

**Point de vue de l'Association québécoise de défense des droits
des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) nationale sur
les enjeux en matière de santé et de bien-être des femmes
(SBEF) dans le cadre de la consultation du plan d'action en
SBEF 2017-2021**

Document rédigé par

Mme Judith Gagnon, présidente de l'AQDR nationale et AQDR Québec

*Mme Carole Rivard Lacroix, vice-présidente de l'AQDR Québec et
membre du comité national sur les Enjeux stratégiques*

Mme Émilie Goulet, chargée de projet à l'AQDR nationale

**Document déposé au ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec le 7 septembre 2017**

Table des matières

Section 1 – Portrait de l'AQDR nationale	3
Section 2 – Nos enjeux et nos droits	4
Section 3 – Déterminants de la santé et du bien-être.....	6
Section 4 – Notre vision des femmes âgées au Québec.....	9
Section 5 – Besoins et enjeux énoncés et ceux proposés.....	13
Section 6 – Pratiques exemplaires	20
Section 7 – Références et autres documents consultés	24

Sigles et acronymes

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
L'APPUI	Appui pour les proches aidants d'aînés
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
EÉSAD	Entreprises d'économie sociale en aide domestique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
QADA	Québec ami des aînés
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RHDCC	Ressources humaines et Développement des compétences Canada
RI	Ressources intermédiaires
RPA	Résidences privées pour aînés
SBEF	Santé et bien-être des femmes
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Section 1 – Portrait de l'AQDR nationale

L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) est un organisme sans but lucratif qui, depuis plus de 35 ans, se consacre à la défense collective des droits des aînés. Forte de ses 25 000 membres, l'Association se distingue par son implication au Québec grâce au travail de ses 43 sections dynamiques et dévouées à la cause. L'AQDR canalise l'ensemble des revendications des personnes aînées de la province et les soumet, en leur nom, aux instances appropriées.

Notre mission

L'AQDR a pour mission la défense collective des droits économiques, politiques, sociaux et culturels des personnes à la retraite ou à la préretraite. Elle porte leur voix sur la place publique, représente leurs droits et agit comme moteur de changement pour l'amélioration de leur qualité de vie. Les activités à portée sociale et politique sont le centre de la programmation annuelle de l'Association.

Notre vision

L'AQDR adhère à une vision dynamique du vieillissement en tant que période de plénitude où les personnes aînées disposent de la capacité à maîtriser leur vie, à évoluer et à s'engager dans leur communauté. L'AQDR assure un rôle de meneur dans la défense des droits des personnes aînées, notamment ceux des plus vulnérables.

Section 2 – Nos enjeux et nos droits

Les personnes âgées sont une force d'avenir. Elles ont la sagesse de leur expérience de vie et contribuent toujours activement à la société sur les plans économique, politique, social et culturel. Ces personnes ont le besoin de s'exprimer et d'être entendues des décideurs pour faire respecter leurs droits et ceux de toutes les personnes âgées. Elles veulent faire connaître leurs idées sur la façon d'améliorer leur qualité de vie.

C'est pour mieux comprendre les problèmes vécus par les personnes âgées et pour y proposer des solutions concrètes que l'AQDR a entrepris un vaste processus de réflexion et de consultation en 2016. L'AQDR a fait appel à des experts externes des différents domaines de vie et à des travailleurs sociaux impliqués dans le milieu. Elle a donné une voix aux personnes âgées en consultant ses membres des différentes régions du Québec et le grand public. Cet exercice a permis de définir quatre enjeux et dix droits^{1, 2} qui couvrent l'essentiel des besoins de la population âgée pour les prochaines années.

Dans une perspective de protection des intérêts des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain, le mouvement AQDR a élaboré une plateforme de revendications pour la période de 2017 à 2020. Mentionnons d'abord que les quatre enjeux visent à : 1) prévenir la pauvreté ; 2) assurer une qualité de vie ; 3) favoriser l'inclusion sociale et ; 4) s'engager dans une démarche de développement durable.

L'enjeu n° 1 vise à situer le bien-être des personnes âgées parmi les plus hautes priorités sociales et gouvernementales dans le but de réduire les inégalités, ce qui est particulièrement vrai chez les femmes âgées. L'AQDR revendique donc un revenu décent (Droit 01). Quant à l'enjeu n° 2, assurer une qualité de vie adéquate, il appert que le bien-être est lié à plusieurs facteurs, dont la santé physique et psychologique. Par conséquent, l'AQDR revendique un logement convenable (Droit 02), des services à domicile accessibles (Droit 03), des services sociaux et de santé publics de qualité (Droit 04), une offre de transport accessible et abordable

¹ AQDR NATIONALE. *Le Cahier des revendications du mouvement AQDR*. Montréal, AQDR nationale, avril 2017, 56 p.

² AQDR NATIONALE. *La Force de l'âge*, « Bien vivre pour mieux vieillir, Une édition spéciale sur les droits des personnes âgées », Montréal, AQDR nationale, vol. 24, no 1, été 2017, 28 p.

(Droit 05) et un milieu de vie sécuritaire (Droit 06). Concernant l'enjeu n° 3, il est primordial de valoriser la capacité des personnes âgées de contribuer à la société afin de leur assurer une vie pleine et entière. Ainsi, l'AQDR revendique une participation sociale et citoyenne à part entière (Droit 07), le plein accès au marché de l'emploi et à la conciliation travail-retraite (Droit 08), ainsi que l'accès à l'éducation et à la culture (Droit 09). Enfin, l'enjeu n° 4, visant à s'engager dans une démarche de développement durable, représente une question de justice intergénérationnelle. Les gouvernements, le secteur privé et les citoyens doivent adopter des pratiques et des politiques cohérentes avec les principes du développement durable. C'est pourquoi l'AQDR revendique un environnement sain et respectueux de la biodiversité (Droit 10).

Ces revendications et la réflexion qui les accompagne présentent les problèmes qui touchent particulièrement les personnes âgées et proposent des solutions à apporter pour que ces dernières puissent bien vivre et mieux vieillir en société. Il importe entre autres de préciser que l'exercice demandé aux membres des différentes sections de l'AQDR ne portait pas sur la différence "homme / femme", mais sur la population âgée en général. Toutefois, à la lumière de ce qui a été recueilli, et selon l'expérience vécue par les responsables des différentes sections AQDR à travers le Québec ainsi que celle expérimentée quotidiennement par l'AQDR Québec avec son programme *Coup de pouce aux aînés* dédié à l'accompagnement des personnes vulnérables, **des observations différenciées selon le sexe confirment des différences majeures.**

Toutefois, avant d'exprimer notre point de vue sur les enjeux en matière de santé et de bien-être des femmes, et plus particulièrement ceux des femmes âgées, nous avons considéré pertinent de nous pencher sur les définitions accordées aux termes "santé" et "bien-être"; d'identifier les déterminants sociaux qui exercent une influence sur ceux-ci; et d'analyser l'impact que de tels déterminants exercent en fonction du genre, soit chez les femmes âgées.

Section 3 – Déterminants de la santé et du bien-être

Définition de la santé et du bien-être

Aujourd'hui, la "santé" ne consiste plus uniquement en une absence de maladie, d'infirmité³ ou de problèmes sociaux⁴. Au Québec, la santé se définit comme « [...] 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 »⁵. Cette définition s'appuie sur une conception dynamique et positive de la santé qui inclut trois dimensions indissociables : la santé physique, la santé mentale et la santé psychosociale⁶. Elle inclut également la notion de bien-être de la personne.

Concernant le "bien-être", des chercheurs canadiens ont défini cette notion comme étant « la poursuite et la satisfaction des aspirations personnelles et l'acquisition et l'exercice de capacités humaines, dans un contexte de reconnaissance mutuelle, d'égalité et d'interdépendance »⁷. Ces auteurs précisent aussi nettement que le bien-être est un état idéal qui est une vision « de l'endroit vers lequel nous nous dirigeons et de ce que nous souhaitons atteindre ». « C'est seulement au fil d'un processus continu de communication, d'apprentissage et d'intervention que l'on peut espérer atteindre le bien-être ». Quant à Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC)⁸, ils définissent implicitement le "bien-être" comme un ensemble de dix aspects ou domaines : l'apprentissage, le travail, le logement, la vie familiale, la participation sociale, les loisirs, la santé, la sécurité, l'environnement et la sécurité financière. La notion de "bien-être" est donc très large et inclusive.

³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Déterminants sociaux de la santé*. [repéré et consulté en ligne le 8 août 2017 : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/]. Ci-après nommé : OMS. *Déterminants sociaux de la santé*.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *La Politique de la santé et du bien-être au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p 11.

⁵ LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1991). Chapitre 42, article 1. [repéré et consulté en ligne à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>].

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025*, Gouvernement du Québec, p. 11. Ci-après nommé : MSSS (2015). *PNSP 2015-2025*.

⁷ HAY, David. Gouvernement du Canada (2011). *Horizons de politiques Canada*. « Qu'est-ce que le « bien-être » ».

⁸ *Ibid.*

Nous observons ici que l'AQDR, dans son exercice de consultation et d'élaboration d'une plateforme de revendications pour la période de 2017 à 2020, a défini 10 droits qui couvrent l'essentiel des besoins de la population âgée et qui rejoignent en grande partie les aspects ou domaines énoncés par RHDCC sur le "bien-être". Rappelons que ces 10 droits revendiqués par l'AQDR sont : 01) un revenu décent; 02) un logement convenable; 03) des services à domicile accessibles et de qualité; 04) des services sociaux et de santé publics de qualité; 05) une offre de transport accessible et abordable; 06) un milieu de vie sécuritaire; 07) une participation sociale et citoyenne à part entière; 08) un plein accès au marché de l'emploi et à la conciliation travail-retraite; 09) un accès à l'éducation et à la culture; 10) un environnement sain et respectueux de la biodiversité.

En tant que mouvement dédié à la défense des droits des personnes préretraitées et retraitées, nous sommes préoccupés – et très conscients – du fait que le Québec devrait enregistrer au cours des prochaines années l'un des taux d'accroissement du nombre d'aînés les plus élevés parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les projections indiquent que la proportion des personnes âgées passera d'environ 23 % en 2025 et à plus de 28 % en 2061⁹. Conséquemment, il importe de considérer les personnes âgées comme une composante majeure de la société et de prendre en compte leurs besoins et réalités qui diffèrent non seulement en fonction de leur âge, mais également selon le genre.

Déterminants sociaux de la santé

Selon que l'on soit un homme ou une femme, notre place en tant qu'individu dans l'échelle sociale exerce une influence sur les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, apprenons, vivons, travaillons et vieillissons. Si l'on ajoute à cela l'inégalité des sexes en termes de ressources, de pouvoirs, de droits, de normes et de valeurs, il va s'en dire que la santé et le bien-être des femmes – dont il est question ici – peuvent être affectés négativement.¹⁰

De manière générale, il est reconnu que la santé d'une personne est influencée par un ensemble de déterminants qui sont en interaction constante, soit : 1) les caractéristiques individuelles, 2) les milieux de vie dans lesquels elle évolue au quotidien, 3) les grands systèmes administrés par l'État et ses partenaires, 4) le contexte global qui influence la vie en société. Ces "déterminants de la santé" sont donc constitués de facteurs personnels, culturels,

⁹ MSSS (2015). *PNSP 2015-2025*, p. 13.

¹⁰ OMS. *Déterminants sociaux de la santé*.

socioéconomiques et environnementaux et ils peuvent être à l'origine d'une maladie, d'un problème psychosocial ou d'un traumatisme. Plus précisément, des facteurs comme l'accès à une alimentation de qualité, le revenu, le logement, le niveau de scolarité, l'emploi, la hiérarchie et la solidarité sociale sont tous des déterminants de la santé et ont une incidence directe ou indirecte sur la santé et le bien-être de la population.^{11, 12} Soulignons à nouveau que ces déterminants de la santé ont de nombreuses similarités avec les 10 droits énoncés par notre mouvement AQDR dans la plateforme de revendications pour permettre à la population aînée de mieux vivre et vieillir en santé, car la santé est un droit fondamental de la personne¹³.

Ainsi, tous les aspects des politiques gouvernementales, dont les finances, l'éducation, le logement, l'emploi et les transports peuvent agir sur la santé et l'équité sanitaire. Il est donc primordial de considérer la santé comme un axe principal dans les politiques et domaines d'intervention gouvernementale de ces secteurs puisqu'ils ont une forte incidence sur la santé et l'équité sanitaire. Cela démontre bien que la santé d'une population ne dépend pas uniquement des soins de santé. De ce fait, les politiques des différents ministères doivent absolument être cohérentes, se compléter et ne pas être contradictoires.¹⁴ De plus, et c'est capital, les statistiques cumulées et analysées au fil des ans établissent clairement que les besoins et réalités propres aux femmes déterminent – différemment des hommes – leur rapport à la santé et au bien-être, ce qui exige d'adapter ou de modifier certains services de santé spécifiques¹⁵. C'est pourquoi une approche active (plutôt que passive) et intégrée à l'égard de la santé, en fonction du genre, doit être adoptée dans le but d'intervenir, par exemple, avant que la maladie ne se déclare¹⁶ pour ainsi atteindre une amélioration globale des déterminants de la santé et du bien-être des femmes et des hommes québécois.

¹¹ KEON, Wilbert Joseph et Lucie PÉPIN, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2009). *Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*. « Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé ». P. 4.

¹² MSSS (2015). *PNSP 2015-2025*.

¹³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Équité*. [repéré et consulté en ligne le 23 août 2017 : <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>].

¹⁴ OMS. *Déterminants sociaux de la santé*.

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015) – Bilan final 2010-2015*, Gouvernement du Québec, p. 1.

¹⁶ KEON, Wilbert Joseph et Lucie PÉPIN (2009). Ouvr. cité, p. 7.

Section 4 – Notre vision des femmes âgées au Québec

L'idée d'égalité entre les hommes et les femmes a grandement progressé depuis une cinquantaine d'années et elle est acquise au sein des sociétés occidentales, dont le Québec. De nombreuses avancées vers une réalité de fait ont été réalisées dans différents domaines. Toutefois, comme le souligne la *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes vers 2021*¹⁷, « cette égalité demeure encore à atteindre et la progression dans plusieurs domaines semble parfois s'essouffler. [...] Ces inégalités concernent notamment la violence faite aux femmes, les stéréotypes sexuels, la faible mixité en formation et en emploi, la difficile conciliation famille-travail-études et la sous-représentation des femmes dans les lieux décisionnels. La santé des femmes est également prise en considération. »¹⁸. À la suite de ce constat gouvernemental, une loi-cadre a d'ailleurs été annoncée pour réaffirmer l'égalité entre les femmes et les hommes comme une valeur fondamentale et intrinsèque à la société québécoise.

À l'AQDR nationale, non seulement partageons-nous ce constat et cette vision du gouvernement québécois, mais nous les appuyons et défendons car nous adhérons au concept de « vieillissement en santé ». Ce concept a été adopté par le gouvernement du Canada en 2001 et a été recommandé comme modèle au gouvernement du Québec en 2008 par un groupe de chercheurs québécois¹⁹. La définition de la santé qui est retenue pour expliciter le concept de *Vieillir en santé* est celle de l'Organisation mondiale de la santé (1986). Il s'agit « d'un état d'équilibre d'une personne à un moment donné, qui s'apprécie notamment par le niveau de bien-être subjectif, par l'exercice des capacités intellectuelles, mentales et physiques ainsi que par la qualité des relations avec le milieu »²⁰.

¹⁷ SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (2017). *Ensemble pour l'égalité – Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, Gouvernement du Québec, 141 p.

¹⁸ *Ibid.* P. VIII.

¹⁹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Gouvernement du Québec, 74 p. Ci-après nommé : ASSS C.-N. et INSPQ (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé*.

²⁰ *Ibid.* P. 39.

Ce modèle conceptuel est devenu le point d’ancrage de la première politique québécoise sur le vieillissement intitulée *Vieillir et Vivre Ensemble, Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*²¹. Il désigne un processus permanent d’optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d’améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie²². Cette notion de « vieillissement en santé » pour toutes les personnes âgées, femmes et hommes, est au cœur de la vision de l’AQDR. Elle va au-delà de la santé physique et elle est inclusive du bien-être tel que défini dans la section précédente par un groupe de chercheurs canadiens²³. L’AQDR reconnaît comme essentielle l’importance de l’exercice continu des capacités humaines et de la participation sociale des personnes âgées pour leur épanouissement personnel tout au long de la vie et le développement durable de la société.

Or, grâce à l’analyse différenciée selon les sexes (ADS) appliquée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) – une pratique à généraliser par tous les ministères, instances gouvernementales et organismes publics, selon nous – il est maintenant formellement établi que « les réalités physiologiques, socio-économiques, culturelles et politiques propres aux femmes marquent leur rapport à la santé et au bien-être »²⁴.

D’ailleurs notre expérience de terrain via nos 42 sections AQDR québécoises, la vaste démarche de consultation que nous avons conduite en 2016 et l’expérience acquise par l’organisme *Coup de pouce* destiné aux aînés vulnérables de la Capitale-Nationale, nous confirment hors de tout doute que d’importantes inégalités sociales de santé caractérisent toujours plusieurs femmes âgées québécoises. Les femmes âgées vivant seules, celles ayant des limitations fonctionnelles, celles souffrant de maladies chroniques, les femmes âgées immigrantes et, plus particulièrement, celles vivant sous le seuil de faible revenu, sont spécifiquement vulnérables. Plusieurs n’ont pas appris à se positionner, à s’exprimer et à s’affirmer dans le cadre de leur trajectoire de vie et elles sont confinées à l’isolement et à la détresse. Il est primordial de tenir compte de ces inégalités sociales et d’agir pour atteindre une égalité de fait et assurer autant aux femmes qu’aux hommes un « vieillissement en santé ». Le troisième plan d’action en santé et bien-être des femmes, pour lequel nous sommes consultés comme association, constitue un

²¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Vieillir et Vivre Ensemble, Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*, Gouvernement du Québec, 202 p.

²² ASSS C.-N. et INSPQ (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé*. P. 31

²³ HAY, David. Gouvernement du Canada (2011). *Ouvr. cité*.

²⁴ SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2017). *Ouvr. cité*, p. 94.

outil important pour y parvenir et c'est pour cette raison que nous sommes reconnaissants de pouvoir y participer.

Nous sommes convaincus qu'il est essentiel d'agir en amont et en aval auprès de l'ensemble de la population comme l'énonce clairement le *Programme national de santé publique 2015-2025*. Nous applaudissons au principe que « la prévention représente un réel investissement pour notre société puisqu'elle contribue à diminuer les dépenses en soins de santé et de services sociaux »²⁵. Nous voulons et réclamons comme personnes âgées le droit, pour chacune et chacun, à un « vieillissement en santé ». Nous partageons l'avis du Ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie lorsqu'ils écrivent que « les écarts de santé entre les moins et les mieux nantis de notre société constituent un enjeu de la plus haute importance, notamment en matière de développement global des enfants et des jeunes, d'habitudes de vie et de maladies chroniques. »²⁶

Oui, « il importe d'agir dès maintenant, et ce, le plus en amont possible des problèmes, pour améliorer la qualité de vie des personnes de tous les âges et de tous les milieux »²⁷. Toutefois, de telles démarches s'avèrent particulièrement complexes en ce qui concerne la population âgée compte tenu du facteur âge. Certains déterminants liés à la trajectoire de vie des personnes âgées ne sont guère modifiables au moment où pourraient se faire des interventions auprès d'elles. Pensons entre autres à la scolarité, à l'emploi et au revenu.

Lorsque nous ciblons spécifiquement les femmes âgées, le défi est encore plus grand, car elles sont particulièrement touchées par la pauvreté. L'absence du travail rémunéré pendant plusieurs années, sinon toute leur vie, pour un certain nombre d'entre elles et leur niveau plus faible de scolarité les placent plus fréquemment que les hommes sous le seuil du faible revenu. Cette situation exerce un impact direct et négatif sur certains autres déterminants de la santé comme les habitudes de vie – dont l'accès à une alimentation de qualité et à de l'activité physique – les conditions de logement, l'accès au transport, la sécurité, l'accès aux services sociaux et de santé et l'accès aux loisirs. L'isolement social est fréquemment la résultante.

²⁵ MSSS (2015). *PNSP 2015-2025*, p. 3.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

De plus, les femmes âgées sont plus touchées par les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale de divers ordres que les hommes. Elles sont 2 fois plus nombreuses à vivre seules après l'âge de 65 ans (39,1 % vs 19,8 %) ²⁸ et celles ayant des incapacités fonctionnelles ²⁹ sont 2 fois plus nombreuses à avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (27,7 % vs 13,3 %) ³⁰. Par ailleurs, les femmes agissent plus fréquemment que les hommes comme "proche aidante", qu'elles soient âgées ou non. Leurs conditions de vie deviennent alors durement touchées, ce qui entraîne un besoin accru d'appui et de soutien.

En résumé, la santé et le bien-être des femmes âgées demeurent un défi de taille à relever, car cela implique, pour un certain nombre d'entre elles, une autonomisation économique difficile à réaliser compte tenu de leurs trajectoires de vie et de leur besoin immédiat et continu d'appui financier, d'accompagnement et de soutien. De plus, comme l'a souligné la vice-première ministre, madame Lise Thériault, dans la *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, « la transversalité de cet enjeu de justice sociale [égalité de droit entre les hommes et les femmes] requiert non seulement l'engagement du gouvernement, mais également celui de l'ensemble des partenaires du milieu. » ³¹. Au delà du "genre", nous tenons toutefois à rappeler que chaque être humain a le droit de « vieillir en santé », et c'est ce que nous réclamons!

²⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*, « Environnement social et familial / Population vivant seule selon l'âge », Gouvernement du Québec. [Site web repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/population-vivant-seule-selon-l-age/>

²⁹ VILLE DE QUÉBEC (2012). *Plan d'action 2012-2015 pour l'accessibilité universelle*, 26 p.

³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*, « Médicaments et services / Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne des personnes âgées ». [Site web repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/besoin-d-aide-pour-les-activites-de-la-vie-quotidienne-des-personnes-agees/>

³¹ SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2017). *Ouvr. cité*, p. IV.

Section 5 – Besoins et enjeux énoncés et ceux proposés

La population du Canada et du Québec vieillit. Le Canada compte pour la première fois plus d'habitants de 65 ans que d'enfants de 0 à 14 ans. Si l'on se base sur les projections démographiques, le pourcentage des Canadiens de 65 ans et plus continuera de grimper. Tel que mentionné à la section 3, nous insistons à nouveau sur la projection qu'en 2025, la proportion des personnes âgées passera d'environ 23 % à plus de 28 % en 2061.³² L'enjeu du vieillissement est donc majeur et doit être pris en compte dans les plans d'action mis en place par les différents paliers de gouvernement.

Dans le projet de *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021*, nous retrouvons des Constats et des Enjeux. En premier lieu, nous commenterons les constats énoncés et les bonifierons d'un volet plus spécifique aux femmes âgées. Nous reprendrons par la suite la même démarche de commentaires pour les enjeux énoncés et proposerons des ajouts plus spécifiques aux femmes âgées.

Principaux constats – Commentaires de l'AQDR

Nous souscrivons à une majorité des constats énoncés dans le document du 14 juin 2017³³, mais tenant compte de notre expérience, nous en soulevons d'autres qui rejoignent particulièrement les âgés et significativement les femmes âgées.

N° 1 – *Les femmes ont une espérance de vie plus élevée.*

Nous sommes d'accord avec ce constat, mais à quel prix cette espérance de vie plus longue : maladies chroniques, problèmes cognitifs, musculo-squelettiques, etc.

³² MSSS (2015). *PNSP 2015-2025*, p. 13.

³³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION, DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ (2017). Présentation PowerPoint « Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021 », Consultation ciblée, Québec, 21 diapositives. Document obtenu par voie électronique le 21 juin 2017.

N° 2 – *Les femmes ont en général de meilleures habitudes de vie que les hommes.*

Pour ce qui est des femmes âgées, il est difficile de les intégrer parfaitement dans ce constat. Nous questionnons le sens accordé aux mots “habitudes de vie” pour toutes ces femmes âgées qui n’ont pas été ou ont peu été sur le marché du travail, et celles qui ont occupé ou occupent toujours des emplois moins rémunérés. Il est clair que les femmes, puisqu’elles investissent davantage dans leur famille, ont de meilleures chances de développer des habitudes de vie plus saines. Par ailleurs, si nous incluons dans la définition des habitudes de vie, la capacité de participer socialement, d’atteindre l’autonomie financière et d’investir les lieux de pouvoir, les femmes âgées – et plusieurs autres de tous les âges – n’ont pas les meilleures habitudes de vie.

N° 3 – *Les tumeurs (cancéreuses) sont le principal groupe de causes de décès chez les femmes et chez les hommes.*

D’ici 2030, la Société canadienne du cancer s’attend à une augmentation du nombre de cas d’environ 35 %. L’augmentation des cas de cancer est principalement due au vieillissement global de la population canadienne.³⁴

N° 4 – *Les problématiques de santé des femmes sont parfois plus présentes chez les femmes de certains groupes vulnérables spécifiques, dont les âgées.*

Nous aimerions ajouter ce qui suit pour bien particulariser les femmes âgées. Comme le nombre de gériatres et de gérontopsychiatres est faible et que l’évaluation gériatrique des âgés se fait habituellement par un médecin généraliste, il serait nécessaire que l’évaluation gériatrique complète devienne un élément obligatoire de l’examen d’une personne âgée.

N° 5 – *Les femmes ont plus recours aux services de santé notamment à cause de leur physiologie et leurs rôles sociaux.*

Nous sommes partiellement en accord avec ce constat. En termes de biologie et de rôle social, il est juste. Il faudrait toutefois le compléter par des éléments qui tiennent davantage compte du

³⁴ LÉVESQUE, Lia (2017). « Près d'un Canadien sur deux aura un cancer au cours de sa vie », *La Presse Canadienne*, publié le 20 juin 2017. [repéré et consulté en ligne le 7 septembre 2017 à : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201706/20/01-5109172-pres-dun-canadien-sur-deux-aura-un-cancer-au-cours-de-sa-vie.php>].

contexte socio-économique des personnes âgées, et plus particulièrement celui des femmes âgées moins fortunées.

N° 6 – *Les femmes constituent l'écrasante majorité des victimes de violence conjugale, d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle.*

Nous sommes parfaitement d'accord avec ce constat. Toutefois, nous ajoutons qu'il faudrait aussi le nuancer et tenir compte de la présence, au Québec, de certaines ethnies ayant des systèmes de valeurs différents de ceux que nous partageons et qui, par leurs pratiques et croyances, contribuent à inférioriser la femme. Dans le cas des femmes âgées de ces groupes, plusieurs d'entre elles entretiennent faussement la croyance en la supériorité masculine et tolèrent des gestes dégradants. Cela est une situation problématique à considérer.

N° 7 – *Les interventions obstétricales sans indication médicale sont en augmentation.*

Ce constat concerne moins les femmes âgées et, ne possédant pas d'information pertinente à ce sujet, nous ne pouvons pas commenter.

N° 8 – *Les problèmes de santé mentale sont plus prévalents chez les femmes.*

Nous sommes d'accord avec ce constat qui s'applique, particulièrement aux femmes âgées.

Constats additionnels proposés par l'AQDR

Plus globalement, en qualité de représentants des personnes âgées, nous aimerions retrouver les constats suivants :

- Le vieillissement de la population au Canada constitue un des impératifs stratégiques les plus présents de notre époque qui a et aura un effet énorme sur les soins de santé, les services sociaux et l'économie. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est de 19,7 % chez les femmes et de 16,4 % chez les hommes. Par ailleurs, les femmes âgées de 75 ans et plus représentent près de 60 % de cette population.³⁵
- Les femmes âgées constituent la majorité des victimes d'intimidation, d'abus et de maltraitance.

³⁵ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2016). *Démographie – Le bilan démographique du Québec*, Gouvernement du Québec, p 25.

- Les femmes âgées sont les plus pauvres quoique l'écart s'amenuise en fonction des groupes d'âges. Dans le groupe des 55-64 ans, le revenu disponible des femmes représente 63 % de celui des hommes, chez les 65-74 ans, il représente 65 % et 80 % chez le groupe des 75 ans et plus. Cette diminution découle essentiellement du fait que le revenu disponible moyen diminue progressivement avec l'âge chez les hommes.³⁶ Cela vient entre autres compromettre l'accès à certains services de santé essentiels, dont l'achat de médicaments non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les soins dentaires.

PRINCIPAUX ENJEUX

Enjeux transversaux – Commentaires de l'AQDR

Les deux enjeux transversaux nommés sont importants et pertinents pour les femmes âgées, soit la prise en compte du genre dans les politiques et des inégalités sociales de santé.

Enjeux spécifiques – Commentaires de l'AQDR et propositions additionnelles

N° 1 – *Accès aux services de santé et sociaux.*

Nous souscrivons à cet enjeu en ajoutant certains éléments que nous retrouvons dans notre Cahier de revendications, Droit 04 – Le droit à des services sociaux et à des services de santé publics et de qualité.

Le descriptif de cet enjeu, qui intègre la *Première ligne*, devrait comprendre les éléments qui suivent.

- Investir dans les programmes de prévention pour favoriser un vieillissement en santé afin de limiter les problématiques physiques, psychosociales et assurer la promotion de tels programmes.
- Développer et mettre en œuvre des modèles de prestations de services de santé intégrés et interdisciplinaires pour les personnes âgées, ce qui implique ce qui suit.
 - *Première ligne* efficace :

³⁶ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Condition de vie et bien-être – Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : Portrait des Québécoises et des Québécois de 55 ans et plus vivant en logement privé*, Gouvernement du Québec, p 23.

- donner un accès facilité aux aînés qui n'ont pas de médecin de famille;
- redonner le statut de patient vulnérable aux personnes de 70 ans et plus dans la liste de la RAMQ et établir un quota minimal de ce type de patients par médecin;
- prioriser les personnes âgées de 70 ans et plus dans les guichets d'accès aux médecins de famille.
- Assurer la continuité des soins de santé et des services sociaux des trois lignes professionnelles existantes tout en assurant la disponibilité des soins à domicile.
- Former les soignants (médecins, infirmiers, préposés) sur les besoins cliniques des patients âgés.
- Favoriser la création d'un programme entièrement public d'assurance médicaments.
- Reconnaître l'apport important des proches aidants dans le système de santé et assurer une aide financière plus importante.
- Reconnaître l'importance d'un hébergement adéquat et en assurer la présence pour les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite qui ont besoin d'une prise en charge temporaire ou permanente.
- Augmenter et protéger le financement public des services sociaux et de santé partout au Québec.

Périnatalité. Nous souscrivons à cet enjeu bien qu'il ne concerne pas directement les femmes aînées.

Soins à domicile. Cet enjeu se retrouve dans le Droit 03 de notre Cahier de revendications – Le droit à des services à domicile accessibles et de qualité. Le descriptif de cet enjeu devrait comprendre les éléments qui suivent.

- Augmenter et protéger le financement public des activités dédiées aux soins et services à domicile ainsi qu'aux activités de répit pour éviter l'épuisement des proches aidants qui sont en général des femmes.
- Établir des critères d'admissibilité au niveau provincial pour assurer une équité d'accès au programme de *Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*.
- Mieux outiller les propriétaires de résidences à but lucratif en leur offrant de la formation et la mise à jour du personnel afin d'optimiser et de bonifier leurs compétences professionnelles nécessaires à la réalisation de soins de qualité.
- S'assurer de la qualité et de la continuité des soins et services dans l'application de l'offre proposée par les propriétaires de résidences privées pour aînés.

- Offrir aux proches aidants une liste de ressources leur permettant d’obtenir un répit de courte durée de leurs obligations auprès de la personne aidée.

N° 2 – *Médicalisation de la santé reproductive.*

Nous souscrivons à cet enjeu bien qu’il ne concerne pas directement les femmes âgées.

N° 3 – *Lutte contre les principaux cancers féminins.*

Nous souscrivons à cet enjeu.

N° 4 – *Prise en compte améliorée des problèmes de santé mentale chez les femmes (plus présents que chez les hommes).*

Nous souscrivons totalement à cet enjeu en ajoutant deux éléments spécifiques pour les femmes âgées :

- offrir un accompagnement personnalisé aux âgées qui ont besoin de support afin de leur permettre de conserver le plus longtemps possible leur autonomie ;
- améliorer les trajectoires de services entre les diverses ressources qui apportent du support et de l’accompagnement à ces âgées.

N° 5 – *État de santé et bien-être des travailleuses notamment du réseau.*

Nous souscrivons à cet enjeu, mais nous pensons important d’inclure dans ce groupe de personnes les femmes qui travaillent dans les résidences privées pour âgés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les entreprises d’économie sociale en aide domestique (EÉSAD) et les coopératives de services. Cet item inclut les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposées aux bénéficiaires. Elles contribuent grandement au mieux-être de femmes âgées et leur contribution est essentielle. Nous proposons les actions qui suivent.

- Reconnaître l’apport important de ces travailleuses.
- Adapter leurs conditions de travail en lien avec les exigences de ce travail.

Pour conclure...

Nous croyons important que le MSSS, en tant que mandataire à la santé des Québécoises et Québécois de tous les âges – dont bien sûr les personnes âgées – soit celui qui énonce clairement dans ses documents et messages l'importance à accorder à chacun des déterminants sociaux de la santé tels que reconnus par l'OMS, et particulièrement celui des conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus, car elles déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.

Nous rappelons, en ce sens, l'importance de tous les Droits revendiqués par l'AQDR que nous avons énoncés précédemment. Ils s'appuient sur les déterminants sociaux de la santé qui vont permettre le mieux-être des personnes âgées. Ce sont des enjeux à prendre en considération dans le *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021*.

Section 6 – Pratiques exemplaires

Nous avons centré notre attention sur une pratique de l'AQDR Québec dont nous connaissons le fonctionnement et pour laquelle nous avons été en mesure d'évaluer l'impact réel. Elle nous apparaît aussi en lien avec le *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021*.

Pratiques exemplaires de l'AQDR Québec

Coup de pouce aux aînés – Centre d'aide et d'accompagnement aux aînés vulnérables

Le projet Coup de pouce aux aînés de l'AQDR Québec constitue une pratique innovante à maintenir, développer et financer d'une façon récurrente. Vous trouverez une description complète du programme avec témoignages à l'appui sur le site Internet de l'AQDR Québec au www.aqdr-quebec.org.

Historique du programme

En juillet 2010, l'AQDR Québec ajoute à ses activités de défense collective des droits, conférences, consultations, sensibilisation et mobilisation, un service d'aide et d'accompagnement aux aînés qui ont besoin d'un coup de pouce individuel pour pouvoir conserver leur autonomie.

Les services dispensés sont gratuits. Ce sont des services d'information juridique et de soutien administratif notamment pour aider les aînés à trouver de l'information, la vulgariser, compléter des formulaires, rechercher des ressources et les référer. Des services psychosociaux sont aussi offerts aux personnes âgées qui ont besoin d'un soutien particulier à ce niveau. Les qualificatifs du service sont les suivants : simple, accessible, rapide, confidentiel, équitable, rigoureux et respectueux.

L'AQDR Québec, ayant des valeurs axées sur l'importance de faire participer des jeunes au mieux-être des aînés, priorise l'engagement de jeunes étudiants des facultés de droit, de psychoéducation et de communication de l'Université Laval supervisés par des professionnels des domaines concernés. Depuis 2011, l'AQDR Québec constitue un milieu de stage reconnu dans ces disciplines.

Les demandes de services adressées à l'AQDR sont maintenant continues. L'organisme est devenu une référence et l'AQDR Québec a pris sa place à titre de service d'accompagnement de qualité pour les aînés vulnérables dans la région de la Capitale-Nationale. Bien plus, des aînés de plusieurs régions du Québec font maintenant appel au service *Coup de pouce* pour de l'aide. Le volume de demandes devient de plus en plus imposant. Certains cas nécessitent la consultation de plusieurs ressources : services administratifs, juridiques et psychosociaux.

De juillet 2010 à mai 2017, le nombre total de demandes s'élève à 3093. De ce nombre, **71% sont des femmes aînées**, ce qui démontre clairement la vulnérabilité et le besoin d'accompagnement d'une catégorie importante de femmes aînées.

À titre d'exemple, pour l'année 2017, nos statistiques de consultation sont les suivantes :

- 70 % des demandes proviennent d'aînés et/ou de leurs représentants vivant à domicile;
- 88 % des demandes proviennent des résidents de la Ville de Québec;
- 62 % des demandeurs présentent des particularités dans leur comportement (détresse psychologique, anxiété);
- 28 % des demandeurs ayant un handicap physique sont référés par des organismes du milieu;
- 67 % des demandes sont reliées au secteur privé : hébergement privé, harcèlement psychologique, logement et consommation;
- 69 % des demandeurs ont besoin d'accompagnement dans leur démarche;
- 86 % des demandeurs qui ont besoin d'aide dans leurs démarches obtiennent un règlement total ou partiel de leur situation;
- 40 % des demandes proviennent de travailleurs sociaux qui ont besoin d'aide pour fournir un accompagnement psychosocial plus complet;
- 78 % des demandes proviennent d'aînés isolés sans réseau capable de les aider à maintenir leur autonomie.

Résultats

Progressivement, l'AQDR Québec arrive à une définition et à une articulation d'un service d'accompagnement administratif. L'expérience et l'expertise développées nous permettent de comprendre les besoins des personnes aînées et de définir la portée et les limites de nos interventions.

L'impact de ce service est donc majeur. Plusieurs aînés ont besoin d'un accompagnement soutenu pour conserver leur autonomie. Les lignes d'écoute ne suffisent pas et aucun service gouvernemental d'accompagnement pour les aînés plus vulnérables n'est offert. Souvent, il faut suivre la personne aînée étape par étape, tout au long du processus. Plusieurs fois, les aînés nous demandent de nouveau de l'aide pour d'autres problèmes. La ligne est mince entre l'autonomie et la dépendance.

Enjeux

Actuellement, ce service est financé dans le cadre du programme *Québec ami des aînés* (QADA) jusqu'à avril 2018. L'AQDR Québec a besoin d'un financement récurrent pour continuer d'offrir ce service individualisé aux aînés vulnérables et à leurs représentants. Au niveau psychosocial, un protocole d'intervention de courte durée a été élaboré, lequel permet de structurer davantage les services aux aînés. L'enjeu en est un de financement récurrent. Le service a fait ses preuves et son déploiement dans la Capitale-Nationale et dans d'autres régions du Québec devrait être appuyé par le gouvernement québécois.

Pratiques exemplaires des autres sections AQDR³⁷

Les pratiques exemplaires qui suivent s'appliquent aux personnes aînées souvent plus vulnérables, dont plusieurs sont des femmes selon nos responsables de sections.

Plusieurs sections AQDR font appel à des travailleurs de milieux, ce qui leur permet de repérer les aînés isolés et de les référer aux ressources existantes : Québec, St-Michel, Val d'Or, Des Moulins, Valleyfield-Suroît.

Plusieurs sections AQDR réalisent de beaux projets visant à lutter contre l'intimidation, l'abus et la maltraitance : Rouyn-Noranda, Lévis-Rive-Sud, Alma, Mékinac, Rivière-du-Loup, etc.

³⁷ AQDR NATIONALE. *Document de travail interne*. « Compilation des grilles de chaque Section de l'AQDR nationale pour les 10 droits énoncés en vue de constituer un cahier de revendications ». Québec, AQDR nationale. Document élaboré d'octobre 2016 à mars 2017. 150 p.

L'AQDR Chicoutimi offre des services de répit aux aînés dans le cadre de subventions de L'APPUI (Appui pour les proches aidants d'aînés). L'organisme des « Aidants naturels », dans la région de L'AQDR Mékinac, permet d'offrir un répit à plusieurs personnes qui en font la demande.

L'AQDR Valleyfield-Suroît fournit des services de support individuel en accompagnement et référence pour les personnes aînées.

L'AQDR Mékinac est une section très proactive. Par exemple, plusieurs problèmes présents dans la collectivité ont généré la création de plusieurs organismes de support bénévole dans cette région de la Mauricie. Ces groupes communautaires autonomes sont nés de l'initiative des gens du milieu qui ont voulu se donner un moyen alternatif de répondre à leurs besoins, de travailler collectivement à l'amélioration des conditions de vie, et lutter contre l'exclusion, la pauvreté et les inégalités sociales. L'enracinement de ces groupes dans leur milieu est démontré par l'implication de près de 800 bénévoles au sein des organismes de Mékinac, totalisant plus de 37 505 heures de bénévolat.

Voilà seulement quelques exemples de pratiques exemplaires mises en place par certaines sections AQDR. Nous en possédons une liste complète qu'il nous fera plaisir de présenter d'une manière beaucoup plus détaillée en terme de fonctionnement et de résultats obtenus si vous nous en manifestez l'intérêt.

Section 7 – Références et autres documents consultés

© AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Gouvernement du Québec, 74 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 28 août 2017 à https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/860_perspectivevieillissementsante_27nov.pdf].

AQDR NATIONALE. *La Force de l'âge*, « Bien vivre pour mieux vieillir, Une édition spéciale sur les droits des personnes âgées », Montréal, AQDR nationale, vol. 24, no 1, Été 2017, 28 p.

© AQDR NATIONALE. *Le Cahier des revendications du mouvement AQDR*. Montréal, AQDR nationale, Avril 2017, 56 p.

AQDR NATIONALE. *Document de travail interne*. « Compilation des grilles de chaque Section de l'AQDR nationale pour les 10 droits énoncés en vue de constituer un cahier de revendications ». Québec, AQDR nationale. Document élaboré d'octobre 2016 à mars 2017. 150 p.

HAY, David. Gouvernement du Canada (2011). *Horizons de politiques Canada*. « Qu'est-ce que le « bien-être » ». [Document PDF repéré et consulté en ligne le 9 août 2017 à <http://www.horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/2011-0086-fra.pdf>].

© INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2016). *Démographie – Le bilan démographique du Québec*, Gouvernement du Québec, 171 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 7 septembre 2017 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>].

© INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Condition de vie et bien-être – Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : Portrait des Québécoises et des Québécois de 55 ans et plus vivant en logement privé*, Gouvernement du Québec, 124 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 7 septembre 2017 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu-faible-revenu-2013.pdf>].

KEON, Wilbert Joseph et Lucie PÉPIN, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2009). *Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations*. « Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé ». P. 1 à 17. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 9 août 2017 à <http://www.macsnb.ca/vitrine/document/48/file/rephealth1jun09-f.pdf>.

LÉVESQUE, Lia (2017). « Près d'un Canadien sur deux aura un cancer au cours de sa vie », *La Presse Canadienne*, publié le 20 juin 2017. [repéré et consulté en ligne le 7 septembre 2017 à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201706/20/01-5109172-pres-dun-canadien-sur-deux-aura-un-cancer-au-cours-de-sa-vie.php>.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1991). Chapitre 42, article 1. [repéré et consulté en ligne à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>.

© MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Vieillir et Vivre Ensemble, Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*, Gouvernement du Québec, 202 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 29 août 2017 à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION, DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ (2017). Présentation PowerPoint « Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021 », Consultation ciblée, Québec, 21 diapositives. Document obtenu par voie électronique le 21 juin 2017.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015) – Bilan final 2010-2015*, Gouvernement du Québec, 52 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-730-01W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, Gouvernement du Québec, 85 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *La Politique de la santé et du bien-être au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p 1 à 13. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1992/92_713.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*, Gouvernement du Québec. [Site web repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déterminants sociaux de la santé*. [repéré et consulté en ligne le 8 août 2017 à http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Équité*. [repéré et consulté en ligne le 23 août 2017 à <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>.

© Secrétariat à la condition féminine (2017). *Ensemble pour l'égalité – Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021*, Gouvernement du Québec, 141 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à http://scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Strategie_Egalite/strategie-egalite-2021.pdf.

VILLE DE QUÉBEC (2012). Plan d'action 2012-2015 pour l'accessibilité universelle, 26 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 29 août 2017 à https://www.ville.quebec.qc.ca/publications/docs_ville/PlandAction_accessibilite_2012_2015.pdf.

Autres documents consultés :

CHAPPELLON, Ségolène. Revue *Actualité et dossier en santé publique*, Dossier Recherche d'information et banques de données, section International. « La Politique de la santé et du bien-être Québec, juin 1992 ». N° 2, mars 1993, p. 6 à 8. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=24>.

© INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement : méthodologie et description de la population visée – Volume 1*, Gouvernement du Québec, 73 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-metho.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020* (mis à jour en 2016), Gouvernement du Québec, 24 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Gouvernement du Québec, 112 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement (PASM 2015-2020)*, Gouvernement du Québec, 79 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 4 septembre 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*, Gouvernement du Québec, 57 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 4 septembre 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Bilan des objectifs ministériels et de la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes 2002-2007*, Gouvernement du Québec, 109 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-730-05F.pdf>.

© MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Gouvernement du Québec, 60 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-403-01.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Régions sociosanitaires du Québec*, Gouvernement du Québec. [Site web repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions.php>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'OMS : ses principes*. [repéré et consulté en ligne le 9 août 2017 à <http://www.who.int/about/mission/fr/>].

RIVARD LACROIX, Carole (2017). *Points de vue transmis par l'AQDR lors du temps alloué à chaque organisme présent pour exprimer leurs besoins et enjeux en matière de santé et de bien-être des femmes dans le cadre de la consultation du 14 juin 2017 pour le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2017-2021*, Québec, 2 p.

SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2015). *Bilan de la mise en œuvre du plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Gouvernement du Québec, 24 p. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 4 septembre 2017 à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/ADS/Bilan_ADS-2011-15.pdf].

SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE. Dépliant *L'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales et dans celles des instances locales et régionales*, Gouvernement du Québec. [Document PDF repéré et consulté en ligne le 19 août 2017 à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/ADS/ads_depliant2007-10.pdf].