



## **Les femmes : au cœur de la prévention et de la promotion de la santé**

Commentaires présentés par le  
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)  
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

20 novembre 2015

## **Pour le RQASF**

Recherche et rédaction :

Lydia Assayag, directrice

Isabelle Mimeault, responsable de la recherche

4245 avenue Laval  
Montréal, Qc, H2W 2J6  
(514) 877-3189  
Fax : 877-0357  
[rqasf@rqasf.qc.ca](mailto:rqasf@rqasf.qc.ca)

## **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.

**Pour une société exempte d'inégalités de santé**  
**Le projet de politique de prévention en santé pour le Québec**

**INTRODUCTION**

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, le RQASF, tient à féliciter Mme Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique pour sa volonté de doter le Québec d'une «politique de prévention en santé», répondant ainsi à l'appel de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la 8<sup>e</sup> Conférence sur la Promotion de la santé d'Helsinki.

Précisons d'emblée qu'il est préférable d'utiliser l'expression «promotion de la santé», terme plus adéquat et précis pour décrire la politique de santé en élaboration, considérant la finalité du projet de politique : «Agir sur un ensemble de facteurs pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec et réduire les inégalités sociales de santé» (p. 2 du document de consultation, désigné par « le document »).

Élaborer une politique gouvernementale de promotion de la santé représente une démarche complexe et ambitieuse qui nécessite du temps. Heureusement, de nombreux outils élaborés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) existent et plusieurs États européens ont déjà emprunté ce chemin avant le Québec. Par conséquent, il est impératif de nous inspirer de ces outils et autres modèles existants.

La complexité de l'action préventive en santé s'explique par sa nature éminemment intersectorielle, interministérielle et globale. Il importe par conséquent d'éviter la précipitation et d'agir avec une grande cohérence, sans quoi tous ces efforts théoriques auront été vains. La cohérence suppose la concertation, la vigilance et une réelle volonté politique. Le saupoudrage d'actions sur une diversité de fronts, aussi légitimes soient-elles ne sauraient constituer une politique de promotion de la santé cohérente.

Le présent document présente quatre pré-requis essentiels pour assurer la cohésion de la future politique de promotion de la santé, et donc l'anticipation d'impacts de santé positifs dans les prochaines dizaines d'années, des impacts statistiquement mesurables, parmi la population entière :

1. que des *mécanismes de mise en œuvre* de la politique soient explicitement et concrètement prévus comme faisant partie de la politique même;

2. une cohérence interne et externe;
3. que les *liens étroits entre femmes et prévention en santé, ainsi que les autres déterminants systémiques*<sup>1</sup> y soient explicitement intégrés;
4. que cette politique adopte une véritable *approche déterminants de la santé* au-delà d'une adhésion théorique;
5. que les défis, et ils sont de taille, soient pris en considération pour minimiser l'effet des lobbys commerciaux défavorables.

Pour agir en prévention il faut penser prévention. Pour cela, le RQASF en appelle à un **changement de paradigme**, de l'hospitalo-centrisme axé sur la maladie, à la promotion de la santé par l'action sur les déterminants, projet stimulant et responsable pour le bien-être des futures générations.

Le risque est grand d'en demeurer aux mots, comme nous pouvons le constater en analysant l'action gouvernementale des dernières années, eu égard aux principes avancées dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* et plusieurs autres politiques de nature sociale. Le Québec a besoin d'une implémentation réelle et effective de l'approche déterminants de la santé, qui doit se manifester autant dans le choix des priorités de santé que dans leur application.

Jusqu'à présent, au Québec, l'organisation de la santé s'est articulée autour de quatre paramètres :

- le curatif
- l'individuel au détriment du collectif
- le fonctionnement en silos
- les objectifs et évaluations à court terme.

---

<sup>1</sup> La liste des discriminations interdites mentionnées à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne « 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit. »

- À l’instar de la Commission européenne qui alloue 35,7 % de son budget aux initiatives de promotion de la santé<sup>2</sup>, le RQASF **recommande que 30% du budget de la santé du Québec** soit dorénavant strictement **utilisé en prévention et promotion de la santé**.

## 1. MÉCANISMES DE MISE EN ŒUVRE : ÉTAPE PRÉALABLE ESSENTIELLE

Des orientations et objectifs du document de consultation «Politique gouvernementale de prévention en santé» se rapprochent grandement de ceux de la [Stratégie gouvernementale de développement durable](#) (2015). Cette Stratégie prévoit des **mécanismes de sa mise en œuvre** : Élaboration de plans d’action; Coordination : pour une cohérence de l’action gouvernementale; Mécanismes et moyens de collaboration et de concertation interministérielles; Renforcement des capacités de l’administration publique; Communication et la diffusion de l’information; Suivi et reddition de comptes; Interactions avec la société québécoise; Conditions favorables à l’application des mécanismes de mise en œuvre.

Il est certain que la politique de promotion de la santé devra inclure de tels mécanismes, absents du document soumis à consultation. Une démarche gouvernementale de prévention en santé doit s’inscrire dans le cadre précis de la [Déclaration d’Helsinki sur la santé dans toutes les politiques](#) (2013), fruit de la 8<sup>e</sup> Conférence sur la Promotion de la santé de l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Conformément à cette politique onusienne héritière de la Charte d’Ottawa de 1986, un ensemble de mesures<sup>3</sup> doivent être réalisées dans le cadre de la mise en place d’une politique de prévention en santé.

<sup>2</sup> [http://members.kwitelle.be/HEALTH/EQUITY/images/final\\_ea\\_regional\\_sf\\_review\\_report.pdf](http://members.kwitelle.be/HEALTH/EQUITY/images/final_ea_regional_sf_review_report.pdf)

“Health equity and regional development in the EU”(2013) EU Structural Funds to address health equity :The second study focused on EU Structural Funds, one of the EU’s largest financing programme that were worth €347 billion during the 2007- 2013 programming period, or 35.7% of the total EU budget. The Structural Funds are the EU’s financial instrument to implement the EU Cohesion Policy, which aims to reduce the significant economic, social and territorial inequalities that exist between European regions.”

<sup>3</sup> Par exemple, un «starter kit», un [cadre d’implémentation de la «Santé dans toutes les politiques»](#) s’est dégagé lors de la Conférence d’Helsinki. **Au préalable**, les conditions suivantes doivent être mises en œuvre : 1. Établir la nécessité la «Santé dans toutes les politiques» et quelles en sont les priorités ; 2. Établir un cadre planifié d’action ; 3. Identifier les structures et les processus de soutien ; 4. Faciliter l’évaluation et l’engagement ; 5. Assurer le suivi, l’évaluation et l’analyse (rapports) ; 6. Renforcer les capacités (former).

Pour remplir ses obligations, le gouvernement du Québec doit s'engager à :

- ☛ **Faire de la santé et de l'équité en santé une priorité politique en adoptant les principes de la «Santé dans toutes les politiques» et agir sur les déterminants de la santé.**
- ☛ Assurer les structures, les processus et les ressources qui permettent la mise en œuvre de la «Santé dans toutes les politiques» à tous les niveaux et entre les différents paliers de gouvernements.
- ☛ Renforcer la capacité du ministère de la Santé et des Services sociaux à engager les autres ministères et secteurs en assurant son leadership, au moyen du partenariat, de la sensibilisation et de la médiation avec les autres secteurs.
- ☛ Renforcer les capacités institutionnelles et les compétences qui permettent la mise en œuvre de la «Santé dans toutes les politiques» et fournir toutes les données nécessaires sur les déterminants de la santé et les inégalités et sur les réponses efficaces.
- ☛ Adopter des mécanismes de vérification et de responsabilisation transparents sur les impacts de santé et d'équité qui soient de nature à susciter l'adhésion et la confiance au sein du gouvernement et parmi la population
- ☛ Mettre en place des mesures strictes afin d'écarter les possibles conflits d'intérêt, incluant des garanties efficaces pour protéger les politiques des influences commerciales.
- ☛ Inclure les communautés, les mouvements sociaux et la société civile dans le développement, la mise en œuvre et la surveillance de la «Santé dans toutes les politiques», notamment par l'éducation à la santé.

### **Déficit démocratique**

À la lumière de ces principes, le processus de consultation utilisé apparaît déficient : manque de transparence quant aux études utilisées, aux experts consultés, avant la consultation ; consultation en fin de parcours ; consultation très limitée et dans des délais très courts. Le fait que la société civile, en particulier les groupes communautaires nationaux travaillant directement sur la prévention et sur les déterminants de la santé n'ont pas été invités est indicatif du manque de participation citoyenne. Or, dans tous les pays où l'implantation d'une politique similaire a été réussie, la participation et l'inclusion citoyennes à tel projet de société ont été des préalables essentiels.

- ☛ C'est pourquoi le RQASF recommande **qu'un pourcentage du budget de la politique soit alloué à ces groupes communautaires** à titre de partenaires et de partie prenante de la politique.

## 2. COHÉRENCE INTERNE ET EXTERNE

Pour pouvoir être efficace dans l'atteinte de ces objectifs, la politique devrait viser la cohérence.

### Cohérence interne

Certaines lacunes sur le plan de la cohérence interne sont apparues à l'analyse du document :

- Prévention et promotion de la santé /habitudes de vie. Il est reconnu que les interventions visant les modifications de comportements individuels ne sont pas efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé. Pour cela, il faut **agir par législation, normes et politiques** (comme sur la fiscalité, par exemple).
- Bien que la responsabilisation individuelle soit souhaitable, elle ne saurait passer sous silence la responsabilité collective qui doit être assumée par les différents paliers gouvernementaux et les agences, mais aussi par les industries et par le secteur privé. Nous avons tous et toutes une responsabilité par rapport à la santé.
- L'approche de «milieux vulnérables» pose problème. Dans une perspective de prévention et d'action en amont, il n'est pas de milieux vulnérables, il n'est que des pratiques défavorables à la santé qui vulnérabilisent les personnes. Non seulement cette approche risque-t-elle fort de stigmatiser les personnes et groupes dont on souhaite l'égalité, mais elle omet les rapports collectifs de pouvoir, perpétuant ainsi la discrimination systémique, la marginalisation et l'exclusion. Le **principe directeur des discriminations systémiques** devrait être inclus dans la politique (race, statut d'immigration, diversité sexuelle, handicap, etc.).
- **Le dépistage précoce ne constitue pas de la prévention.** Les ressources sont rares. Tant d'efforts restent à faire au niveau de la prévention primaire; le dépistage ne devrait pas se retrouver dans une politique de promotion de la santé, ni incluse dans son budget.

### Cohérence externe

Une société inégale ne peut être une société en santé. Rappelons que l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie des Québécois durant les cinquante dernières années sont dues au développement d'un bien commun, à l'universalité des systèmes de santé et d'éducation et aux programmes de redistribution



de la richesse. C'est cela même qui a permis aux femmes de ne plus être confinées à la maison, non par choix, mais par obligation de prendre soin des enfants, des malades, etc. Aussi ces avancées constituent des **facteurs majeurs d'émancipation des femmes**. Tout recul dans ces domaines se mesure par des reculs en matière d'égalité entre les femmes et les hommes.

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 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<sup>4</sup> :

- 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.

Comment appliquer une politique en promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé en même temps sont abolies ou réduites les mesures qui améliorent la santé de la population ?

---

<sup>4</sup> 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](http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Femmes_et_austerite_WEB.pdf)

## **Encadrement des industries**

Bien qu'il reste encore du travail à faire, au Québec, la lutte contre le tabagisme fut un succès. Tous et toutes s'accordent pour constater que son succès réside dans la conjonction de quatre éléments :

1. une forte collaboration entre de nombreux partenaires
2. l'implication d'une diversité de secteurs et ministères
3. une volonté politique forte et un budget conséquent
4. des normes encadrant l'industrie du tabac.

Or le projet de politique ne prévoit aucun budget spécifique pour les premières années de son application. De plus, en est exclu le recours à la réglementation des industries, celles qui injectent sucre, gras, sodium et additifs (aspartame, MSG...) dans les aliments, celles qui polluent la terre, l'air et l'eau, celles qui utilisent des produits toxiques ou cancérigènes affectant la santé de leur main-d'œuvre et de la population<sup>5</sup>.

Pourquoi ne pas appliquer la recette utilisée envers le tabac, recette qui a fait ses preuves, aux orientations et actions de la politique ?

## **3. FEMMES ET PROMOTION DE LA SANTE : UN LIEN INDISSOCIABLE**

### **La santé se conjugue au féminin.**

Parmi les principaux déterminants sociaux de la santé de l'OMS reconnus dans de nombreux consensus internationaux, figurent l'émancipation des femmes et le principe d'égalité entre les femmes et les hommes.

Les liens étroits entre les femmes et la santé ne sont plus à démontrer :

- les femmes sont les premières à prendre soin de leurs proches (famille, enfants, proches aidantes)
- elles constituent plus de 80% du personnel de la santé

---

<sup>5</sup> Les femmes sont plus sensibles à certains produits toxiques de par leur système hormonal. Ainsi les phtalates contenus dans les produits de beauté et d'hygiène et dans certains plastiques, utilisés dans la construction d'automobiles notamment, agissent comme des perturbateurs endocriniens et sont reconnus cancérigènes, en particulier pour les cancers hormono-dépendants.

- elles sont les principales utilisatrices des services. À ce dernier chapitre, précisons que les raisons de consulter sont multiples.
- Leur santé est beaucoup plus médicalisée que celle des hommes. Elles consultent dès la puberté pour la contraception, puis pour la maternité, pour leurs proches, enfants, parents. Leur grossesse, leur vie sexuelle, leur ménopause, toutes les étapes normales et naturelles de leur vie sont médicalisées, considérées *de facto* comme des problèmes médicaux, voire des maladies.
- En outre, et ceci demeure fondamental, malgré les avancées en matière d'égalité, leur fardeau social les rend plus vulnérables au stress. Elles sont davantage victimes de violence et vivent plus de pauvreté.
- Elles expriment alors leur souffrance et se font prescrire deux fois et demi plus de médicaments antidépresseurs<sup>6</sup>.
- Elles portent un **fardeau social plus lourd** que celui des hommes.
- Non seulement doivent-elles performer au travail, assumer la majorité des travaux domestiques, de l'éducation et des soins aux enfants, à leurs proches, elles doivent de plus performer sur le plan de l'image corporelle, être « belles », jeunes, minces et sexy, quel que soit leur âge ou condition. Des phénomènes sociaux comme la génération « sandwich » où les femmes doivent prendre soin à la fois de leurs enfants et de leurs parents en perte d'autonomie et celle des « super mamies » qui veillent sur trois générations, en sont des illustrations.

À l'aune des déterminants sociaux, malgré une espérance de vie plus longue et une meilleure scolarisation, les femmes ne sont pas égales aux hommes en matière de santé : violence<sup>7</sup>, pauvreté<sup>8</sup>, ghetto d'emploi, travail atypique et précaire<sup>9</sup>, chefs de famille monoparentales, maladies chroniques (incluant stress chronique, anxiété, dépression).

<sup>6</sup> Claude St-Onge, *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Montréal, Écosociété, 2013, p. 33-34.

<sup>7</sup> Par exemple elles représentent 82,6% des victimes d'agressions sexuelles et elles sont également les principales victimes de violence conjugale, particulièrement au chapitre des blessures et homicides. Les taux de violences se multiplient pour les femmes autochtones (statistiques fournies par le Secrétariat à la Condition féminine, *Ensemble pour l'égalité : cahier de consultation*, Québec, SCF, 2015, p. 13).

<sup>8</sup> La pauvreté se constate bien au-delà du revenu, mais rappelons que les femmes continuent de recevoir un revenu inférieur à celui des hommes et les écarts s'accroissent pour les femmes autochtones, les femmes vivant avec des incapacités et les femmes immigrantes. Les femmes âgées de 65 ans et plus ne reçoivent que l'équivalent de 63,3% du revenu des hommes de la même catégorie d'âge (SCF 2015, *op.cit.*, p. 21).

<sup>9</sup> Les femmes occupent les deux tiers des emplois à temps partiel et elles se concentrent dans un nombre plus restreint de professions que les hommes. Les femmes sont plus nombreuses à travailler au salaire minimum. La présence des femmes âgées sur le marché du travail est deux fois plus faible que celle des hommes du même âge (SCF 2015, *op.cit.*, p. 18-19).

Il est inconcevable qu'une politique en promotion de la santé, elle-même transversale, puisse faire l'économie d'un principe directeur de la **prise en considération des conditions de vie spécifiques aux femmes**, avec comme outil l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) afin de mesurer l'impact différencié sur les femmes et les hommes des actions ou omissions émanant de la politique.

#### 4. L'APPROCHE «DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ» : UNE RESPONSABILITÉ INCONTOURNABLE AU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE

Le RQASF salue la décision du gouvernement du Québec d'instaurer une politique de prévention en santé, mais s'inquiète de certains choix contraires à l'approche des «Déterminants de la santé».

Résumons en quelques mots pourquoi cette approche doit prévaloir. La santé est un rapport social et ce rapport se constate dans les inégalités de santé. Les inégalités «tuent à grande échelle», avertissait en 2008 la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Les maladies chroniques, qui représentent un lourd fardeau humain et financier, pourraient et devraient être évitées en nos sociétés. Les inégalités sociales et de santé, qui y contribuent grandement, continuent de croître. Le phénomène est complexe et appelle une action multisectorielle, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé. À cet effet nous vous référons à notre mémoire [Femmes et inégalités de santé : le devoir de cohérence](#) (2011), et aux excellents travaux de la [Commission des déterminants sociaux et de la santé de l'OMS](#).

Il est devenu impérieux d'adopter l'approche des «Déterminants de la santé» pour améliorer tant la santé globale de toute la population que l'équité en santé, d'autant plus que les analyses, les données et les outils abondent. Si d'autres pays l'ont fait, surtout en Europe<sup>10</sup> mais pas seulement (l'Écosse<sup>11</sup>, la Norvège<sup>12</sup>, la Nouvelle-Zélande<sup>13</sup>...), le Québec peut le faire aussi.

<sup>10</sup> Soulignons l'initiative européenne EuroHealthNet : <http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/home/>

<sup>11</sup> Consulter par exemple les sites suivants : <http://www.healthscotland.com/index.aspx> et <http://www.bridgingthegap.scot.nhs.uk/values-and-principles,-policy-and-practice.aspx>

<sup>12</sup> Voir à titre d'exemple ce bref profil de la Norvège : [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/about\\_hi/health\\_inequalities/norway/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/about_hi/health_inequalities/norway/)

<sup>13</sup> La Nouvelle-Zélande a produit de nombreux outils, à titre d'exemple *The Health Equity Assessment Tool : A User's Guide* : <http://www.pha.org.nz/documents/health-equity-assessment-tool-guide1.pdf>

Les déterminants indispensables sont **la violence, la pauvreté, la médicalisation et l'exposition aux polluants environnementaux et alimentaires et le cumul des rôles sociaux porté par les femmes.**

## 5. LES DÉFIS

Parmi les défis, les plus grands sont : la volonté politique de chaque palier gouvernemental; le manque de formation en matière de promotion de la santé parmi le personnel politique, le personnel médical, les gestionnaires et la population.

Les autres défis sont :

- les lois préexistantes (régimes de protection sociale tronqués, fiscalité ...) qui limitent la redistribution de la richesse
- la résistance des milieux médicaux habitués à intervenir, agir, prescrire des médicaments et des traitements plutôt qu'à prévenir
- le manque d'ouverture aux médecines alternatives complémentaires (MAC), plus efficaces en matière de prévention
- l'influence des industries pharmaceutique, agro-alimentaire et pétrochimique
- l'enchevêtrement des compétences fédérale-provinciale en matière de santé, d'aliments et de médicaments
- les accords internationaux sur le commerce qui lient l'État (A.L.E.N.A., traités transatlantique, transpacifique...).

## CONCLUSION

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) détient une longue expérience en matière de prévention et de promotion de la santé, expérience maintes fois testée sur le terrain.

Il espère que dorénavant le Québec se donne comme objectif de miser sur la santé plutôt que de combattre la maladie, dans une société plus égalitaire où les inégalités de santé seront choses du passé. Il espère aussi qu'il se dote des moyens nécessaires pour que, contrairement aux prédictions de l'OMS, la future génération soit en meilleure santé que la précédente. Le RQASF collaborera à tout projet de société en ce sens.

### Lectures suggérées

Réseau Québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2011). *Femmes et inégalités de santé : le devoir de cohérence*, Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens sur le document intitulé : «Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait...», en ligne : [http://rqasf.qc.ca/files/memoire\\_crc\\_2011.pdf](http://rqasf.qc.ca/files/memoire_crc_2011.pdf)

*Sur l'approche globale en santé et sur la médicalisation du corps des femmes :* 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](http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf)