



AU FÉMININ...
À L'ÉCOUTE DE NOS BESOINS

Bilan final

2010-2015

Plan d'action

en santé et bien-être des femmes
2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015)

Coordination et rédaction

Mawuto Toulan

Direction de la planification et des orientations stratégiques

Collaboration

Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)

et centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)

Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité

Direction générale du personnel réseau et ministériel

Direction générale de cancérologie

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle

Direction générale de la santé publique

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Direction générale des services sociaux

Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille

Veillez noter que le présent document a fait l'objet d'une rédaction épïcène.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-72887-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Les résultats décrits dans le présent bilan n'auraient pu être atteints sans le précieux apport des directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des partenaires communautaires.

La Direction de la planification et des orientations stratégiques (DPOS) de la Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité (DGPEQ) tient à exprimer toute sa gratitude aux femmes et aux hommes qui ont contribué et continuent de contribuer, chacune et chacun selon ses compétences, à l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécoises.

La DPOS remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur inestimable contribution à la rédaction et à la validation de ce bilan.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité (DGPEQ)

Michel Lavallée, Mathilde Roy et Geneviève Landry

Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)

Robert Cloutier, Manon Paquin et Mélanie Rainville

Direction générale de cancérologie (DGC)

Sylvie Poirier, France Paquette et Élise Cabanne

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle (DGCRM)

Michèle Domingue et Marie-Pierre Bérubé

Direction générale de la santé publique (DGSP)

Amélie Samson, Nadia Campanelli, Carmen Baciu, Stéphane Ruel, Hélène Gagnon, Albert Daveluy, Marie-Pier Parent, Sylvie Morency, Marion Schnebelen, Daniel Villeneuve, Caroline Caux, Pierre Patry, Christine Pakenham, Lise Guérard et Julie Soucy

Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU)

Sabrina Fortin, France Gagnon, Sophie Bélanger et Josée Lepage

Direction générale des services sociaux (DGSS)

Annie Robitaille, Bahar Tuncay, Chantal Labrecque, Émilie Rochette, Marie-Krystine Beauregard, Sonia Morin, Annie Cotton, Danielle Benoit, Hélène Garon, Daniel Garneau, Lynne Duguay et Natalie Rosebush

Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille

Sabrina Marino

AVANT-PROPOS

Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 — *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, découle des Objectifs ministériels en santé et bien-être des femmes¹ et vise l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises.

Le Plan d'action a fait l'objet d'un bilan de mi-parcours en juin 2013². Le MSSS y a mis en évidence les résultats obtenus au 31 mars 2012 et, dans certains cas, les investissements consentis.

Le présent bilan des réalisations ministérielles en matière de santé et de bien-être des femmes couvre la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. En conséquence, il désigne les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, mais également les différents ministères et organismes, sous leur dénomination et selon leur mission en date du 31 mars 2015.

Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes ciblant les besoins des femmes, mais également ceux de différents sous-groupes de femmes et ayant un lien avec plusieurs autres engagements gouvernementaux³, les résultats obtenus en matière de santé et de bien-être des femmes sont nombreux et diversifiés.

Le choix a donc été fait d'en présenter les principaux; des liens indiqués dans le document permettent néanmoins d'obtenir de l'information plus approfondie, au besoin.

Il est également utile de mentionner que plusieurs réalisations de ce plan visent uniquement et spécifiquement les femmes, notamment les réalisations en matière de cancer du sein, du col utérin et d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

D'autres réalisations, par contre, sont plus générales, mais permettent de combler les besoins des femmes, lesquelles sont souvent majoritaires parmi les clientèles visées par ces interventions (vieillesse, aide aux proches, maladies chroniques, pauvreté et exclusion sociale, etc.). Dans le cas de ces réalisations générales, le MSSS s'est efforcé, dans la mesure du possible, de prendre en compte les besoins spécifiques des femmes.

¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2002, 60 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-403-01.pdf>

² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan 2010-2012 — Plan d'action en santé et bien-être des femmes — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2013, 94 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-730-01W.pdf>

³ La liste des principaux plans d'action, programmes, stratégies, politiques, etc. en lien avec le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015) est présentée en annexe.

FAITS SAILLANTS

Orientation I Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être

- Création, en 2012, du site *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe* du MSSS.

Orientation II Adapter des soins de santé et des services sociaux aux besoins des Québécoises

Analyse différenciée selon les sexes (ADS)

- Application de l'ADS à l'élaboration et à la mise en œuvre de plusieurs projets structurants, notamment la politique nationale de lutte contre l'itinérance, intitulée *Ensemble pour éviter la rue et en sortir*, et son plan d'action.

Diversités culturelles

- Mise en œuvre d'activités visant les femmes immigrantes et des communautés culturelles en matière de périnatalité et de violence;
- Production et diffusion, en 2010, du document intitulé *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation ou à risque de l'être — État de situation et recommandations*.

Réalités autochtones

- Mise en œuvre d'activités ciblant les femmes autochtones en matière de périnatalité, de violence et d'itinérance;
- Réalisation de la recherche intitulée *La violence conjugale et les femmes autochtones au Québec — État des lieux et des interventions*.

Limitations fonctionnelles

- Mise en œuvre de projets visant les femmes ayant des limitations fonctionnelles en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle et documentation de leur situation;
- Production et diffusion de plus de 50 000 copies, du dépliant d'information intitulé *Les agressions sexuelles contre les personnes handicapées existent et marquent profondément*.

Pauvreté et exclusion sociale

- Poursuite du soutien aux femmes et aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment par l'entremise des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et des programmes en matière de sécurité alimentaire.

Orientations sexuelles

- Prise en compte des besoins des femmes des minorités sexuelles dans le plan d'action gouvernemental (PAG) sur l'homophobie;

- Formation de 4 071 intervenantes et intervenants dans le contexte des programmes nationaux de formation qui visent l'adaptation des services publics aux réalités des personnes de minorités sexuelles.

Habitudes de vie

- Promotion d'une image corporelle saine et diversifiée chez les filles et les femmes, notamment par la sensibilisation aux dangers des produits, des services et des moyens amaigrissants (PSMA);
- Adoption, en juin 2012, de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel;
- Diffusion de plus de 75 000 exemplaires en français et de 5 000 exemplaires en anglais de la brochure intitulée *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée!*

Sexualité saine et responsable

- Poursuite des activités en matière d'offre de counseling sur la sexualité auprès des jeunes et mise en ligne, en 2014, du site *Mosaik*, qui présente plus de 75 outils en matière d'éducation à la sexualité.

Santé physique

- Diffusion, à l'automne 2013, de la nouvelle brochure intitulée *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision*;
- Diffusion, en 2011, des nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui précisent que le dépistage par test Pap peut être offert tous les deux ou trois ans aux femmes âgées de 21 à 65 ans.

Santé mentale

- Production et diffusion, par le MSSS, de guides de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide et implantation de réseaux de sentinelles dans plusieurs milieux communautaires et institutionnels;
- Diffusion de plus de 4 700 trousseaux d'autoformation *Grossesse — Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*, dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Périnatalité

- Ajout de 48 sages-femmes, en équivalent temps complet (ETC), dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours de la période 2010-2015;
- Annonce officielle, en juin 2014, du Tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP);
- Augmentation du pourcentage total de prise en charge des femmes enceintes au premier trimestre, soit 84 % en 2013-2014, comparativement à 80 % en 2009-2010.

Violence conjugale et sexuelle

- Mise en œuvre des engagements du MSSS en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle;

- Près de 51,6 M\$ consacrés à la réalisation des mesures du MSSS inscrites dans le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009 (prolongé jusqu'en 2012).

Vieillesse et aide aux proches

- Documentation de la situation des personnes âgées et de leurs proches, en plus de la poursuite et de la bonification des services destinés à ces clientèles;
- En 2014-2015, près de 7,5 millions d'heures de services de soutien à domicile de longue durée, rendus aux personnes âgées, soit une augmentation de 71,9 % par rapport à 2009-2010;
- Adoption, en 2013, du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés, afin notamment de resserrer la sécurité, l'encadrement clinique et la qualité des services.

Travailleuses du réseau

- Suivi périodique de la santé et du mieux-être du personnel du réseau, notamment par l'analyse des données du ratio d'heures en assurance salaire (RHAS), disponibles selon le sexe;
- Suivi de la progression de la féminisation de la médecine : en 2011, pour la première fois dans l'histoire de la médecine moderne au Québec, les médecins de famille (omnipraticiens) sont majoritairement de sexe féminin (51 %).

Orientation III Intégrer les besoins des femmes dans la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux

Coordination et concertation au MSSS et dans le réseau

- Signature, par les agences, de neuf ententes régionales en matière d'égalité pour la période 2011-2015, comparativement à quatre ententes pour la période 2007-2010;
- Lancement, en novembre 2011, du cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Pour guider l'action — Portrait de santé du Québec et de ses régions*, dont la majorité des données et des analyses est différenciée selon le sexe.

Concertation avec les partenaires

- Collaboration du MSSS à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures dans plusieurs plans d'action ayant un rapport avec l'égalité entre les femmes et les hommes, dont le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes, le Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes, le Plan d'action interministériel pour la progression des Québécoises en sciences et technologies, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale, le Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. ORIENTATION 1 – AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DES BESOINS DES QUÉBÉCOISES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	3
II. ORIENTATION 2 – ADAPTER DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX BESOINS DES QUÉBÉCOISES.....	4
II. 1 L'analyse différenciée selon les sexes (ADS)	4
II. 2 Les diversités culturelles.....	6
II. 3 Les réalités autochtones	10
II. 4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences	12
II. 5 La pauvreté et l'exclusion sociale.....	13
II. 6 Les orientations sexuelles	15
II. 7 Les habitudes de vie.....	16
II. 8 La sexualité saine et responsable	20
II. 9 La santé physique.....	22
II. 10 La santé mentale	28
II. 11 La périnatalité	30
II. 12 La violence conjugale et sexuelle.....	33
II. 13 L'exploitation sexuelle	35
II. 14 Le vieillissement.....	35
II. 15 L'aide aux proches.....	39
II. 16 Les travailleuses du réseau	41
III. ORIENTATION 3 – INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES DANS LA PLANIFICATION NATIONALE, RÉGIONALE ET LOCALE DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	43
II. 1 La coordination et la concertation au MSSS et dans le réseau	43
II. 2 La concertation avec les partenaires	44
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXE	52

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADS : Analyse différenciée selon les sexes

CMS : Centre médical spécialisé

CMQ : Collège des médecins du Québec

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

EQLAV : Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement

GMF : Groupe de médecine de famille

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGBT : lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels et transgenres

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PAG : Plan d'action gouvernemental

PMS : Personnes de minorités sexuelles

PMSD : Programme Pour une maternité sans danger

PNSP : Programme national de santé publique

PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein

PSMA : Produits, services et moyens amaigrissants

PSOC : Programme de soutien aux organismes communautaires

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

SDA : Supervision des droits d'accès

SIDEP : Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

TMS : Troubles musculosquelettiques

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPH : Virus du papillome humain

INTRODUCTION

L'espérance de vie des Québécoises est aujourd'hui l'une des plus élevées au monde et les femmes du Québec ne peuvent que s'en réjouir. Cependant, aussi importante soit-elle, l'espérance de vie ne peut à elle seule traduire de façon exhaustive l'état de santé et de bien-être d'un groupe ou d'une population.

Au fil des ans, le MSSS a clairement reconnu l'influence des conditions de vie des Québécoises et des Québécois sur leur santé et leur bien-être. Les réalités physiologiques, socioéconomiques, politiques, culturelles, entre autres, qui sont propres aux femmes, marquent leur rapport à la santé et au bien-être. Par exemple, quel que soit leur âge, les femmes sont les premières responsables des soins à donner aux membres de leur famille et elles subissent les conséquences de ces responsabilités, notamment en matière de santé mentale et physique.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir notamment de détresse psychologique, des principaux problèmes de santé chronique et de limitations fonctionnelles. Elles sont également majoritaires parmi les victimes de violence conjugale, d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle. Par ailleurs, la physiologie des femmes commande certains services de santé spécifiques ou adaptés.

Conscient de la nécessaire prise en compte des besoins des femmes et de l'adaptation des services à leurs réalités, le MSSS a élaboré et mis en œuvre le deuxième plan d'action⁴ relatif aux orientations ministérielles suivantes en matière de santé et de bien-être des femmes :

- I Améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être
- II Adapter des soins et des services aux besoins des femmes
- III Intégrer les besoins des femmes dans la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux.

Au total, 80 engagements découlent de ce plan, dont 1 engagement principal concerne la première orientation, 74 engagements concernent la deuxième et 5 engagements concernent la troisième et dernière orientation.

⁴ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2010, 61pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-730-01.pdf>

Les pages qui suivent rendent compte des réalisations ministérielles dans les différents domaines d'intervention suivants, au cours des cinq dernières années : analyse différenciée selon les sexes (ADS), diversité culturelle, réalités autochtones, limitations fonctionnelles, pauvreté et exclusion sociale, orientation sexuelle, habitudes de vie, sexualité saine et responsable, santé physique, santé mentale, périnatalité, violence conjugale et sexuelle, exploitation sexuelle, vieillissement, aide aux proches, travail dans le réseau, coordination et concertation au MSSS et dans le réseau et concertation avec les partenaires.

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

Les problématiques de santé et de bien-être des femmes évoluent dans le temps et dans un contexte politique, économique, social, culturel et environnemental, notamment. Le MSSS estime qu'il est essentiel d'améliorer de façon continue sa connaissance des besoins des femmes. À cette fin, le MSSS a pris et réalisé l'engagement suivant relativement à cette orientation :

Mesure 1 - Créer, dans le site Internet du MSSS, une section qui présentera, sous une forme dynamique et actualisée, les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé et de bien-être des Québécoises, en prenant en considération les déterminants qui influent sur cet état

En janvier 2012, le MSSS a mis en ligne son site Internet *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*,⁵ qui présentait 175 indicateurs ventilés selon le sexe.

En juin 2014, un volet régional a été ajouté au site, qui s'est enrichi de 49 indicateurs ventilés selon le sexe, de même que selon les régions sociosanitaires. Ces données sont présentées dans les 6 sections suivantes :

- Démographie
- Caractéristiques et conditions de vie
- Habitudes de vie et comportements préventifs
- État de santé et de bien-être
- Médicaments et services
- Milieu de travail et santé

L'information que fournit le site est utile à une meilleure connaissance des diverses caractéristiques de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois et de leurs déterminants.

Par ailleurs, certaines études et enquêtes réalisées ou commanditées par le MSSS permettent également d'approfondir la connaissance des besoins des femmes en matière de santé et de bien-être. Elles sont mentionnées dans les sections pertinentes de ce bilan.

⁵ <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre>, consulté le 15 janvier 2015

II. ORIENTATION 2 – ADAPTER DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX BESOINS DES QUÉBÉCOISES

Depuis plusieurs années, des efforts particuliers ont permis d'améliorer les services destinés aux femmes et de mieux les adapter aux réalités et aux besoins de celles-ci. L'adaptation des soins et des services concerne l'ensemble des femmes ou, dans certains cas, certaines d'entre elles de façon spécifique. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) contribue notamment à cette adaptation.

En plus de la promotion de l'ADS, cette orientation a permis d'adapter les soins et les services aux besoins des femmes des communautés culturelles, des femmes autochtones, des femmes ayant des limitations fonctionnelles, des femmes vivant en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, des femmes des minorités sexuelles, des travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux, des femmes âgées et des aidantes naturelles.

Des mesures sont également mises en place dans les domaines des habitudes de vie, de la sexualité saine et responsable, de la santé physique, de la santé mentale, de la périnatalité, de la violence conjugale, des agressions sexuelles et de l'exploitation sexuelle. Les principales réalisations du Ministère en matière d'adaptation des soins et des services selon les diverses clientèles spécifiques et les différents domaines d'action précités sont donc les suivantes.

II. 1 L'analyse différenciée selon les sexes (ADS)

Mesure 2 — Poursuivre l'intégration de l'ADS dans l'élaboration et dans la mise en œuvre de projets ministériels structurants

Le MSSS a poursuivi l'intégration de l'ADS dans plusieurs projets, dont les suivants :

- Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (concernant des actions ciblées)
- Le bilan du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013
- La Politique nationale de lutte contre l'itinérance
- Le portrait de l'itinérance au Québec
- Le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020
- L'adaptation des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches, pour le soutien aux proches aidants et l'hébergement
- La Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement
- Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 — Mise à jour 2008 (concernant des activités ciblées)
- Le Programme Qualification des jeunes (PQJ)

- Le Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2010-2016 — *Ensemble vers l'égalité sociale — L'unité dans la diversité* (concernant des activités ciblées)
- Les projets d'expérimentation visant à améliorer le continuum de services intersectoriels en emploi et en santé mentale, en collaboration avec le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)

L'intégration de l'ADS dans ces projets a permis de mieux documenter les particularités des femmes et des hommes et de prendre en compte, dans la mesure du possible, leurs besoins différenciés.

Mesure 3 — Poursuivre les activités de sensibilisation et de formation en ADS au MSSS et dans le réseau

La formation en ADS du MSSS, mise à jour en 2009-2010, a été offerte au personnel de plusieurs directions du MSSS et du réseau impliqué dans les activités de planification. Environ 200 personnes ont participé à ces séances au cours de la période 2010-2015.

Des présentations sur l'ADS adaptées au secteur de la santé et des services sociaux ont été faites à différents groupes, notamment au Comité interministériel en ADS, à l'organisme Équilibre, à des membres de missions internationales, au Secrétariat aux aînés (qui relevait du MSSS de septembre 2012 à avril 2014).

De plus, l'ensemble du personnel du MSSS a été invité à suivre la formation en ligne en ADS produite par le Secrétariat à la condition féminine (SCF) et accessible sur le site Internet du Centre des services partagés du Québec (CSPQ).

Le renforcement de l'intégration de l'ADS dans les pratiques a été encouragé auprès du Fonds de recherche du Québec — Santé (FRQS), du Fonds de recherche du Québec — Société et Culture (FRQSC) ainsi qu'auprès de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), tous des partenaires du MSSS.

Les partenaires communautaires du MSSS ont également été invités à prendre en compte l'ADS dans leurs pratiques. En février 2015, 658 exemplaires du guide-mémoire du MSSS, intitulé *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux*⁶, ont été diffusés auprès de 53 partenaires différents.

En matière de promotion de la rédaction épiciène, des formations ont été offertes au personnel de la Direction des communications, de 2011 à 2013.

⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux — Guide-mémoire*, 2011, 16 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-835-01F.pdf>

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

Différentes équipes au MSSS chargées de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de plans d'action et de mesures importantes (Plan d'action en itinérance, Plan d'action en santé mentale, Programme national de santé publique, etc.) ont été sensibilisées à la prise en compte de l'ADS, conseillées et accompagnées.

Le MSSS coordonne également les travaux du réseau des responsables régionaux en matière d'ADS, dont le mandat est de soutenir l'intégration régionale de l'ADS dans les pratiques du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, le MSSS a mis en ligne un forum qui permet aux responsables régionaux en matière d'ADS et à toute personne concernée par cette question au MSSS de constituer une communauté de praticiens.

II. 2 Les diversités culturelles

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

En septembre 2011, le MSSS a adopté les orientations ministérielles, décrites dans le document intitulé *Une passerelle vers un avenir en santé*, concernant la planification et l'organisation des services de santé et des services sociaux à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile. Ces orientations ont fait l'objet d'une publication en 2012⁷.

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

Par ailleurs, le Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été mis sur pied en 2012. Son offre de service inclut des éléments constitutifs de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Les personnes réfugiées ou qui demandent l'asile peuvent être particulièrement vulnérables, surtout celles qui ont été victimes ou témoins de violence (arrestations arbitraires, tortures, attentats, enlèvements, assassinats, etc.). Cette violence a également un visage féminin, celui du viol.

⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une passerelle vers un avenir en santé — La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état physique pour mieux desservir — Orientations ministérielles*, 2012, 27 p.

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 MSSS a participé aux travaux du Comité interministériel sur l'offre de service en matière d'interprétariat afin d'élaborer un cadre national de référence en la matière, sous la direction du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI).

En mars 2014, lors d'une rencontre du comité directeur du Comité interministériel sur l'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.

Mesure 7 - Mettre en œuvre les engagements du MSSS en vertu du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 de la Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec — *La diversité : une valeur ajoutée*

Le MSSS a pris des engagements concernant les mesures 3.4 « Soutenir la participation à la vie économique » et 4.1 « Appuyer les services publics afin de prévenir la discrimination » dans le plan d'action intitulé *La diversité : une valeur ajoutée*. Les principaux résultats obtenus sont notamment les suivants :

- Les établissements du réseau répertorient désormais les plaintes en raison de discrimination dans le système d'information, de gestion des plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Les rapports de plaintes sont disponibles depuis l'automne 2010.
- Différentes mesures s'adressent au personnel qui intervient auprès des jeunes femmes et hommes des communautés ethnoculturelles et visent essentiellement la formation, le soutien à l'intervention et l'adaptation des services.

Les femmes immigrantes sont susceptibles de vivre une double discrimination parce qu'elles sont des femmes, mais aussi à cause de leur race, couleur de peau, origine ethnique ou nationale.

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*

Le MSSS a, entre autres, soutenu des projets ad hoc en matière de périnatalité destinés aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles.

Le MSSS a par exemple accordé une aide financière, en 2010-2011 et en 2011-2012, à la Maison Bleue, un organisme de bienfaisance rattaché au groupe de médecine de famille (GMF) Côte-des-Neiges. La Maison Bleue offre des services de périnatalité sociale aux femmes vivant en contexte de vulnérabilité et à leur famille, incluant des femmes immigrantes.

De plus, en accord avec les orientations et les stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité, le MSSS encourage les instances régionales à instaurer des mécanismes de collaboration afin que les sages-femmes puissent desservir davantage les femmes vivant en contexte de vulnérabilité, notamment les femmes immigrantes.

Mesure 9 — Prévenir la violence conjugale faite aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale

Le Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale a été prolongé jusqu'en décembre 2012 et le bilan de sa mise en œuvre a été publié⁸. Certaines réalisations du MSSS, de 2010 à 2012, ont permis de desservir les femmes immigrantes, dont les suivantes :

- Le financement, par l'agence de la Capitale-Nationale, d'un projet de la Maison pour femmes immigrantes sur l'accessibilité aux services en matière de violence conjugale.
- La participation de l'agence de Montréal à deux projets de recherche, l'un mené par le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) sur la violence conjugale en milieu multiethnique et l'autre, par le Conseil du statut de la femme (CSF) sur les mariages arrangés et forcés.
- La mise en place, par plusieurs CSSS de la région de Montréal (notamment le CSSS de la Montagne) et le CSSS de Laval, d'initiatives en matière de violence conjugale qui ciblent les personnes des communautés culturelles.
- L'élaboration par l'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec, d'une formation sur l'intervention en matière de violence conjugale, intitulée *Une image vaut mille maux*, auprès des personnes des communautés culturelles, de même que des outils d'intervention destinés à ces personnes.

En décembre 2012, un nouveau PAG en matière de violence conjugale a été lancé⁹. Il comporte également des mesures visant à prévenir et à contrer la violence faite aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles.

⁸ QUÉBEC, SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Bilan de la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, 2011, 80 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/BilanViolenceConjugale_Final.pdf

⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*, 2012, 41 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=56>

Mesure 10 — Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles et intervenir à cet égard par la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013

Le MSSS a réalisé ses engagements prévus dans le Plan d'action gouvernemental (PAG) en matière d'agression sexuelle 2008-2013¹⁰, (prolongé jusqu'à l'élaboration d'un nouveau PAG). Voici quelques-unes de ses réalisations :

- Quelque 50 000 exemplaires en français, en anglais et en espagnol du document intitulé *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*, produit par la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, ont été diffusés dans le réseau de la santé et des services sociaux, grâce au soutien financier du MSSS (135 000 \$). Ce guide a fait l'objet d'une révision et d'une réimpression en 2011-2012.
- Au cours de la période de mise en œuvre du PAG, le MSSS a accordé au Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RQCALACS), plus de 50 000 \$ annuellement pour financer un projet de formation sur l'intersectionnalité à l'intention des femmes doublement discriminées, notamment en raison de leur identité culturelle ou de leur race.

Mesure 11 — Diffuser, auprès des décideurs et des planificateurs du réseau, des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser les services de santé et les services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation

En 2010, le MSSS a produit le document intitulé *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation ou à risque de l'être — État de situation et recommandations*, lequel s'adresse aux instances décisionnelles et aux responsables de la planification d'activités du réseau de la santé et des services sociaux.

En 2013, une nouvelle campagne de sensibilisation concernant la disponibilité du dépliant intitulé *Les mutilations génitales féminines — Qu'en savez-vous?*¹¹ a été menée auprès des directions du MSSS, des instances régionales et du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Le MSSS traite en outre de l'offre de formation sur les mutilations génitales dans le contexte global des formations interculturelles. En 2013-2014, il a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réviser les programmes-cadres de formation interculturelle dans le réseau.

Aussi, le CSSS de la Montagne a présenté au MSSS un projet de module de formation sur l'infibulation et l'excision. Les travaux relatifs à sa diffusion sont en cours.

¹⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, 2014, 136 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Rapport_Plan2008-2013_AgressSexuelle_Accessible.pdf

¹¹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-403-02.pdf>, consulté le 28 novembre 2014

Mesure 12 — Poursuivre la participation aux travaux du Comité de travail interministériel sur la traite des femmes migrantes

Le sous-comité de travail interministériel sur la traite des femmes a déposé, en 2009-2010, son rapport sur la traite des femmes migrantes¹².

Les travaux sur cette problématique ont ensuite été repris dans le contexte de la mise en œuvre de la mesure 86 « Sensibiliser la population pour prévenir l'exploitation sexuelle et venir en aide aux femmes qui veulent quitter le milieu de la prostitution » du PAG pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015¹³.

Dans ce contexte, la définition de l'expression « traite des personnes » a été élargie afin de couvrir non seulement la traite des femmes migrantes, mais également la traite des filles et des femmes à l'échelle interrégionale et interprovinciale.

II. 3 Les réalités autochtones

Mesure 13 — Poursuivre l'adaptation des orientations de la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018 — Un projet porteur de vie à la réalité des différentes communautés autochtones

Le MSSS a collaboré avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James en vue de l'adoption d'orientations en matière de périnatalité adaptées à la réalité de leurs communautés.

Le MSSS bénéficie notamment de la collaboration étroite de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) relativement aux activités de consolidation et d'encadrement de la formation des sages-femmes inuites.

Au 31 mars 2015, la baie d'Hudson (Inukjuak, Puvirnituk et Salluit) comptait trois maternités et la baie d'Ungava, à Kuujuaq¹⁴, en comptait une.

Mesure 14 - Prévenir la violence conjugale faite aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale (prolongé jusqu'en 2012)

Différents projets ciblant particulièrement les communautés autochtones ont été réalisés, de 2010 à 2012, conformément au PAG en matière de violence conjugale¹⁵, notamment les projets suivants :

¹² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité interministériel sur la traite des femmes migrantes*, mai 2009, 48 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/traite.pdf>

¹³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, accessible en ligne à l'adresse suivante :

http://scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/Plan_d_action_complet_2011-06-13.pdf

¹⁴ http://www.osfq.org/?page_id=57, consulté le 30 mars 2015

- La mise en œuvre, au Nunavik, de campagnes de sensibilisation sur le phénomène de la violence familiale et la promotion des services offerts dans la région.
- La réalisation de la recherche et la production du rapport intitulé *La violence conjugale et les femmes autochtones au Québec : état des lieux et des interventions*, grâce à une entente signée entre le MSSS et le Fonds de recherche du Québec — Société et Culture (FRQSC). Un montant de 40 500 \$ a été accordé à l'équipe de recherche pour présenter les résultats dans les communautés.
- La mise en place, par la maison de femmes Uni-Vers-Elles de Matagami (Nord-du-Québec), d'un service d'hébergement de 24 à 48 heures pour pallier l'absence de maison d'aide et d'hébergement pour femmes en difficulté dans la localité.
- Un montant annuel de 50 000 \$ a été accordé à l'organisme Femmes autochtones du Québec (FAQ) pour financer le poste de coordonnatrice en prévention de la violence.

Le nouveau Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2012-2017 inclut désormais un volet spécifique sur les personnes autochtones.

Mesure 15 — Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes autochtones et intervenir à cet égard conformément à la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle

Différentes réalisations sont soulignées conformément à la mise en œuvre du PAG 2008-2013 en matière d'agression sexuelle¹⁶, notamment les réalisations suivantes :

- L'adaptation du programme de prévention des agressions sexuelles intitulé *Good Touch Bad Touch* par un comité régional composé de différentes organisations, en vue de son implantation dans les écoles du Nunavik.
- Un soutien financier accordé à deux centres de santé, soit le Centre de Santé Tulattavik (Kuujjuaq) et le Centre de Santé Inuulitsivik (Puvirnituk), afin de poursuivre l'amélioration des services offerts aux victimes et la mise en œuvre des travaux d'élaboration d'un guide d'intervention médicosociale et d'un protocole d'intervention médicosociale adaptés à la réalité nordique.
- Un financement annuel de 60 000 \$ accordé à l'organisme Femmes autochtones du Québec (FAQ) pour financer le poste de coordonnatrice santé-services sociaux en matière d'agression sexuelle.

¹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Bilan de la mise en œuvre du plan d'action 2004-2009 en matière de violence conjugale, mesures 47, 50, 52, 56 et 57*, accessible en ligne à l'adresse suivante :

http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/BilanViolenceConjugale_Final.pdf

¹⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op.cit.,

http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Rapport_Plan2008-2013_AgressSexuelle.pdf

- Un financement de 120 000 \$ accordé à l'organisme FAQ pour élaborer des outils, dont le guide d'intervention en matière d'agression sexuelle auprès de la clientèle autochtone, intitulé *Sortir de l'ombre, marcher vers la lumière*. Ce financement a aussi permis la réalisation d'une tournée de formation sur ce guide.

Mesure 16 — Mettre en œuvre les actions concernant les femmes autochtones en vertu du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 — *Pour leur redonner...*

Le bilan du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 a été produit¹⁷ et fait état des principales réalisations concernant les personnes autochtones, dont les suivantes :

- La prise en compte des besoins en hébergement d'urgence des hommes et des femmes relativement au rehaussement du financement, ce qui a permis de consolider neuf places réservées à des femmes autochtones.
- La réalisation d'un portrait de l'itinérance au Québec, qui présente également les réalités des femmes autochtones en matière d'itinérance¹⁸.
- Le MSSS a aussi confié un mandat de recherche visant à documenter le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones dans les villes de Montréal et de Val-d'Or.

Le MSSS a par ailleurs lancé, le 7 décembre 2014, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020¹⁹, lequel comprend des mesures qui ciblent les femmes autochtones.

II. 4 Les limitations fonctionnelles et leurs conséquences

Mesure 17 — Produire l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV) — volet « 15 à 64 ans », en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec

Au total, quatre volumes de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activité, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) ont été publiés, de mars 2013 à janvier 2014²⁰; ils portent sur les problématiques particulières suivantes :

Volume 1 — Méthodologie et description de la population visée (2013)

Volume 2 — Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec incapacité (2013)

Volume 3 — Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus (2013)

¹⁷ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan — Plan d'action interministériel en itinérance*, 2014, 28 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-846-01W.pdf>

¹⁸ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec — Premier portrait*, 2014, 169 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-738-01W.pdf>

¹⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action interministériel en itinérance — Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*, 2014, 55 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-846-02W.pdf>

²⁰ <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/index.html>, consulté le 5 mars 2015

Volume 4 — Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée (2014).

Les données de l'EQLAV ont également été diffusées dans la Banque de données des statistiques officielles du Québec (BDSO), selon le groupe d'âge et selon le sexe (données nationales et régionales), et permettent de mieux cerner les réalités de cette clientèle afin d'intervenir efficacement auprès d'elle.

Mesure 18 — Prévenir la violence conjugale faite aux femmes ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale (prolongé jusqu'en 2012)

Conformément au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale (prolongé jusqu'en 2012), l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a déposé, en 2010-2011, les résultats et les recommandations du projet de recherche intitulé *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*²¹.

Par ailleurs, dans le contexte de la mise en œuvre du nouveau Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, des mesures ciblent également les personnes ayant des limitations fonctionnelles.

Mesure 19 — Prévenir les agressions sexuelles faites aux femmes ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles et intervenir à cet égard à l'occasion de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle

Le MSSS a produit deux dépliants d'information, intitulés *Les agressions sexuelles existent et marquent profondément*, à l'intention des personnes âgées et des personnes handicapées; plus de 50 000 exemplaires de ces dépliants ont été diffusés auprès des ressources qui travaillent auprès de ces clientèles.

Aussi, le MSSS a accordé au Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RQCALACS) plus de 50 000 \$ annuellement pour financer un projet de formation sur l'intersectionnalité à l'intention des femmes doublement discriminées, y compris celles ayant des limitations fonctionnelles.

II. 5 La pauvreté et l'exclusion sociale

Mesure 20 — Soutenir le développement et la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains, conformément au PNSP

En plus des budgets du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le MSSS dispose d'un budget destiné spécifiquement à la sécurité alimentaire.

²¹ https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapport_EvaluationFinal_Acc.pdf, consulté le 5 mars 2015

Ainsi, 3,4 M\$ sont alloués chaque année depuis 2005, par le Programme de sécurité alimentaire en santé publique et 2 M\$ additionnels sont distribués chaque année depuis 2011, par le PSOC aux organismes de la catégorie « Personnes démunies ».

Au total, en 2013-2014, près de 6,5 M\$ (367 000 \$ à l'échelle nationale et 6,1 M\$ dans les régions) ont servi à soutenir environ 350 organismes ayant des activités associées à la sécurité alimentaire auprès notamment des femmes en situation économique déplorable.

En 2014-2015, près de 3,6 M\$ ont été alloués par le Programme de sécurité alimentaire en santé publique et un peu plus de 2 M\$ par le PSOC, montants auxquels s'ajoutent d'autres contributions des régions sociosanitaires.

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

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent à soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité, et ce, le plus tôt possible au début de la grossesse et jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de cinq ans.

En 2010-2011, 81 % des femmes admissibles, soit celles qui vivent sous le seuil de faible revenu et sous-scolarisées, avaient pu profiter de ces services.

En 2013-2014, 4 444 femmes ont été suivies grâce aux SIPPE, soit 71,1 % des femmes admissibles²².

Mesure 22 — Poursuivre, en y intégrant l'ADS, les actions menées conformément au Programme Qualification des jeunes (PQJ) afin de favoriser l'insertion sociale des jeunes de 16 à 19 ans qui ont connu un ou plusieurs placements en famille d'accueil

Depuis l'année 2011, le MSSS obtient des données sur le nombre de places occupées par les filles dans le Programme Qualification des jeunes (PQJ) et le nombre de places occupées par les garçons concernant chaque région. Les données disponibles permettent également de connaître certains indicateurs de résultats des interventions ventilés selon le sexe.

De plus, les modes d'intervention adaptés aux réalités spécifiques des filles et des garçons desservis par le PQJ ont été recensés en 2011-2012 et en 2012-2013 par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Bien que des réalités différentes aient été observées entre les filles et les garçons, les intervenants du Programme mentionnent que l'approche (les modes d'intervention) est davantage déterminée par la dynamique du jeune et ses besoins que par son sexe.

²² Précisons toutefois que la méthode de calcul de l'indicateur a changé en 2013-2014 par rapport aux années précédentes. Ces modifications affectent la comparabilité des données entre les années.

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

Le Plan d’action interministériel en itinérance 2010-2013 a été reconduit en 2013-2014 et le bilan de sa mise en œuvre a été publié en 2014²³. À titre d'exemples, quelques-unes des réalisations ciblant les femmes itinérantes ou à risque de l’être sont présentées ci-dessous :

- La prise en compte des besoins en hébergement d’urgence des femmes (mais aussi des hommes) dans le rehaussement du financement, ce qui a permis de consolider 54 places réservées aux femmes.
- La mise en place de façon permanente, à Montréal, d’un centre de répit et de dégrisement qui compte 12 lits, dont 8 lits réservés aux hommes et 4 lits réservés aux femmes, situés sur deux étages séparés.
- Le soutien à la création, à Montréal, d’un centre de jour pour les femmes en situation d’itinérance ainsi que la création de 10 nouvelles places d’hébergement d’urgence.
- La documentation des caractéristiques des hommes et des femmes dans le portrait de l’itinérance au Québec déposée en juin 2014²⁴.

Le MSSS a lancé, le 7 décembre 2014, le Plan d’action interministériel sur l’itinérance 2015-2020, lequel intègre également l’ADS; le MSSS y prévoit certaines mesures spécifiques à l’intention des femmes.

II. 6 Les orientations sexuelles

Mesure 24 — Participer à l’élaboration et à la mise en œuvre du plan d’action de la Politique québécoise de lutte contre l’homophobie — Ensemble vers l’égalité sociale, en tenant compte des réalités différenciées des femmes et des hommes.

Le MSSS est engagé en tant que responsable de seize actions, dont quatorze sont ciblées en vue d’une ADS dans le plan d’action lancé en mai 2011. Il s’est ainsi doté d’un mécanisme de suivi afin de s’assurer que l’offre de service du réseau est adaptée aux réalités des personnes de minorités sexuelles (PMS). Voici quelques résultats :

- L’élaboration et la diffusion de guides d’intervention et d’outils de sensibilisation sur les réalités des PMS, notamment des jeunes, et sur les risques auxquels elles sont exposées (prévention du suicide, intervention 24/7 Info-Social, services de protection pour les jeunes en difficulté et leurs familles, etc.).

²³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op.cit., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-846-01W.pdf>

²⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op.cit., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-738-01W.pdf>

- La formation de 4 071 intervenantes et intervenants dans le contexte des programmes nationaux de formation visant l'adaptation des services publics aux réalités des PMS.
- La réalisation d'un inventaire des structures et des projets de recherche permettant de rassembler des données sur la problématique du suicide chez les jeunes de minorités sexuelles, notamment selon les réalités différenciées LGBT (lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels et transgenres).
- L'ajout, dans le répertoire des ressources de santé et de services sociaux, d'une liste des ressources pouvant venir en aide aux PMS.
- La poursuite du soutien aux organismes communautaires qui viennent en aide aux PMS, notamment en fonction des réalités différenciées LGBT et de la lutte contre l'homophobie.

II. 7 Les habitudes de vie

Mesure 25 — Conformément au Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 — *Investir pour l'avenir* :

- Sensibiliser les médias, écrits et électroniques, afin qu'ils traitent davantage de la pratique d'activité physique et de la saine alimentation et qu'ils présentent une variété de schémas corporels.
- Sensibiliser la population afin qu'elle puisse exercer un jugement critique à l'égard des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA).
- Encadrer la vente des PSMA selon la réglementation en vigueur à l'échelle fédérale et provinciale en plus de s'assurer que la publicité sur les PSMA respecte cette réglementation.
- Établir des normes professionnelles et opérationnelles dans l'industrie de l'amaigrissement afin d'assurer la sécurité et la protection de la population.
- Recenser tous les programmes, les centres, les entreprises ou les services qui traitent de la maîtrise du poids au moyen d'un permis délivré en fonction de la conformité à un ensemble de lignes directrices.
- Mettre en place un mécanisme de suivi des traitements quant à leur efficacité et à leur innocuité (mesures de contrôle de la qualité).

Les principales réalisations du MSSS, de 2010 à 2015, relativement au PAG *Investir pour l'avenir* ainsi qu'au Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée²⁵ sont les suivantes :

²⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*, 2010, 21 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Plan_d_action_FINAL_PDF.pdf

- Le soutien financier de 175 000 \$ accordé à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), durant la période 2011-2015. Ce financement a permis la réalisation d'activités de veille et d'interventions médiatiques afin d'informer la population sur les risques de l'utilisation des PSMA.
- La collaboration avec l'Office de la protection du consommateur (OPC), pour la mise en place d'un programme de surveillance qui consiste à établir un portrait du marché des PSMA dans les médias et à répertorier plus adéquatement les plaintes contre les entreprises. Ce programme a permis d'effectuer 42 vérifications en 2013-2014 et ainsi de repérer 35 publicités qui n'étaient pas conformes. En mars 2014, à la suite d'une poursuite pénale, une entreprise a plaidé coupable d'avoir fait des représentations fausses et trompeuses d'un produit amaigrissant.
- Le soutien financier d'environ 1,6 M\$ accordé à ÉquiLibre durant la période 2010-2015, afin notamment de former et de soutenir plus de 1 000 professionnelles et professionnels de la santé ainsi que des intervenantes et intervenants scolaires et de loisir, dans le but d'améliorer la qualité de leur pratique en matière de poids et d'image corporelle.
- La diffusion de l'information concernant la formation élaborée par l'ASPQ, à l'intention des professionnelles et professionnels de la santé travaillant dans des centres d'enseignement du diabète, afin de les informer sur les risques que présente la consommation de PSMA chez les diabétiques de type 2. Plus de 500 personnes ont suivi ces formations.

Mesure 26 — Appliquer le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS) concernant les traitements médicaux spécialisés en chirurgie esthétique

Les interventions en chirurgie esthétique sont soumises au Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS).

Une procédure relative à la délivrance de permis de CMS a été mise en place afin de garantir la qualité et la sécurité des interventions réalisées en CMS. Compte tenu du grand nombre d'interventions en chirurgie esthétique qu'il vise, ce règlement permet de protéger la clientèle, composée d'une majorité de femmes, contre d'éventuels impacts négatifs de ces chirurgies sur leur santé.

Ainsi, 100 % des CMS qui réalisent des traitements médicaux spécialisés ont obtenu leur permis conformément au Règlement²⁶.

²⁶ La liste des CMS ayant obtenu un permis au 6 mai 2014 est accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=f7ea9ceba2e0c1bd442bffc3fc4257d6>, consultée le 17 mars 2015

Mesure 27 — Promouvoir et soutenir les services de counseling et de soutien concernant l’abandon du tabagisme par le service *J’Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d’abandon du tabagisme, conformément au PNSP

Les services de counseling et de soutien en matière d’abandon du tabagisme sont assurés en continuité par la Ligne *J’Arrête* et son site Internet²⁷. De plus, environ 150 centres d’abandon du tabagisme (CAT) offrent des services dans l’ensemble des régions.

Des formations spécifiques de formateurs sont offertes aux intervenantes et intervenants en abandon du tabagisme des CAT; elles touchent l’ensemble des volets de leur intervention. Ces formations sont offertes en continu dans les régions afin de soutenir l’intervention de counseling des intervenants de première ligne.

Paru en juillet 2012, le document intitulé *Portrait de la clientèle des centres d’abandon du tabagisme* fournit une analyse des caractéristiques de quelque 1 400 fumeurs qui ont fréquenté un CAT pour la première fois en 2010. On y rapporte que 57 % de cette clientèle est composée de femmes, alors que celles-ci ne comptent que pour 38 % des fumeurs quotidiens au Québec²⁸.

Mesure 28 — Mettre en œuvre ou poursuivre des activités d’information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec des partenaires, conformément au PNSP

En juin 2012, la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel a été adoptée. Elle interdit la fréquentation des salons de bronzage par la clientèle de moins de 18 ans, composée majoritairement de femmes.

Différentes activités d’information et de sensibilisation sont menées, notamment auprès des femmes, pour prévenir les effets néfastes des rayons ultraviolets, à savoir :

- La production d’un dépliant grand public intitulé *Le bronzage pourrait avoir votre peau!*
- La diffusion de 2 affiches, obligatoires dans les salons de bronzage, sur l’interdiction faite aux jeunes de moins de 18 ans et la mise en garde sur les effets nocifs.
- La diffusion, sur le site Internet du MSSS, d’une page²⁹ sur les risques du bronzage et d’une page³⁰ plus générale sur la protection contre les rayons UV.
- La mise en œuvre d’une campagne grand public de prévention des cancers de la peau, en collaboration avec la Société canadienne du cancer (SCC), à laquelle le MSSS a accordé une contribution de 100 000 \$ en 2013.

²⁷ <http://www.jarrete.qc.ca/>, consulté le 13 février 2015

²⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la clientèle des centres d’abandon du tabagisme*, 2012, p. iii.

²⁹ <http://www.sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/bronzage/>, consulté le 28 janvier 2015

³⁰ *Se protéger du soleil et des rayons UV* <http://www.sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-protger-du-soleil-et-des-rayons-uv/>, consulté le 4 février 2015

- La mise en service d'une ligne téléphonique d'information et de plaintes concernant la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (1 855 RAYON UV ou 729-6688).
- Un budget de 200 000 \$ alloué en 2013-2014, à l'embauche de personnel assigné à l'inspection des salons de bronzage et à la vérification de la conformité à la Loi. Au 27 mars 2014, 2 204 visites ont été effectuées dans 1 078 salons.

Mesure 29 — Assurer le suivi des actions qui s'adressent aux femmes lors de la mise en œuvre de l'axe « prévention » du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 — Unis dans l'action, notamment en matière de consommation d'amphétamines chez les jeunes filles et de consommation de drogues ou d'alcool chez les femmes enceintes

En 2013, 3,9 % des élèves du secondaire ont consommé des amphétamines ou des méthamphétamines au cours des 12 mois précédents; la consommation rapportée est plus importante chez les filles (4,7 %) que chez les garçons (3,2 %) ³¹.

Les filles sont proportionnellement deux fois plus nombreuses que les garçons à invoquer le contrôle du poids comme raison pour commencer à consommer des amphétamines. Pour contrer ce phénomène, la brochure intitulée *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée!* ³² a été publiée à plus de 75 000 exemplaires en français et de 5 000 exemplaires en anglais depuis le 1^{er} avril 2010.

Par ailleurs, le MSSS a produit, à l'intention des femmes enceintes ou qui prévoient le devenir, la brochure intitulée *Enceinte? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir* ³³ sur les effets de ces consommations durant la grossesse. Plus de 266 000 exemplaires de la brochure en français et plus de 36 000 exemplaires en anglais ont été diffusés depuis le 1^{er} avril 2010.

Mesure 30 — Sensibiliser les milieux de travail à la promotion et à l'acquisition de saines habitudes de vie auprès du personnel et les soutenir en ce sens, conformément au PNSP

Le Groupe Entreprises en santé (GES) a obtenu un soutien financier du MSSS totalisant près de 1,4 M\$ au cours de la période 2010-2015, ce qui lui a permis de faire la promotion de la norme « Entreprise en santé », d'intensifier la mobilisation des entreprises et des intervenants à l'égard de la prévention et de la promotion de la santé en milieu de travail et de tenir différentes activités, telles que des sessions d'information, de formation, de perfectionnement et de transfert de connaissances relativement aux meilleures pratiques.

³¹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 — Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, 2014, p. 119, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>

³² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée!*, 2009, 12 p.

³³ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enceinte? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir*, 2010, 12 p.

Le GES a également mis à la disposition de ses membres et du grand public une grande quantité d'information sur son site Internet³⁴. Le GES continue de mettre à jour un manuel d'accompagnement et d'autres outils (questionnaires, outil diagnostic, etc.) pour faciliter la mise en pratique des exigences de la norme.

II. 8 La sexualité saine et responsable

Mesure 31 — Promouvoir et soutenir l'offre de counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse active sexuellement, conformément au PNSP

Le MSSS a donné à l'INSPQ, le mandat d'élaborer une formation de formateurs visant à soutenir l'ensemble des pratiques cliniques préventives de counseling.

Par la suite, des formations de formateurs régionaux ont été offertes dans l'ensemble des régions, au printemps et à l'automne 2014, afin de soutenir l'intervention de counseling des cliniciens de première ligne, et ce, dans l'objectif que leurs clientèles adoptent des comportements adéquats et de saines habitudes de vie.

Mesure 32 — Soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle — des services adaptés aux jeunes, du type 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

En mai 2014, le MSSS a publié les recommandations du Groupe de travail national sexualité-jeunesse (GNSJ)³⁵. 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 service destinée au réseau de l'éducation.

En novembre 2014, une demi-journée sur la thématique des cliniques jeunesse a été organisée par le MSSS lors des 18^{es} Journées annuelles de santé publique. Cette demi-journée, qui a réuni une centaine de participants du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation, a permis, entre autres :

- de décrire des initiatives régionales et locales ayant permis de mettre en œuvre des services cliniques et préventifs, du type cliniques jeunesse, répondant aux besoins des jeunes filles et garçons;
- de repérer les conditions qui facilitent la mise en œuvre de services cliniques et préventifs adaptés aux besoins des jeunes.

³⁴ <http://www.groupeentreprisesensante.com/fr/>, consulté le 12 janvier 2015

³⁵ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Sexualité saine et responsable en contexte scolaire — Recommandations du groupe de travail national sexualité-jeunesse*, 2014, 44 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-314-02W.pdf>

Mesure 33 — Conformément à la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, offrir des activités d'éducation à la sexualité qui comprennent des interventions visant à contrer l'homophobie et le phénomène de l'hypersexualisation en milieu scolaire et dans les centres jeunesse

De 2010 à 2014, quatre projets de démonstration en éducation à la sexualité ont été réalisés. Au terme de ces projets, le MSSS a sélectionné plus de 75 outils³⁶ différents en vue d'une diffusion à l'échelle provinciale. Parmi ces outils :

- Des situations d'apprentissage et d'évaluation (SAE) ancrées en mathématique, en français, en éthique et culture religieuse; ces SAE permettent aux enseignants d'aborder les rapports égalitaires entre les garçons et les filles, le corps humain, l'éveil amoureux, etc.
- Des bulletins et des capsules d'information destinés aux parents des élèves du primaire et du secondaire, mais aussi des rencontres avec ces derniers.
- Un guide d'implantation sur la mobilisation en matière de lutte contre l'homophobie, à l'intention des intervenantes et intervenants du réseau de la santé et du réseau de l'éducation à l'école secondaire, etc.

Depuis avril 2014, le MSSS a réalisé plusieurs actions visant à promouvoir l'utilisation de ces outils auprès des écoles, des commissions scolaires, de l'ensemble du réseau de l'éducation et de ses partenaires (dont la Fédération des comités de parents, le Comité diversité sexuelle de la Centrale des syndicats du Québec, les organismes GLBTQ³⁷ de Québec, etc.) et du personnel du réseau de la santé.

Mesure 34 — Intégrer l'ADS dans la poursuite de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, particulièrement en ce qui a trait aux infections, qui sont en nette progression chez les femmes

Le MSSS a essentiellement poursuivi la surveillance épidémiologique des différentes infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), selon le sexe et selon l'âge. Les clientèles féminines jugées plus vulnérables aux ITSS sont les femmes utilisatrices de drogues par injection (UDI), les femmes en difficulté, les femmes en milieu carcéral, les femmes autochtones et les femmes originaires des régions où les ITSS sont endémiques.

Au cours de la période 2011-2012 à 2014-2015, les femmes représentaient 64 %³⁸ de la clientèle des 15 à 24 ans auprès de laquelle les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) et les CSSS effectuent des interventions, notamment de dépistage des ITSS, de vaccination et de counseling.

³⁶ Les outils produits peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca/mosaik.aspx> (consulté le 19 février 2015)

³⁷ Gai, lesbienne, bisexuel, transgenre et « queer »

³⁸ Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, banque provinciale I-CLSC (Les données de 2014-2015 sont provisoires.)

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

En plus de publier, en 2011, le rapport intitulé *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*³⁹, l'INSPQ a produit, sur son site Internet, plusieurs documents (guides, formulaires, questions-réponses) sur le sujet⁴⁰.

En mars 2015, 95 % des CSSS et 22 % des GMF ont adopté une ordonnance collective de contraception hormonale et 19 autres établissements (écoles secondaires privées, cégeps, centres jeunesse, réserves autochtones) ont fait de même.

En juin 2014, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a adopté un règlement qui autorise les infirmières à prescrire non seulement la contraception hormonale, mais également le stérilet et la contraception orale d'urgence selon un protocole clinique.

Au Québec, en 2013, 25 242 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été effectuées et le taux moyen de rétention régionale dans l'ensemble des régions du Québec était de 74,1 %. La région de Montréal affiche le plus haut taux de rétention en 2013, soit 97,2 %. Ce taux est comparativement plus faible dans les régions des Laurentides (44,8 %), de Laval (47,5 %), de la Montérégie (46,4 %) et de Lanaudière (48,2 %).

En septembre 2013, une directive ministérielle a été envoyée aux régions limitrophes de Montréal en vue d'augmenter l'offre de service en matière d'IVG et à rapatrier, dans chacune d'elles, 30 % des IVG alors réalisées à Montréal.

L'accès aux services d'IVG est jugé adéquat dans l'ensemble du Québec.

II.9 La santé physique

Mesure 36 — Poursuivre les actions en fonction des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer — *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe, afin de faire diminuer le taux de cancer du poumon, de cancer du sein et de cancers gynécologiques chez les femmes*

Un bilan des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer⁴¹ a été diffusé en mars 2012. On y trouve des activités qui ont contribué à la prévention des cancers du poumon, du sein et du col utérin.

³⁹ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*, 2011, 82 p.

⁴⁰ <https://www.inspq.qc.ca/contraception/documents-officiels-et-avis-scientifiques>, consulté le 10 décembre 2014

⁴¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer — Orientations prioritaires 2007-2012 — Bilan des réalisations*, 2012, 29 p.

En matière de cancer du poumon, des actions visant notamment à faire baisser le taux de tabagisme chez les femmes et les jeunes filles de moins de 18 ans ont été réalisées.

En matière de cancer du sein, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), offert partout au Québec, se poursuit.

Enfin, en matière de cancer du col utérin, les principales réalisations sont les suivantes :

- L'élaboration, par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La poursuite du programme de vaccination gratuite contre le virus du papillome humain (VPH), lancé à l'automne 2008 (tant chez les élèves de 4^e primaire que chez celles de 3^e secondaire, le taux de vaccination des filles contre le VPH se situe autour de 77 %⁴²).
- L'évaluation du programme de vaccination contre le VPH de 2009 à 2011⁴³.

Mesure 37 — Poursuivre la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en tenant compte des axes de travaux prioritaires « l'assurance qualité », « l'accessibilité » et « le consentement éclairé » indiqués dans le bilan 1998-2008 de ce programme

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à joindre 70 % des femmes du groupe d'âge de 50 à 69 ans. En 2010, le taux de participation des femmes de ce groupe était de 57,3 % et il a légèrement augmenté, pour se fixer à 58,4 %⁴⁴ en 2013, soit l'un des meilleurs taux au Canada. Précisons que les deux tiers des régions affichent un taux de participation supérieur ou égal à 60 %.

Assurance qualité

- Un logiciel de contrôle de la qualité des appareils de mammographie (CQ-Mammo) a été mis à niveau afin d'intégrer la technologie numérique. L'utilisation de ce logiciel est obligatoire dans les centres de dépistage et d'investigation du PQDCS depuis 2013.

Accessibilité

- Des travaux ont été réalisés, en collaboration avec l'INSPQ, afin de déterminer un mécanisme de suivi de l'accessibilité aux examens de mammographie et aux examens complémentaires.

⁴² Source : Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services, à partir des grilles de collecte fournies par les directions de santé publique (DSP), publication dans *Flash Vigie* (septembre 2014)

⁴³ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Évaluation de l'implantation du programme de vaccination VPH des adolescentes du Québec », *Flash Vigie, Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, juin 2012, vol. 7, n° 6, 4 p.

⁴⁴ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tableau de bord — Indicateurs de performance du PQDCS en date du 28 août 2014*, p. 2, accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/pqdc/TableauBordPQDCS.pdf>

- Deux unités itinérantes de dépistage desservent les régions dépourvues de centres de dépistage (unités fixes).

Consentement éclairé

- En 2011, un nouveau formulaire de consentement a été élaboré à l'intention des femmes admissibles au PQDCS.
- À l'automne 2013, la nouvelle brochure du PQDCS intitulée *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision* a été diffusée. Le site Internet du PQDCS a également été revu de manière à tenir compte du contenu de cette nouvelle brochure. De plus, depuis octobre 2013, une formation en ligne est offerte aux médecins et aux infirmières qui doivent aider leurs patientes à prendre une décision éclairée quant à leur participation au dépistage.

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

Une proportion toujours grandissante de femmes de 50 à 69 ans connaissent le PQDCS et consentent à y participer.

Afin de comprendre l'influence de l'accessibilité géographique des centres de dépistage sur la participation au Programme des femmes, une étude a été réalisée par l'INSPQ en 2011⁴⁵.

Par ailleurs, l'entente signée entre le MSSS, l'Association des radiologistes du Québec (ARQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) a permis la mise en place d'un comité tripartite qui a pour mandat d'assurer l'atteinte des normes relatives à la pratique des médecins radiologistes décrites dans le cadre de référence du PQDCS.

Des mesures visant l'augmentation de la qualité des mammographies et de leur interprétation sont également mises en place. En janvier 2015, le nombre annuel minimal de lecture de mammographies par les radiologistes est passé de 500 à 750.

Mesure 39 — Inviter au dépistage du cancer du col utérin les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois années précédentes, conformément au PNSP

Les nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus précisent que le dépistage par test Pap peut maintenant être offert aux femmes âgées de 21 à 65 ans selon l'intervalle de 2 à 3 ans.

Aussi, le MSSS met l'accent sur l'élaboration et la diffusion de moyens de communication visant à entrer en contact avec les femmes qui ne participent pas au dépistage selon l'intervalle recommandé de 2 à 3 ans.

⁴⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Est-ce que l'accessibilité géographique des centres de dépistage influe sur la participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein?*, 2011, 71 p.

De plus, afin d'entrer en contact plus spécifiquement avec les clientèles dites vulnérables (ex. : allophones, femmes ayant une origine ethnique non européenne, travailleuses du sexe, femmes ayant un faible niveau de scolarité) qui affichent également un taux de participation plus faible au test Pap, le MSSS a obtenu la collaboration de la division québécoise de la Société canadienne du cancer (SCC) et a mis en place un projet pilote pour rejoindre ces clientèles.

Mesure 40 — Traiter et diffuser les résultats de la plus récente enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer au Québec, réalisée en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, notamment en matière de cancer du sein et de cancer génital féminin

Les résultats du premier cycle de l'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer au Québec ont été diffusés en 2010.

Par ailleurs, la publication intitulée *Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect? — Le point de vue des patientes*⁴⁶ rend compte de l'expérience vécue par les femmes atteintes du cancer du sein en matière d'information, de soutien et du respect manifesté à leur égard. Le document mentionne que les femmes atteintes du cancer du sein sont, à plusieurs égards, proportionnellement plus nombreuses à avoir été informées que les personnes atteintes d'un autre type de cancer.

En ce qui a trait au soutien apporté, il est noté un écart relativement important en faveur des femmes atteintes du cancer du sein, quelle que soit la forme de soutien examiné. Enfin, la grande majorité (80 %) des femmes atteintes du cancer du sein, estiment avoir été traitées avec respect. Cette proportion se distingue néanmoins peu de celle des personnes atteintes d'un autre type de cancer.

Le deuxième cycle de l'Enquête a été mené en 2013; le MSSS y a contribué pour près de 1,1 M\$. Le 11 septembre 2014, les deux premiers volumes présentant les résultats de l'Enquête ont été publiés⁴⁷ et en décembre 2014, un troisième volume⁴⁸ a été publié.

Ces résultats font l'objet d'une analyse visant à déterminer les actions à poser pour améliorer la qualité des services offerts.

⁴⁶ CANTIN, Viviane et coll. « Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect? — Le point de vue des patientes », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, novembre 2010, n° 21, 8 pages.

⁴⁷ DUBÉ, Gaétane. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 — Comparaison entre deux cycles d'enquête*, 2014, Québec, Institut de la statistique du Québec, 89 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/qualite-cancer_comparaison_cycle.pdf

⁴⁸ DUBÉ-LINTEAU, Ariane. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 — L'infirmière pivot en oncologie et l'expérience patient*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 60 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/qualite-cancer_experience_patient.pdf

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

Des travaux réalisés en laboratoire à l'INSPQ sur certains perturbateurs endocriniens, dont les composés organochlorés (pesticides, etc.), ont révélé que de fortes concentrations de ces composés pouvaient stimuler la prolifération de cellules tumorales mammaires⁴⁹.

Par contre, ces effets n'étaient pas observés à des concentrations plus faibles, voisines de celles présentes dans le sang des Québécoises. Les conclusions de ces travaux vont dans le sens d'autres avis scientifiques, selon lesquels l'hypothèse d'un lien entre les composés organochlorés et le cancer du sein serait maintenant jugée moins plausible.

L'INSPQ — tout comme d'autres organismes nationaux et internationaux — demeure à l'affût des nouvelles connaissances dans le domaine de la perturbation endocrinienne. Il prend une part active dans la recherche visant à mettre en évidence la présence de contaminants émergents.

Mesure 42 — Afin de prévenir des maladies chroniques, promouvoir et soutenir la mise en œuvre des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :

- **le counseling visant la saine alimentation**
- **le counseling visant l'abandon du tabagisme**
- **la recommandation d'une pratique régulière de l'activité physique**
- **le dépistage de l'hypertension artérielle**
- **le dépistage de l'ostéoporose**

Une proportion plus élevée de femmes (52,3 %) que d'hommes (44,2 %) déclare avoir au moins un problème de santé de longue durée.⁵⁰

En 2014, des formations de formateurs régionaux ont été offertes dans l'ensemble des régions en vue de soutenir l'intervention des cliniciens de première ligne auprès de leur clientèle, et ce, dans l'objectif que cette clientèle adopte des comportements adéquats et de saines habitudes de vie.

De plus, une mise à jour de l'outil de soutien médical à l'abandon du tabagisme a été réalisée en 2014 et peut être consultée sur le site de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec⁵¹.

⁴⁹ AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « 1,1-dichloro 2,2-bis(p-chlorophenyl)ethylene (p,p'-DDE) disrupts the estrogen-androgen balance regulating the growth of hormone-dependent breast cancer cells », *Breast Cancer Research*, vol. 10, R16, 2008; AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « Differential effects of a complex organochlorine mixture on the proliferation of breast cancer cell lines », *Environmental Research*, vol. 111, n° 3, 2011, p. 337-347.

⁵⁰ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, 2014, p. 55, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-probleme-sante-longue.pdf>

⁵¹ <http://www.fimoq.org/fr/default.aspx>, consulté le 27 mars 2015

Le dépistage de l'hypertension artérielle et de l'ostéoporose ont, pour leur part, fait l'objet de guides de pratique qui ont été diffusés dans toutes les régions du Québec.

En 2012-2013, 79,7 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ont fait l'objet d'une activité de soutien auprès des milieux cliniques concernés. Le pourcentage obtenu en 2014-2015 a augmenté à 83,3 %. Ces activités varient d'une région à une autre et sont notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien ou d'organisation de services préventifs.

Mesure 43 — Poursuivre les activités inscrites dans le PNSP visant à réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque associés au milieu de travail, relativement à l'entente MSSS-CSST, notamment :

- **la promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution des solvants organiques et des substances cancérigènes en milieu de travail**
- **le soutien des entreprises et les recommandations relatives à leur prise en charge concernant le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs**
- **les activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le Plan de lutte contre le bruit, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité**
- **la détermination des risques associés aux troubles musculosquelettiques (TMS) et les activités de formation et d'information dans les milieux de travail conformément aux programmes de santé spécifiques des établissements (PSSE)**

Une entente et un contrat-type entre la CSST et le MSSS précisent le cadre d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS a le mandat d'assurer la coordination des interventions à l'échelle de la province, alors que le directeur de la santé publique voit au bon fonctionnement du programme à l'échelle régionale.

En matière de santé au travail, l'atteinte des résultats visés par le plan d'action est donc tributaire des initiatives réalisées en partenariat avec plusieurs intervenants.

Au cours de la période visée, le MSSS a contribué avec ses partenaires au lancement des Programmes de santé sectoriels (PSS), qui prônent une nouvelle approche de la santé au travail. Les PSS permettent de concevoir plus efficacement dans chaque milieu de travail visé, un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE).

Les équipes de santé au travail offrent directement leurs services aux employeurs et aux travailleurs et veillent notamment à l'application du programme « Pour une maternité sans danger ».

II. 10 La santé mentale

Mesure 44 — Assurer la formation continue des intervenantes et des intervenants du réseau de la santé selon les priorités retenues, conformément au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — *La force des liens, en tenant compte de l'ADS lorsqu'il est pertinent de le faire*

Le MSSS s'est engagé à ce que l'ADS soit intégrée dans les projets à venir et les activités de formation proposées au réseau, selon la nature de ces projets et selon la pertinence de le faire.

Il a alors demandé au comité d'organisation et aux présentateurs des Journées annuelles de santé mentale 2012 d'intégrer des contenus présentant les réalités différenciées des femmes et des hommes lors des conférences et des ateliers thématiques.

L'ADS a donc été prise en considération lors de la journée thématique « Reconnaître les besoins des proches de personnes atteintes de cancer », le 16 mai 2012⁵².

Mesure 45 — Favoriser la recherche sur des thèmes indiqués dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — *La force des liens, en tenant compte de l'ADS lorsqu'il est pertinent de le faire*

Le MSSS a mis en œuvre, en partenariat avec le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), quatre projets d'expérimentation régionaux visant à mettre en place ou à consolider des mécanismes de liaison intersectoriels afin de favoriser la progression des personnes ayant des troubles mentaux tout au long de leur parcours dans l'offre de service disponible dans les deux réseaux.

L'évaluation des effets à court terme des expérimentations permettra d'obtenir des données sur les personnes qui font l'objet d'un suivi, mais aussi de documenter leur situation selon le sexe (parcours dans l'offre de service des deux réseaux, participation à des mesures d'emploi, abandons, nombre d'orientations, etc.).

Les données recueillies sur les besoins propres aux femmes et ceux propres aux hommes pourront être prises en considération lors de projets ultérieurs s'adressant aux personnes ayant des troubles mentaux, lesquelles font face à plusieurs obstacles en matière d'intégration et de maintien en emploi.

⁵²http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?journees_annuelle_sante_mentale, consulté le 15 décembre 2014

Mesure 46 — Soutenir la mise en place ou la poursuite d'interventions visant la prévention du suicide, conformément au PNSP, soit :

- **l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que présentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi que les mesures pour en limiter l'accès**
- **l'implantation des réseaux de sentinelles**
- **des activités visant le traitement approprié de la question du suicide dans les médias**

Même si les hommes québécois ont un taux de suicide 3,5 fois plus élevé que celui des femmes, ces dernières sont cependant trois fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008.

Les activités de sensibilisation aux risques que présentent les médicaments gardés à la maison incluent la diffusion de dépliants informatifs et la sensibilisation du personnel de la santé. Elles ont été planifiées ou mises en œuvre dans la majorité des régions.

Des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide⁵³ ont été produits et diffusés par le MSSS. Ils sont complétés par la formation reconnue *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*⁵⁴. De plus, le portail *Santé et mieux-être* du MSSS inclut une page sur le suicide et sa prévention⁵⁵.

En 2012-2013, les réseaux de sentinelles ont été implantés dans 11 régions et planifiés dans 5 autres régions. De 2010 à 2013, 7 375 sentinelles ont été formées pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide.

Enfin, toujours en 2012-2013, les activités visant le traitement approprié de la question du suicide dans les médias ont été implantées dans 12 régions, planifiées dans 2 autres régions, mais n'ont pas été planifiées dans 2 régions. Une banque de données sur le suicide, qui est en cours d'élaboration au MSSS, servira à effectuer une surveillance continue de cette réalité.

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*

Depuis le 1^{er} avril 2010, le MSSS a diffusé dans le réseau plus de 4 700 trousseaux d'autoformation *Grossesse — Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*⁵⁶.

⁵³ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide — Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, 2010, 83 pages; *Prévention du suicide — Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, 2010, 64 pages

⁵⁴ Cette formation est donnée par l'Association québécoise de prévention du suicide et s'adresse aux intervenants des CSSS et d'organismes communautaires.

⁵⁵ <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/prevenir-le-suicide/>, consulté le 5 mars 2015

⁵⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir — Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer*, 2009, 16 pages

Un programme de formation en dépendances, destiné aux intervenantes et intervenants des CSSS, est aussi implanté et comprend un volet sur la détection et l'intervention précoce en contexte de consommation parentale. Ainsi, depuis l'hiver 2010, plus de 3 200 intervenantes et intervenants des CSSS ont reçu la formation sur la détection et l'intervention précoce en matière de toxicomanie, y compris le volet d'intervention en contexte de consommation parentale.

II. 11 La périnatalité

Mesure 48 — Mettre en œuvre les priorités d'action 2009-2012 inscrites dans la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018 — Un projet porteur de vie, notamment :

- **l'accessibilité du suivi prénatal précoce**
- **l'accès gratuit à une information prénatale de qualité**
- **la mise en place de l'offre de service dans le domaine de la procréation assistée**
- **l'offre d'un suivi prénatal et postnatal avec l'intensité requise selon les besoins**
- **la diminution du recours aux interventions obstétricales sans indication médicale**

Accessibilité au suivi prénatal

Le pourcentage total de prise en charge des femmes enceintes (cabinets privés et établissements) au premier trimestre est de 84 % en 2013-2014, comparativement à 80 % en 2009-2010.

L'accès gratuit à une information prénatale de qualité

Destiné à l'ensemble des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux chargés de transmettre l'information prénatale aux futurs parents, le Tronc commun provincial d'information prénatale⁵⁷ (TCPIP) a été annoncé officiellement en juin 2014.

Programme québécois de procréation assistée

Ce programme a été mis en œuvre le 5 août 2010. En novembre 2014, le projet de loi 20⁵⁸ a été déposé⁵⁹. Il vise notamment à modifier la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, afin d'y ajouter différentes dispositions applicables à l'exercice des activités de procréation assistée.

L'offre d'un suivi prénatal et postnatal ayant l'intensité requise selon les besoins

L'accès aux services des sages-femmes s'améliore. Le nombre d'ETC sages-femmes ajoutés au réseau au cours de la période 2010-2015 est de 48.

Diminution du recours aux interventions obstétricales sans indication médicale

En 2013, 100 % des centres hospitaliers avaient terminé l'implantation du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux).

⁵⁷ <https://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/Default.aspx>, consulté le 9 décembre 2014

⁵⁸ Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, accessible <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html>, consulté le 3 mars 2015

⁵⁹ Le projet de loi 20 a été adopté le 10 novembre 2015

Mesure 49 — Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, conformément au PNSP

L'INSPQ a élaboré, en 2014, une synthèse des connaissances sur le dépistage en première ligne de la dépression chez les adultes⁶⁰, incluant les femmes durant la période périnatale.

Cette synthèse permettra d'évaluer les avantages et les limites du dépistage de la dépression, notamment auprès des femmes durant la période périnatale.

Mesure 50 — Promouvoir et soutenir le dépistage de maladies infectieuses chez les femmes enceintes, y compris la rubéole, le VIH, la syphilis, l'hépatite B ainsi que d'autres ITSS, conformément au PNSP

Au Québec, le test de dépistage du VIH est inclus dans le bilan prénatal complet, au même titre que les tests de dépistage de l'hépatite B, de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée. En principe, ces tests sont offerts systématiquement, selon les normes de pratique en vigueur au Québec.

De plus, durant la période 2010-2015, le MSSS a posé les actions suivantes :

- Soutenir le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse et son évaluation annuelle.
- Rappeler au personnel de la santé l'importance du dépistage des ITSS auprès des femmes enceintes, par l'entremise des associations professionnelles.
- Revoir et mettre à jour trois dépliants⁶¹, dont deux qui s'adressent aux médecins et un autre qui s'adresse aux femmes enceintes⁶², sur l'importance du dépistage des ITSS (2013).

Mesure 51 — Promouvoir et soutenir la mise en place des pratiques cliniques préventives suivantes, conformément au PNSP :

- **Le counseling en matière d'allaitement maternel**
- **La recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes**

Plusieurs régions ont inscrit le counseling en matière d'allaitement maternel dans leur offre de service. Afin d'optimiser cette pratique, les directions de santé publique ont surtout offert de la formation aux intervenantes et intervenants en périnatalité.

⁶⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes*, 2014, 49 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1831_Depistage_Depression_Adultes.pdf, consulté le 12 février 2015

⁶¹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-354-02F.pdf>;

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-354-01F.pdf>, consulté le 6 août 2014

⁶² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-354-03F.pdf>, consulté le 6 août 2014

Par ailleurs, en 2014, dans le cours d'un projet ministériel, l'élaboration d'activités pédagogiques spécifiques au counseling en allaitement maternel selon l'approche de l'entretien motivationnel a débuté.

Dans les années 1960, seulement 5 % des mères québécoises allaitaient leur bébé⁶³. La proportion des femmes de 15 à 55 ans ayant commencé à allaiter était de 72,6 %, en 2000-2001⁶⁴ et de 88,6 % en 2013-2014⁶⁵.

Les activités concernant la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme varient d'une région à une autre et sont notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

En 2014, des formations de formateurs régionaux ont été offertes dans l'ensemble des régions du Québec afin de soutenir l'intervention de counseling des cliniciens de première ligne sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.

Mesure 52 - Soutenir l'identification, l'évaluation et la documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et faire des recommandations aux médecins traitants, en lien avec l'entente MSSS-CSST, conformément au PNSP

Au cours de la période visée par le présent bilan, une contribution importante du MSSS a été de poursuivre, en partenariat avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et de concert avec les directions de santé publique, des travaux visant à optimiser la gouvernance et l'application du Programme pour une maternité sans danger (PMSD).

Les travaux soutenus par le MSSS visent, à terme, à appliquer au PMSD une approche populationnelle, par opposition à l'approche davantage clinique qui prévaut actuellement. L'approche populationnelle favorisera davantage d'équité et d'efficacité dans l'application du PMSD. Elle consiste notamment à normaliser les postes de référence afin qu'une seule banque de postes soit utilisée partout au Québec par les médecins, lors de l'évaluation des risques dans l'environnement de travail des travailleuses enceintes ou qui allaitent, dans le cas d'une demande de retrait préventif.

⁶³ BAILLARGEON, Denyse. *Un Québec en mal d'enfants — La médicalisation de la maternité — 1910-1970*, Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004

⁶⁴ LAVOIE, Amélie et Valeriu DUMITRIU. « L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada », série Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes, *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, octobre 2011, no 8, 8 pages

⁶⁵ STATISTIQUE CANADA. Tableau 105-0502 — Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues, occasionnel, CANSIM (base de données), consulté le 18 août 2015

II. 12 La violence conjugale et sexuelle

Mesure 53 — Maintenir ses engagements conformément à la prolongation du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale

Le PAG en matière de violence conjugale a été prolongé jusqu'en 2012 et durant cette prolongation, les engagements du MSSS ont été maintenus.

Par exemple, en 2011-2012, le financement annuel des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale était de 69,8 M\$, celui des centres de femmes, de 22,7 M\$ et celui des organismes qui viennent en aide aux conjoints violents, de 5,5 M\$.

La même année, plus de 1,5 M\$ a été attribué par le MSSS en vue de la réalisation de divers projets régionaux. Ce montant inclut le financement des projets destinés aux femmes immigrantes, aux femmes autochtones et aux femmes ayant des limitations fonctionnelles.

Mesure 54 — Participer aux travaux de rédaction du rapport synthèse du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale et aux travaux d'élaboration du prochain plan d'action gouvernemental en la matière

- Le MSSS a pris une part active aux travaux de rédaction du bilan de mise en œuvre du PAG 2004-2009 en matière de violence conjugale. Près de 90 M\$ ont été consacrés à la réalisation des engagements ministériels, dont 51,6 M\$ de la part du MSSS.⁶⁶
- Le nouveau Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, diffusé le 6 décembre 2012, contient 135 mesures et inclut un volet autochtone spécifique de 35 mesures.
- Les mesures du volet général portent une attention particulière aux personnes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité à la violence conjugale, à savoir les personnes âgées, gaies, lesbiennes, transsexuelles et transgenres, immigrantes, à statut précaire ou provenant d'une communauté ethnoculturelle, en situation de handicap et les hommes victimes de violence conjugale.
- 32 engagements du Plan relèvent du MSSS, dont 12 concernent le volet autochtone.

Mesure 55 — Poursuivre les actions dont le MSSS a la responsabilité ou dont il est partenaire, conformément au Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle

Le MSSS a poursuivi les actions décrites dans le document intitulé *Rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*⁶⁷ diffusé, le 25 novembre 2014.

⁶⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op.cit.

http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/BilanViolenceConjugale_Final.pdf

⁶⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op.cit.,

http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Rapport_Plan2008-2013_AgressSexuelle.pdf

Le MSSS a, entre autres, soutenu des initiatives des communautés visant à prévenir et à contrer les agressions sexuelles. Par exemple, le document intitulé *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle* a été révisé et diffusé dans toutes les régions du Québec.

Le MSSS a aussi attribué, à partir de 2010-2011, un montant récurrent de près d' 1,1 M\$ pour assurer la mise en œuvre du Programme d'évaluation, de traitement et de recherche des auteurs d'agressions sexuelles à l'établissement de détention de Percé.

Mesure 56 — Sensibiliser des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias, dont la violence, ainsi qu'à l'importance de la réduction de cette exposition, conformément au PNSP

En 2014-2015, cinq régions ont implanté, et financé à même leur budget (programme-services santé publique), des activités visant à sensibiliser divers décideurs privés et publics aux effets négatifs sur les enfants et les adolescentes de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias ainsi qu'à la réduction de cette exposition.

Ces activités étaient très diversifiées : des séances d'information, des campagnes de communication, des activités de formation, la mise en place de mécanismes de collaboration et de concertation, l'élaboration d'ententes officielles de partenariat, etc.

Mesure 57 — S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent la priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale

En matière de services de supervision des droits d'accès (SDA)⁶⁸, le MSSS a notamment réalisé les actions suivantes :

- Diffusion, à l'automne 2013, de la formation nationale sur les services de SDA auprès de 63 intervenantes et intervenants de 34 des 36 organismes qui offrent ces services.
- Concernant les services de SDA recommandés par la Cour supérieure, 2 régions sur 16 ne sont pas couvertes par ces services, soit les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec. Par ailleurs, bien qu'aucune ressource n'offre, pour l'instant, les services de SDA dans ces deux régions, ces services y sont assurés par le personnel de la santé de leur territoire.
- Toutes les régions sont couvertes par les services de SDA recommandés par la Chambre de la jeunesse, offerts en grande partie par l'entremise des centres jeunesse (CJ).

⁶⁸ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-839-01F.pdf>, consulté le 5 mars 2015

II. 13 L'exploitation sexuelle

Mesure 58 — Participer aux prochains travaux interministériels en vue de contrer l'exploitation sexuelle des femmes au Québec

Le MSSS participe, depuis juin 2013, aux travaux du Comité interministériel sur l'exploitation sexuelle⁶⁹. Celui-ci a pour mandat de « proposer des actions au gouvernement en vue de lutter contre l'exploitation sexuelle », laquelle, de façon générale, touche davantage les femmes, les adolescentes et les petites filles.

Dans le cours des travaux du Comité, des consultations ont eu lieu dans douze régions du Québec, auxquelles ont participé des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Ainsi, de septembre à décembre 2013, des représentants des régions sociosanitaires ont participé à plusieurs des douze rencontres régionales et suprarégionales. De plus, de décembre 2013 à février 2014, une dizaine de chercheurs et une cinquantaine d'organismes spécialisés, dont l'INSPQ, ont participé à ces rencontres.

Les travaux gouvernementaux sont toujours en cours et devraient déboucher sur la définition d'actions gouvernementales.

II. 14 Le vieillissement

Mesure 59 - Intégrer l'ADS lors de l'adaptation des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches aidants, pour le soutien aux proches aidants, l'hébergement et la prévention-gestion des maladies chroniques

Le MSSS a produit un état de situation des connaissances relatives aux proches aidants et à l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ce document interne, rédigé à partir d'une revue de la littérature, présente des données et des études récentes sur les caractéristiques et les besoins particuliers des femmes âgées (et des hommes âgés) en perte d'autonomie, résidant ou non dans un centre d'hébergement.

Le document traite également de la réalité des aidants naturels et a permis de documenter certaines problématiques en fonction des réalités et des besoins particuliers des aidants. Cette information est utile à l'adaptation de certaines réalisations du MSSS concernant ces clientèles.

⁶⁹ La mise en place du Comité est conforme à la mesure 86 du Plan d'action gouvernemental 2011-2015 pour l'égalité entre les femmes et les hommes, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/Plan_d_action_complet_2011-06-13.pdf

Mesure 60 — Produire l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement (EQLAV) — volet « 65 ans et plus » en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec

Au total, de mars 2013 à janvier 2014, quatre volumes de l'EQLAV⁷⁰ portant sur des problématiques particulières ont été publiés; le volume 3, publié en 2013, porte spécifiquement sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus.

Mesure 61 - Accroître les services de soutien à domicile aux personnes âgées dans le cadre du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

En 2014-2015, les services de soutien à domicile de longue durée dispensés aux personnes âgées ont totalisé près de 7,5 millions d'heures. Le nombre d'heures de services a donc augmenté de plus de 3,1 millions d'heures depuis 2009-2010 (année de départ du suivi de cet indicateur), soit une augmentation de 71,9 %.

Le nombre d'interventions par usager par année a par ailleurs augmenté depuis 2011-2012; alors que les personnes recevaient en moyenne 30,6 interventions en 2011-2012, elles en recevaient en moyenne 44,6 en 2014-2015.

Ces résultats ont pu être obtenus grâce aux efforts d'optimisation de toutes les instances régionales et à l'ajout d'un budget de développement récurrent de 40 M\$, depuis 2011-2012, couvrant l'ensemble des services de soutien à domicile, qui comprennent les services offerts aux personnes âgées. En 2013-2014, un montant de 110 M\$ a été ajouté, ce qui porte à 150 M\$ le budget additionnel récurrent accordé.

Mesure 62 — Soutenir l'implantation de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute — volet personnalisé, conformément au PNSP

Au 31 mars 2013, 81 % des régions du Québec étaient soit en voie d'implanter (3 régions) ou avaient implanté (10 régions) l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) afin de prévenir les chutes chez les personnes âgées considérées à risque, comparativement à 44 % en 2010. L'IMP est destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus qui ont fait une chute au cours de l'année précédente et qui présentent un risque élevé de tomber à nouveau.

En 2014, au Québec, 3,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie ont obtenu des services de soutien à domicile et ont bénéficié d'une IMP⁷¹, comparativement à 1,7 % en 2010.

⁷⁰ <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/index.html>, consulté le 30 mars 2015

⁷¹ Rapport périodique des indicateurs en expérimentation — GESTRED, suivi au 23 août 2014

Mesure 63 — Soutenir la mise en place d’une intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques chez les personnes du groupe d’âge de 50 ans et plus, conformément au PNSP

En 2014-2015, les instances de 7 régions ont implanté un programme ou réalisé des interventions visant à faire diminuer la consommation de ces médicaments auprès des personnes du groupe d’âge de 50 ans et plus. Le programme « *Les médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après cinquante ans* », prévu dans le PNSP 2003-2012 (mise à jour 2008) est cité à titre d'exemple parce qu’il s'est avéré efficace pour aider ces personnes à mieux utiliser leur médication et à en diminuer les effets indésirables.

Une proportion plus élevée de femmes (34,3 % comparativement à 21,3 % d’hommes) consomme des médicaments psychotropes. Une forte proportion d’entre elles y a recours de façon chronique et à long terme⁷².

Mesure 64 — Promouvoir et soutenir le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et l’orientation vers les services de diagnostic, de traitement ou de suivi, conformément au PNSP

L’INSPQ a élaboré une synthèse des connaissances sur le dépistage, en première ligne, de la dépression chez les adultes⁷³. Cette synthèse permettra d’évaluer les avantages et les limites du dépistage de la dépression dans la population générale d’adultes et notamment chez les personnes âgées.

Mesure 65 — Mettre en œuvre les actions inscrites par le MSSS, à titre de responsable ou de partenaire, dans le Plan d’action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015

Deux actions structurantes de ce PAG, soit la ligne téléphonique nationale d’écoute et d’orientation (ligne Aide Abus Aînés ou ligne AAA) et la mise en place de coordinations régionales ont été réalisées sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés⁷⁴.

Plus de 830 intervenantes et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont été formés dans la presque totalité des régions du Québec sur l’offre de formation élaborée en mars 2014 par la ligne AAA.

Du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2014, 15 299 appels ont été traités par la ligne AAA. 68,6 % des 8 740 présumées victimes étaient de sexe féminin, 24,29 % de sexe masculin et 7,11 % des appels concernaient plus d’une victime.

⁷² QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l’action — Portrait de santé du Québec et de ses régions — Les statistiques*, 2011, 363 pages, accessible en ligne à l’adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf>

⁷³ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, op.cit., accessible en ligne à l’adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1831_Depistage_Depression_Adultes.pdf

⁷⁴ De 2012 à 2014, le Secrétariat aux aînés était intégré dans la structure administrative du MSSS.

Présents dans chaque région depuis 2011-2012, les coordonnatrices et coordonnateurs régionaux (CR) ont réalisé plusieurs livrables dans leur région respective, tels que le portrait de la maltraitance, la liste des ressources existantes, l'élaboration d'un plan d'action et l'élaboration d'un guide de référence visant à contrer la maltraitance envers les personnes âgées⁷⁵.

Par ailleurs, le projet de loi n° 16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés, a été adopté le 29 novembre 2011. De plus, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés a été adopté en mars 2013, afin de resserrer la sécurité, l'encadrement clinique et la qualité des services qui sont offerts dans ces résidences.

Mesure 66 - Promouvoir et soutenir la recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées, conformément au PNSP

La promotion et le soutien de la recherche de cas de maltraitance dont sont victimes les personnes âgées se font notamment par la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, rattachée à l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

De plus, les instances régionales peuvent, selon leurs priorités et leur offre de service, réaliser des activités de soutien en la matière. Ces services varient d'une région à une autre; elles peuvent être notamment de nature formative, informative, évaluative, d'accompagnement et de soutien des milieux cliniques ou d'organisation de services préventifs.

Afin de guider l'offre de service visant à détecter de façon préventive les signes de maltraitance envers les aînés, l'INSPQ a produit en 2013, à la demande du MSSS, une synthèse des connaissances sur la recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées vivant à domicile par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne⁷⁶.

⁷⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Guide de référence — Pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2013, 441 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

⁷⁶ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*, juin 2013, 105 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSSPremiLigne.pdf

Mesure 67 - Collaborer avec les partenaires du milieu (public et communautaire) et les soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions en vue de contrer les formes d'abus envers les personnes âgées, conformément au *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*

Conformément à son engagement dans le Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle⁷⁷, le MSSS a collaboré avec ses partenaires à l'élaboration et la mise en œuvre d'actions visant à contrer les abus envers les personnes âgées.

Trois projets visant à contrer les agressions sexuelles envers les personnes âgées sont soutenus financièrement par le Secrétariat aux aînés (SA)⁷⁸ du ministère de la Famille grâce aux programmes *Soutien aux initiatives visant le respect des aînés* (SIRA) et *Québec ami des aînés* (QADA).

II. 15 L'aide aux proches

Mesure 68 - Intégrer l'ADS dans l'adaptation des services aux personnes qui aident des proches âgés en perte d'autonomie

Dans la population de 15 ans et plus au Québec, une plus grande proportion de femmes (29 %) que d'hommes (21,4 %), s'investit comme proche aidant⁷⁹.

Le document interne intitulé *État de situation des connaissances relatives aux proches aidants et à l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie*, produit par le MSSS en 2012, est un outil de sensibilisation et d'information destiné aux personnes responsables de la planification et de la mise en œuvre des services.

Il en est ressorti certains constats et défis qui sont pris en compte dans l'actualisation et la conception des travaux en rapport avec les services destinés aux aidants naturels des personnes âgées en perte d'autonomie.

Mesure 69 - Acquérir une meilleure connaissance des diverses réalités des personnes qui jouent le rôle de proches aidants, selon les types de clientèles aidées par ces personnes (qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ou d'une personne âgée)

La réalisation des documents suivants a permis d'acquérir une meilleure connaissance des réalités des aidants naturels de diverses clientèles :

⁷⁷ Mesure 22 — « Collaborer avec les partenaires du milieu (public et communautaire) et les soutenir dans le développement et la mise en œuvre d'actions visant à contrer les formes d'abus envers les personnes âgées, dont les agressions à caractère sexuel »

⁷⁸ De 2012 à 2014, le Secrétariat aux aînés était intégré dans la structure administrative du MSSS.

⁷⁹ http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/soutien-social-entraide/statistiques_proches_aidants_t1.htm, consulté le 4 septembre 2015

- Le Bilan d'implantation des orientations ministérielles et du Plan d'action en déficience intellectuelle (DI), réalisé en 2014, permet de mieux comprendre la situation des familles et des aidants naturels de ces personnes.
- *L'État de situation des connaissances relatives aux proches aidants et à l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie*, un document interne, présente des données et des études récentes sur les caractéristiques, les besoins et les réalités particulières des femmes et des hommes qui assument le rôle d'aidants auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

L'approfondissement de la connaissance des réalités des aidants naturels permet notamment au MSSS de mieux adapter les soins de santé et les services sociaux aux besoins de ces personnes selon les types de clientèles qu'elles aident.

Mesure 70 - Concevoir et implanter un outil d'évaluation des besoins des personnes qui agissent comme proches aidants et un outil de dépistage des proches à risque d'épuisement

Dès 2013-2014, une recension des divers outils de dépistage de l'épuisement et d'évaluation des aidants naturels a été effectuée. Un outil de dépistage de l'épuisement chez les aidants naturels et un outil d'évaluation des aidants naturels de toutes les personnes adultes ont été ensuite ciblés. La possibilité d'implanter ces outils dans le réseau fait actuellement l'objet de travaux au MSSS.

L'évaluation des besoins des aidants naturels a un impact sur les femmes, parce que celles-ci composent la majorité de ces aidants.

Mesure 71 - Établir des critères d'accès aux services de répit aux personnes qui agissent comme proches aidants et s'assurer de la couverture publique de ces services

Le MSSS a bonifié l'offre de service de soutien à domicile destinés aux différentes clientèles, notamment les aidants naturels, tout en précisant les modalités de contribution des usagers.

En 2009-2010, la dépense en soutien aux familles (déficiences physiques, déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement) était de 26 M\$, comparativement à 31,3 M\$ en 2013-2014, soit une augmentation globale de 5,3 M\$ au cours de cette période⁸⁰.

Par ailleurs, le nombre de familles ayant reçu ces services est passé de 19 627 en 2009-2010 à 22 349 en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 2 722 familles.

⁸⁰ Source : rapports financiers annuels AS-471

En janvier 2012, la ministre déléguée aux services sociaux annonçait l'attribution d'un montant non récurrent de 8 M\$, dont approximativement la moitié devait servir à rehausser l'offre de service de soutien aux familles. De plus, en juin 2012, la ministre déléguée annonçait l'attribution de 35 M\$ à l'amélioration des services en déficience physique, en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement; une partie de ces investissements est consacrée au soutien aux familles.

Mesure 72 - Développer des services de répit pour les personnes qui jouent le rôle de proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en concertation avec le ministère de la Famille

La politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble », publiée le 3 mai 2012 par le Secrétariat aux aînés, qui relevait alors du MSSS, inclut la prise en compte des besoins des aidants naturels, notamment en matière de répit.

De 2010 à 2015, plusieurs efforts ont été consacrés à consolider la collaboration entre le MSSS et l'organisme L'appui pour les proches aidants. Cette collaboration a permis de produire deux guides sur les pratiques prometteuses⁸¹ en matière d'information, de formation et de répit. Ces guides s'adressent aux organismes du réseau qui désirent offrir des services de qualités aux proches aidants d'aînés.

II. 16 Les travailleuses du réseau

Mesure 73 - Dresser le bilan des absences en assurance salaire des travailleuses du réseau à l'aide d'une banque de données nationale

Mesure 74 - Maintenir à jour et rendre accessibles les données sur la santé physique et mentale des travailleuses du réseau

Le MSSS utilise les données sur le ratio d'heures en assurance salaire (RHAS)⁸² afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé du personnel du réseau.

Chez les travailleuses du réseau travaillant à temps complet régulier (TCR), à temps partiel régulier (TPR) et à temps partiel occasionnel (TPO), le ratio d'heures en assurance salaire présente, en 2013-2014, une légère augmentation comparativement à 2010-2011, soit de 6,6 % à 7,2 % chez les travailleuses à TCR, de 6,2 % à 6,6 % chez les travailleuses à TPR et de 4,3 % à 4,4 % chez les travailleuses à TPO.

À l'exception des femmes occupant des emplois dans la catégorie « cadre et hors-cadre », des professionnelles et des travailleuses sociales et des techniciennes, qui affichent un ratio inférieur à 5 %, le RHAS chez les autres travailleuses du réseau varie de 5,7 % à 9,5 %, et ce, concernant toutes les années.

⁸¹ <http://www.lappui.org/pratiquesprometteuses>, consulté le 5 mars 2015

⁸² Le ratio d'heures en assurance salaire représente la proportion d'heures payées en assurance salaire sur le nombre d'heures totales régulières et supplémentaires. Les données sur ce ratio sont disponibles par région, par type d'établissement, par type d'emploi et par diagnostic. Ces données sont ventilées selon le sexe, à l'exception de celles concernant les diagnostics.

Des données comparatives par secteur d'emploi révèlent aussi qu'en 2013-2014, comme dans les années précédentes, le RHAS chez les femmes est toujours plus élevé que chez les hommes, l'écart variant de 1,3 % à 3,9 % selon le secteur d'emploi.

Mesure 75 - Poursuivre une veille informationnelle de la progression de la féminisation de la médecine et de son impact sur la pratique médicale

Le MSSS assure un suivi de la progression de la féminisation de la médecine et de son impact sur la pratique médicale.

Dans son espace informationnel, il publie notamment le document intitulé *Professionnels rémunérés par la RAMQ*, dans lequel on trouve de l'information quantifiant les ressources humaines professionnelles rémunérées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (1 \$ ou plus), dont la répartition des médecins selon le sexe et selon l'âge. Ces données sont issues des statistiques officielles de la RAMQ (tableau SM-17).

En 2011, pour la première fois dans l'histoire de la médecine moderne au Québec, les médecins de famille (omnipraticiens) sont majoritairement de sexe féminin (51 %). En comparaison, la proportion de femmes parmi les médecins de famille était de seulement 10,3 % en 1976.

En 2013, les femmes représentent 53 % de l'ensemble des médecins de famille et 39 % de l'ensemble des médecins spécialistes (6 % en 1976).

III. Orientation 3 – Intégrer les besoins des femmes dans la planification nationale, régionale et locale des soins de santé et des services sociaux

Afin de mieux intégrer les besoins des femmes dans la planification nationale, régionale et locale et de tenir compte de la nature multidimensionnelle des questions de santé et de bien-être des femmes, le MSSS a renforcé la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, mais également avec ses partenaires en matière de condition féminine.

Les principaux résultats obtenus en matière de concertation avec le réseau, et avec les autres partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, sont donc présentés relativement à cette troisième orientation.

II. 1 La coordination et la concertation au MSSS et dans le réseau

Mesure 76 — Inciter les agences à participer aux exercices régionaux de concertation en vue de l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes

Dans le cadre du PAG pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015, le MSSS a invité les agences⁸³ à participer aux travaux d'élaboration et à la signature de nouvelles ententes régionales en matière d'égalité.

Ainsi, les agences étaient signataires de neuf ententes régionales en matière d'égalité pour la période 2011-2015, comparativement à quatre ententes pour la période 2007-2010⁸⁴.

Les ententes signées concernent les régions administratives suivantes⁸⁵ :

Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec-Jamésie, Laval et Centre-du-Québec. Six de ces ententes impliquent une participation financière des agences, totalisant 213 750 \$ durant la période 2011-2015.

En vertu de ces ententes, des projets en santé et bien-être des femmes ont été mis en œuvre dans divers domaines, dont la santé mentale (Bas-Saint-Laurent, Nord-du-Québec-Jamésie, Centre-du-Québec, Mauricie), l'exploitation sexuelle (Bas-Saint-Laurent), la violence dans les relations amoureuses et la violence conjugale (Abitibi-Témiscamingue), les agressions sexuelles (Outaouais), la pauvreté et l'exclusion sociale (Laval, Mauricie). Des portraits spécifiques à la santé des femmes sont également produits (Mauricie, Saguenay-Lac-Saint-Jean).

⁸³ Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2015 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) issu de la fusion d'établissements publics, est créé dans chaque région sociosanitaire. Pour plusieurs centres intégrés, cette fusion englobe également l'agence de la santé et des services sociaux de la région.

⁸⁴ Données fournies par le Secrétariat à la condition féminine

⁸⁵ L'Agence de Chaudière-Appalaches s'est jointe à l'automne 2014 au comité de gestion de l'entente 2011-2015 à titre d'organisme invité, sans toutefois être signataire de l'entente.

Mesure 77 - Encourager les agences à élaborer des portraits de santé de la population qui présentent des données différenciées selon le sexe.

Le cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec intitulé *Pour guider l'action — Portrait de santé du Québec et de ses régions*, a été lancé en novembre 2011⁸⁶.

Ce rapport constitue un outil de premier plan pour diffuser des analyses et des statistiques sur plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, notamment des données différenciées selon le sexe. Plus de 95 % des 187 indicateurs de ce portrait de santé sont différenciés selon le sexe et les analyses rendent compte des spécificités des femmes et des hommes.

Les agences, pour leur part, tiennent à jour et diffusent des données régionales sur les principaux indicateurs de santé et de bien-être. Ces portraits de santé incluent généralement des données sur la population régionale et les populations locales et ces données sont, pour la plupart, différenciées selon le sexe.

Mesure 78 — Encourager les agences à soutenir des projets régionaux et locaux visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes de leur territoire

Dans le cadre de leurs programmes-services courants, les agences soutiennent financièrement la grande majorité des projets régionaux ou locaux visant à améliorer les conditions de santé et de bien-être des femmes.

Certaines agences collaborent également à certains projets régionaux à titre de partenaires techniques.

Chaque agence conserve son rôle décisionnel quant à la façon de recevoir et de traiter les demandes qui lui sont faites par les organismes du milieu. Par exemple, depuis 2012, une stratégie spécifique permet d'assurer la continuité du traitement des demandes en matière de santé et de bien-être des femmes à l'agence de la Capitale-Nationale.

II. 2 La concertation avec les partenaires

Mesure 79 — Poursuivre et actualiser les engagements du MSSS conformément à la mise en œuvre de la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes — Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait

Le MSSS a collaboré à l'élaboration du deuxième PAG pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Il y a inscrit onze actions, à titre de ministère responsable, et trois autres actions, en coresponsabilité⁸⁷.

⁸⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, op.cit., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-01F.pdf>

⁸⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait — Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, 2011, 137 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/Plan_d_action_complet_2011-06-13.pdf

Le MSSS a également inscrit huit actions à titre de ministère responsable et une autre en coresponsabilité dans le Plan d'action en matière d'ADS 2011-2015⁸⁸.

Par ailleurs, le MSSS et, dans certains cas, les agences collaborent à la réalisation de plusieurs autres actions du PAG visant la promotion des rapports égalitaires, la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée, la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail à haute densité de main-d'œuvre féminine, la prévention et l'intervention en matière de violence conjugale, d'agression sexuelle, etc.

Mesure 80 — Participer aux travaux des comités interministériels coordonnés par le Secrétariat à la condition féminine et par d'autres partenaires gouvernementaux en vue de l'élaboration de politiques, d'orientations, de stratégies, de plans d'action, de programmes et d'autres projets qui touchent la santé et le bien-être des femmes

Le MSSS coordonne les travaux de certains comités interministériels et participe, à titre de partenaire, aux travaux d'autres comités sous la responsabilité d'autres ministères, notamment les suivants :

Le Comité interministériel sur la promotion de modèles et de comportements égalitaires

Sous la responsabilité du Secrétariat à la condition féminine, il permet à ses membres de partager de l'information et de se concerter sur les programmes et les projets, en cours de réalisation ou d'élaboration, en matière de promotion des rapports égalitaires.

Le Comité de travail de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée

Il vise à proposer des moyens de promouvoir la Charte et d'assurer l'adhésion des milieux de la mode, de la publicité et des médias à celle-ci. Depuis le lancement, en 2010, du Plan d'action 2010-2013 de la Charte, le Comité se réunit de façon ponctuelle pour planifier et suivre sa mise en œuvre.

Le Réseau des responsables en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

Le Réseau tient des rencontres deux fois par année afin de recevoir et de partager de l'information sur l'avancement de la politique gouvernementale pour l'égalité et de ses plans d'action et sur d'autres questions d'intérêt en matière de condition féminine.

Le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle

Le Comité a assuré le suivi du PAG 2004-2009 en matière de violence conjugale et rédigé son bilan en plus d'élaborer le troisième plan d'action en la matière. Il a aussi effectué le suivi du PAG 2008-2013 en matière d'agression sexuelle et participé à la rédaction de son rapport final. Il participe également à l'élaboration du nouveau PAG en matière d'agression sexuelle.

⁸⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes*, 2011, 53 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/ADS_complet_2011-06-13.pdf

Le Comité interministériel en ADS

Le Comité favorise le réseautage en permettant aux membres d'échanger sur les projets en matière d'ADS qui sont en cours dans les différents ministères et organismes et sur les bonnes pratiques en cette matière.

Le Comité interministériel pour la progression des Québécoises en sciences et en technologies

Créé en 2007 et sous la responsabilité du ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations (MEIE), il a pour mandat de faire le suivi du Plan d'action interministériel pour la progression des Québécoises en sciences et technologies.

L'Assemblée des membres du Conseil du statut de la femme (CSF)

Le MSSS est représenté à l'Assemblée des membres du CSF, qui se réunit en moyenne quatre fois par année. En plus de cette représentation, il fournit régulièrement au CSF de l'information et des données lors de la rédaction de recherches ou d'avis.

Enfin, le MSSS et ses partenaires mènent plusieurs autres projets intersectoriels et interministériels dont certaines dimensions touchent la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes au Québec, en plus de participer à ces projets.

CONCLUSION

Au 31 mars 2015, soit la fin de la période couverte par le présent bilan final, 100 % des engagements ministériels relatifs à la santé et au bien-être des femmes étaient réalisés ou en voie de l'être. Certains sont récurrents et continueront d'être mis en œuvre tant qu'il sera pertinent de le faire.

Les réalisations du MSSS mises en relief dans ce bilan portent sur diverses actions, différents domaines d'intervention et différentes clientèles. La combinaison de tous ces efforts a permis de répondre à la majorité des besoins de l'ensemble des Québécoises en matière de santé et de bien-être, mais aussi aux besoins de certaines d'entre elles qui vivent dans des situations et des contextes susceptibles de les rendre plus vulnérables, par exemple, les différences culturelles, les réalités autochtones, les limitations fonctionnelles, la pauvreté et l'exclusion sociale et les minorités sexuelles.

Le nombre et la portée des réalisations de ces cinq dernières années en matière de santé et de bien-être des femmes permettent de prendre la mesure de l'importance des efforts et des investissements, notamment financiers, réalisés par le MSSS.

Ces avancées ne doivent cependant pas faire oublier que de nombreux défis et préoccupations persistent en matière d'adaptation des services de soins et de santé à la réalité des femmes. Des ajustements seront constamment nécessaires et de nouvelles mesures devront être élaborées afin de répondre aux besoins connus, mais aussi aux besoins émergents des Québécoises en matière de santé et de bien-être.

Ce bilan final reconnaît le chemin parcouru par les femmes en matière de santé et d'égalité en santé et permettra de mieux cibler les actions à poursuivre, à réorienter ou à mettre en œuvre. Il pourra donc servir de tremplin à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures renouvelées.

Il en va de l'intérêt de l'ensemble des femmes du Québec, mais aussi de toute la société. En effet, l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécoises est bénéfique pour ces dernières, mais également pour leurs enfants, leurs familles, leurs proches et pour toute la société.

BIBLIOGRAPHIE

AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « 1,1-dichloro 2,2-bis(p-chlorophenyl) ethylene (p,p'-DDE) disrupts the estrogen-androgen balance regulating the growth of hormone-dependent breast cancer cells », *Breast Cancer Research*, vol. 10, R16, 2008.

AUBÉ, Michel, Christian LAROCHELLE et Pierre AYOTTE. « Differential effects of a complex organochlorine mixture on the proliferation of breast cancer cell lines », *Environmental Research*, vol. 111, n° 3, p. 337-347, 2011.

BAILLARGEON, Denyse. *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004.

CANTIN, Viviane, et collab. « Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect? Le point de vue des patientes », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, novembre 2010, n° 21, 8 p.

DUBÉ, Gaëtane. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 — Comparaison entre deux cycles d'enquête*, 2014, Québec, Institut de la statistique du Québec, 89 p.

DUBÉ-LINTEAU, Ariane. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 — L'infirmière pivot en oncologie et l'expérience patient*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 60 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes*, 2011, 53 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*, 2012, 41 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action interministériel en itinérance — Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*, 2014, 55 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*, 2010, 21 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait — Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, 2011, 137 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport du sous-comité interministériel sur la traite des femmes migrantes*, mai 2009, 48 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, 2014, 136 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Guide de référence — Pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2013, 441 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 — Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, 2014.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, 2014.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*, 2012, p. iii.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec*, 2011, 82 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*, juin 2013, 105 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes*, 2014, 49 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Est-ce que l'accessibilité géographique des centres de dépistage influe sur la participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein?*, 2011, 71 p.

LAVOIE, Amélie et Valeriu DUMITRIU. « L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada », série Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes, *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, octobre 2011, no 8, 8 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prendre des amphétamines pour perdre du poids... Ce n'est pas une bonne idée!*, 2009, 12 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l'action — Portrait de santé du Québec et de ses régions — Les statistiques*, 2011, 363 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Sexualité saine et responsable en contexte scolaire — Recommandations du groupe de travail national sexualité-jeunesse*, 2014, 44 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Évaluation de l'implantation du programme de vaccination VPH des adolescentes du Québec », *Flash Vigie, Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, juin 2012, vol. 7, n° 6, 4 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir — Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer*, 2009, 16 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux — Guide-mémoire*, 2011, 16 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan 2010-2012 — Plan d'action en santé et bien-être des femmes — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2013, 94 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan — Plan d'action interministériel en itinérance*, 2014, 28 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enceinte? Alcool, drogues, ce qu'il faut savoir*, 2010, 12 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec — Premier portrait*, 2014, 169 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2002, 60 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 — Au féminin... À l'écoute de nos besoins*, 2010, 61 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide — Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec*, 2010, 83 pages; et *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, 2010, 64 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer — Orientations prioritaires 2007-2012 — Bilan des réalisations*, 2012, 29 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une passerelle vers un avenir en santé — La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état physique pour mieux desservir — Orientations ministérielles*, 2012, 27 p.

QUÉBEC, SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, 2011, 80 p.

ANNEXE

Liste des principaux plans d'action, programmes, stratégies, politiques, etc. en lien avec le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015)

- Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, prolongé jusqu'en 2012
- Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2010-2016 — *Ensemble vers l'égalité sociale — L'unité dans la diversité*
- Programme national de santé publique, 2003-2012 — mise à jour 2008
- Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*
- Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle (prolongé jusqu'à l'élaboration d'un nouveau plan)
- Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015
- Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 — *Au féminin... À l'écoute de nos besoins* (prolongé jusqu'en 2015)
- Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — *La force des liens*
- Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 — Investir pour l'avenir
- Plan d'action gouvernemental en matière d'ADS 2011-2015
- Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 — *Pour leur redonner...*
- Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 — *Unis dans l'action*
- Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée
- Plan de lutte contre le bruit, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité
- Politique de périnatalité 2008-2018 — *Un projet porteur de vie*
- Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, 2008-2013. *La diversité : une valeur ajoutée*
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- Programme québécois de lutte contre le cancer — *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*
- Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement.