

PAS D'ÉGALITÉ SANS SANTÉ

Mémoire déposé à la ministre responsable de la condition féminine dans le cadre des consultations en
vue du futur

Plan d'action gouvernemental en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Janvier 2016



Recherche et rédaction
Isabelle Mimeault, responsable de recherche
avec la collaboration de Lydya Assayag, directrice

Pas d'égalité sans santé

Recherche et rédaction

Isabelle Mimeault, responsable de recherche
avec la collaboration de Lydya Assayag, directrice

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

4245 avenue Laval

Montréal, Qc, H2W 2J6

(514) 877-3189

Fax : 877-0357

rqasf@rqasf.qc.ca

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-923269-50-4 (version électronique)

PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial à but non lucratif, fondé en 1997, dont le siège social est situé à Montréal. Le RQASF travaille à la promotion de la santé, à la prévention et à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie. Il compte plus de 140 groupes membres répartis partout sur le territoire du Québec et représente plus de 340 000 femmes. Il est ainsi présent sur le terrain et a développé une solide expertise en la matière.

La mission du RQASF s'articule autour de plusieurs axes : la recherche, la sensibilisation, la formation. Il produit et diffuse également de nombreuses publications à l'intention de ses membres, du personnel de la santé, de la population et des responsables politiques. La prévention et l'information indépendante par une approche globale et féministe de la santé sont le moteur de toutes ses activités.

Le RQASF s'intéresse aux conditions de vie de toutes les femmes; et il se préoccupe de la situation des femmes marginalisées, que ce soit en raison d'un handicap, de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de la couleur de leur peau ou de leur origine ethnique.

Le RQASF privilégie les partenariats et les collaborations pluridisciplinaires. Il travaille, entre autres, avec les ressources communautaires et les réseaux de femmes, les associations et les ordres professionnels, les organisations syndicales, le milieu de l'éducation, les médias et le réseau de la santé et des services sociaux.

PAS D'ÉGALITÉ SANS SANTÉ

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) remercie le Secrétariat à la Condition féminine de l'inviter à présenter ses positions concernant la santé en vue du prochain plan d'action en matière d'égalité entre les hommes et les femmes. Afin de ne pas dédoubler les actions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'orientation santé est exclue des priorités établies pour ce plan¹. Le présent mémoire a pour objectif de démontrer l'interdépendance entre égalité et santé et le rôle crucial du Secrétariat à la condition féminine (SCF) en la matière.

Étant donné le rôle fondamental de l'État et du Secrétariat à la condition féminine (SCF) pour prévenir et corriger les inégalités sociales et de santé qui subsistent entre les hommes et les femmes, et pour ne pas contribuer lui-même à produire de telles inégalités, il est impératif et urgent qu'ils prennent en compte les effets néfastes des politiques d'austérité sur la santé de la population, et plus particulièrement sur celle des femmes. Cette situation entre en contradiction flagrante avec les objectifs de la politique en matière d'égalité et contredit tout autant l'engagement historique du Québec en faveur des droits des femmes.

Voici un bref tour d'horizon des constats et recommandations du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) en ce qui concerne plus spécifiquement les inégalités en santé. Nous appuyons volontairement nos positions sur des résumés vulgarisés et contenus rapidement accessibles sur le Web, pour permettre une meilleure compréhension du champ des inégalités sociales de santé, dont celles visant plus particulièrement les femmes. Pour des références plus complètes et plus techniques, prière de consulter la bibliographie en annexe.

¹ « Cet enjeu (de réduire les inégalités les plus préoccupantes) cible les inégalités persistantes et préoccupantes sur lesquelles il est nécessaire d'intervenir de manière prioritaire. Il s'agit : - de la violence; - de la lutte aux stéréotypes sexuels et sexistes; - de la mixité en formation et en emploi; - de l'autonomisation des femmes dans une perspective d'équité et de lutte contre la pauvreté; - de la conciliation famille-travail; - de la sous-représentations des femmes dans les lieux d'influence et de pouvoir. », Secrétariat à la condition féminine, Québec : Ensemble pour l'égalité entre les femmes et les hommes, Cahier de consultation, p. 24.

CONSTATS DE DÉPART SOUTENUS PAR L'ÉVIDENCE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE²

1. Les inégalités s'accroissent au Canada et au Québec³.
2. Les sociétés égalitaires sont en meilleure santé et sont moins violentes que les sociétés inégalitaires⁴.
3. Les inégalités sociales et de santé affectent non seulement les populations et les personnes les plus vulnérables, mais l'ensemble de la société⁵.
4. Les inégalités sociales «tuent à grande échelle»⁶ et de nombreuses maladies tant physiques que mentales pourraient être évitées avec de solides politiques de redistribution de la richesse⁷.
5. L'égalité/l'inégalité entre les sexes est un puissant déterminant de la santé d'une population⁸.

² Pour les références complètes, consulter la bibliographie.

³ Cela fut rapporté dans les journaux, par exemple : <http://affaires.lapresse.ca/economie/macro-economie/201404/03/01-4754180-linegalite-des-richesses-saccroit-au-canada.php> voir également : <http://www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201302/08/01-4619793-lecart-entre-riches-et-pauvres-saccroit-chez-nous.php>

⁴ Lire les travaux de l'épidémiologiste Richard Wilkinson notamment, largement repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Monsieur Wilkinson expose cette réalité en entrevue à Montréal : <http://www.pressreader.com/canada/lapresse/20150703/281689728473135/TextView> Des positions partagées à l'OMS avec Sir Michael Marmot : <http://www.futureswithoutviolence.org/sir-michael-marmot-to-speak-at-the-2015-national-conference-on-health-and-domestic-violence/>

⁵ Lire cet entretien très pédagogique où Richard Wilkinson explique : <http://rue89.nouvelobs.com/2013/10/20/richard-wilkinson-les-inegalites-nuisent-a-tous-y-compris-plus-aises-246731>

⁶ Bien résumé dans ce communiqué de presse de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/>

⁷ Voir : http://www.stresshumain.ca/documents/pdf/Mammoth%20Magazine/Mammoth_vol8_FR.pdf et aussi : <http://www.ledevoir.com/international/europe/203306/un-rapport-de-l-organisation-mondiale-de-la-sante-les-inegalites-sociales-tuent-a-grande-echelle>

⁸ Ce document synthèse de l'UNICEF expose la situation de nombreuses femmes aux différents âges de la vie, partout dans le monde, y compris au Québec : <http://www.unicef.org/french/sowc07/lifecycle/> ; les chercheurs Mikkonen et Raphael (2011) expliquent dans le document suivant les inégalités sociales pour chacun des déterminants de la santé (pour le sexe, voir la p. 44) : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf ; enfin, ce résumé d'un chapitre du *Traité des problèmes sociaux* (1995), bien que non récent, explique bien le lien entre «déterminant» et «santé», et certains passages précisent la dimension sociale du sexe : http://classiques.ugac.ca/contemporains/paquet_ginette/facteurs_soc_sante_mort/facteurs_soc_sante_mort_texte.html

6. Les femmes sont «proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre dans des conditions de pauvreté, ce risque étant encore plus élevé pour certains groupes de femmes plus vulnérables»⁹.

7. Selon l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, (IRIS), les politiques gouvernementales des dernières années augmentent les inégalités sociales et de santé au Québec et **produisent davantage d'inégalités entre les sexes, au détriment des femmes**¹⁰.

Rappelons que depuis 2006, l'**analyse différenciée selon le sexe (ADS)** est inscrite comme un outil de gouvernance dans la politique *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, mais elle **a peu été mise en application**, ce qui a été constaté par l'IRIS dans l'étude susmentionnée.¹¹

8. Le Secrétariat à la condition féminine, de concert avec les autres ministères doivent mener une action gouvernementale intersectionnelle*, cohérente** et transversale***, ce qui pourrait contribuer à réduire les inégalités, alors que le contraire les fait croître.

*Intersectionnelle : c'est-à-dire visant l'égalité entre toutes les femmes, sans effets préjudiciables ou discriminatoires pour les femmes vivant du racisme, de la lesbophobie, du handicapisme ou de l'âgisme.

**Cohérente : les politiques et actions des différents ministères ou secteurs doivent éviter de se contredire (voir la citation ci-dessous) les unes par rapport aux autres et viser au contraire des effets cohérents et concordants;

***Transversale : l'égalité doit être un objectif pour l'ensemble des organismes gouvernementaux et non pas seulement pour le Secrétariat à la Condition féminine, tout comme la santé doit être une préoccupation de l'ensemble des secteurs, non pas seulement du ministère du même nom.

Dans un récent mémoire, le RQASF constatait que les dernières décisions gouvernementales s'orientent en direction inverse :

«Il est regrettable de constater que **la main droite défait ce que tente de faire la main gauche**. Nous arrimons notre analyse à celle d'autres pays qui ont appliqué des mesures de promotion de la santé et à

⁹ Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, *Pour que l'égalité de droit devienne l'égalité de fait : Politique gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes*, Québec, 2007, p. 13.

¹⁰ Institut de recherche et d'informations socio-économiques, *Les mesures d'austérité et les femmes : analyse des documents budgétaires depuis novembre 2008*. Montréal, IRIS, 2015 : http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Femmes_et_austerite_WEB.pdf

¹¹ «Faute de moyens et de volonté, on pourrait donc supposer que le gouvernement ne se donne même pas la peine de considérer l'analyse différenciée selon les sexes dans sa prise de décisions.» (IRIS, *op cit.*, p. 34)

celle du Fonds Monétaire International pour conclure que l'action gouvernementale actuelle conduit à un **effritement du filet social**, et à une **accentuation des inégalités de santé**, ce qui **affecte davantage les femmes** :

- les restrictions budgétaires de 30% du budget de la Santé publique,
<http://www.ledevoir.com/societe/sante/455511/crise-en-sante>
- celles de 449 millions de dollars affectant les services de santé
- l'augmentation du secteur privé en santé, les frais accessoires,
- la diminution des services d'aide à domicile,
- la modulation des frais de garderie
- celle des services directs aux élèves
- la réduction de la couverture sociale (aide de dernier recours, employabilité...)
- la perte d'emplois dans la fonction publique, secteur à forte majorité féminine, ainsi que les réformes d'austérité en cours.»¹²

«Quand les choses vont bien pour les femmes, c'est toute la société qui en tire profit, et les jeunes générations prennent un meilleur départ dans la vie.»¹³

¹² RQASF, *Les femmes : au cœur de la prévention et de la promotion de la santé*, Commentaires présentés par le RQAF à la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, Mme Lucie Charlebois, et à l'adjointe parlementaire et députée de Chauveau, Mme Véronique Tremblay, dans le cadre de la consultation sur le document synthèse du projet de politique gouvernementale de prévention en santé, Montréal, RQASF, nov. 2015, p. 9.
http://rqasf.qc.ca/files/politique_prevention.pdf

¹³ Citation de monsieur Kofia Annan, *Les 100 citations de Kofi Annan*, 8 mars 2003, tiré du rapport du SCF, *À part égales, à part entières, L'égalité entre les hommes et les femmes au Québec*, 2014, p. 45.
http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/A_parts_egales_a_part_entiere_2014_FR.pdf

TROIS URGENCES EN INÉGALITÉS DE SANTÉ

Le Secrétariat à la condition féminine doit s'investir sur trois plans concernant les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. Ces questions devraient faire l'objet d'attention et de mesures dans le cadre du prochain plan d'action visant l'égalité entre les sexes. Il s'agit d'abord des inégalités de santé découlant de leur situation sociale particulière, ce qu'on appelle communément les déterminants sociaux de la santé. Ensuite, de considérer les effets des multiples rôles des femmes en lien avec la santé, car elles sont les premières soignantes en tant que mères, aidantes dites naturelles, travailleuses dans le secteur communautaire et travailleuses dans le secteur de la santé. En d'autres mots, de prendre soin des soignantes. Et, enfin, de la médicalisation de la santé des femmes, sous plusieurs formes et à différents âges.

Plutôt que d'exposer un argumentaire détaillé (voir pour cela nos rapports de recherche et nos précédents mémoires¹⁴), les pages qui suivent proposent essentiellement de pointer à grands traits les principaux éléments en jeu.

1. Femmes et déterminants (sociaux) de la santé : une question méconnue

La notion de déterminant de la santé est souvent utilisée selon une conception individuelle et comportementale, et non pas collective de la santé. La personne est renvoyée à sa génétique, perçue comme inaltérable, ce qui est faux selon l'épigénétique¹⁵, et à ses «habitudes de vie», dans une perspective qui les culpabilise et les incrimine pour des «mauvais comportements».

Cette conception étroite mais répandue porte à confusion concernant les inégalités de sexes. Les femmes ne vivent-elles pas plus longtemps? Ne sont-elles pas moins souvent alcooliques ou

¹⁴ Citons 3 mémoires ou avis : *Femmes et inégalités de santé : Le devoir de cohérence*, mémoire présenté par le RQASF à la Commission des relations avec les citoyens, «Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait - Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes», janvier 2011.

http://rqasf.qc.ca/files/memoire_crc_2011.pdf

Pimum non nocere : D'abord ne pas nuire. Mémoire présenté par le RQASF à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi numéro 10..., Montréal, RQASF, nov. 2014.

<http://rqasf.qc.ca/files/memoire-pl10-csss.pdf>

Les femmes : au cœur de la prévention et de la promotion de la santé, nov. 2015, op. cit.

http://rqasf.qc.ca/files/politique_prevention.pdf

¹⁵ Excellente explication de l'épigénétique de Joël de Rosnay, chercheur, dans cette vidéo de 3 minutes :

<https://www.youtube.com/watch?v=XTyhB2QgjKg>

toxicomanes que les hommes? Ne se suicident-elles pas moins que leurs confrères? Cette conception dite symétrique est discriminatoire à l'égard des femmes, puisqu'elle réduit la santé à quelques indicateurs¹⁶.

De grandes études populationnelles (par exemple Whitehall¹⁷) ont au tournant du XXI^e siècle prouvé la pertinence de la notion de «déterminants sociaux de la santé».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances et les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, de même que les systèmes politiques et sociaux mis en place pour veiller à leur bien-être¹⁸.

Les déterminants sociaux sont responsables des écarts de bien-être et de santé non justifiables qui existent entre les personnes et les communautés, à la fois à l'intérieur des pays et entre les pays. Malgré des progrès immenses en ce qui concerne la situation des femmes au Québec, beaucoup de chemin reste à faire en ce qui concerne l'un des premiers de tous les déterminants de la santé, celui de la **paix**, en d'autres mots celui de la violence.

Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : «Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.¹⁹»

Selon les «données factuelles» présentées dans le document de consultation du SCF, les femmes sont les premières victimes de violence, à tous les chapitres : violence conjugale, violences et agressions sexuelles. Pour les femmes autochtones, le taux de violence se multiplie par 2, voire par 4.

¹⁶ Précisons que l'ADS, tout comme l'intersectionnalité, n'appelle pas à déconsidérer les problèmes spécifiques aux hommes. Certains problèmes «masculins» peuvent tout autant être révélés et analysés par ces outils.

¹⁷ Lire (en anglais) cette entrevue de Michael Marmot avec le Magazine McLean's : <http://www.macleans.ca/authors/julia-belluz/sir-michael-marmot-on-why-all-matters-are-health-matters/> ou consulter le site suivant : <http://unhealthywork.org/classic-studies/the-whitehall-study/> Quelques lignes au sujet de M. Marmot : <http://sydney.edu.au/alumni/sam/november2010/michael-marmot.shtml>

¹⁸ Le site de l'OMS donne accès à toute une série de documents pertinents sur la question : http://www.who.int/social_determinants/fr/

¹⁹ Ottawa a accueilli la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1989, dont résulta la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

Extrait du cahier de consultation :

INTÉGRITÉ ET SÉCURITÉ Données statistiques

- ☛ En 2013, parmi les victimes de crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal, 79,3 % sont des femmes, alors que 20,7 % concernent des hommes. En ce qui concerne les victimes de violence conjugale
 - 29,0 % des victimes sont âgées entre 30 et 39 ans et 24,0 % sont âgées entre 18 et 24 ans;
 - 46,6 % des femmes sont la conjointe de l'auteur présumé, tandis que 34,7 % sont une ancienne conjointe;
 - 40,3 % des victimes ont été blessées par l'auteur présumé;
 - pour les infractions « homicide » et « enlèvement » perpétrées dans un contexte conjugal, 100 % des victimes sont des femmes.

- ☛ En 2013, les corps de police du Québec ont enregistré 5 526 infractions sexuelles, dont 3 855 sont des agressions sexuelles. Les femmes représentent 82,6 % des victimes d'agressions sexuelles; les hommes sont près de 5 fois moins nombreux.
- ☛ Parmi les femmes victimes d'infractions sexuelles, 62,8 % ont moins de 18 ans. Quant au taux d'infractions sexuelles, il s'élève à 67,8 par 100 000 habitants en 2013, soit le plus haut niveau atteint depuis 2006.
- ☛ Le taux de dénonciation le plus fréquemment avancé indique que seulement 10 % des agressions sexuelles feraient l'objet d'une plainte officielle.

Population autochtone

- ☛ En 2004, 54,0 % des femmes autochtones, comparativement à 37,0 % des femmes non autochtones, ont rapporté avoir été agressées sexuellement, battues, étranglées, attaquées avec une arme à feu ou un couteau.
- ☛ En 2008, 2 fois plus de femmes que d'hommes (38,5 % comparativement à 18,3 %) vivant dans les communautés autochtones ont rapporté avoir déjà été victimes de violence conjugale.

Faits saillants

- Les femmes sont les principales victimes des infractions commises en contexte conjugal.
- Les victimes d'infractions sexuelles déclarées sont généralement des jeunes femmes âgées de moins de 18 ans.
- Les agressions sexuelles feraient l'objet de peu de plaintes officielles.
- Les femmes autochtones ont un risque plus élevé d'être victimes de violence conjugale et subissent des formes plus graves de violence que les femmes non autochtones.

Selon la Charte d'Ottawa, non seulement la paix/violence, mais également l'accès au logement et aux aliments sains ainsi que le revenu sont des déterminants sociaux de la santé fondamentaux. Aussi est-il impossible de séparer la santé des autres indicateurs présentés dans le document de consultation, soit l'«emploi» (p. 18-19), la «conciliation famille-travail» (p. 20) et le «revenu» (p. 21-22).

2. Soigner les soignants : aidantes, travailleuses dans le secteur communautaire, travailleuses dans le secteur de la santé

Les femmes prennent soin des autres :

- Dans le secteur formel, elles représentent 82% de la main-d'œuvre²⁰ du secteur de la santé.
- Dans l'informel, elles sont encore les principales responsables de la santé des enfants, des conjoint-e-s, des proches, des parents vieillissants, des personnes de leur entourage vivant des limitations fonctionnelles.

Les services de santé et services sociaux se réduisent considérablement²¹. Les femmes prennent le relais au détriment de leur emploi, de leur situation économique et de leur santé; donc au détriment de l'égalité entre les sexes.

Que se passe-t-il lorsque, dans une société, les personnes chargées de prendre soin des personnes fragilisées sont elles-mêmes fragiles et épuisées?

Selon de récentes études, l'hémorragie est d'une telle ampleur que certaines proches aidantes décèdent avant même la personne dont elles prennent soin. Le stress aigu qu'elles vivent au quotidien sans ou avec très peu de répit modifie même leur ADN.

Dans le système public de santé et de services sociaux, la situation est similaire. Une étude des réclamations de primes d'assurances salaire des dernières années démontre une croissance exponentielle sous la rubrique «santé mentale». Cette situation est corroborée par nos membres œuvrant dans les services publics²².

²⁰ Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Emplois-occupes-selon-la-categorie-professionnelle-et-selon-le-sexe>

²¹Rapport du Vérificateur Général du Québec à l'Assemblée Nationale pour l'année 2012-2013- Vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2013, chapitre 4. http://www.vgg.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf

Jean Dutrisac, «Graves lacunes dans les soins à domicile», *Le Devoir*, le 6 juin 2013. <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/380035/graves-lacunes-dans-les-soins-a-domicile>

²² Amélie Daoust-Boisvert, «Système de santé : La facture des congés de maladie explose. L'absence des professionnels de la santé a coûté 390 millions en 2012-2013», *Le Devoir*, 8 janvier 2014. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/396748/la-facture-des-conges-de-maladie-explose>

À la maison auprès des enfants, des conjoint-e-s, de la famille, des amis, et même au travail si elles travaillent comme intervenantes dans un groupe communautaire, les femmes sont constamment sollicitées, sans ressources adéquates.

Après une recherche de deux ans, le RQASF a produit un rapport *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires à la croisée des chemins*²³. Cette recherche, et de nombreuses autres par la suite, démontre qu'à cause de la détérioration de leurs conditions de vie et de la médicalisation accrue, la santé des femmes décline (Rapport, chapitre 2). Leur santé mentale est aussi de plus en plus précaire tandis que les services publics de santé et les services sociaux sont de moins en moins accessibles (Rapport, chapitre 2). Ainsi les organismes offrant des services aux femmes, nos membres, subissent le contrecoup de cette situation. Ils doivent faire face à l'accroissement de la demande de services et à la complexité grandissante des situations vécues par les femmes. Néanmoins leurs ressources et leurs subventions diminuent. Fatigue de compassion, *burnout*, épuisement, leur propre santé mentale est en péril (Rapport, chapitre 3).

Face à cette situation, est-ce étonnant que les femmes consomment de plus en plus d'antidépresseurs et d'anti-anxiolytiques?

En raison de leurs **responsabilités** (elles accompagnent leurs proches, enfants, parents, etc.) et de leur **situation de santé** (elles souffrent davantage ou plus longtemps de maladies chroniques que les hommes²⁴), **les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé et des services sociaux**, particulièrement au cours de leur **vie reproductive**²⁵.

²³ <http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/category/participantes>

²⁴ En effet, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes de santé chroniques. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Principaux-problemes-de-sante-chroniques-selon-le-sexe>

²⁵ Les femmes consultent davantage au cours de leur vie reproductive mais le taux de consultation est presque égal après 65 ans. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consultation-dun-medecin-selon-lage-et-le-sexe&print=1>

3. La médicalisation de la santé des femmes

Au-delà de leur rôle dans le prendre soin, au-delà de leur vie reproductive et de leurs spécificités, il importe de prendre en compte un autre phénomène important et qui sous-tend l'ensemble du rapport des femmes à la santé : la médicalisation.

Attention, précisons bien que les mots «médicalisation» et «médicamentation» ne sont pas synonymes, bien que la médicamentation découle de la médicalisation. Lorsqu'on médicalise la ménopause, par exemple, on la traite avec des médicaments.

Selon le sociologue Peter Conrad (1992, p. 226), la médicalisation consiste à redéfinir des phénomènes sociaux ou biologiques comme étant des problèmes médicaux – un élargissement du pathologique – en y associant des traitements médicaux – une extension de la compétence médicale.

La médicalisation est donc un élargissement du pathologique (ce qui ne devrait pas être une maladie est pourtant considéré comme tel) et une extension de la compétence médicale (par exemple des symptômes ou des problèmes dont les causes et les manifestations ne sont pas du ressort des médecins, sont pourtant traités par eux et elles). Illustrons cette définition par une question : les médicaments sont-ils un bon remède au manque de logements sociaux et à la violence familiale?

L'explosion du nombre de maladies mentales dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (DSM) est un parfait exemple de la médicalisation qui a cours en nos sociétés (Blech, 2003; Hadler, 2010; Whitaker, 2010). Le problème du surdiagnostic²⁶ déjà identifié par l'Association médicale du Québec (AMQ)²⁷ et l'augmentation vertigineuse des budgets alloués aux médicaments en sont deux autres manifestations.

²⁶ «Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement» (Association médicale du Québec, *Le surdiagnostic : Constats et plan d'action*, 2014, p. 3.

<https://www.amq.ca/images/stories/documents/m%C3%A9moires/surdiagnotsic-plan-action-fr.pdf>

²⁷ Site de la campagne de l'AMQ contre le surdiagnostic : <http://www.choisiravecsoin.org/>

La médicalisation est une dérive de la médecine qui affecte maintenant l'ensemble de la société. C'est devenu une norme culturelle, partagée. Cette médicalisation ne touche pas seulement les femmes, mais elle les cible de façon discriminatoire pour des raisons historiques et sociales.

Historiquement, la santé des femmes a commencé à être médicalisée lorsque la médecine s'est professionnalisée à la fin du XIX^e siècle. La domination professionnelle, sociale, juridique et politique des hommes sur les femmes était quasi-totale à cette époque. Les préjugés sexistes en médecine, en biologie et en gynécologie ont marqué la science et la pratique médicale à leurs débuts, ce qui eut des répercussions au cours de l'ensemble du siècle suivant jusqu'à nos jours (Sargent and Brettel, 1996).

Les étapes naturelles de la vie des femmes ont été et sont encore aujourd'hui fortement médicalisées²⁸, au profit des industries des technologies médicales et pharmaceutique : grossesse et périnatalité²⁹, ménopause³⁰, vieillesse, santé mentale³¹ (RQASF, 2011).

En ce qui concerne la maternité, par exemple, l'OMS avait constaté dès 1988 les effets délétères de la médicalisation de l'accouchement, c'est-à-dire d'imposer le modèle médical à toutes les femmes pour tous les accouchements, et «non uniquement aux naissances pathologiques ou dites à risque». Dans son rapport, l'OMS observe que lors d'un accouchement médicalisé, «la femme est tellement perturbée, mentalement et physiquement, que l'accouchement est sans doute modifié et a probablement des répercussions sur l'état de l'enfant à la naissance»³².

²⁸ Sur la médicalisation de la santé et du corps des femmes selon une approche globale en santé, lire *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, Montréal, RQASF, 2008. Un résumé vulgarisé est disponible en ligne : http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf

²⁹ Pour une excellente présentation de la médicalisation de la maternité (grossesse, accouchement, périnatalité), lire l'ouvrage d'Andrée Rivard, professeure à l'UQTR : *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne* (voir bibliographie).

³⁰ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, «La ménopause n'est pas une maladie». <http://rqasf.qc.ca/menopause/menopause-approche-g8lobale>

³¹ Ce qui touche à la fois le diagnostic et la consommation de médicaments. Les femmes en effet consomment plus du double de psychotropes. Concernant la consommation d'antidépresseurs, les femmes ont une consommation (7,0 %) de plus du double de celle des hommes (3,3 %). De plus, bien que les médicaments servant à réguler l'humeur (1,6 %) et à traiter les comportements psychotiques (0,5 %) soient très peu utilisés par les femmes, les taux de consommation de ces médicaments présentés par les femmes sont respectivement 3 et 5 fois plus élevés que ceux présentés par les hommes. Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-de-medicaments-liee-a-des-problemes-de-sante-mentale-selon-le-sexe&print=1>
Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes, peu importe leur âge, y compris les plus jeunes femmes. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-dau-moins-3-medicaments-differents-selon-lage-et-selon-le-sexe>

³² Cette citation du rapport de l'OMS intitulé *La maternité en Europe* est rapportée dans *Histoire de l'accouchement au Québec, op. cit.*, p. 16.

Une autre étape de la vie des femmes fortement médicalisée est la ménopause³³. Alors que celle-ci est une étape tout à fait naturelle dans la vie d'une femme, et traditionnellement considérée comme telle dans la plupart des pays du monde, la ménopause est devenue une maladie à traiter, ni plus, ni moins. Les difficultés physiques, psychiques et sociales que vivent les femmes dans la quarantaine et autour de 50 ans sont réelles, mais résultent-elles de la ménopause? Ne reflètent-elles pas d'abord et avant tout le cumul de leurs stress familiaux, professionnels et sociaux, des violences vécues au cours de l'enfance ou à l'âge adulte, de leur alimentation déficiente³⁴ et de mauvaise qualité (pensons aux perturbateurs endocriniens et aux pesticides), du manque d'activité physique et de sommeil? Tous ces éléments perturbent la santé et l'équilibre hormonal des femmes.

Plutôt que de considérer les causes de l'insomnie, des bouffées de chaleur extrêmes, des sautes d'humeur et mal-être des femmes, on leur prescrit des hormones. L'histoire du traitement hormonal est d'ailleurs riche d'enseignements qui débordent le cadre strict de la ménopause.

Résumons certains faits, à savoir que la médicalisation :

- ne s'appuie sur aucun fondement scientifique
- nuit à l'égalité entre les hommes et les femmes
- par ses effets iatrogènes, peut nuire à la santé et même provoquer des maladies graves
- est couteuse pour le système de santé et l'ensemble de la société
- prive les femmes de l'information à laquelle elles ont droit
- maintient les femmes dans un rapport infantilisant avec le système médical et les médecins
- sert les intérêts financiers d'industries pharmaceutiques

³³ Consulter notre document «Le traitement hormonal», qui retrace l'histoire de cette médicalisation.
<http://rqasf.qc.ca/files/traitementhormonal.pdf>

³⁴ Sur l'alimentation consulter *Savourez la santé : 7 clés pour une bonne santé par l'alimentation* (avec des «zooms méno») :
<http://rqasf.qc.ca/files/guide-alimentation.pdf>

CONCLUSION

Existe-t-il une forme d'inégalité plus pernicieuse plus profonde que celle inscrite dans la chair, réceptacle de tous les désirs et de toutes les libertés? Le fait d'être une femme ou d'être un homme comporte des risques spécifiques pour la santé.

Nous constatons que seule une analyse différenciée selon le sexe qui suit les parcours de vie, analyse que seul peut porter le SCF, permet de mettre en lumière les inégalités persistantes vécues par les femmes sur le plan de leur santé mentale, physique, émotionnelle et sociale.

«Être une femme est un risque pour la santé». Depuis leur naissance, leurs conditions de vie les prédisposent à des maladies, les cycles naturels de leur biologie les placent sous contrôle médical continu; elles passent une grande partie de leur temps et énergie à prendre soin des autres et finalement, si, à bout de souffle, elles s'effondrent ou se plaignent, elles deviennent «malades» mentalement et se font médicamenter à outrance.

Ainsi **nous recommandons au SCF** :

- d'agir en amont, en coordonnant les actions gouvernementales sur les déterminants sociaux de la santé, afin de réduire les inégalités sociales de santé qui affectent particulièrement les femmes
- de sensibiliser le corps médical, la relève et le MSSS au phénomène de la médicalisation de la santé des femmes
- de travailler avec le MSSS pour réformer les services publics de santé et de services sociaux afin de soutenir les soignantes, les intervenantes et les proches aidantes.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Portrait de la population : Portrait de santé : Des gains et des inégalités de santé*, 2010, www.santemontreal.gc.ca.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport du directeur de santé publique 2011 : Les inégalités sociales de santé à Montréal*, Montréal, Direction de santé publique, 2011
http://publications.santemontreal.gc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-115-2.pdf
- Association médicale du Québec (AMQ), *Le surdiagnostic : Constats et plan d'action*, 2014.
<https://www.amq.ca/images/stories/documents/m%C3%A9moires/surdiagnostic-plan-action-fr.pdf>
- Bachand, Alain, *L'imposture de la maladie mentale : Critique du discours psychiatrique*, Montréal, Éd. Liber, 2012.
- Blech, Jörg, *Les inventeurs de maladies : Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, traduit de l'allemand par Isabelle Liber, Arles, Actes Sud, 2005.
- Commission des déterminants sociaux de la santé et Organisation mondiale de la santé (OMS), *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final*, OMS, 2009, 236 p.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Conrad, Peter, «Medicalization and Social Control», *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 209-232.
- Conrad, Peter, «The Shifting of Medicalization», *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (1) 2005, p. 3-14.
- Frohlich, Katherine, De Koninck, M., Demers, A. et P. Bernard, *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal (PUM), 2008.
- Hadler, Nortin M., *Malades d'inquiétude? Diagnostic : surmédicalisation!*, Traduit de l'anglais par Fernand Turcotte, Québec, Presses de l'Université Laval (PUL), 2010.
- Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), *Les mesures d'austérité et les femmes : analyse des documents budgétaires depuis novembre 2008*. Montréal, IRIS, 2015. http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Femmes_et_austerite_WEB.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants de la santé*. Document de travail, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011.

http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), *La médicalisation croissante*, Fiche 3.1.2 de la trousse de formation sur la santé des femmes au milieu de la vie, 2004.

http://rqasf.qc.ca/files/3.1.2.medicalisation_croiss_0.pdf

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires à la croisée des chemins*, Rapport de recherche, Montréal, RQASF, 2011.

Résumé : http://rqasf.qc.ca/files/synthese_sante_mentale.pdf Site Web : <http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/>

Rivard, Andrée, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2014.

Sargent, Carolyn F. and Caroline B. Brettell, *Gender and Health: An International Perspective*, Upper Saddle River (N.J.), Prentice Hall, 1996.

St-Onge, Jean-Claude, *Les dérives de l'industrie de la santé : Petit abécédaire*, Montréal, Éd. Écosociété, 2006.

St-Onge, Jean-Claude, *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Montréal, Éd. Écosociété, 2013.

Ridde, Valery, «Agir contre les inégalités sociales de la santé : tentatives d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise», *Canadian Journal of Public Health*, 95(4) 2004.

Wilkinson, Richard et Michael Marmot (dir.), *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), 2^e éd., 2004.

www.euro.who.int/_data/awwwssets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf