme la période écoulée entre la réservation et l'exécution d'une chirurgie. Ceci amène les auteurs de la recherche à conclure que « l'attente supplémentaire imposée aux femmes est donc occultée ». (25, p.12).

⁵Définition : L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie.

Un autre facteur explicatif est « *l'incapacité des outils diagnostiques qualifiés (d'objectifs) ou (d'indifférents aux sexes) de distinguer les manifestations différentes de l'arthrite chez les hommes et les femmes (...) Malgré des atteintes du genou semblables à la radiographie, les femmes obtenaient un score inférieur pour toutes les variables évaluées.* » (25, p.13).

Les auteures de l'étude démontrent que ces disparités dans le diagnostic peuvent reposer sur un système de croyances discriminatoires :

« Certains cliniciens croient peut-être que les femmes supportent mieux la douleur du fait de leur rôle biologique dans l'accouchement. Pour d'autres, les femmes ont des mécanismes d'adaptation à la douleur plus nombreux et meilleurs que ceux des hommes; elles sont donc plus capables de supporter la douleur et ont moins besoin de traitement.

Enfin, quelques autres cliniciens attribuent les symptômes des femmes à des troubles d'hyperanxiété et considèrent leurs stratégies de communication comme des preuves d'hyperréactions émotionnelles aux symptômes (Elderkin-Thompson et Waitzkin, 1999; Hoffman et Tarzian, 2001 » (25, p.13).

Les différents exemples décrits dans ce chapitre viennent illustrer la façon dont la discrimination systémique entre les sexes peut s'immiscer dans le diagnostic, le traitement, et la communication clinique.

Selon le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), cette discrimination est présente également au niveau de la recherche :

« Si on excepte les questions relatives à la contraception et à la reproduction, les femmes ne sont guère prises en compte dans l'évaluation des questions médicales. Même les anovulants, bien que destinés aux femmes, furent au départ testés sur des hommes. Le VIH, l'alcoolisme, les toxicomanies, la santé mentale, les maladies cardiovasculaires, la santé au travail sont autant de champs dans lesquels les spécificités féminines, qu'elles soient d'ordre social ou biologique, sont inadéquatement prises en compte. » (45, p.54).

Pourtant une meilleure connaissance des spécificités féminines des problèmes de santé, en plus d'entraîner davantage d'équité pourrait aussi réduire à long terme les coûts imposés au système ainsi que les coûts sociaux.

2. PLUSIEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SONT EN DÉFAVEUR DES FEMMES

Historiquement, les revendications des femmes ont pointé du doigt les rapports inégalitaires entre les sexes comme un des déterminants majeurs de leur santé (44, p.23). Encore aujourd'hui le constat

reste le même, car la majorité des déterminants de la santé reconnus par Santé Canada⁶, affectent de façon plus marquée, la santé des femmes. Voyons quelques exemples de l'impact différencié des déterminants.

2.1 UN DÉTERMINANT MAJEUR : LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le déterminant le plus décisif pour la santé est le statut socio-économique. Plus les gens sont défavorisés économiquement, plus les maladies sont fréquentes. Mais ces effets ne se limitent pas aux plus pauvres. La position hiérarchique joue également, par exemple : dans la classe moyenne, ceux occupant des emplois subalternes sont davantage victimes de maladies et de décès prématurés que ceux qui occupent des postes de pouvoir. Ceci s'explique par le fait qu'un meilleur revenu et un meilleur statut social permettent à l'individu d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie.

Or, les femmes sont généralement plus pauvres. Elles gagnent 72 % du salaire des hommes⁷, elles ont souvent des emplois peu valorisés et leurs responsabilités familiales les écartent plus fréquemment du marché du travail. Elles occupent souvent les emplois subalternes les moins rémunérés et ont moins accès aux postes de pouvoir.

De plus, elles assument majoritairement le travail domestique, comme le ménage, le soin des enfants et des parents âgés (62 % c. 38 %) (28, p. 214). Certes, les hommes consacrent plus de temps au travail professionnel (60 % c. 40 %) (Id), mais la reconnaissance sociale pour ces deux types de travail n'est pas la même. Le travail domestique et le travail bénévole ne sont généralement pas appréciés à leur juste valeur. Ils sont pourtant essentiels à notre qualité de vie. D'autre part, les femmes vivent plus longtemps, mais bien souvent dans une situation de grande pauvreté. Leur statut socio-économique a, par la suite, un impact sur tous les autres déterminants.

2.2 QU'EN EST-IL DES AUTRES DÉTERMINANTS?

Les autres déterminants de la santé sont dans une large mesure tributaires du statut socio-économique. Pour alléger notre démonstration, nous ne traiterons pas de tous les déterminants identifiés par Santé Canada, par contre, nous retiendrons ceux dont l'impact sur les femmes nous apparaît plus évident. Mais il va sans dire que chacun d'entre eux a des effets spécifiques sur les femmes et les hommes.

Les déterminants jouent différemment sur les hommes et les femmes, principalement à cause de leur socialisation différente ou des inégalités qui persistent dans les rapports entre les sexes. La présence de réseaux de soutien social est un déterminant qui illustre ce fait. Nous savons que plus les gens ont des contacts sociaux, de l'aide émotionnelle, une importante participation

⁶ Santé Canada : Les déterminants de la santé : 1- Le niveau de revenu et le statut social; 2- les réseaux de soutien social; 3- l'éducation et l'alphabétisme; 4- l'emploi et les conditions de travail; 5- les environnements sociaux; 6- les environnements physiques; 7- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle; 8- le développement de la petite enfance; 9- le patrimoine biologique et génétique; 10- les services de santé; 11- le sexe; 12- la culture. (43, p. 79)

⁷ Source : Statistique Canada. Recensement 2006. Compilation spéciale préparée pour le Conseil du statut de la femme.

sociale, plus ils sont en santé. Or, selon les données disponibles, on constate qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes se disent insatisfaits de leur vie sociale (22.5 % c. à 17.4 %), (28, p.31). Cela tient peut-être au fait que les hommes, malgré une participation sociale importante, ont moins appris à développer des liens émotionnels.

Cependant, les conditions d'inégalités que vivent les femmes, tout en limitant leur accès aux ressources, à la vie sociale, économique, politique et culturelle, les ont souvent exclues de la sphère publique et maintenues dans l'isolement. La répartition traditionnelle des tâches entre les hommes et les femmes a longtemps cantonné les femmes dans la sphère domestique. Aujourd'hui encore, malgré leur accès au marché du travail, leur situation financière, leur santé mentale, la difficile conciliation famille/travail font en sorte que beaucoup de femmes vivent encore des conditions d'isolement.

Un autre déterminant majeur est le niveau de scolarité qui donne aux gens une meilleure maîtrise sur leur vie. Il augmente aussi la possibilité d'emploi, de sécurité de revenu et de satisfaction au travail. À ce chapitre, les femmes sont favorisées puisqu'elles sont maintenant plus scolarisées. Au Bas-Saint-Laurent, 34 % des femmes possèdent un diplôme collégial ou universitaire comparativement à 26 % des hommes.⁸ Cependant, l'impact de cette amélioration de leur niveau d'instruction n'est pas aussi important qu'on ait pu l'espérer, puisque le revenu moyen des femmes demeure inférieur à celui des hommes (21 849 \$ c. à 30 392 \$ au BSL).⁹ Leur statut socio-économique réduira donc cet avantage.

L'emploi et les conditions de travail ont aussi un impact important. Règle générale, il est préférable pour la santé, de travailler, mais l'environnement psychosocial du milieu de travail a aussi un impact considérable. Le travail procure un sentiment d'identité et d'utilité qui contribue au bien-être psychologique, mais les conditions de travail (physiques et psychologiques) peuvent avoir des impacts importants sur la santé, autant pour le travail salarié que pour le travail non rémunéré.

De plus, le fait de combiner ces deux formes de travail augmente inmanquablement le niveau de stress. Là encore, ce déterminant joue en défaveur des femmes qui vivent généralement des situations plus anxieuses par rapport au travail, plus de chômage, des emplois souvent précaires, mal payés et moins valorisés. En 2005, au Québec, 67 % des personnes qui travaillent au salaire minimum sont des femmes. (28, p.112). Dans des emplois subalternes, elles assument de nombreuses tâches. Or, d'après l'OMS, le risque d'avoir des problèmes de santé est plus élevé chez les personnes occupant des postes où la charge de travail est importante et le niveau d'autonomie faible (37, p.21) et le harcèlement sexuel dont elles sont parfois victimes ajoute à leur stress.

L'environnement social est un autre déterminant qui a un impact plus important sur les femmes. La violence familiale, par exemple, a un effet dévastateur sur les femmes qui en sont victimes, à court et à long terme. De la même façon, l'agression sexuelle provoque de graves problèmes de santé physique et psychologique. Plusieurs enjeux de santé sont également liés à la quête de beauté, de jeunesse ou à l'image corporelle. On pense, entre autres, à l'obsession de la minceur, aux comportements alimentaires néfastes et à l'augmentation fulgurante de la chirurgie

⁸ Source : Statistique Canada. Recensement 2006. Compilation spéciale préparée pour le Conseil du statut de la femme.

⁹ Idem

esthétique. La sexualisation actuelle de la sphère publique, en renforçant les stéréotypes sexuels, ajoute aussi une pression sur les femmes et les filles.

2.3 UN FACTEUR EXPLICATIF : LE SENTIMENT DE CONTRÔLE SUR SA VIE

Mais qu'est-ce qui explique la prédominance du statut socio-économique sur les autres déterminants? Il semble bien que le sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie soit une variable de premier plan pour expliquer cette relation entre les inégalités socio-économiques et l'état de santé. « *Concrètement, plus on descend dans la hiérarchie sociale, plus le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie est dominant* » (40, p. 9). Par conséquent :

« La moins bonne santé physique et psychologique des Québécoises et Québécois pauvres et très pauvres ne peut être associée qu'en partie au fait qu'ils fument plus, qu'ils ont un moins bon soutien social, qu'ils sont davantage exclus du marché du travail, qu'ils sont moins scolarisés ou qu'ils sont plus touchés par l'obésité. » (40, p. 33).

Le sentiment de contrôle sur sa vie constitue l'un des facteurs les mieux documentés parmi les mécanismes psychosociaux qui sous-tendent les inégalités sociales de santé¹⁰. Les auteurs d'une étude de l'Institut national de santé publique (INSP) abondent dans ce sens :

« Notre intérêt pour le sentiment de contrôle - le sentiment de maîtriser sa destinée, de pouvoir agir sur ses conditions de vie - tient non seulement aux travaux de recherche qui le désignent comme un des indicateurs psychosociaux les plus pertinents dans l'explication du gradient social de santé, mais aussi parce que cet indicateur permet de faire le pont entre l'expérience individuelle et l'expérience sociale à l'échelle du milieu de vie (...). Selon nous, cette « caractéristique » de la population serait même une clé essentielle pour comprendre la conjugaison des divers éléments qui construisent les inégalités de santé. » (20, P.41).

« À l'opposé se trouve en quelque sorte le fatalisme, soit le sentiment que le monde est largement (dominé) par le hasard, ou encore, par le pouvoir des autres, c'est-à-dire que ce sont les autres qui détiennent le contrôle de notre destinée personnelle. » (40, p. 65-66).

Piste d'action :

Pour augmenter l'équité en santé, nous devons donc compter sur un changement profond, une réorientation importante du système de santé vers une approche de santé qui favorise l'autonomisation (empowerment) individuelle et collective, c'est-à-dire, qui permet aux

¹⁰ G. Paquet cite à ce propos plusieurs recherches qui établissent un lien entre le sentiment de contrôle, d'une part, et d'autre part, la santé physique et mentale, la mortalité chez les personnes âgées, les habitudes de vie qui ont un rapport avec la santé comme le tabagisme ou l'activité physique, la capacité d'adaptation à l'environnement social ou physique, la résilience, etc. Parmi les chercheurs cités, on retrouve : Shultz (1976), Krauss (1988), Menec et al. (1997), Brunner (2000), Marmot et Siegrist (2004), Starke (2000) (40, p.66-67).

individus et aux collectivités de développer des attentes positives, des espoirs, une estime de soi et une confiance dans leur capacité d'avoir une emprise sur leur destinée.

Cette approche est tout à fait en concordance avec la définition de la santé telle que définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec (1991) qui établit que :

« Le régime de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (26, p.23).

Rappelons que cette définition découlait directement de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (38).

3. LA MÉDICALISATION DE LA SANTÉ DES FEMMES

Une autre raison qui justifie la prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans la planification, dans l'organisation et dans la prestation de soins et de services sociaux est la médicalisation de leur vie. Si, le plus souvent, les interventions médicales sont tout à fait appropriées, certains aspects de la médicalisation méritent qu'on se questionne.

La médicalisation consiste à traiter des phénomènes naturels ou qui font partie intégrante de la condition humaine ou du processus de vieillissement (ex. : les menstruations, la ménopause, la grossesse, la timidité, le deuil, etc.) comme des problèmes de santé qui requièrent des interventions médicales ou des prescriptions de médicaments.

On parle même de néomédicalisation quand les expériences de vie ne sont plus seulement des maladies, mais aussi des causes de maladies futures (ex. : la ménopause cause l'ostéoporose) (1). En présentant les expériences de vie comme des causes de maladies, la néomédicalisation génère toute une industrie de « *marchandisation de la maladie* » dont l'objectif est de mettre au point des « *pilules préventives* » (ex. : l'hormonothérapie pour prévenir les maladies du cœur et l'ostéoporose). Selon Abby Lippman, professeure d'épidémiologie à l'Université McGill :

« La néomédicalisation est issue d'une doctrine, qu'elle alimente en retour, qui privilégie la gestion du risque, la notion de « choix » individuel et la multiplication des options proposées aux femmes. Tout comme le libéralisme qui la nourrit, la néomédicalisation transforme la santé en une marchandise, une ressource nécessaire à la croissance économique. » (1, p.20).

Dans cette perspective, prendre sa santé en main consisterait à prendre un médicament capable d'agir sur l'évolution d'une maladie donnée pour diminuer le risque de contracter cette maladie. Bref, on médicalise le risque, ce qui devient très rentable pour l'industrie pharmaceutique, car nous sommes toutes et tous « à risque », donc candidates potentielles pour un éventuel traitement. « *L'industrie nous transforme en consommatrices perpétuelles, tout cela au nom de l'autonomie.* » (Id.).

Les femmes sont tout particulièrement touchées par la néomédicalisation, notamment parce qu'elles consultent davantage, elles sont davantage portées à signaler les effets psychologiques ou sociaux de leurs problèmes de santé et aussi parce que les étapes de leur vie reliées à la reproduction sont grandement médicalisées. Par ailleurs, « *La commercialisation des médicaments vise très souvent les femmes et les filles, accentuant leur exposition à d'éventuels messages trompeurs.* » (1, p.5).

Le discours médical et l'industrie pharmaceutique participent à cette tendance à faire des étapes de la vie de véritables problèmes de santé. De plus en plus de médicaments sont mis en marché pour intervenir sur des processus naturels. Tout se déroule comme si le corps des femmes comportait un « vice de fabrication ».

3.1 LA MÉNOPAUSE

La médicalisation de la ménopause illustre bien ce phénomène. L'effort pour convaincre les femmes de « traiter » la ménopause remonte à 1963. Dans un livre à succès de l'époque, *Feminine forever*, le Dr Robert Wilson considérait « *la ménopause à la fois inutile et nocive* » et que « *le déficit créé par le manque d'hormones a des conséquences douloureuses, invalidantes et même fatales.* » (48, p.204). La publicité prenait ensuite le relais en présentant « *la ménopause comme une déficience ou « insuffisance » hormonale, bref, une maladie qu'il faut traiter pour assurer une meilleure qualité de vie, voire pour se sentir réellement féminine.* » (Id.).

C'est à partir de 1968 que l'hormonothérapie substitutive est devenue populaire. Malgré son accueil mitigé et de nombreuses controverses, cette médication « préventive » a été prescrite, souvent de façon permanente, à des millions de femmes à la ménopause en vue de prévenir le cancer du sein, les maladies cardiaques, l'ostéoporose, etc. En 2001, « *les Québécoises ont dépensé près de 100 millions de dollars canadiens en produits d'hormonothérapie sur ordonnance.* » (48, p.205).

Ce n'est que quarante ans plus tard, en 2002, qu'une étude indépendante, la Women's Health initiative (WHI), réalisée selon les règles scientifiques reconnues auprès de 16,608 femmes démontre que le bilan préventif global de l'hormonothérapie est négatif. Selon cette recherche, l'hormonothérapie, lorsqu'elle est prescrite sur une longue période (plus de 5 ans) augmente les risques de maladies cardiovasculaires de 29 %, les attaques cérébrales de 41 %, les thromboembolies de plus de 100 % et le cancer du sein de 26 %. En ce qui a trait aux bénéfices de l'hormonothérapie, l'étude constate que les femmes prenant des hormones ont connu 33 % moins de fractures de la hanche et 37 % moins de cancers colorectaux (48, p.209).

Bien qu'une analyse rétrospective de 2007 concède que l'hormonothérapie pourrait conférer un léger avantage cardiovasculaire au début de la ménopause, selon le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes :

« Les autorités médicales nord-américaines déconseillent cette pratique sur de longues périodes (plus de cinq ans), tout en considérant qu'elle peut servir à soulager les symptômes les plus sévères de la ménopause. L'hormonothérapie est maintenant jugée risquée pour la santé des femmes et doit être prescrite avec

précaution. Elle n'est réellement bénéfique qu'à une minorité de femmes.»
(45, p.47-48).

3.2 LES MENSTRUATIONS

La médicalisation de la santé des femmes ne commence pas avec la ménopause. De plus en plus tôt dans la vie, la santé des filles est prise en charge par la médecine. Récemment, avant même leurs premières menstruations, on a vacciné massivement les filles contre le virus du papillome humain (VPH). Au Québec, seules les filles sont vaccinées, alors que les garçons sont aussi à risque d'être infectés.

La contraception est aussi en majeure partie une affaire de filles. Ce sont principalement les femmes, encore aujourd'hui, qui se préoccupent de contraception et les méthodes contraceptives les plus recommandées (anovulants, stérilet) par le corps médical sont conçues pour les femmes et exigent un suivi médical. Ce sont aussi les femmes qui subissent les conséquences d'un échec de la contraception.

Mais récemment, ce sont les menstruations qui sont questionnées par la science. Comme la ménopause, il y a quelques décennies, les menstruations sont dorénavant considérées comme un problème. Dans le nouveau discours, les menstruations seraient devenues « obsolètes » et possiblement la cause de plusieurs problèmes de santé (anémie, dysménorrhée, endométriose, kystes utérins, syndrome prémenstruel, cancers des ovaires et de l'utérus) (21). Ce discours, contesté par certains médecins justifie l'arrivée sur le marché de nouveaux contraceptifs visant à réduire ou à supprimer les menstruations ou, tout simplement, la prescription en continu de contraceptifs existants.

La suppression des menstruations était originellement recommandée aux femmes présentant des problèmes sévères liés aux menstruations, comme l'endométriose. Il est inquiétant de voir que cette pratique est de plus en plus recommandée aux filles et aux femmes en santé qui veulent simplement ne pas être incommodées par leurs menstruations, et ce, même si elles ne sont pas actives sexuellement.

Ceci implique que durant toute leur période de fertilité, soit près d'une quarantaine d'années, des milliers de femmes en parfaite santé soient médicalisées et médicamentées sous prétexte d'une « anomalie » de l'évolution. Et tout cela, sans connaître vraiment les conséquences d'une telle pratique.

3.3 LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

La vie reproductive, la sexualité et l'humanisation de la grossesse sont au cœur des revendications des femmes depuis plus de quarante ans. Beaucoup de gains ont été faits depuis : La décriminalisation de l'avortement, l'accès accru à la contraception, l'éducation sexuelle, le retour de l'allaitement, la légalisation de la pratique des sages-femmes, l'instauration de quelques maisons de naissance, etc., sans parler des avancées médicales dont bon nombre sont fort pertinentes. Mais la maternité demeure un événement de la vie hautement médicalisé. La médicalisation n'est certes plus aussi évidente que dans les années 70 où l'on accouchait

branchées à un moniteur, sous perfusion, les pieds dans des étriers dans des salles d'accouchement aseptisées et éclairées au néon. Elle a changé de forme, elle est plus subtile et elle est même devenue souhaitable par les femmes.

La grossesse et l'accouchement sont de plus en plus présentés dans une logique de risque et pris en charge par la biotechnologie. Cette logique du risque sert à justifier une panoplie de tests et d'interventions toujours plus nombreuses et envahissantes. Il est questionnant de constater une augmentation des amniocentèses et des échographies chez les personnes qui ne présentent pas de facteurs de risque. Pourtant, il n'existe pas d'interventions thérapeutiques pour la plupart des pathologies détectées par les tests prénatals. Les femmes qui reçoivent un diagnostic positif ont souvent comme seul choix de mettre fin ou non à leur grossesse.

De plus, ces diagnostics prénatals ouvrent la porte à des utilisations discutables sur le plan éthique comme la possibilité d'éliminer le fœtus présentant une susceptibilité à des maladies multifactorielles et d'apparition tardive comme le cancer ou le diabète, de choisir le sexe de l'enfant, ou de sélectionner des caractères particuliers. Les enjeux éthiques sont nombreux et on est en droit de se questionner sur la place que doit prendre la génétique quand les plus grands risques qui menacent les enfants à naître et les femmes enceintes sont la malnutrition, la pauvreté et la violence plutôt que les anomalies chromosomiques. Selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), « 90 % des enfants handicapés vivent avec une déficience causée par des facteurs sociaux et non génétiques. » (22).

La nouvelle politique de périnatalité préconise une « approche axée sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement », mais on constate que les tests et les interventions font plutôt en sorte que les femmes vivent leur grossesse comme une expérience à risque.

Le Bas-Saint-Laurent n'échappe pas à l'évolution préoccupante des taux d'intervention en obstétrique : nous possédons même le record des épisiotomies au Québec (43 % c. à 30 %) (Agence BSL). Le taux de césarienne y est aussi plus élevé (20.3 % c. à 18.5 %) ainsi que l'utilisation de ventouses ou de forceps (21,7 % c. à 16.1 %). L'anesthésie locale est pratiquée lors d'un accouchement vaginal dans 62.6 % des cas (Agence du BSL).

D'autre part, la tentative du MSSS d'humaniser la naissance se heurte à une nouvelle tendance lourde vers la médicalisation : la demande des femmes pour une césarienne en l'absence de toute raison médicale à une date convenue d'avance.

Selon la Politique de périnatalité :

« Les principales raisons qui incitent les femmes à demander une césarienne sont la crainte de la douleur, de l'effort et de lésions périnéales durant un accouchement vaginal, le désir de planifier le moment de la naissance, l'inquiétude quant aux risques possibles pour le bébé, la peur de n'être pas capable d'accoucher naturellement et la crainte de la césarienne d'urgence. » (33, p.45).

Il est certain que l'accouchement est parfois un moment éprouvant au cours duquel les femmes ressentent de la peur. Or, on peut se demander si cette peur bien naturelle ne se retrouve pas amplifiée par le discours médical et social actuel qui présente l'accouchement comme un grand moment de risque pour la femme et pour l'enfant. De l'avis même du MSSS, « ... la culture des

femmes à l'égard de l'accouchement semble influencée par la représentation qu'elles se font de leur capacité de mettre au monde. » (33, p.51).

N'oublions pas que si la césarienne électorale est de plus en plus en demande, il reste que beaucoup plus de femmes demandent des services de sages-femmes. Selon un sondage de SOM recherches et sondages, au Québec, si cela était possible, 39 % des femmes choisiraient d'accoucher en centre hospitalier avec la sage-femme qui les aurait suivies, 15 % choisiraient d'accoucher dans une maison de naissance et 9 % à domicile (33, p.24 et p. 26).

Pistes d'actions :

Il est important de bien informer, puisque l'information donne du pouvoir et rassure. Cependant, un transfert de données neutres et objectives par un expert en la matière peut aussi alimenter la peur. À l'opposé, le silence peut aussi nourrir la peur si elle n'est pas nommée. Pour revitaliser la confiance minée des femmes, il importe donc d'adopter une attitude qui favorise le dialogue, qui soutient et inspire le courage dont elles sont capables et dont elles auront grandement besoin pour les mois et les années suivants la naissance. Il faut renforcer les femmes dans leur capacité et leur confiance dans leur pouvoir d'enfanter, bref, développer l'autonomisation (empowerment).

La formation des sages-femmes les prédispose à devenir des accompagnantes privilégiées lors de la grossesse et de l'accouchement. C'est pourquoi des mesures d'accompagnement et de soutien pendant le travail et l'augmentation du nombre de sages-femmes et des maisons de naissances nous semblent plus appropriées pour redonner aux femmes leur confiance dans leur pouvoir d'enfanter. De plus, les femmes qui optent de poursuivre leur grossesse, malgré les risques identifiés par les tests prénatals, devraient pouvoir compter sur des services et un accompagnement adéquat.

3.4 LA PROCRÉATION ASSISTÉE

Aujourd'hui la quête de grossesse n'est pas complète si un couple n'a pas épuisé toutes les possibilités offertes par la médecine. Avec la procréation assistée on propose à des femmes en santé de s'investir dans un processus physiquement et émotionnellement exigeant, hautement médicalisé et risqué pour leur santé avec des taux de naissances très discutables. Ces technologies entretiennent l'espoir et créent de grandes attentes :

« Pourtant, avec des taux de succès de l'ordre de 26 % au Canada en 2005, la grande majorité des personnes qui y ont recours ressortent de cette expérience dispendieuse et souvent éprouvante sans enfant. » (22, p.2).

Selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) :

« Dans près de la moitié des cas, le recours à la procréation assistée est lié à des problèmes d'infertilité chez les hommes. Ces procédés sont donc souvent pratiqués sur des femmes fertiles, en parfaite santé, qui s'exposent ainsi à des risques importants pour leur santé. » (22, p. 13).

D'autre part, les technologies de reproduction ne constituent pas réellement un traitement de l'infertilité, mais plutôt une façon de contourner le problème. On a délaissé la recherche sur les causes et les traitements de l'infertilité au profit d'une industrie très lucrative. La FQPN déplore :

« ... le manque d'attention accordé à la recherche sur les causes de l'infertilité ainsi qu'aux déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux qui sont à l'origine des problèmes de fertilité. »

Selon l'OMS, les dommages causés par les infections transmises sexuellement, notamment la gonorrhée et la chlamydia, constituent la principale cause de stérilité dans les pays développés (22, p. 16). Au Québec, la gonorrhée a augmenté de 39 % entre 2000 et 2005 et la chlamydia a fait un bond de 82 % entre 1998 et 2003 (id.).

Comme autre cause affectant la fertilité des hommes et des femmes on mentionne de plus en plus l'exposition à de multiples toxines environnementales. De plus, les conditions socio-économiques des jeunes couples qui sont amenés à reporter la première grossesse à un âge où les femmes commencent à être moins fertiles augmentent sans doute le recours à la procréation assistée. Ce sont là des facteurs sur lesquels on pourrait intervenir pour prévenir en amont le problème de fertilité.

Pistes d'action :

On pourrait, par exemple, investir davantage dans la prévention et le dépistage des infections transmises sexuellement et dans la recherche sur l'impact de polluants sur la fertilité.

Il est possible également d'offrir aux jeunes couples des conditions socio-économiques ou des mesures fiscales pouvant faciliter leur projet de fonder une famille et éviter que ce soit reporté à un âge où la fertilité est en déclin.

3.5 LA SANTÉ MENTALE

Selon Janet Currie de l'organisme Action pour la protection de la santé des femmes (APSF) :

« ... en Amérique du Nord, et en Europe, on prescrit deux fois plus de médicaments psychotropes aux femmes qu'aux hommes. » (17, p.8).

Les données compilées par l'Agence au Bas-Saint-Laurent, avoisinent ces chiffres : en 2006, les Bas-Laurentiennes ont reçu 62 % des prescriptions de psychotropes, tout âge confondu, et chez les 65 ans et plus, 70 % des prescriptions allaient aux femmes.¹¹

On attribue souvent cette différence au fait que les femmes consultent davantage leur médecin pour des causes physiologiques liée à leur vie reproductive, elles consultent davantage également pour des symptômes psychologiques comme la dépression ou l'anxiété et la prévalence des maladies chroniques comme l'arthrite est plus élevée chez elles. Or, lors des

¹¹ Selon les données de la RAMQ. Traitement et compilation : Nathalie Bérubé, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

consultations, elles sont davantage portées à signaler les effets psychologiques ou sociaux de leurs problèmes de santé, du stress ou de la violence qu'elles subissent. D'où peut-être le nombre élevé de diagnostics de dépression ou d'anxiété qu'elles reçoivent.

Mais, selon les regroupements nationaux de groupes de femmes, cosignataires de la *Plateforme pour l'égalité des femmes*¹² :

« La médicalisation de la santé des femmes est également proposée comme réponse à des problèmes sociaux. En tant que mères ou aidantes, les femmes cumulent de nombreuses responsabilités familiales. Par surcroît, elles occupent une position souvent précaire sur le marché du travail. Ces situations et la pauvreté qu'elles génèrent ont pour effet de fragiliser leur santé mentale. Plutôt que d'intervenir en amont et de façon globale sur les problématiques sociales à l'origine de leurs difficultés, de nombreuses femmes se voient prescrire des médicaments psychotropes de façon régulière et pendant de longues périodes de temps. Or, cette médication peut nuire sérieusement à leur santé mentale et physique, tout en perpétuant ces situations. » (52, p.17-18).

Il va de soi que la dépression clinique grave est une véritable maladie et nécessite une médication appropriée. Cependant, depuis l'avènement des ISRS¹³ (Prozac, Paxil, Zoloft, etc.), le nombre de diagnostics de dépression et de « troubles » des humeurs est monté en flèche. « *Les consultations pour un motif de dépression ont presque doublé depuis 1994 et 66 % de ces consultations sont demandées par des femmes.* » (17, p.3). Les vastes campagnes de marketing des fabricants des ISRS ont fini par nous convaincre que la cause de la dépression est de nature biologique, soit une carence en sérotonine. Les sociétés pharmaceutiques continuent d'alimenter cette théorie, même si de plus en plus de scientifiques rejettent ces fondements.

Cette conception biologique de la maladie mentale a fait fondre nos résistances face à la consommation de psychotropes. Il semble logique qu'un médicament puisse être approprié et nécessaire, tout comme l'insuline est nécessaire aux diabétiques. Alors, plutôt que de s'attaquer aux facteurs sociaux, culturels, économiques ou aux épreuves de la vie pouvant être à l'origine d'une dépression ou de l'anxiété, on privilégie une approche médicale. On oublie que ces médicaments peuvent causer des torts graves et de l'accoutumance et que leur efficacité est remise en cause.

Selon L'Action pour la protection de la santé des femmes (APSF), plusieurs études démontreraient que les ISRS seraient à peine plus efficaces que des placebos (17, p.4-7). C'est d'autant plus inquiétant qu'on ne cesse d'en élargir les indications; la tristesse, les déprimés, l'anxiété sont devenues des problèmes d'ordre médical. En contrepartie, le support psychologique est difficilement accessible dans le système public et il est très onéreux dans le privé.

¹² En prévision de l'élection d'un nouveau gouvernement au Québec, en 2007, les regroupements et organismes de groupes de femmes ont élaboré une Plateforme pour l'égalité des femmes. Ce document est cosigné par 16 regroupements nationaux de groupes de femmes du Québec.

¹³ ISRS : les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine sont une classe de médicaments prescrits couramment par les médecins pour traiter la dépression et l'anxiété.

Le Bas-Saint-Laurent n'échappe pas à l'augmentation de la prescription de psychotropes. De 2002 à 2006, leur prescription a augmenté de 60 % parmi la population du Bas-Saint-Laurent. Ce sont principalement les personnes âgées qui en font les frais, car l'augmentation est de 119 % chez les 65 ans et plus.¹⁴

Selon les auteures d'une recherche portant sur le sevrage des benzodiazépines (BZ) chez les personnes âgées, parmi les médicaments qui leur sont le plus prescrits se trouvent les somnifères de type BZ. « En 2004, on estimait à 40 % la proportion d'utilisateurs de BZ âgés de 65 ans et plus dans la région du Bas-Saint-Laurent... » (39, p.8).

Pourtant, ces chercheuses ont démontré que les approches alternatives peuvent être efficaces pour traiter l'insomnie. Elles en arrivent à la conclusion que :

« Si nous voulons réduire la consommation de BZ dans la population âgée, il est essentiel de proposer des solutions alternatives efficaces telles que le programme structuré de sevrage des somnifères basé sur la thérapie cognitive comportementale. » (39, p.31).

Elles sont même d'avis qu'un tel « programme se doit d'être accessible aux personnes âgées insomniaques avant qu'elles commencent à consommer des BZ. » (Id).

Pistes d'action :

Il est permis de penser que de telles approches pourraient être proposées avec succès pour différents troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression légère, le stress, etc. Bien d'autres thérapies non médicamenteuses pourraient être proposées. Les thérapies cognitives (de la parole), les groupes d'entraide, l'exercice physique, de nouvelles habitudes alimentaires sont des méthodes qui ont fait leurs preuves dans le traitement des troubles émotifs et de la dépression. Ce type de traitements, non médicamenteux, a l'avantage de ne pas exposer les personnes aux effets secondaires des médicaments et d'améliorer leur santé globale. Leur promotion et l'évaluation de leurs résultats devraient être mieux financées.

3.6 L'IMAGE CORPORELLE

Le vieillissement et les transformations naturelles, ou imperfections du corps, sont de moins en moins tolérés et la chirurgie esthétique est devenue un pas de plus dans la médicalisation de la vie des femmes. Des médicaments et des interventions chirurgicales sont proposés à des femmes toujours plus jeunes, même aux adolescentes, à des fins purement esthétiques. Selon les données de Santé Canada, on assiste actuellement à une hausse fulgurante de ces pratiques et à une hausse de 325 % du nombre de praticiens et praticiennes dans ce domaine. Le nombre d'implantations mammaires, de 2 000 à 3 200 par année en 1990 est passé à 7 200 à 8 400 par année en 2003. Il en va de même pour la liposuction, les injections de botox et de collagène,

¹⁴ Selon les données de la RAMQ. Traitement et compilation : Nathalie Bérubé, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

etc. Selon la *Medicard Finance*, il y a eu plus de 302 000 interventions de ce type en 2003 au Canada, dont 85,5 % chez les femmes.

À l'instar de Louise Vandélaç¹⁵, conférencière au colloque du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), « *Le marché de la beauté... un enjeu de santé publique* », on peut se demander :

« Dans une perspective de santé publique, ne doit-on pas s'inquiéter de la multiplication de telles interventions visant non pas à atténuer une pathologie, une dysfonction ou un handicap, mais à refaçonner le corps, dans l'espoir souvent illusoire d'en finir avec ses insatisfactions et ses complexes, et cela, au rythme changeant de ses désirs, de ses moyens financiers, et des diktats de la mode. » (46, c-17).

En conclusion de ce chapitre, on pourrait poursuivre cette description de la médicalisation de la vie des femmes avec bien d'autres exemples, tels que le maintien d'un poids santé, l'activité physique, la sexualité, le vieillissement, etc. Si dans des situations données la médicalisation apporte plusieurs solutions à de réels problèmes de santé, il y a également un prix à payer. Ainsi, selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) :

« La médicalisation... éloigne les femmes de leur corps et de la compréhension de son fonctionnement. Elle accroît notre dépendance envers le système médical et présente des débouchés économiques importants pour l'industrie pharmaceutique. » (22, p.6).

Au lieu de promouvoir une véritable autonomie, la médicalisation entretient une illusion qui détourne notre attention des véritables causes des maladies. Ce phénomène s'accompagne également d'une banalisation de la consommation de médicaments, avec les effets indésirables que ceux-ci peuvent entraîner et c'est sans compter l'augmentation des coûts du système de santé due principalement aux avancées technologiques et aux coûts croissants des médicaments.

¹⁵ Louise Vandélaç est professeure titulaire au Département de sociologie rattachée à l'Institut des sciences de l'environnement de l'UQAM et chercheuse au CINBIOSE (Centre de recherche interdisciplinaire sur la biologie, la santé, la société et l'environnement), un centre collaborateur de l'OMS.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La santé est un enjeu majeur pour tous les êtres humains. Toutefois, comme nous venons de le démontrer, il ne se présente pas de la même façon pour les hommes et les femmes, en partie à cause de leurs différences biologiques, mais surtout à cause d'une multitude de facteurs d'ordre social. « *Par ailleurs, le fait que les femmes utilisent généralement davantage les services de santé que les hommes ne signifie pas que les services sont mieux adaptés à la clientèle féminine que masculine.* » (23, p.196).

De plus, les femmes sont non seulement les principales utilisatrices des services de santé, mais elles sont aussi plus nombreuses à dispenser des soins, tant au public qu'au privé. Selon les données 2005/2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux (26, p.15), les femmes représentent aujourd'hui 79,1 % des effectifs totaux du réseau de la santé et des services sociaux. Selon les mêmes sources, les étudiants en médecine sont des femmes à 69,3 % et le nombre d'omnipraticiennes ne cesse d'augmenter (45 % en 2005 comparativement à 24 % en 1986).

De plus, elles représentent 67 % des proches aidants, et si on retient seulement les aidants principaux, le pourcentage de femmes atteint 74 % (26, p.16). Les femmes occupent 80 % des emplois dans les organismes communautaires et elles sont aussi majoritaires dans les entreprises d'économie sociale et dans le domaine des services à domicile. Pourtant, malgré leur présence massive en santé, les femmes n'occupent que 31 % des sièges au conseil d'administration de l'Agence (CSF)¹⁶.

À l'instar du réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec, nous jugeons encore très pertinent le constat que faisait le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes dans son *Cadre de référence, La Santé des femmes au Québec* en 1999 :

« Nous sommes présentes sur tous les plans : utilisatrices, travailleuses, bénévoles, aidantes et professionnelles, tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux, en médecines alternatives, que dans le secteur communautaire ou même le domaine privé. Nous utilisons plus que les hommes les services de santé et les services sociaux. Toute réduction de l'accessibilité des services nous prive des soins qui nous sont nécessaires. Avec le désengagement de l'État et les listes d'attentes qui s'allongent, la privatisation nous touche davantage, car nous avons moins de revenus que les hommes pour payer des services privés. Au sein du système de santé, dans les groupes communautaires ou dans le milieu des médecines alternatives, toutes professions confondues, les femmes constituent 80 % des travailleuses. À ce titre, nous sommes plus concernées par la réorganisation des services de santé, le virage ambulatoire, les réductions budgétaires, le statut précaire des emplois, le dumping de clientèles lourdes vers les organismes communautaires et la non-reconnaissance des pratiques alternatives (...).

Ainsi, l'expérience de la santé et de la maladie est différente selon que l'on soit une femme ou un homme et les conditions sociales et économiques des femmes touchent de façon plus marquée leur santé. Ceci implique que les recherches, programmes, services

¹⁶ Source : Statistique Canada. Recensement 2006. Compilation spéciale préparée pour le Conseil du statut de la femme.

et approches doivent tenir compte de leur impact sur les femmes en tant qu'utilisatrices et travailleuses, et ce, avant même leur mise en oeuvre. » (26, p.19).

C'est pourquoi :

Nous recommandons à l'Agence d'adopter une approche spécifique pour la santé des femmes lui permettant de documenter les situations d'inégalités et concevoir des actions efficaces pour y remédier.

« Il s'agit de poursuivre, de façon articulée, un ensemble d'actions concrètes ciblant particulièrement les femmes, dans le but explicite de prévenir ou de corriger les inégalités dont celles-ci sont encore victimes. » (16, p.35).

Pour s'attaquer aux inégalités, il faut d'abord les mettre à jour. Il faut aussi tenir compte du fait que les différences observées entre les hommes et les femmes ne sont pas nécessairement d'ordre biologique. Bien que la médecine accorde généralement plus d'importance aux facteurs biologiques ou génétiques et aux habitudes de vie (tabac, alcool, alimentation, etc.), les études tendent à minimiser ces facteurs et à démontrer que les conditions socio-économiques jouent un rôle de premier plan. De plus, des inégalités persistent en ce qui a trait à la santé des femmes, notamment à cause de la discrimination systémique ou des biais sexistes à l'œuvre à l'intérieur même des institutions et du système de santé. Il faut donc en faire une analyse qui tient compte de la socialisation différente des hommes et des femmes et des rapports sociaux de sexe.

Aussi :

Nous recommandons à l'Agence de se doter d'instruments adéquats pour identifier les disparités, dont la cueillette de données ventilées selon les sexes, la formation à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) et son application par des personnes expérimentées, tant au niveau local que régional.

C'est d'ailleurs ce que propose la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, *pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* :

« L'ADS doit être utilisée au niveau national par les ministères et les organismes gouvernementaux et de la même façon, par les instances locales et régionales... » (29, p.10).

L'ASSS des Laurentides et l'ASSS de la Montérégie ont produit de telles études comparatives pour leur population respective (19) (27).

L'ADS se définit de la façon suivante :

« Une approche de gestion qui permet de prévoir, au cours de la conception d'une politique ou de toute autre mesure, ses effets distincts sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socio-économiques différentes qui les caractérisent. » (29, p.10).

Si l'ADS est fondamentale pour identifier et mieux comprendre les inégalités de santé qui persistent, encore faut-il modifier graduellement les pratiques et adopter des mesures concrètes permettant de prévenir et corriger les disparités. En 2002, le MSSS rendait publics les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé bien-être des femmes *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*. Ce document proposait une diversité d'actions pouvant répondre aux besoins des femmes. Bien que ce document stipulait que « *les objectifs et les engagements inscrits à ce document devaient aussi figurer dans la planification stratégique régionale.* » (28, p.9), seule la région de la Capitale nationale a produit un plan d'action régional pour la santé des femmes (5).

Il faut reconnaître cependant que plusieurs des recommandations du MSSS concernant la santé des femmes, en particulier en périnatalité et en violence, ont été reprises dans notre région. Le Ministère fait actuellement le bilan de sa stratégie et proposera par la suite un nouveau plan. Aussi, pour donner suite au prochain plan d'action proposé par le Ministère et prioriser la santé des femmes au sein du réseau :

Nous recommandons l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action pour la santé des femmes par l'Agence (plan régional) et les CSSS (plans locaux) du Bas-Saint-Laurent, en collaboration avec les groupes de femmes et les utilisatrices. Ces plans devraient s'inscrire dans le cadre d'une approche globale et féministe.

Selon l'approche globale, ces plans d'action devraient tenir compte des problèmes de pauvreté, de violence, et autres déterminants psychosociaux, économiques et environnementaux de la santé et des spécificités physiques et physiologiques des femmes. Suivant l'approche féministe, ils devraient aussi tenir compte de la socialisation, de la victimisation et du développement de l'affirmation de soi et de l'autonomisation (empowerment) chez les femmes.

Ils devraient également tenir compte des pistes d'actions suggérées dans cet avis et des recommandations du Conseil du statut de la femme (CSF) dans son avis : *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans le Bas-Saint-Laurent (mise à jour 2004)*. (41)

De plus, comme le RQASF, nous avons démontré que :

« La médicalisation opère de toutes parts. Toute condition, toute émotion, toute délinquance ou tout écart à la norme sociale peut être médicalisé : la santé mentale, la sexualité, la maternité, la ménopause, l'andropause, la vieillesse, les dépendances (par exemple, l'alcoolisme), l'hyperactivité, les troubles alimentaires et l'apparence physique. » (44, p.59).

Même la prévention a été détournée de son sens premier. La médication, la vaccination, le dépistage se substituent à la recherche de solutions prenant en compte les facteurs sociaux ou environnementaux.

Cette médicalisation croissante de la santé des femmes devient en soi un risque pour leur santé. Non seulement elles sont plus à risque face aux effets iatrogènes¹⁷ indésirables pouvant entraîner des réactions en chaîne, mais la médicalisation entraîne la passivité et nous détourne d'un véritable

¹⁷ - Les effets iatrogènes sont ceux qui sont causés par la médecine elle-même comme, par exemple, les erreurs de diagnostic ou de traitement d'une maladie, les effets secondaires des interventions médicales ou des médicaments, les interactions nocives d'une pluri prescription, etc.

pouvoir sur notre corps et sur notre vie. Alors que la recherche démontre que le sentiment de contrôle sur sa vie et celui de pouvoir agir sur sa destinée est un moteur puissant pour demeurer en santé (20, p.41), la médicalisation semble avoir plutôt l'effet inverse de créer et encourager la dépendance, diminuant par le fait même l'emprise sur notre vie.

Aussi :

Nous recommandons au réseau de la santé de mettre en valeur une approche de la santé plus respectueuse des processus naturels, une approche d'accompagnement dans un processus d'appropriation et d'autonomie.

Ceci implique une conception plus égalitaire de la relation thérapeutique basée sur l'information, la communication, le respect de la participation de la personne à son traitement, bref, une démarche d'autonomisation (empowerment) et de prise en charge de sa santé. L'information dispensée devrait être objective et permettre un choix éclairé.

L'approche cognitive comportementale expérimentée dans notre région pour le sevrage de BZ chez les personnes de cinquante ans et plus est un bel exemple de ce que nous considérons comme une démarche d'autonomisation (empowerment) qui devrait être encouragée et implantée dans tous les établissements de santé.

C'est pourquoi :

Nous recommandons la reconnaissance, la promotion et l'intégration d'approches alternatives et complémentaires au système biomédical lorsqu'elles reposent sur des données probantes.

Il ne faut pas oublier également que le processus d'appropriation et d'autonomie commence par le droit de participer aux décisions qui nous concernent.

Aussi :

Nous recommandons d'assurer la parité hommes/femmes au sein des différentes structures décisionnelles de l'Agence et des CSSS.

Finalement, il ne faut pas confondre accès aux services médicaux essentiels et médicalisation. Nous ne remettons pas en question le droit à des services médicaux accessibles et gratuits. Aussi, comme les femmes font plus souvent les frais de la privatisation des soins de santé à cause de leur situation économique plus précaire et du fait qu'elles bénéficient moins souvent que les hommes d'une couverture d'assurance privée pour les frais de santé :

Nous recommandons à l'Agence de se positionner clairement en faveur d'un accès gratuit aux services de santé et services sociaux par le maintien d'un régime public et universel de santé et d'éviter tout projet de privatisation dans le domaine de la santé.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Nous recommandons à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- **d'adopter une approche spécifique pour la santé des femmes lui permettant de documenter les situations d'inégalités et de concevoir des actions efficaces pour y remédier;**
- **nous recommandons à l'Agence de se doter d'instruments adéquats pour identifier les disparités, dont la cueillette de données ventilées selon les sexes, la formation à l'analyse différenciée selon les sexes et son application par des personnes expérimentées, tant au niveau local que régional;**
- **l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action pour la santé des femmes par l'Agence (plan régional) et les CSSS du BSL (plan local) en collaboration avec les groupes de femmes et les utilisatrices. Ces plans devraient s'inscrire dans le cadre d'une approche globale et féministe;**
- **de mettre en valeur une approche de la santé plus respectueuse des processus naturels, une approche d'accompagnement dans un processus d'appropriation et d'autonomie;**
- **la reconnaissance, la promotion et l'intégration d'approches alternatives et complémentaires au système biomédical lorsqu'elles reposent sur des données probantes;**
- **d'assurer la parité hommes/femmes au sein des différentes structures décisionnelles de l'Agence et des CSSS;**
- **de se positionner clairement en faveur d'un accès gratuit aux services de santé et services sociaux par le maintien d'un régime public et universel de santé et d'éviter tout projet de privatisation dans le domaine de la santé.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Action pour la Protection de la santé des femmes (APSF). *L'inclusion des femmes dans les essais cliniques : se pose-t-on les bonnes questions?* (rédaction par Abby Lippman), APSF, mars 2006, 43 p.
2. Action pour la protection de la santé des femmes (APSF). *Ne pas nuire ou pourquoi les femmes s'inquiètent du démantèlement de la législation fédérale sur la protection de la santé*, par le groupe de travail sur les enjeux pour les femmes de la Loi fédérale sur la santé pour l'APSF, 2007, 8 p.
3. Action pour la protection de la santé des femmes (APSF). *Prudence oblige : L'emploi des statines chez les femmes* [rédaction par Harriet Rosenberg et Danielle Allard], APSF, juin 2007, 43 p.
4. Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G. & Langlois S.-P. « *L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées* », *Santé mentale au Québec*, 12 (1) 1997, p. 164-182.
5. ASSS Capitale Nationale et Comité consultatif en santé des femmes. *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007* présenté au conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale/par le Comité consultatif en santé des femmes, 2004.
http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/plan_santedesfemmes.pdf
6. Bérubé, Jocelyn, « *Les pilules en continu: pourquoi être menstruée tous les 28 jours?* » *Le Médecin du Québec*, volume 37, numéro 1, janvier 2002.
7. CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). *Emploi stable et santé mentale –Y a-t-il un lien entre les deux?* CAMH, Canada, 2008. Consulté en ligne le 9/10/2008
www.camh.net/fr/News_events/News_release_and_media_advisories_and_backgrounders/WHO_work_report_muntaner_fr.html
8. Centre d'excellence pour la santé des femmes, Bulletin de recherche, Vol. 2, no 2, automne 2001. www.cewh-cesf.ca/bulletin/fv2n2/page1.html
9. Centre ontarien d'information en prévention, Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario et Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario. *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, Ontario, 2007. Disponible à www.ocdpa.on.ca.
10. Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux et de santé. *Pour des services sociaux de santé adaptés aux attentes des femmes : cahier de revendication*, Montréal, 1998.
11. Cohen, D., Cailloux-Cohen, S. & l'AGIDD. *Guide critique des médicaments de l'âme*. Montréal : Éditions de l'Homme, 1995, 409 p.
12. Collin, J. « *Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation* », *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), 2001, 75-98.
13. Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. *Avis sur la santé mentale des femmes*, Rimouski, la Régie régionale, 2000, 5 p.
14. Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. *Avis sur le virage ambulatoire*, Rimouski, la Régie régionale, 2000, 10 p.
15. Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. *Avis sur la sexualisation précoce des filles et ses impacts sur leur santé*, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, avril 2005. 30 p.

16. Conseil du statut de la femme. *Avis : Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, [rédaction par Francine Lepage (1re partie) et Claire Minguy (2^e partie)], Québec, le Conseil, 2004, 174 p.
17. Currie, Janet. *La marchandisation de la dépression : la prescription des ISRS aux femmes*, pour Action pour la protection de la santé des femmes, mai 2005, 27 p.
18. Currie, Janet. *Manufacturing addiction: The overprescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2003. Adresse Internet : www.bccewh.bc.ca/policy_briefs/Benzo_Brief/benzobriefv3.pdf. N.
19. D'amours F. et al. *Les hommes et les femmes des Laurentides apprécier leurs réalités pour mieux intervenir : portrait de la santé et du bien-être des adultes de 18 à 64 ans de la région*. Direction de santé publique des Laurentides, St-Jérôme, 2008. [ressource électronique] : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2008/07/974742.pdf>
20. De Koninck M. et al. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Institut National de santé publique, 2008, 95 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf
21. Fédération du Québec pour le planning des naissances. <http://www.fqpn.qc.ca/>
22. Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *La procréation assistée, pour y voir clair*, Montréal, 2006. <http://www.fqpn.qc.ca/>
23. Fournier, Claire. *Santé et condition de vie des Québécoises : portrait d'hier à aujourd'hui*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 203 p.
24. Guyon, Louise. *Derrière les apparences : Santé et conditions de vie des femmes*. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 p.
25. Jackson, B., A. Pederson, M. Boscoe. *Analyse comparative entre les sexes et le temps d'attente : Nouvelles question, nouvelles connaissances*, Rapport 5, Santé Canada, 18 p. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-wait-attente/gender-sex/index-fra.php 20/05/2008.
26. Lacombe, Madeleine, B. Paradis. *La présence des femmes dans le domaine de la santé et des services sociaux... Transformons cet apport en force pour l'action*, Réseau des Tables régionales des groupes de femmes du Québec, Québec, 2007, 57 p.
27. Leduc, F. *Des femmes et des hommes des différences et des similitudes à connaître pour des interventions adaptées dans le domaine sociosanitaire*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique. Longueuil. 2006.
28. Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. *D'Égale à égal? Un portrait statistique des femmes et des hommes*, Direction générale des politiques avec la collaboration du Secrétariat à la condition féminine, Québec, 2007, 260 p.
29. Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait, plan d'action 2007-2010*, Direction générale des politiques avec la collaboration du Secrétariat à la condition féminine, Québec, 2006, 57 p.
30. Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait, Politique gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes*, Direction générale des politiques avec la collaboration du Secrétariat à la condition féminine, Québec, 2006, 91 p.
31. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Au féminin...à l'écoute de nos besoins, objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, MSSS, Québec, 2002, 61 p. www.msss.gouv.qc.ca à la rubrique publication, section documentation.

32. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. Au féminin...à l'écoute de nos besoins. Bilan 2002-2007*, MSSS, Québec, 2008, 107 p. www.msss.gouv.qc.ca à la rubrique publication, section documentation.
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de la périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, MSSS, Québec, 2008, 164 p.
34. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de la santé et du bien-être*, 1998, 191 p. www.msss.gouv.qc.ca
35. Mishara, B. L. & Legault. *La consommation de médicaments chez les personnes âgées : une perspective psychosociale*, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale. Montréal : Université de Montréal, 1999
36. Organisation mondiale de la santé (OMS), CONSEIL EXECUTIF EB120/6. *Sexospécificité, femmes et santé : projet de stratégie*, Rapport du Secrétariat , cent vingtième session, 30 novembre 2006.
37. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS, Genève, 2008, 40 p. www.who.int/social_determinants/final_report/en/
38. Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève. Suisse, 1986. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french
39. Ouellet, Nicole, M.-J. Papillon. *Évaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent*, Rapport de recherche, Agence SSS BSL, Rimouski, 2006, 52 p.
40. Paquet, Ginette. *Partir au bas de l'échelle, des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Les presses de l'université de Montréal, 2005, 152 p.
41. Recommandations du CSF dans son avis : *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans le BSL (mise à jour 2004)*.
42. Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ). *Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*, Québec : Régie de l'Assurance-maladie du Québec, 1992
43. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. *Pistes de réflexion pour faciliter un diagnostic du système de santé du Québec*, Québec, Le Réseau, 2007, 24 p.
44. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec*, Montréal, le RQASF, 1999, 31 p.
45. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé des femmes*, Montréal, Le RQASF, 2008, 168 p.
46. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). *Le marché de la beauté un enjeu de santé publique, Actes du colloque*, RQASF, Montréal, 2007.
47. Santé Québec. (1996). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 : Faits saillants*, Québec (Canada) : MSSS.
48. St-Onge, J.-Claude. *L'envers de la pilule*, éd. Écosociété, Montréal, 2006, 310 p.
49. Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF). *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!* Laval, 64 p.
50. Table de concertation multisectorielle en prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. *Stratégie régionale de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies auprès des femmes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, Rimouski, 1996, 29p.

51. Tremblay, Gilles et al. *La santé des hommes au Québec*, Québec, ministère de la Santé et de Services sociaux, 2005, 179 p.
52. Seize regroupements et organismes de groupes de femmes, *Plate-forme pour l'égalité des femmes*, Montréal, mars 2007, www.lagauche.com/lagauche/spip.php?article1557

C:\Documents and Settings\blaqcaro\Mes documents\FEMMES\COMITÉ AVISEURCOND. VIE FEMMES 4230-01-02\Avis spécificité femmes en santé (version 8.1).doc