

AVIS

**Au ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec**

Comité qualité de vie de VIGIE- Estrie

Mai 2017

MISE EN CONTEXTE

L'observatoire VIGIE-Estrie vise à créer des partenariats et à mettre les moyens en place pour dégager une lecture commune de la situation socio-économique des femmes de l'Estrie dans le but de susciter une mobilisation en faveur d'une participation équitable des femmes au développement de notre région. L'approche privilégiée est celle de l'analyse différenciée selon les sexes.

VIGIE-Estrie est un collectif d'expert.es reconnu.es et déterminant.es dans l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes en Estrie, et ce sous la forme d'un lieu d'animation, d'échange et de diffusion pour la mise en place de solutions adéquates et durables. Cet observatoire se veut un pont entre les milieux communautaire, éducatif, gouvernemental et politique dont les valeurs sont priorisées par l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes de l'Estrie.

Actuellement, VIGIE-Estrie est composé du comité Qualité de vie des femmes. Ce comité est coordonné par ConcertAction femmes Estrie (CAFE).

Les membres de CAFE interviennent en matière de santé des femmes à l'intérieur de trois principaux volets :

- L'intervention auprès des femmes dans le domaine de la santé et des services sociaux (milieux de vie, groupes de soutien, support à des démarches personnelles, etc.).
- L'intervention auprès des femmes en lien avec les déterminants de la santé (scolarisation, emploi, logement, transport, sécurité alimentaire, services de garde, environnement, etc.).
- La défense des droits des femmes visant l'amélioration de leurs conditions de vie (formation, information, actions collectives, activités de revendication, etc.).

Cet avis a été rédigé par un sous-comité composé de :

Huguette Lajeunesse (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec),

Line Lecours (Promotion handicap Estrie)

Viviane Doré-Nadeau et Martha Gutiérrez (ConcertAction femmes Estrie).

À partir du bilan 2010-2015 du plan d'action en santé et bien-être des femmes, nous élaborons cet avis collectif. Pour élaborer ce document, les groupes membres suivants ont contribué au processus de consultation, à partir de leur mission respective et de leurs rôles spécifiques :

Paskale Hamel (SOS Grossesse),

Sylvie Brunelle (Élixir),

Lise Laroche (Service à la mission sociale du diocèse de Sherbrooke),

Lucie Pouliot (Centre des femmes Memphrémagog),

Isabelle Pouliot (Comité femmes de l'Association des locataires),

Mariame Cissé (comité femmes Fédération des communautés culturelles de l'Estrie),

Marilyn Ouellet (Centre des femmes La Passerelle du Haut-St-François) et

Claudia Pâquet (IRIS Estrie).

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	5
L'état de la santé des femmes	5
Introduction	6
Les déterminants socio-économiques.....	6
L'accès aux soins de santé	6
La santé des femmes : un enjeu global et collectif.....	7
Commentaires et recommandations	9
Recommandations générales.....	9
Orientation : Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être.....	10
Orientation 3 – Intégrer les besoins des femmes dans la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux.....	28
Conclusion	28
ConcertAction femmes Estrie	29
Sa mission.....	29
Ses objectifs.....	29
Réalisations récentes.....	29
Références	30
Annexes	32
Annexe 1 –Portrait Centre de recherche sociale appliquée	
Annexe 2 – Portrait VIGIE-Estrie	

PRÉAMBULE

VIGIE-Estrie soumet ses recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour le prochain plan en santé et bien-être des femmes.

L'état 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 de leurs propres normes, modèles et valeurs en matière de santé.

Les femmes ont des parcours de vie qui s'inscrivent comme une suite de lignes brisées : les études, le travail rémunéré, les périodes intenses de maternité et de soins des enfants, le travail domestique, les soins aux proches, le veuvage et la retraite vont se succéder, dans l'ordre ou le désordre, ou se superposer. Ce phénomène qui leur est particulier a des conséquences profondes sur leur santé et la perception qu'elles ont de leur vie.

Étant donné ces différences telles que citées plus haut, les femmes utilisent deux fois plus les services de santé que les hommes. L'état de la santé des femmes est précaire.

Pour éviter que des femmes soient encore mises en marge et que certaines d'entre elles soient invisibilisées, nous pensons qu'il est nécessaire que les actions abordent, de manière transversale, les causes systémiques des oppressions auxquelles elles font face (racisme, capitalisme, patriarcat, colonialisme, hétérosexisme, capacitisme, etc.). C'est ce que nous appelons adopter une perspective intersectionnelle.

INTRODUCTION

Les déterminants de la santé

Plusieurs facteurs influencent l'état de santé des femmes et créent des inégalités entre les femmes et les hommes. Ces déterminants sont de différentes natures. Les déterminants sociaux touchent le statut de l'individu au sein de la société, le réseau familial et social, la conciliation famille/travail/études et l'implication citoyenne. On retrouve aussi les déterminants économiques, tels que le niveau de scolarité, les revenus, le type d'emploi, l'accès aux services publics de transport, de services de garde et la sécurité alimentaire. Les déterminants liés à l'environnement sont ceux qui touchent à l'accès à des ressources, telles l'accès au logement adéquat, les milieux de vie ou de travail sécuritaires et un environnement physique sain. Le manque d'accessibilité structurale et d'équipements touche les déterminants sociaux, économiques et environnementaux des personnes vivant avec une limitation fonctionnelle.

Dans ce contexte, la précarité économique et la violence envers les femmes relèvent d'une discrimination systémique à leur égard. Ce sont les déterminants sociaux qui affectent le plus la santé des femmes et ce, tout au long de leur vie. L'accès aux services et aux programmes en santé permet de créer une meilleure qualité de vie et une justice sociale. Les conditions de vie des femmes sont reliées à leur degré de scolarisation, leur autonomie financière, à leur intégrité physique, à la qualité de leur réseau familial et social, leur culture, leur orientation sexuelle, à l'environnement, etc. Elles influencent aussi leur état de santé. Pour avoir une vision globale de la santé, il faut tenir compte de ces conditions. Et il s'avère primordial de privilégier la prévention en agissant sur les déterminants de la santé.

L'accès aux soins de santé

Les programmes et les services disponibles sont insuffisants pour améliorer les conditions de vie des femmes. Le gouvernement du Québec doit améliorer le système de santé québécois en termes d'accessibilité, de gratuité et d'intégralité. Il est primordial de ne pas privatiser la santé et les services sociaux, car les femmes sont les grandes victimes de cette privatisation grandissante.

La mise en place du réseau public de la santé et des services sociaux a non seulement contribué au respect du droit à la santé des femmes, mais a aussi été une des bases importantes du droit à l'égalité des Québécoises. Elles ont pu bénéficier d'une meilleure accessibilité à des soins et services de santé alors qu'elles en sont les principales utilisatrices.

Le système de santé et de services sociaux est en restructuration constante et ce, depuis au moins 30 ans. Il va d'une crise à l'autre sans se remettre profondément en question. Le futur plan doit tenir compte des conséquences négatives des changements des dernières années et apporter les correctifs nécessaires. Les coupes en prévention s'éloignent d'une approche médicale globale. Les profonds changements au système de santé du Québec et la dernière réorganisation du gouvernement Couillard ont diminué de façon considérable l'accessibilité aux services offerts tant du point de vue géographique, physique, financier qu'humain.

Le maintien et l'amélioration de la santé des femmes ne doivent pas reposer uniquement sur leurs épaules ou sur les organisations qui les représentent. Le gouvernement doit jouer son rôle en fonction de la réalité et des besoins des femmes pour parvenir à une réelle égalité.

Plusieurs politiques en santé des femmes sont peu connues des femmes et des organismes communautaires qui travaillent auprès d'elles. Elles sont peu ou pas publicisées et parfois partiellement ou non appliquées. Plusieurs mesures ne répondent pas aux attentes des femmes car elles ne s'occupent que d'un aspect plutôt que d'utiliser une approche globale.

La santé des femmes : un enjeu global et collectif

Le développement d'une vision globale de la santé inclut une approche sociale plutôt qu'une approche médicale de la maladie. Une approche médicale seule ne permet pas d'améliorer les conditions de vie des femmes. Elle doit être accompagnée d'approches complémentaires (sociale, holistique, etc.), qui ont fait leur preuve.

Les Estriennes évoluent au sein de la société québécoise avec les mêmes critères relatifs aux valeurs de l'ensemble des groupes de femmes : l'égalité entre les femmes et les hommes; l'accueil sans jugement et non culpabilisant; le respect de leur dignité, de leur situation, de leur potentiel, de leurs choix; la présence d'un savoir-être et d'un savoir-faire exclus de préjugés et de stéréotypes sexistes et l'accès à toute l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées les concernant.

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS POUR LE PROCHAIN PLAN D'ACTION

Recommandations générales

L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) a publié une étude qui propose un état des lieux de l'allocation des ressources dans le système de santé et de services sociaux. Elle met de l'avant une série de recommandations pour un réseau de la santé accessible, public, décentralisé et démocratique¹. « Un changement de cap au Québec est urgent. Si un virage à 180 degrés n'est pas effectué, notre capacité à répondre aux besoins de la population québécoise risque de connaître de sévères reculs. Les façons d'améliorer le système sont connues mais, pour les mettre en place, nous devons nous éloigner de la gestion centralisée inspirée de l'entreprise privée et rompre avec la toute-puissance des médecins et des soins excessivement axés sur le curatif », insiste Guillaume Hébert d'IRIS.

Le système de santé québécois est bloqué par deux verrous majeurs : le statut des médecins et le pouvoir des technocrates.

Dans le but de prioriser une approche globale de la santé, nous recommandons un réinvestissement en prévention. De plus, il faut rendre accessible les informations sur les approches alternatives reconnues en santé.

Dans la prise en compte de la diversité des femmes, nous vous recommandons d'inclure les femmes trans. De plus, des disparités régionales sont observées. Nous vous recommandons d'octroyer des fonds sur une base régionale pour tenir compte de ces spécificités.

¹ IRIS, Sept propositions pour repenser le système de santé au Québec, 2016.

Pour la mise en œuvre du plan, il est important que dans tous les CISSS et CIUSSS, il y ait une personne responsable dédiée au plan d'action régional en santé des femmes, et que cette personne ait dans sa charge de tâches du temps alloué pour prendre connaissance des plans et les mettre en œuvre. Il faut de plus s'assurer que chaque territoire possède des ressources communautaires adéquates, telles un centre de femmes ou une banque alimentaire, etc.

Dans l'évaluation du prochain plan, il serait bien d'avoir une vue d'ensemble de ce qui a été fait, sans toutefois avoir des redditions de compte trop élaborées, qui enlèverait du temps à l'intervention.

1- ORIENTATION : AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DES BESOINS DES QUÉBÉCOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

2.1 L'analyse différenciée selon le sexe (ADS)

Mesure 4 — Soutenir l'intégration de l'ADS dans les pratiques du MSSS et du réseau par des activités d'accompagnement et de réseautage.

Nous recommandons que l'analyse différenciée selon les sexes soit utilisée tant dans les portraits, les plans d'action, la mise en œuvre que l'évaluation.

Dans le bilan, il est mentionné que le MSSS a mis en ligne un forum qui permet aux responsables régionaux en matière d'ADS et à toutes personnes concernées par cette question au MSSS de constituer une communauté de praticiens. Juste avant, est mentionnée la rédaction épïcène. On aurait dû lire *Communauté de pratique* plutôt que *Communauté de praticiens*. Nous vous recommandons que les écrits du MSSS utilisent l'écriture épïcène afin d'intégrer autant les femmes que les hommes. De plus, dans le plan de santé et bien-être destiné aux femmes, nous lisons : « En matière de promotion de la rédaction épïcène, des formations ont été offertes au personnel de la Direction des communications, de 2011 à 2013. ». Nous recommandons que les auteurs du plan et du bilan suivent aussi cette formation.

2.2 Les diversités culturelles

Sous la mesure 5 — Mettre au point un cadre de référence qui établit les orientations à suivre en matière d'adaptation et de personnalisation des services à la diversité ethnoculturelle.

Le MSSS procède annuellement à l'ajout de financement nécessaire dans les régions désignées pour l'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile et demande d'offrir systématiquement, à tout.es les réfugié.es nouvellement arrivé.es, une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Nous recommandons de s'assurer qu'il y ait des suivis ainsi qu'une meilleure accessibilité et adaptation des services et davantage de ressources en santé mentale pour les femmes et filles des communautés culturelles.

Sous la Mesure 6 — Créer un modèle d'accueil et de prise en charge des personnes réfugiées et définir les orientations au regard du bilan de santé et des services d'interprétariat.

Le comité a décidé que le MSSS entreprendra des travaux visant l'amélioration des services d'interprétariat, qui s'inspireront notamment des principes directeurs du projet de Cadre national de référence en interprétariat. L'adoption d'un modèle amélioré en matière de services d'interprétariat destiné au réseau de la santé et des services sociaux s'inscrit donc à titre de priorité du MSSS.

L'Estrie accueille beaucoup de personnes réfugiées. Les barrières linguistiques et les différentes valeurs peuvent limiter l'efficacité et même l'utilisation des services de santé et bien-être par les femmes immigrantes. Nous sommes d'accord sur l'importance de prioriser une plus grande accessibilité linguistique. Toutefois, nous recommandons de consulter les groupes qui ont développé une expertise en immigration, dans les régions, afin de connaître les obstacles pour ensuite mettre en œuvre des solutions durables.

Mesure 8 — Prendre en considération les besoins particuliers des femmes immigrantes ou issues de communautés culturelles à l’occasion de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018 — *Un projet porteur de vie*

Plusieurs femmes immigrantes n’ayant pas d’assurance n’ont pas accès à des ressources financières pour les aider à défrayer l’avortement. L’organisme ne trouve aucun endroit pour les référer. Parfois, même les banques ne veulent pas leur prêter les fonds nécessaires. Ces femmes vivent beaucoup d’inquiétudes et de stress; il y a des risques que ces femmes s’avortent elles-mêmes. C’est la même chose pour les suivis de grossesse, les frais sont très élevés pour ces personnes. Tout récemment, une immigrante qui avait pris une assurance s’est vu refusé la couverture des soins lorsqu’elle a accouché de façon prématurée.

Nous recommandons que le gouvernement voit à l’accès gratuit aux soins de santé pour les immigrant.es dès leur arrivée ainsi que pour les détentrices de permis d’étude ou de travail.

Autres recommandations :

- Prendre en considération les besoins particuliers des femmes immigrantes ou issues de communautés culturelles à l’occasion de la mise en œuvre de programmes qui favorisent l’activité physique chez les femmes et les filles, afin de mieux lutter contre la mauvaise alimentation et le surpoids et prévenir les maladies chroniques (sédentarité des femmes et filles des communautés culturelles surtout durant la période hivernale);
- Adapter les programmes d’éducation et de promotion de la santé à la réalité des femmes et filles des communautés culturelles;
- Développer un partenariat durable entre le réseau de la santé et les organismes en immigration.

2.4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences

Le bilan parle principalement des programmes créés par le MSSS concernant la violence faite aux femmes handicapées, des programmes d'agression sexuelle et de la double discrimination que vivent les femmes, à cause de leur handicap et de leur genre. Cependant, il omet de préciser les programmes, les objectifs et les résultats de ces programmes. Par exemple :

Mesure 50 : — S'associer à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées.

Cette mesure propose de documenter la problématique, sans toutefois préciser quels seront les mesures et les programmes à développer pour pallier à cette violence. De plus, on ne fait aucun lien entre les différents problèmes de discrimination et le manque de services adéquats pour les femmes vivant une limitation fonctionnelle.

Les femmes handicapées vivent une discrimination systémique qui affecte leur santé physique et psychologique.

Pour éviter toute discrimination, nous recommandons d'ajouter les éléments suivants au prochain plan :

- Développer l'accessibilité structurale des lieux où les personnes à mobilité réduite reçoivent des soins ou services : les centres de femmes, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les cliniques médicales. L'équipement médical adapté doit aussi être disponible dans les lieux mêmes (ex : mammographie et salles d'examen, etc.). Le MSSS doit fournir les fonds pour que cette accessibilité soit réalisée.
- Dans le futur plan, nous recommandons de mettre en place des mesures pour les femmes qui ont des enfants handicapés et de développer plus de ressources pour donner du répit. Souvent, les responsabilités et les besoins de ces enfants mettent la santé globale des proche-aidantes en péril. Ces ressources devraient être diversifiées selon l'âge, le type de handicap et les besoins particuliers d'adaptation. Peu de ressources publiques existent pour les adultes lourdement handicapés. Nous recommandons d'en développer plus.

Maintien à domicile des personnes handicapées

Présentement, ces personnes ont besoin de services à domicile pour pouvoir demeurer chez elles en toute dignité, que ce soit pour le ménage, des soins médicaux ou infirmiers, de l'aide à la personne (bain), etc.

À l'heure actuelle, des heures de services sont coupées dans le service du maintien à domicile aux personnes afin de desservir plus de personnes en attente, ce qui crée une perte de qualité des services et les besoins ne sont plus répondus adéquatement.

Des personnes handicapées se font couper des heures de services et n'ont plus d'autres choix que d'aller dans un CHSLD malgré leur jeune âge, ce qui dégrade leur qualité de vie et leur santé.

Recommandations :

- Rehausser le budget en maintien à domicile;
- Dresser un portrait des réels besoins en maintien à domicile pour mieux déterminer les ressources humaines et financières afin de s'assurer de répondre aux besoins actuellement non répondus.
- Réinvestir dans les CLSC pour le maintien à domicile afin de diminuer les attentes de services et s'assurer que les soins soient donnés par des personnes possédant les qualifications requises pour ces soins.

En ce qui a trait à l'allocation directe :

- Établir les compétences nécessaires dès l'embauche pour s'assurer de services sécuritaires de qualité.
- S'assurer que les bénéficiaires se conforment aux règles de sécurité.

2.5 La pauvreté et l'exclusion sociale

Les femmes sont plus susceptibles d'exercer un travail non reconnu au sein des familles, qui consiste principalement à prendre soin des enfants, effectuer le travail domestique et à apporter un soutien aux proches en situation de besoin. Ces situations créent un manque de reconnaissance du travail invisible exercé par les femmes et peuvent être à l'origine d'une situation financière insuffisante à la retraite. De plus, les emplois traditionnellement féminins sont moins bien rémunérés, reliquat de la société patriarcale.

Parmi les facteurs causant la précarité des familles, on note l'augmentation des coûts des CPE. Dans les couples où l'homme exerce un métier traditionnellement masculin mieux rémunéré, les femmes sont plus à risque de retourner à la maison pour prendre soin des enfants, car le surplus de dépenses occasionnées pour leur emploi (2^e auto, vêtements, etc.) peut approcher les coûts de service de garde. Cette situation a d'autant plus d'impacts en milieu rural. En cas de séparation, ces femmes seront appauvries. De plus, elles sont nombreuses à prendre en charge les dépenses de biens périssables plutôt que des immobilisations. Notons que les femmes en situation de pauvreté ne reçoivent plus d'allocation familiale quand leur enfant est âgé de plus de 18 ans et cela, même s'il est aux études. Cette situation contribue à augmenter leur pauvreté.

Recommandations

- Assurer à toutes et à tous un revenu social universel garanti;
- Hausser le salaire minimum à 15\$ l'heure;
- Bien appliquer la loi sur l'équité salariale;
- Investir dans la construction de nouveaux logements sociaux
- Maintenir les allocations familiales jusqu'à 21 ans lorsque les enfants poursuivent leurs études à temps plein.
- Hausser le financement pour le développement d'initiatives locales et régionales en sécurité alimentaire.

Concernant la mesure 21 — Poursuivre la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, y compris l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements qui favorisent la santé et le bien-être, conformément au PNSP

Nous recommandons :

- D'informer davantage les organismes qui réfèrent vers ces programmes d'aide les informations relatives à ceux-ci (brochures, dépliants, etc.)

Itinérance

Concernant la mesure 23 — Prévenir les problèmes associés à l'itinérance qui touchent les femmes et intervenir à cet égard conformément au Plan d'action interministériel en matière d'itinérance 2010-2013

Dans le bilan du plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, le portrait cible des besoins spécifiques aux femmes à combler. Nous apprécions les données générées dans les statistiques et l'utilisation de l'ADS dans les pistes d'action. Malheureusement, il y a peu de détails sur l'intégration de l'ADS dans les mesures du Plan d'action interministériel 2015-2020 et peu d'actions spécifiques aux femmes sont ciblées.

Nous recommandons une réelle application de l'ADS.

En page 9, dans ce plan d'action, il est noté qu'il y a plus d'hommes dans les rues, mais qu'ils seraient moins nombreux que les femmes à se prévaloir des services d'accueil de première ligne. Cela est fort différent des observations en Estrie. Dans le cadre de référence de la Table Itinérance de Sherbrooke, les données de 2010-2011 relatent que la fréquentation des organismes communautaires en itinérance reçoivent 80% d'hommes et 20% de femmes, des proportions aussi rencontrées dans d'autres régions au Québec.

Par ailleurs, ConcertAction femmes Estrie a mené une étude auprès de 62 femmes en situation ou à risque d'itinérance et 61 intervenantEs travaillant auprès d'elles au cours du printemps 2016. L'enquête a mis en lumière des besoins criants pour les femmes en situation d'itinérance. À Sherbrooke, l'absence de centre de jour où pouvoir aller socialiser, se reposer et rencontrer des personnes-ressources a été décrite. De plus, aucune offre d'hébergement de transition ou de réinsertion n'existe pour des femmes âgées de plus de trente ans dans la région et le nombre de nuits est limité à 7 par mois à l'Accueil Poirier, le refuge d'urgence de Sherbrooke. Pourtant, entre la rue et la vie en appartement, une transition est nécessaire pour favoriser une intégration réussie en logement.

Recommandations :

- Investir dans la création d'un centre de jour à Sherbrooke.
- Investir dans la création d'une maison de transition pour femmes seulement.

Pour plus d'information, nous vous suggérons la lecture de l'étude menée par ConcertAction femmes Estrie : https://media.wix.com/ugd/5a543a_2eb2f1cf11d143c7b881b6c21a80356e.pdf

De plus, le 24 mars 2015, le RAPSIM a partagé son analyse sur les nombreuses limites du dénombrement mené à Montréal en alertant en particulier sur le fait que l'itinérance chez les femmes y serait sous-estimé, ce qui est certainement le cas dans les régions du Québec.

Finalement, Manon Monastesse, directrice de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes, a dénoncé que la violence vécue par les femmes soit ramenée à un facteur individuel et non structurel, et que les principes directeurs n'engagent pas assez le gouvernement.

Nous recommandons la mise sur pied de ressources non mixtes pour les femmes itinérantes.

2.6 Les orientations sexuelles

Nous recommandons de mettre à jour le répertoire des ressources de santé et de services sociaux pouvant venir en aide aux personnes de minorité sexuelle (PMS). Il y a de nouvelles ressources en Estrie, notamment le GRIS Estrie, le CIOSAL et le groupe des alliés au Cégep de Sherbrooke.

Nous recommandons :

Au niveau de l'action 46, adapter les formulaires dans l'inscription du lien de parenté, par exemple mettre parent 1 et parent 2, plutôt que père et mère. Par la suite, faire figurer une question sur le sexe.

Nous recommandons de faire une place aux personnes trans et d'inscrire lutte à l'homophobie et la transphobie dans le prochain plan d'action gouvernemental.

Nous recommandons d'installer des toilettes non genrées dans les établissements publics (établissements de santé, bureaux gouvernementaux, etc.) pour faciliter la vie des personnes trans. La mise en place d'une loi permettrait l'implantation de cette mesure dans les milieux.

Iris Estrie reconnaît l'excellente initiative de retour à l'accès gratuit à la formation « Nouvelle vision de l'homosexualité ».

2.8 La sexualité saine et responsable

Nous recommandons de remettre les cours de sexualité dans le cursus scolaire. C'est une priorité absolue que le MSSS et le ministère de l'Éducation se doivent d'avoir pour une sexualité saine.

Nous recommandons que ces cours soient donnés par des professionnels formés en la matière, et ce dès le 3^e cycle. Ces cours devraient aborder l'égalité entre les femmes et les hommes et le respect dans les relations humaines.

Concernant la mesure 32 — Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle — des services adaptés aux jeunes, du type des cliniques jeunesse — favorisant la prévention des ITSS de même que la planification des naissances, ces services étant combinés à des interventions d'éducation à la sexualité, conformément au PNSP.

Dans le bilan, nous lisons qu'en mai 2014, le MSSS a publié les recommandations du Groupe de travail national sexualité jeunesse. Ce document est destiné aux professionnels et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et vise à faciliter leurs choix dans l'offre de services destinée au réseau de l'éducation.

Recommandation :

- Diffuser ce document de recommandations aux organismes communautaires concernés.

Dans le bilan, il est aussi mentionné qu'en novembre 2014, une demi-journée sur la thématique des cliniques jeunesse a été organisée par le MSSS lors des 18^e Journées annuelles de santé publique. Il aurait été souhaité que les organismes communautaires œuvrant en santé reproductive soient invités.

Nous recommandons de travailler conjointement avec les organismes qui ont développé une expertise sur le sujet pour l'amélioration des services.

Concernant la mesure 35 — Consolider les services de planification des naissances, notamment :

- l'implantation du modèle d'ordonnance collective pour la contraception hormonale;
- l'accès à la contraception orale d'urgence;
- l'accès à des services d'interruption volontaire de grossesse gratuits et de qualité, partout au Québec.

Nous recommandons de rendre accessible et gratuit la contraception. SOS Grossesse Estrie remarque que des jeunes femmes n'ont pas d'assurance ou d'argent pour payer leur contraception hormonale, et les infirmières ont de la difficulté à pouvoir leur en donner gratuitement. Ces femmes sont donc à risque de grossesse imprévue et des risques pour leur santé (effets secondaires de leur méthode) en arrêtant et en recommençant leur méthode.

Depuis peu, l'accessibilité au stérilet a changé. L'abolition des frais accessoires obligera les femmes à acheter leur stérilet de cuivre en pharmacie et on verra le coût du stérilet augmenter. SOS Grossesse Estrie a déjà reçu des appels, car des femmes n'ont pas réussi à avoir leur stérilet (il n'y en avait plus en stock) même si c'était la méthode qu'elles souhaitaient.

Pour la contraception orale d'urgence, nous remarquons que les professionnel.les n'ont pas les mêmes pratiques : certain.es donnent la contraception d'urgence jusqu'à 3 jours alors que c'est 5 jours et certain.es refusent de la donner à cause du poids de la femme. Ces façons de faire reposent sur une étude controversée. Nous recommandons de revoir le programme et son protocole d'urgence afin d'avoir des directives claires.

Également, il y a encore des jugements ou des réflexions par certains membres du personnel médical qui ne devraient pas être dits aux femmes. La FQPN avait déjà recommandé qu'une formation sur le vécu des femmes face à l'avortement devrait être donnée au personnel des établissements par les organismes spécialisés sur la question. De plus, les directions des différents centres hospitaliers devraient s'assurer de l'application de leur éthique professionnelle.

2.9 La santé physique

Nous recommandons prioritairement l'accès à un médecin de famille sur tout le territoire.

Nous recommandons de poursuivre l'amélioration des services, entre autres, l'accès aux services pour les femmes handicapées, les femmes immigrantes, les autochtones, etc.

Concernant la mesure 38 — Mettre en œuvre le Plan d'action ministériel pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies.

Le comité femmes de la Fédération des communautés culturelles de l'Estrie (FCCE) souligne que certaines immigrantes ne comprennent pas bien le français ni pourquoi une lettre leur est adressée pour une mammographie.

Il recommande de mettre en place un programme de sensibilisation au dépistage du cancer du sein à l'intention des femmes des communautés culturelles, en partenariat avec les organismes d'accueil.

Concernant la mesure 41 — Effectuer une veille sur les travaux de recherche portant sur les perturbateurs hormonaux et sur certains polluants ayant une incidence sur le développement de cancers du sein et gynécologiques.

Nous recommandons que soit inscrite sur les étiquettes de médicaments l'interdiction de les jeter dans l'eau et l'obligation de les rapporter à la pharmacie.

2.10 La santé mentale

En Estrie, il y a eu fermeture de lits dans le département psychiatrique. Des psychiatres ont perdu leur emploi. Cette fermeture nous inquiète. Entre autres, des personnes atteintes de troubles de santé mentale n'ayant pas accès à des soins psychiatriques sont plus à risque de se trouver en itinérance. De plus, la charge des familles d'accueil et des proches-aidants augmente.

Nous recommandons un réinvestissement en santé mentale.

La pratique des électrochocs est encore courante au Québec dans le traitement de la santé mentale. Ces pratiques ont des effets dévastateurs chez les femmes qui les subissent.

Nous recommandons l'abolition des électrochocs, et que des traitements alternatifs respectueux de la personne soient mis en place.

Concernant la mesure 47 — Effectuer le suivi des actions s'adressant aux femmes, conformément à la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 — Unis dans l'action.

Nous recommandons de mettre en place un programme de sensibilisation concernant l'utilisation des stupéfiants (surtout avec l'adoption éventuelle du projet de loi sur la consommation du cannabis à des fins récréatives).

2.11 La périnatalité

Dans le plan, il n'y a aucune mention des femmes handicapées qui vivent une grossesse. Il est important de réévaluer les règles de l'accouchement par une sage-femme pour ces femmes afin qu'elles puissent vivre un accouchement en accord avec leur choix. Présentement, peu importe le handicap, la femme handicapée ne peut avoir accès à ce service.

2.12 La violence conjugale et sexuelle

Vigie Estrie appuie les recommandations du comité Analyse des enjeux du RQ-CALACS.

Bien que la plupart des groupes communautaires travaillant en prévention de la violence sexuelle ont participé activement aux consultations qui ont mené à la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles, sortie en décembre 2016, ils n'ont pas été informés de l'avancement des travaux. De plus, seuls certains organismes ont été invités au dévoilement.

Nous nous inquiétons sur le fait que les CALACS et le RQCALACS ne sont pas nommés dans les actions de la Stratégie, sauf dans le préambule et dans les mesures récurrentes pour le volet intersectionnalité. Ces organismes ont développé une expertise terrain. Il faut en tenir compte dans la mise en œuvre du plan. Notons que plusieurs CAVAC réfèrent de plus en plus les victimes d'agression sexuelle vers les CALACS.

Nous recommandons que l'expertise des CALACS soit sollicitée dans ce type d'actions : campagne de sensibilisation, formation des intervenantEs sociaux-judiciaires, prévention, etc.

Plus d'espace devrait être accordé à la prévention de même qu'au soutien aux survivantes d'agression à caractère sexuel. En effet, la stratégie propose trop peu de mesures pour les victimes qui ne souhaitent pas se tourner vers le système judiciaire (près de 95%).

Nous sommes inquiets de l'orientation des services offerts aux agresseurs, qui ne semblent pas refléter leur analyse des agressions à caractère sexuel. Nous recommandons la prise en compte de l'analyse féministe des agressions à caractère sexuel aux niveaux provincial, régional, local, et ce, dans plusieurs lieux : ministères (MJQ, MSP, MSSS), tables de concertation, organismes et intervenants partenaires, médias, etc. De plus, le caractère social de la problématique des agressions à caractère sexuel (ACS) ne doit pas être évacué, au profit du caractère judiciaire.

Chaque action devrait prendre en considération toutes les réalités de toutes les femmes puisque celles-ci se trouvent souvent à l'entrecroisement de plusieurs systèmes d'oppression en même temps (ex. : une femme racisée, lesbienne, vivant avec un handicap).

Nous recommandons de prendre en compte les causes systémiques qui rendent certaines femmes davantage vulnérables aux ACS et d'agir pour les prévenir (lois d'immigration et de parrainage, manque d'autonomie des femmes vivant avec un handicap, manque d'accessibilité, difficulté d'accès à l'information et aux ressources qui viennent en aide, méconnaissance de la langue, etc.).

Il n'y a rien dans la stratégie sur la faible rétention des plaintes, sur les délais trop longs ni sur le libre choix des victimes à avoir recours aux ressources qui répondent le mieux à leurs besoins.

2.13 L'exploitation sexuelle

Tout y est omis dans cette partie du texte, principalement les mesures, les actions, les programmes et les objectifs du MSSS concernant l'exploitation sexuelle faite aux femmes.

Ce plan doit prioriser cette problématique sociale qui affecte la santé physique et mentale des femmes.

Nous recommandons que le MSSS mette en place des actions concrètes et des partenariats qui ciblent des groupes à risque et qu'il offre des moyens et des programmes aux femmes, pour éradiquer ce fléau à grande échelle.

Nous recommandons une politique nationale qui vise à contrer l'exploitation sexuelle des femmes.

- Préciser comment le gouvernement, les instances judiciaires et les médias vont travailler de concert pour que cesse définitivement l'exploitation sexuelle des femmes.
- Allouer les sommes nécessaires dans les régions pour réaliser la mise en œuvre du plan.
- Offrir des ressources et services de soutien aux travailleuses du sexe qui veulent s'en sortir.
- Instaurer des programmes de sensibilisation auprès des corps policiers pour contrer les préjugés envers les travailleuses du sexe.
- S'assurer que les sentences contre les proxénètes et les trafiquants dans la traite des personnes soient conséquentes.

2.16 Le vieillissement

Un investissement en maintien à domicile doit devenir une priorité pour les personnes en perte d'autonomie ou personnes handicapées, car les demandes ne cessent d'augmenter étant donné la population vieillissante.

2.15 L'aide aux proches

Ce sont les femmes qui assument majoritairement le rôle de proches aidantes. Avec le vieillissement de la population et sans soutien public renforcé, la situation est de plus en plus difficile pour les femmes. Elles se trouvent dans l'obligation d'hypothéquer leur parcours professionnel. Cette pression sera d'autant plus forte si les familles doivent s'en remettre à des services privés pour obtenir de l'aide.

De plus, au cours de ces dernières années, les proches aidantes sont de plus en plus sollicitées pour offrir à leur proche du support de toute forme, les soins de base et même des tâches spécialisées (injection, changement de pansement, lavement, etc.).

Ces aidantes ne sont ni préposées, ni infirmières, mais se voient imposer des responsabilités dû au manque de ressources, souvent au détriment de leur propre santé physique et psychologique.

Nous recommandons de protéger les proches aidantes en intensifiant les investissements dans les services publics de soutien à domicile.

Nous recommandons d'avoir des centres de répit pour les proches aidantes.

2.16 Les travailleuses du réseau de la santé

Les femmes sont une des forces majeures du secteur de la santé et des services sociaux; elles y sont majoritairement impliquées, tout en occupant des statuts différents, notamment en tant que :

- travailleuses salariées du réseau de la santé et des services sociaux;
- travailleuses du milieu communautaire.

La santé et le bien-être des travailleuses qui composent la majorité des ressources humaines œuvrant à l'intérieur des secteurs public et communautaire, sont des facteurs essentiels au maintien des conditions de vie et de santé des femmes, il importe donc de s'assurer de la qualité de leurs conditions de travail, car celles-ci ont des incidences sur la santé et les services sociaux offerts à l'ensemble de la population.

Les impacts des transformations du système de la santé ont été importants sur les conditions de vie des travailleuses du réseau. La problématique du recrutement de la main-d'œuvre dans ce secteur rend la situation des travailleuses de plus en plus difficile.

La loi 10 ajoute un stress encore plus grand chez les travailleuses du réseau qui, elles, sont tributaires d'une intégration non choisie; elles se relèvent à peine d'une dernière réforme. Déjà, avant même son application, la loi a généré une période d'instabilité et d'insécurité et elle se poursuivra pendant plusieurs années.

De plus, les gestionnaires du réseau se consacreront à la réalisation des objectifs de la réforme et ce, au détriment d'objectifs cliniques ou administratifs par ailleurs importants. La démotivation s'installe et un désinvestissement s'opère pour une majorité de travailleuses du réseau; on observe un départ à la retraite massif depuis les trois dernières années.

Également, cette loi fait en sorte que la représentation des professionnelles en soins est moins importante au sein des conseils des infirmières et des infirmiers (CII) et des conseils multidisciplinaires. Cela remet en question l'exercice de leur premier rôle, soit celui d'apprécier la qualité des soins, ce qui aura une incidence négative sur la population.

Recommandations

Par conséquent, afin d'offrir aux travailleuses du réseau des conditions propices au maintien d'une bonne santé physique et mentale, le ministère doit impérativement :

- Maintenir à jour et rendre accessibles les données sur la santé physique et mentale des travailleuses du réseau;
- Identifier les causes des absences et agir concrètement sur celles-ci;
- Assurer un environnement sécuritaire et de qualité aux travailleuses du réseau;
- Faire en sorte que les conditions d'exercice et de pratique des professionnelles en soins favorisent leur rétention et leur développement.

Les travailleuses du communautaire

Les travailleuses au sein du milieu communautaire jouent un rôle majeur dans la santé physique et mentale au Québec. Le milieu est confronté à une hausse de demandes pour pallier aux coupures dans les services publics, ce qui a un impact sur leur santé globale. En plus, ces organismes ont un problème récurrent de financement, ce qui met les travailleuses en situation d'emploi précaire.

On constate une augmentation de la détresse psychologique chez les travailleuses du milieu communautaire.

Afin de prévenir la détérioration de la santé et du bien-être des travailleuses dans le secteur communautaire, afin de participer à l'autonomie économique des femmes, nous demandons au gouvernement de reconnaître l'expertise des organismes communautaires et de les financer adéquatement. Le milieu communautaire étant un secteur d'emploi traditionnellement féminin, il est sous-payé en comparaison aux métiers traditionnellement masculins. Si le gouvernement du Québec veut réellement s'impliquer dans l'atteinte de l'égalité pour les femmes, il doit cesser toute discrimination systémique en finançant adéquatement la mission des organismes communautaires et en reconnaissant leur autonomie.

- Nous recommandons l'arrêt de la sous-traitance par des ententes de services.
- Nous recommandons de prévoir des services de garde en milieu de travail et la rédaction d'une politique de conciliation famille-études-travail

III. ORIENTATION 3 – INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES DANS LA PLANIFICATION NATIONALE, RÉGIONALE ET LOCALE DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nous recommandons au gouvernement de tenir de réelles consultations avec les travailleuses du réseau et du milieu communautaire dans le développement de ses stratégies et plan en matière de santé et bien-être des femmes.

CONCLUSION

Nous espérons que les recommandations de cet avis recevront un accueil favorable de la part du ministère de la Santé et des Services Sociaux. Nous croyons que ces recommandations sont nécessaires pour l'amélioration de la santé globale de toutes les femmes.

Nous vous demandons une réelle consultation des groupes de femmes et de tenir compte des recommandations qu'ils vous formulent. Ces groupes travaillent sur le terrain et sont quotidiennement confrontés aux manques flagrants du système de santé québécois.

Nous espérons recevoir le prochain plan en santé et bien-être des femmes bientôt et, de plus, que son bilan sera réalisé plus rapidement afin d'être à jour dans les problématiques rencontrées par les femmes.

CONCERTACTION FEMMES ESTRIE

ConcertAction femmes Estrie est une table de concertation qui existe depuis 1998 et regroupe 37 membres, tels les centres de femmes, les maisons d'hébergement, les comités femmes, les groupes de femmes à vocation particulière (emploi, dépendance, santé, etc.) et tout autre groupe visant à améliorer les conditions de vie des femmes.

Sa mission

ConcertAction femmes Estrie est une table de concertation régionale féministe qui a pour mission de favoriser la concertation et d'agir sur les questions mettant en jeu les intérêts et les conditions de vie des femmes.

Ses objectifs

- Regrouper, faire connaître et soutenir les groupes de femmes en Estrie.
- Favoriser la concertation entre les groupes de femmes en vue d'actions et de prises de position collectives.
- Maintenir et développer une solidarité régionale et nationale entre les groupes de femmes.
- Travailler à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des femmes et des groupes de femmes dans une perspective féministe.
- Représenter les intérêts des femmes et des groupes de femmes auprès des différentes instances régionales et nationales.

Réalisations récentes

2016	Étude sur les besoins des femmes en situation ou à risque d'itinérance en Estrie
2015	Projet J'éduque à l'égalité
2012	Avis femmes et pauvreté en Estrie
2011-2012	Portrait des besoins et des solutions de conciliation famille-études-travail en Estrie et élaboration d'une stratégie d'action régionale
2010 et 2015	Coordination de la Marche mondiale des femmes en Estrie
2009	Organisation de la Journée régionale d'égalité

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE DÉFENSE DES DROITS DES PERSONNES RETRAITÉES ET PRÉRETRAITÉES, *Inégalités entre les femmes et les hommes face aux risques de la vieillesse*, mémoire, AQDR, 2011, 26 p.

CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE L'ESTRIE, *Plan de développement de l'Estrie 2007-2012*, 2007, 28 p.

CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE L'ESTRIE, *Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale 2011-2015*, 2012, 73 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous en Estrie?*, portrait statistique, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 103 p.

MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE, *L'analyse différenciée selon les sexes*, guide synthèse, Québec, gouvernement du Québec, 2007, 24 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE, Direction générale des politiques (avec la coll. du Secrétariat à la condition féminine), *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait, politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 91 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 55 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, Direction générale adjointe des politiques et de la prospective, *Le Québec mobilisé contre la pauvreté. Profil statistique régional. La région de l'Estrie*, Québec, gouvernement du Québec, 2011, 22 p.

SEERY, Annabelle, *Portrait socioéconomique régional (statistiques) de la région de l'Estrie (région 05). Pour une lecture renouvelée de la pauvreté des femmes dans une perspective d'analyse différenciée selon les sexes (ADS)*, document produit pour le Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec, Centre de recherche sociale appliquée (CRSA), 2011, 41 p.

ST-PIERRE, Marie-Christine, *Synthèse du Portrait des réalités des jeunes de Sherbrooke*, sous la direction de Jean-François Allaire, en collaboration avec Aurélie Marcil et Catherine Larouche, Table de concertation jeunesse de Sherbrooke et Observatoire Estrien du développement des communautés, Sherbrooke, 2011, 48 p.

VIGIE-ESTRIE, *Portrait sur la situation économique des femmes dans les 7 MRC de l'Estrie*, 2011, 57 p.

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL), Joliette. 2014. 18 pages

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBE (FIQ), Mémoire déposé à la commission de la santé et des services sociaux, Projet de loi 70, novembre 2014