

Vision commune de la santé des femmes



**Réseau des
Tables régionales
de groupes de
femmes du Québec**

Ce document a été réalisé en partie grâce à l'appui financier de Femmes et Égalité des genres Canada.



Ce document est disponible sur le site web du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec au <https://reseautablesfemmes.qc.ca/>.

La reproduction ou l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document est autorisée, à condition d'en indiquer la source de la façon suivante : Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2024). Vision commune de la santé des femmes. 40 p.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (2024)

ISBN : 978-2-9819064-3-4 (PDF)

© Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec (2024)

À propos du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec

Le Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRGFQ) est un organisme féministe de défense collective des droits travaillant sur les questions touchant les intérêts et les droits des femmes en tenant compte de l'intersection des divers systèmes d'oppression. Il s'agit d'un regroupement provincial composé des Tables régionales de groupes de femmes représentant les 17 régions du Québec. Le RTRGFQ est en action depuis 2001 pour favoriser l'égalité pour toutes les femmes.

La *Vision commune de la santé des femmes* a été adoptée le 1^{er} novembre 2023 en assemblée générale régulière du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec.

Remerciements

Le Réseau des Tables remercie Joanie Béland (TCLCF), Léa Blouin-Rodrigue (TCGF-GÎM), Élise Landriault-Dupont (RGFCN), Véronique Martineau (TGFM), Gabrielle Pitre (TCGFM), Francine Rivest (TCGFL), Mya Robert (TCMFM), Nelly Dennene et Royse Henderson (RTRGFQ), membres du comité santé, pour leur contribution au contenu, Audrey Gosselin Pellerin (RTRGFQ) pour la rédaction, Florence Boudreault (RTRGFQ) pour la révision et Carolina Espinosa pour le graphisme. Il remercie également les Tables régionales de groupes de femmes pour leur participation à la consultation et pour les contributions qui en ressortent. Il souligne enfin l'implication du sous-comité, composé de Mireille Boivin (RFCN), Audrey Gosselin Pellerin (RTRGFQ), Royse Henderson (RTRGFQ) et Gabrielle Pitre (TCGFM), qui a travaillé à l'élaboration de la version synthèse de ce document.





Table des matières

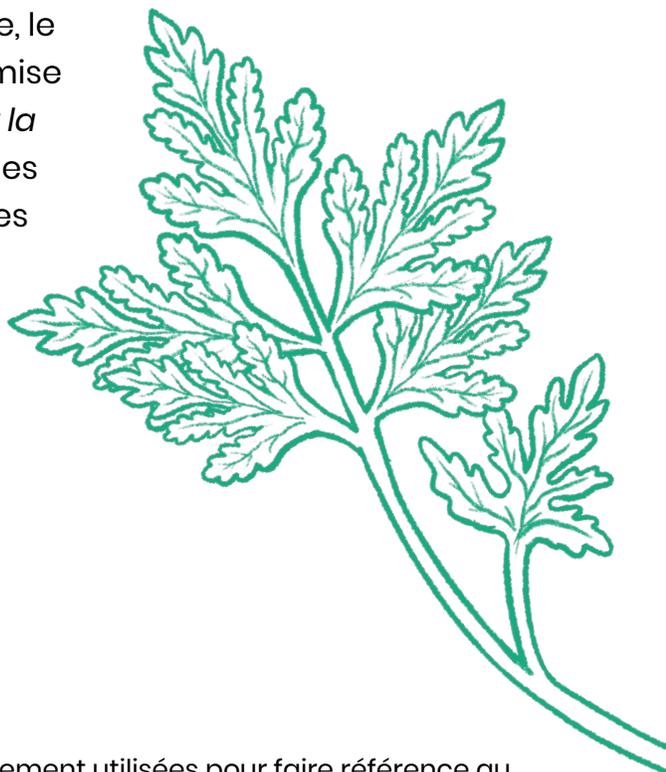


Mise en contexte du document	5
1 Droit des femmes à la santé	7
Définition du droit des femmes à la santé	7
Les obligations internationales du Canada et du Québec en matière de droit des femmes à la santé	9
Le droit à la santé dans les lois québécoises et canadiennes	12
Québec	12
Canada	14
2 Vision féministe intersectionnelle de la santé	15
Notre posture	15
Nos approches	15
Notre définition de la santé	16
Notre vision du système de santé	17
Prévention et promotion de la santé	17
Réseau de la santé et des services sociaux	18
Complémentarité entre les actrices et acteurs	19
Autonomie corporelle	19
Justice reproductive	20
3 Actions des Tables régionales de groupes de femmes et du Réseau en matière de santé	21
Tables régionales : la santé et le bien-être au niveau régional	21
Réseau des Tables : des actions par, pour et avec les Tables	23
Annexe 1 Glossaire	24
Annexe 2 Principales actions du Réseau des Tables en matière de santé	28
Annexe 3 Liste des membres	29
Références	31

Mise en contexte du document

Depuis l'incorporation du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québecⁱ, la santé fait partie des dossiers prioritaires par ses membres, les Tables régionales de groupes de femmesⁱⁱ, à titre d'enjeu transversal à l'amélioration des conditions de vie des femmes. Un premier document est réalisé en 2004 afin de soutenir les représentations et revendications auprès du ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Puis, le Réseau des Tables tient en 2007 un séminaire *À votre santé, Mesdames!* auquel il convie divers partenaires et groupes alliés afin d'échanger sur leurs rôles et leurs visions respectives en santé. Alimenté par le séminaire, le Réseau actualise en 2008 son document sur la santé qu'il intitule *Penser globalement, agir localement pour la santé des femmes*. Il y explicite sa vision de même que les particularités, l'apport et l'expertise des Tables en matière de santé. Le document a été utilisé comme référence pour soutenir les travaux du Réseau et des Tables.

Mandaté en 2022 par l'assemblée générale annuelle, le comité santé du Réseau des Tables a travaillé à la mise à jour de *Penser globalement, agir localement pour la santé des femmes* afin d'actualiser et de renforcer les capacités du RTRGFQ à défendre le droit des femmes à la santé dans le cadre de sa mission.



ⁱ Les appellations « Réseau » et « Réseau des Tables » sont également utilisées pour faire référence au RTRGFQ.

ⁱⁱ Les appellations « Tables » et « Tables régionales » sont également utilisées pour faire référence aux Tables régionales de groupes de femmes.

Le document de référence ci-présent vise à outiller :

- 1** La posture du Réseau et des Tables pour les revendications et les représentations politiques auprès des élu.es et du réseau de la santé et des services sociaux afin :
 - a.** D'analyser critiqueusement les actions gouvernementales; particulièrement le Plan d'action en santé et bien-être des femmes (PASBEF);
 - b.** D'ancrer les luttes spécifiques en santé dans un cadre global;
 - c.** De soutenir les revendications pour les Tables;
- 2** Les Tables dans leur travail en santé avec leurs membres et leurs partenaires.

Le document comprend trois sections distinctes :

- 1 Droit des femmes à la santé :** Cette section définit ce droit en s'appuyant sur des références internationales et nationales. Elle facilite la compréhension de ce qui est inclus dans ce droit de même que les limites de celui-ci.
- 2 Vision féministe intersectionnelle de la santé :** Cette section précise la posture et les approches utilisées par le Réseau des Tables afin de déterminer les grandes lignes de sa définition de la santé et de sa vision du système de santé.
- 3 Actions des Tables régionales de groupes de femmes et du Réseau des Tables en matière de santé :** Cette section clarifie les différents types d'actions réalisées en matière de santé et bien-être des femmes, leurs apports et leurs liens avec la mission des Tables et du Réseau.



Droit des femmes à la santé

🌿 Définition du droit des femmes à la santé

Le droit des femmes à la santé s'appuie sur plusieurs instruments juridiques internationaux cités plus bas. Il repose également sur les interprétations des différentes institutions internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé et les Comités des Nations Unies relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels et à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

Le droit à la santé est le **droit à un état complet de bien-être physique, mental et social**¹. Il s'agit d'un droit universel², c'est-à-dire qu'il s'applique à toute personne, partout dans le monde³.

Le droit des femmes à la santé est **interdépendant de plusieurs autres droits**⁴. En ce sens, il n'est pas possible de jouir d'un état complet de bien-être physique, mental et social si les autres droits (égalité, sécurité, alimentation, logement, niveau de vie suffisant, etc.) ne sont pas respectés. À l'inverse, la santé impacte toutes les sphères de la vie des femmes. C'est pourquoi le droit à la santé est indispensable à la réalisation de plusieurs autres droits (égalité, éducation, travail, participation aux affaires publiques, etc.)⁵.

Le droit à la santé implique **l'égalité d'accès des femmes à des soins de santé appropriés en temps opportun**, mais également l'accès à l'eau salubre et potable, à une quantité suffisante d'aliments sains, à un logement approprié⁶, à des conditions de travail sécuritaires sur le plan physique et mental⁷, l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé de même qu'à un environnement sain et libre de violences⁸. Ces **facteurs socioéconomiques sont des déterminants de la santé des femmes** et font partie intrinsèque de ce droit⁹. Ainsi, le droit à la santé ne signifie pas seulement l'absence de maladie, ni seulement le droit à des services médicaux. Il doit être compris de manière **large**.

Le droit à la santé suppose également des libertés telles que la liberté de **contrôler sa propre santé et son propre corps**, y compris le droit à la liberté sexuelle et reproductive¹⁰.



Les femmes ne doivent pas être considérées comme de simples usagères de services de santé et encore moins comme des clientes. Elles sont **titulaires de droits**. En ce sens, le droit des femmes à la santé comporte **trois critères importants relatifs aux services de santé** :

- 1 Disponibilité** : c'est-à-dire des services en quantité suffisante. Cela inclut des services et des installations relatives aux éléments fondamentaux déterminants de la santé; du personnel qualifié recevant un salaire décent; et des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé¹¹;

- 2 Accessibilité** : c'est-à-dire des services accessibles, sans discrimination, à toute personne en fonction des quatre dimensions suivantes¹²:
 - a. **Non-discrimination** : c'est-à-dire l'égalité d'accès rapide aux soins médicaux tout au long de la vie, en particulier pour les femmes vivant des situations qui les marginalisentⁱⁱⁱ, et ce sans discrimination¹³;

 - b. **Accessibilité physique** : c'est-à-dire des services physiquement accessibles aux femmes vivant des situations qui les marginalisent, telles que celles vivant avec un handicap, atteintes du VIH/sida, les femmes âgées, racisées et autochtones, les filles et adolescentes et ce, y compris dans les zones rurales¹⁴. Cela implique des établissements accessibles grâce à des transports publics pratiques et abordables¹⁵;

 - c. **Accessibilité économique** : c'est-à-dire des services abordables pour toutes¹⁶, y compris pour les femmes défavorisées. Cela implique au besoin des services gratuits pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement¹⁷;

 - d. **Accessibilité de l'information** : c'est-à-dire le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé¹⁸;

ⁱⁱⁱ « Afin d'éviter les étiquettes, il vaut mieux parler de personnes et de populations "marginalisées par", vivant dans des "situations qui les marginalisent" ou "forcées de se marginaliser", et non pas "de personnes ou de populations marginalisées". » Source : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé. Récupéré de <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>.

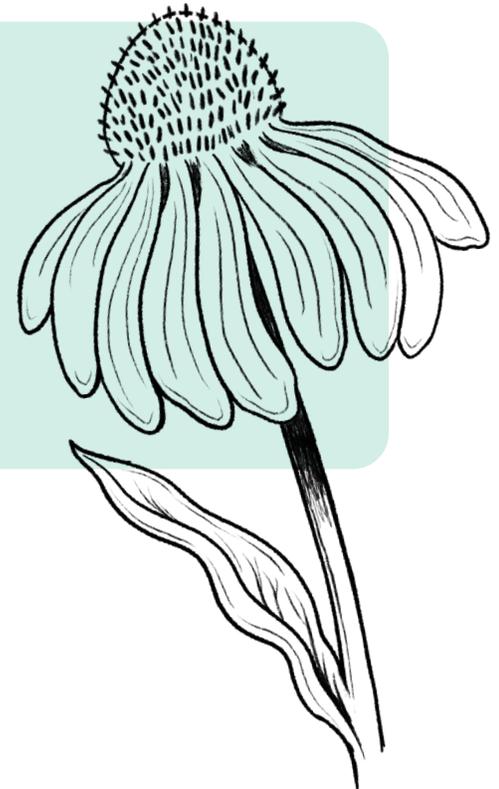
3 Qualité : c'est-à-dire des services réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, respectueux de l'éthique médicale, de la confidentialité et de la culture des personnes, des minorités, des peuples et des communautés¹⁹. Cela implique que les services soient acceptables par les femmes en s'assurant que celles-ci consentent en connaissance de cause, qu'aucune forme de coercition ne soit autorisée, que leur dignité soit respectée et que leurs perspectives et leurs besoins soient pris en compte²⁰.

Le droit à la santé prévoit également la **participation de la population** à la prise de toutes les décisions en matière de santé, et ce, aux niveaux communautaire, national et international²¹.

Les obligations internationales du Canada et du Québec en matière de droit des femmes à la santé

Le droit à la santé est un droit fondamental reconnu dans plusieurs instruments juridiques internationaux que **le Canada²² et le Québec²³ se sont engagés à respecter** :

- **Déclaration universelle des droits de l'homme**;
- **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)**;
- **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CÉDEF)**.



Ces documents sont considérés comme des instruments juridiques puisqu'ils **créent des droits et des obligations** pour les Parties, comme le Canada et le Québec, qui s'y déclarent liées.

Afin d'assurer le droit des femmes à la santé et de respecter leurs obligations, le Canada et le Québec doivent accorder une **attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes qui vivent des situations qui les marginalisent**²⁴, telles que les femmes réfugiées ou migrantes, les femmes racisées, les fillettes et les femmes âgées, les femmes dans l'industrie du sexe, les femmes autochtones, les femmes vivant avec un handicap, les femmes de la diversité sexuelle et de genre. De plus, ils doivent **mobiliser les ressources dont ils disposent et prendre les mesures législatives, judiciaires, administratives, budgétaires, économiques et autres qui s'imposent**²⁵.

Les actions ou inactions gouvernementales énumérées ci-dessous ont été identifiées comme des **manquements aux obligations** relatives au droit à la santé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Des exemples concrets ont été ajoutés par le Réseau des Tables afin d'ancrer ces manquements dans le contexte québécois.

- Nier l'accès aux biens et services en rapport avec la santé en raison d'une discrimination de fait ou prévue par la loi²⁶, par exemple pour les femmes autochtones, racisées, migrantes à statut précaire, celles de la diversité sexuelle et de genre ou vivant avec un handicap.
-
- Ne pas décourager le maintien en vigueur de certaines pratiques médicales ou culturelles traditionnelles qui sont nocives²⁷, par exemple les violences obstétricales, les stérilisations forcées, les mutilations génitales féminines/excision et les mutilations des personnes intersexes.
-
- S'abstenir de prendre les mesures voulues pour remédier à une répartition inéquitable des équipements, des biens et des services médicaux²⁸, par exemple lorsque certains services reproductifs sont mal répartis sur le territoire ou lorsque les chirurgies obstétricales et gynécologiques sont systématiquement défavorisées lors de la répartition des activités hospitalières.
-
- Empêcher la participation de la population aux affaires en relation avec la santé²⁹, par exemple en abolissant les espaces démocratiques permettant aux femmes de participer aux décisions en matière de santé.

- Ne pas protéger les femmes contre toutes violences dirigées contre elles ou ne pas poursuivre les auteurs de violences³⁰.

- Ne pas adopter de lois ou ne pas assurer l'application de lois destinées à empêcher la pollution de l'eau, de l'atmosphère et des sols par les industries extractives et manufacturières³¹.

- Affecter à la santé un budget insuffisant ou répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible pour certains groupes d'exercer leur droit à la santé³², par exemple en sous-rémunérant les travailleuses de la santé, en développant un système de santé privé qui réduit l'accès aux services pour les plus pauvres et en priorisant des services curatifs coûteux accessibles aux plus fortuné.es au détriment de soins de santé primaires ou d'actions de prévention sanitaire.

- Ne pas adopter, dans le domaine de la santé, une approche qui tienne compte des distinctions de genre³³, par exemple l'analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+).



Le droit à la santé dans les lois québécoises et canadiennes

Québec

La Charte québécoise des droits et libertés de la personne est muette sur le droit à la santé. Toutefois, ce droit est présent dans **quelques lois québécoises** telles que la loi sur l'assurance maladie, la loi sur l'assurance médicaments, la loi sur l'hospitalisation, la loi sur la santé publique et la loi sur les services de santé et les services sociaux³⁴.

La **Loi sur les services de santé et les services sociaux** comporte certains leviers pour faire valoir le droit des femmes à la santé. Dans un premier temps, il est indiqué que le régime de services de santé et de services sociaux a pour but **le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer** d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie³⁵.

De plus, il est inscrit que ce régime vise notamment à :

- 1 **Agir sur les facteurs déterminants** pour la santé et le bien-être;
- 2 **Atteindre des niveaux comparables** de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.³⁶

Par ailleurs, la loi prévoit que l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières est destinée notamment à :

- 1 Assurer la **participation des personnes et des groupes** qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;
- 2 Favoriser la **participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être**;

- 3 Tenir compte des **particularités** géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des **régions**;
- 4 Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon **des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles** des personnes;
- 5 Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, **dans leur langue**, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec.³⁷

Enfin, la loi inscrit parmi les lignes directrices de la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- 1 Le respect de l'usagère et la reconnaissance que ses **droits et libertés** doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
- 2 Que l'usagère doit, dans toute intervention, être traitée avec courtoisie, équité et compréhension, dans le **respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité**.³⁸



Canada

La Charte canadienne des droits et libertés ne comporte pas d'article sur le droit à la santé. Toutefois, le Canada s'est doté de la **Loi canadienne sur la santé**. Cette loi concerne le financement de la santé, c'est-à-dire les transferts fédéraux qui sont accordés aux provinces. Elle prévoit des conditions que les provinces doivent respecter afin de recevoir du financement en matière de santé.

Ces conditions comprennent cinq principes relatifs aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux : **l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique**.³⁹ Ces principes offrent certains leviers pour dénoncer les discriminations auxquelles les femmes sont confrontées en matière de droit à la santé :

- 1 Universalité** : c'est-à-dire que le système de santé doit protéger toutes les personnes assurées inscrites au régime d'assurance-maladie selon des modalités uniformes;
- 2 Intégralité** : c'est-à-dire qu'il doit assurer tous les services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux, les praticiens et les dentistes qui exercent en milieu hospitalier;
- 3 Accessibilité** : c'est-à-dire qu'il doit fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans frais ni autres mesures restrictives;
- 4 Transférabilité** : c'est-à-dire qu'il doit protéger toutes les personnes assurées lorsqu'elles déménagent dans une autre province ou territoire au Canada;
- 5 Gestion publique** : c'est-à-dire que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif, et être gérés et exploités par un organisme public qui rend des comptes au gouvernement provincial ou territorial.⁴⁰

2

Vision féministe intersectionnelle de la santé

Notre posture

Nous, le Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec, adoptons une **posture régionale**. Nous mettons au cœur de notre action les réalités des femmes des 17 régions du Québec. Nous prenons en compte les différentes façons dont les politiques se traduisent de manière inégalitaire et inéquitable dans les diverses régions. Nous portons ces réalités régionales au niveau national.

Nous adoptons une **posture de défense collective des droits des femmes en matière de santé**. Nous défendons le droit à la santé et son interdépendance avec les droits des femmes. Nous mobilisons le droit à la santé afin de concrétiser notre vision féministe de la santé. Nous considérons le droit comme un outil de changement social pour le démantèlement des systèmes d'oppression. Nous reconnaissons qu'une lutte politique est souvent requise afin que ce droit se répercute concrètement dans les conditions de vie des femmes.⁴¹

Nos approches

Nous adoptons une **approche féministe intersectionnelle** qui considère les systèmes d'oppression, c'est-à-dire un ensemble de structures économiques, politiques et sociales qui organisent nos vies en société, et leur interaction. Ces systèmes produisent et renforcent des inégalités et des discriminations basées sur les composantes identitaires ou autres caractéristiques sociales, comme le genre, l'origine, la couleur de peau, les revenus, l'orientation sexuelle, l'expression de genre, l'âge, la langue, le lieu de naissance, le statut d'immigration ou le fonctionnement neurocognitif^{iv}. Ces oppressions, par exemple le patriarcat, le capitalisme, le racisme, le colonialisme, le cissexisme, l'hétérosexisme, l'âgisme, le capacitisme et la grossophobie, s'alimentent et se construisent mutuellement. Elles sont vécues simultanément par les femmes⁴², qu'elles soient des femmes cisgenre (dont l'identité de genre correspond au sexe qui leur a été assigné

^{iv} Cette énumération est non exhaustive.



à la naissance) ou trans (dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance)⁴³. Différentes femmes se trouvent à la croisée de différentes oppressions, créant des expériences diverses et particulières à chacune.

Nous adoptons une **approche écoféministe** qui considère les liens entre la domination des femmes, des peuples colonisés ou racisés, et celle de la nature. Les systèmes d'oppression mènent à l'exploitation des personnes et à la destruction de la nature dans son ensemble.⁴⁴

Nous adoptons une **approche globale de la santé** qui considère la santé comme étant l'harmonie entre l'état physique d'une personne, son état intérieur soit psychologique, intellectuel et émotif et son environnement social, économique, physique et politique⁴⁵. Cette approche considère l'intégralité de la personne, c'est-à-dire que l'être humain forme un tout qui ne peut être segmenté⁴⁶. De même, elle tient compte des facteurs sociaux et politiques qui influencent la santé, c'est-à-dire les déterminants de la santé (ex. : alimentation, logement, violence, environnement, etc.)⁴⁷.

Notre définition de la santé

Outillées de ces approches, nous concevons que **la santé, tout comme la maladie, s'ancre dans le contexte général** dans lequel les femmes vivent.

Nous considérons que **la santé des femmes est liée aux systèmes d'oppression en action**. Ceux-ci reproduisent des mythes, des stéréotypes et des discriminations qui déterminent et nuisent à la santé et au bien-être des femmes.

Nous défendons que **la santé des femmes est intrinsèquement liée à celle des écosystèmes**, c'est-à-dire l'ensemble des éléments vivants et non vivants se trouvant dans un milieu naturel et qui ont des relations les uns avec les autres⁴⁸. La destruction des écosystèmes, qui peut prendre la forme de la disparition des espèces, de la dégradation de l'environnement ou du dérèglement du climat, a un impact sur la santé des femmes. Par exemple, les problèmes de santé liés à la chaleur et la qualité de l'air; la difficulté d'accès à l'eau et à des aliments sains; le déplacement forcé en raison d'inondations, d'incendies ou de conflits liés aux ressources; la charge physique et mentale due à l'augmentation des soins aux enfants et aux proches, l'augmentation des violences genrées et sexuelles, etc., affectent plus fortement les femmes et principalement les femmes à la croisée de différentes oppressions. C'est pourquoi il est urgent de protéger l'environnement et de garantir aux femmes un milieu de vie sain, une alimentation de qualité, en quantité suffisante et exempte de polluants.

Nous soutenons que **la santé est fondamentalement liée aux conditions de vie des femmes** et qu'une amélioration de leurs conditions aura un impact positif sur celle-ci. Par exemple, le fait de favoriser l'autonomie économique des femmes contribue grandement à améliorer leurs conditions de vie et par la même occasion, leur santé. Pour ce faire, il est essentiel de soutenir l'accès à des formations qualifiantes, à des emplois de qualité et bien rémunérés qui offrent des avantages sociaux, à des services de la petite enfance abordables et à des mesures de conciliation emploi-famille-études-proche-aidance. De plus, il faut assurer aux femmes l'accès à des logements sociaux et décentes qu'elles ont la capacité de payer, ainsi qu'à des milieux de vie et de travail sécuritaires et exempts de violence. C'est en améliorant ainsi les conditions de vie des femmes que nous pouvons assurer leur santé, élément indispensable pour leur participation égalitaire à la vie citoyenne.⁴⁹

Nous estimons que **la santé des femmes est reliée à celle de leurs proches**. En effet, la responsabilité de la santé des enfants, des personnes malades ou vieillissantes représente encore un rôle social et un travail invisible qui incombent aux femmes. Elle peut prendre différentes formes telles que l'octroi de soins, la liaison avec le réseau de la santé et des services sociaux et la responsabilité relative à d'autres déterminants comme l'alimentation, l'éducation, le logement, le transport, etc. Cette charge physique et mentale influence directement la santé des femmes.

En ce sens, nous défendons qu'afin d'assurer pleinement la santé des femmes, il faut **démanteler les systèmes d'oppression** et **trouver des manières durables, non polluantes et peu énergivores de répondre aux besoins** fondamentaux de toutes et tous, incluant ceux des autres vivants, de manière juste et en régénérant les écosystèmes⁵⁰. Ainsi, nous préconisons la mise en oeuvre de solutions autant sur les dimensions personnelles que sociales, politiques, économiques, environnementales et éthiques en cause⁵¹.

Notre vision du système de santé

Prévention et promotion de la santé

Nous soutenons l'importance de la **prévention et de la promotion de la santé**⁵². Ces mesures ne doivent pas être négligées en faveur d'une médecine strictement curative, c'est-à-dire axée sur le traitement des maladies. De plus, nous prônons une intégration et une réglementation des médecines alternatives et complémentaires⁵³.

Réseau de la santé et des services sociaux

Nous défendons **le maintien, l'amélioration, l'universalité, l'accessibilité et la gratuité du réseau public de santé et de services sociaux** et nous opposons à toute forme de privatisation.

La mise en place du réseau de la santé et des services sociaux publics a non seulement contribué au respect du droit des femmes à la santé, il a aussi été une des **bases importantes de leur droit à l'égalité**. Elles ont bénéficié d'une meilleure accessibilité à des soins et services de santé pour toutes les étapes de leur vie alors qu'elles sont les principales usagères du système même quand elles ne sont pas malades, par exemple pour leur santé reproductive. La mise en place du régime public a réduit considérablement l'endettement des familles pour cause de maladie. Une partie de la charge des soins aux proches malades ou en perte d'autonomie, qui reposait principalement sur les femmes, est devenue une responsabilité de l'État. De même, les emplois créés dans le réseau public ont majoritairement été occupés par des femmes et ont contribué à leur autonomie économique. La privatisation et l'érosion des services publics représentent ainsi une menace aux gains historiques en matière de santé des femmes et de leur droit à l'égalité.

Cela étant dit, nous affirmons que les systèmes d'oppression engendrent un **réseau de la santé et des services sociaux qui repose sur la surcharge, la sous-rémunération et la non-reconnaissance, voire l'exploitation du travail des femmes**, et particulièrement de celles sans-papiers, réfugiées, immigrantes et racisées⁵⁴.

D'autre part, nous appuyons le **Principe de Joyce visant à garantir à toutes les personnes autochtones « un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé**, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.⁵⁵ »

Nous soutenons l'importance de la **disponibilité des services en nombre suffisant et répartis adéquatement sur l'ensemble du territoire**⁵⁶. Nous nous opposons à la **centralisation** du réseau de la santé et des services sociaux⁵⁷.



Complémentarité entre les actrices et acteurs

Nous prônons la **complémentarité entre les actrices et acteurs** de la santé et rejetons l'**instrumentalisation du milieu communautaire** résultant d'un désengagement de l'État quant à la santé. Les organisations communautaires autonomes telles que les groupes de femmes ne sont pas des sous-traitants bon marché que les établissements publics peuvent utiliser pour effectuer leur travail à bas prix⁵⁸. Nous défendons l'**autonomie** de ces organisations et la **reconnaissance de leurs compétences, de leurs savoirs et de leurs expertises**, notamment en matière de santé et de bien-être.

Autonomie corporelle

Nous soutenons le principe d'**autosanté** visant la réappropriation par les femmes de leur santé par l'entremise de la valorisation des savoirs expérientiels, de même que l'accès aux connaissances sur leur corps et sur la santé⁵⁹. Nous défendons la **reconnaissance des savoirs historiquement détenus par les femmes en matière de santé**, notamment sur l'enfantement et la botanique, résultant de la division genrée des tâches et de l'attribution aux femmes du travail de soin et de soutien des autres. Ces savoirs ont été écartés lors du développement d'une médecine dominée par les hommes⁶⁰. En outre, nous appuyons la **reconnaissance et le respect des savoirs et des connaissances traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé** tel que le requiert le **Principe de Joyce**⁶¹.

Nous prônons une **relation thérapeutique égalitaire**, assurant l'adaptation au contexte culturel⁶², la sécurisation culturelle⁶³, le consentement libre et éclairé, le respect de l'intégrité, de la dignité et de la confidentialité⁶⁴; la communication et la participation des femmes⁶⁵.

Nous défendons l'importance d'une **prise en charge globale** des femmes, ce qui implique notamment un accompagnement et un soutien dans leur langue afin de naviguer entre les services du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple par la vulgarisation de l'information médicale, des différents services disponibles et de leurs droits. Nous soutenons que les services doivent inspirer confiance aux différentes femmes pour qu'elles s'y engagent afin que ceux-ci soient considérés comme acceptables.

Nous nous opposons à la **surmédicalisation des processus de vie**⁶⁶ des corps assignés femmes à la naissance. La surmédicalisation est un processus par lequel des problèmes sociaux ou certains aspects de l'existence sont définis et traités

comme des problèmes médicaux, voire des maladies. En ce sens, nous sommes d'avis que le système médical doit cesser de considérer les corps des hommes cis^v comme la norme. Ce biais incite la médecine à considérer les phénomènes biologiques tels que les menstruations, les grossesses, l'accouchement et les ménopauses comme des maladies. Ce même biais amène également la médecine à considérer les autres corps comme des déviances. À cet égard, le Réseau des Tables s'oppose aux **mutilations génitales féminines/excision de même qu'aux mutilations des personnes intersexes** visant à leur assigner un sexe à la naissance⁶⁷.

Nous nous opposons à la **surpathologisation et la surmédicalisation des conditions et des problèmes psychosociaux des femmes**. Ceux-ci doivent être abordés en prenant en compte les conséquences des oppressions et des violences vécues par les femmes : biais et préjugés; épuisement dû à l'exploitation; mauvaises conditions de travail; charge familiale, sanisme, etc.⁶⁸

La surmédicalisation des processus de vie et des problèmes psychosociaux est souvent accompagnée d'une incitation à consommer des médicaments pour intervenir sur ceux-ci, par exemple la surprescription de la pilule contraceptive par rapport aux autres méthodes de contraception, sans égard à ses effets secondaires ou à son impact sur le portefeuille⁶⁹ des femmes et sur l'environnement⁷⁰.

Cela étant dit, nous respectons et soutenons **l'accès aux soins relatifs à l'affirmation de genre** des plus jeunes et moins jeunes, que ce soit des services d'ordre médical, de santé mentale ou de soutien social.

Justice reproductive

Nous défendons le principe de **justice reproductive**, c'est-à-dire « une approche positive qui relie la sexualité, la santé et les droits humains aux mouvements pour la justice sociale.⁷¹ » Ce principe prend en compte « l'avortement et les enjeux de santé reproductive dans le contexte plus large du bien-être et de la santé des femmes, des familles et des communautés.⁷² »

Nous visons l'épanouissement global des femmes, qu'elles aient les enfants qu'elles veulent, quand elles le veulent et comment elles les veulent ou qu'elles choisissent de ne pas en avoir. Ainsi, nous luttons pour **la santé sexuelle et reproductive des femmes, incluant la santé menstruelle**, mais rejetons la **réduction de la santé des femmes à ces seules dimensions**.



^v C'est-à-dire dont l'identité de genre correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

3

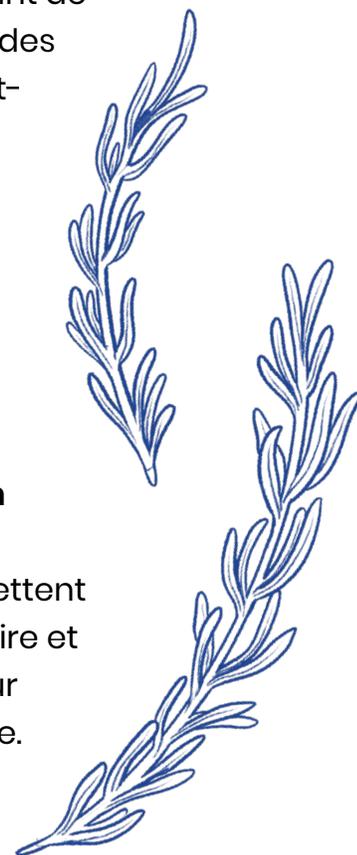
Actions des Tables régionales de groupes de femmes et du Réseau en matière de santé

Tables régionales : la santé et le bien-être au niveau régional

Malgré le sous-financement de leur mission, **les Tables régionales de groupes de femmes mènent toutes des actions relatives à la santé et au bien-être des femmes.** Le type et l'ampleur de leurs actions varient selon les Tables et selon la conjoncture, en fonction des priorités identifiées par leurs membres et des sources de financement auxquelles elles ont accès. De même, les Tables et le Réseau agissent quotidiennement pour améliorer les conditions de vie des femmes et interviennent ainsi sur les systèmes d'oppression, les droits et les déterminants de la santé.

Les Tables régionales effectuent leurs actions dans une **posture de défense collective des droits des femmes.** En cohérence avec leur vision féministe de la santé, elles oeuvrent à la pleine réalisation du droit à la santé. Pour ce faire, **les Tables engagent simultanément une diversité de moyens** passant de la collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux aux actions de défense collective des droits, c'est-à-dire l'éducation populaire, l'action politique non partisane, la représentation politique et la mobilisation sociale. **Ces moyens sont complémentaires et cette diversité est nécessaire** afin d'assurer régionalement et nationalement la mise en oeuvre d'actions qui améliorent la santé et le bien-être des femmes, tant en ce qui a trait aux services qu'aux facteurs sociaux et politiques déterminant la santé.

Les actions principales des Tables régionales sont la **concertation de leurs membres et de partenaires** de même que la réalisation **d'analyses et de recherches** sur cet enjeu. Ces actions leur permettent de se former, de s'informer, de réfléchir, de nourrir leur argumentaire et de partager les expertises afin d'améliorer leurs connaissances sur les réalités et la santé des femmes en tant que groupe hétérogène. Elles participent au développement d'une vision partagée de la santé et du bien-être, de partenariats et de projets collectifs au niveau régional. De même, ce type d'actions permet aux



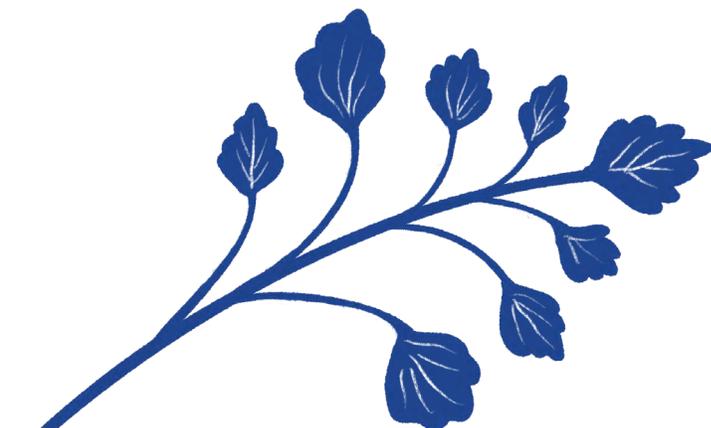
Tables d'identifier des solutions pour accroître le respect du droit des femmes à la santé dans leurs régions respectives, notamment en ce qui a trait aux forces et aux lacunes des services sociaux et de santé.⁷³

Plusieurs Tables régionales effectuent des actions de **sensibilisation et d'éducation populaire** ou de la **formation** sur ce dossier. Elles diffusent ainsi les connaissances colligées sur la santé des femmes de la région, notamment par l'entremise d'outils, et sensibilisent sur les pistes de solutions telles que la mise en oeuvre de l'analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle.⁷⁴

Certaines Tables réalisent des actions de **représentation politique** ou de **mobilisation sociale** visant à interpeller la population, les autorités gouvernementales ou d'autres instances. La représentation peut prendre diverses formes, par exemple rencontrer des personnes élues ou représentant l'administration du réseau de la santé et des services sociaux, siéger sur un comité-conseil d'un établissement de santé ou siéger sur une instance régionale ou locale afin d'y faire valoir les enjeux de santé et bien-être des femmes. Ces actions permettent de faire connaître les dénis de droits directement aux décideurs, de communiquer le point de vue des Tables régionales et de mettre une pression afin d'assurer le droit des femmes à la santé, notamment par la reconnaissance de leurs besoins différenciés et l'amélioration des politiques et des services de santé.⁷⁵

Le travail régional des Tables en matière de santé et de bien-être des femmes implique une multitude d'actrices et d'acteurs qui varient selon les régions. Elles participent à **briser les silos intersectoriels** en travaillant avec une foule d'organisations provenant :

- De la communauté, par exemple des groupes de femmes, des femmes issues des communautés autochtones, des groupes oeuvrant sur les dossiers relatifs à l'itinérance, aux aînées ou à la santé mentale;



- Des organismes publics et parapublics :
 - ✍ Du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple des agentes de planification, programmation et recherche (APPR); des répondantes en santé et bien-être des femmes; des organisatrices communautaires; des professionnel.les des départements de santé mentale, de recherche et prévention;
 - ✍ Du réseau de l'éducation, par exemple des infirmières scolaires;
 - ✍ Des ministères, par exemple le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration;
 - ✍ Des services de police, par exemple la Sécurité du Québec;
 - ✍ Du milieu universitaire, par exemple des services aux collectivités, des chaires de recherche et des départements de médecine ou de travail social;
- Du milieu politique, par exemple les Tables des préfets.⁷⁶

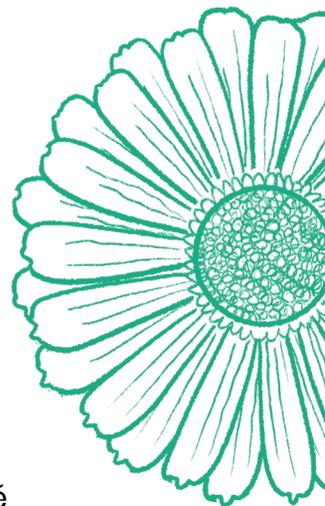
✍ Réseau des Tables : des actions par, pour et avec les Tables

Historiquement, en raison du travail effectué par les Tables régionales de groupes de femmes en matière de santé, ce dossier fait partie des priorités d'action du Réseau des Tables^{vi}. À titre d'organisme de défense collective des droits des femmes, le Réseau des Tables **favorise la réflexion, la concertation et l'échange entre les Tables régionales de même qu'il facilite l'analyse féministe intersectionnelle et prend des positions politiques nationales** en fonction des priorités identifiées par les membres. Considérant sa mission d'outiller les Tables dans leur travail de défense collective des droits, le Réseau joue également un **rôle de liaison** avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Étant donné le sous-financement de sa mission, l'ampleur des actions réalisées par le Réseau des Tables en matière de santé dépend des sources de financement auxquelles il a accès.



^{vi} Une liste des principales actions réalisées depuis 2017 est disponible en annexe.



Annexe 1

Glossaire

Ce glossaire vise à faciliter la compréhension de termes n'ayant pas été expliqués directement dans le texte du document. Il n'a pas comme objectif de définir de façon exhaustive l'entièreté des termes. Étant donné l'évolution constante du vocabulaire, il est possible que certaines définitions deviennent désuètes dans le temps.

Âgisme : Stéréotypes, préjugés et discriminations à l'égard des personnes en fonction de leur âge. Cela implique généralement de considérer comme homogènes toutes les personnes d'un même groupe d'âge. Bien que l'âgisme touche tous les âges, des enfants aux personnes âgées, ces dernières sont plus à risque d'être la cible d'âgisme.⁷⁷

Analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+) : Approche qui permet de discerner les effets différenciés des projets de loi, des politiques et de toute autre initiative publique afin de prévenir la création d'inégalités et atteindre l'égalité de fait entre les femmes et les hommes de même qu'entre les femmes elles-mêmes.⁷⁸

Capacitisme : Oppression systémique qui consiste à placer la personne dite « capable », sans handicap, comme la norme sociale. Dans ce système, le handicap est perçu comme une erreur, un manque, voire un échec personnel.⁷⁹

Capitalisme : Système économique basé sur la propriété privée et dans lequel les moyens de production appartiennent à une classe possédante et dirigeante. Cette classe exploite, conjointement et sans limites, le travail et les corps des vivants, incluant les personnes, et l'ensemble de l'environnement naturel.⁸⁰

Cissexisme : Système qui engendre des comportements et des actions discriminatoires envers les personnes trans et non-binaires. Il repose sur un cadre ou préjugé culturel et/ou sociétal, souvent implicite et inconscient, selon lequel la norme est d'être une personne cisgenre, c'est-à-dire dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.⁸¹

Colonialisme : Idéologie de domination attestant la supériorité d'un groupe arrivant sur des terres déjà occupées qui sert à maintenir le pouvoir et le contrôle sur ces terres et les peuples qui l'habitent, sur le plan politique, économique, social et culturel.⁸²

Diversité sexuelle et de genre : « Terme englobant toutes les orientations sexuelles et la pluralité des identités et des expressions de genre. Ce terme rassemble les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans ainsi que d'autres communautés comme les personnes queer, intersexes, asexuelles, bispirituelles, etc. (LGBTQIA2S+).⁸³ »

Expression de genre : Manière dont une personne présente publiquement son genre, par exemple le comportement, les vêtements, la coiffure, le maquillage, le pronom. L'expression de genre est distincte de l'identité de genre.⁸⁴

Genre : « ... [C]ontinuum d'auto-identification généralement entendu comme ayant deux pôles, l'un masculin et l'autre féminin, mais toutes les nuances entre ces deux pôles ou à l'extérieur de ces deux pôles sont aussi possibles, personnelles et légitimes⁸⁵ ».

Grossophobie : Peur, haine, mépris envers les personnes dont le poids ne correspond pas à la norme sociale de la minceur. Elle se traduit en comportements visant à discriminer, dénigrer, humilier ou culpabiliser ces personnes.⁸⁶

Hétérosexisme : Système qui engendre des comportements ou des actions discriminatoires envers les personnes de la diversité sexuelle. Il repose sur un cadre ou un préjugé culturel et/ou sociétal, souvent implicite et inconscient, selon lequel l'hétérosexualité est la norme, le standard de l'attraction romantique et sexuelle.⁸⁷

Industries extractives : Industries qui exploitent la nature, souvent de façon massive. Elles extraient entre autres les vivants, l'eau, la terre et les minéraux qu'elles considèrent comme des ressources à vendre sur les marchés afin d'accumuler des richesses et du pouvoir.⁸⁸

Intersectoriels : Relatifs à des secteurs d'activités différents.⁸⁹

Intersexe : « Personne dont les différences chromosomiques, hormonales ou des organes génitaux n'entrent pas dans la classification conventionnelle homme-femme.⁹⁰ »

Marginalisation : Processus d'exclusion des personnes en raison de leur identité sociale et de la répartition inéquitable des ressources sociales, économiques, physiques et psychologiques.⁹¹

Médecines alternatives et complémentaires : Pratiques de santé ne faisant pas partie de la médecine traditionnelle ou conventionnelle et n'étant pas intégrées dans le système de santé dominant.⁹²

Mutilations génitales féminines/excision : Interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux des personnes assignées femmes à la naissance ou toute autre lésion génitale à des fins non thérapeutiques. À noter qu'il s'agit du terme plus courant, mais qu'il n'y a pas de consensus puisqu'il peut être considéré comme stigmatisant.⁹³

Mutilations des personnes intersexes : Interventions chirurgicales et administration de médicaments visant à modifier les organes génitaux d'une personne intersexe, souvent à la naissance ou dans l'enfance, afin que ceux-ci se conforment à l'apparence stéréotypée d'un corps.⁹⁴

Patriarcat : Système de domination et de pouvoir des hommes sur les femmes et sur d'autres genres. Ce système impose des catégories de genre limitées et rigides (hommes et femmes), de même que l'hétérosexualité comme cadre unique dans lequel la sexualité humaine est autorisée à se vivre et s'exprimer.⁹⁵

Prévention en santé : Mesures qui visent à empêcher l'apparition d'une maladie, à freiner sa progression et en réduire les conséquences.⁹⁶

Promotion de la santé : Processus octroyant aux populations les moyens de contrôler et d'améliorer leur propre santé, au-delà des soins et de l'absence de maladie.⁹⁷

Racisées : Personnes qui appartiennent, de manière réelle ou supposée, aux groupes ayant subi un processus de racisation. La racisation définit ces groupes à titre « d'Autres » à travers un processus politique, social et mental d'altérisation et d'exclusion. Ce terme met de l'avant le fait qu'il s'agit d'une catégorie socialement construite et non objective ou biologique.⁹⁸

Racisme : Système d'oppression qui engendre des discriminations sur la base de l'appartenance ethnique ou « raciale » envers certains groupes de personnes qui sont racisées et qui maintient une répartition inégale des ressources. Ce système s'appuie sur une croyance que les personnes et les groupes sont inégaux entre eux, initialement sur la base erronée de l'existence de « races » biologiques, puis sur la hiérarchisation des « cultures », des coutumes « ethniques » et des religions.⁹⁹

Sanisme : Système de croyances et d'oppression qui stigmatise et discrimine les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent. C'est une forme de capacitisme.¹⁰⁰

Santé menstruelle : État complet de bien-être physique, mental et social, au-delà de la simple absence de maladie, en lien avec le cycle menstruel.¹⁰¹

Santé sexuelle et reproductive : État de bien-être dans la vie sexuelle et la capacité de reproduction, en respect de l'intégrité, la sécurité, les choix et le rythme de la personne, de même que du bien-être collectif et de la santé des générations futures.¹⁰²

Savoirs expérientiels : Savoirs basés sur l'expérience vécue.¹⁰³

Sécurisation culturelle : Expérience de soins et de services considérés culturellement sécurisants pour les personnes autochtones. Elle nécessite des pratiques qui promeuvent l'équité avec les Premières Nations et les Inuit dans les soins et les services de même que dans l'organisation et la gouvernance de ceux-ci.¹⁰⁴

Soins relatifs à l'affirmation de genre : « Processus par lequel un système de santé prend soin d'une personne et l'appuie, tout en reconnaissant son identité et son expression de genre.¹⁰⁵ »

Surpathologisation : Considérer qu'une chose est liée à la maladie, et ce, de façon excessive.¹⁰⁶

Titulaires de droits : Personnes qui détiennent juridiquement des droits.¹⁰⁷

Travail invisible : Travail sous-rémunéré ou non rémunéré qui est pris pour acquis et non reconnu parce qu'il est majoritairement effectué par les femmes. Cela inclut notamment les tâches domestiques, les soins aux personnes, la proche aidance, le soutien à l'entreprise familiale, le bénévolat et les stages non rémunérés.¹⁰⁸

Violences obstétricales : « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente.¹⁰⁹ »

Annexe 2

Principales actions du Réseau des Tables en matière de santé

Les principales actions en matière de santé réalisées par le Réseau des Tables depuis 2017 sont énumérées ci-dessous :

- **2017** | Participation à la consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulée PASBEF 2017-2021, qui inclut les principaux constats, enjeux et orientations
- **2018-2020** | Démarches politiques et actions de mobilisation visant à obtenir le dévoilement du PASBEF, initialement annoncé pour 2017
- **2020** | Publication de *L'égalité au coeur des régions : regards sur les enjeux régionaux en condition féminine au Québec*, incluant un chapitre sur la santé
- **2021** | Communiqués de réactions au PASBEF 2020-2024
- **2021-** | Représentations des Tables auprès de la direction responsable de la santé et du bien-être des femmes au ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet du PASBEF 2020-2024 et particulièrement de la mise en oeuvre de sa mesure 5 portant sur les projets régionaux de collaboration et de concertation ayant un impact sur la santé et le bien-être des femmes
- **2022** | Campagne d'alertes au droit des femmes à la santé visant à dénoncer les barrières d'accès aux services sociaux et de santé
- **2023** | Participation à la consultation parlementaire de l'Assemblée nationale sur le projet de loi 15 *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

En sus de ces actions, le Réseau a appuyé et soutenu ses groupes alliés dans leurs initiatives sur divers sujets touchant la santé des femmes tels que la promotion de l'accès aux interruptions volontaires de grossesse, l'accès aux services sociaux et de santé pour les femmes migrantes à statut précaire et la lutte contre la précarité menstruelle.



Annexe 3

Liste des membres

Région 01 • Bas-Saint-Laurent

Table de concertation des groupes de femmes du Bas-St-Laurent

Région 02 • Saguenay–Lac–Saint–Jean

RÉCIF 02 – Table de concertation des groupes de femmes Saguenay–Lac–Saint–Jean

Région 03 • Capitale–Nationale

Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale–Nationale
(Portneuf–Québec–Charlevoix)

Région 04 • Mauricie

Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie

Région 05 • Estrie

ConcertAction Femmes Estrie

Région 06 • Montréal

Table des groupes de femmes de Montréal

Région 07 • Outaouais

Assemblée des groupes de femmes d'interventions régionales (AGIR)

Région 08 • Abitibi–Témiscamingue

Regroupement de femmes de l'Abitibi–Témiscamingue

Région 09 • Côte–Nord

Regroupement des femmes de la Côte–Nord

Région 10 • Nord–du–Québec

Comité condition féminine Baie–James

Région 11 • Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Table de concertation féministe Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Région 12 • Chaudière–Appalaches

Réseau des groupes de femmes Chaudière–Appalaches

Région 13 • Laval

Table de concertation de Laval en condition féminine

Région 14 • Lanaudière

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière

Région 15 • Laurentides

Réseau des femmes des Laurentides

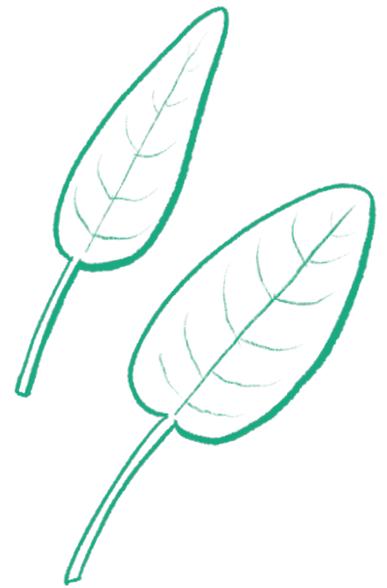
Région 16 • Montérégie

Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie

Région 17 • Centre-du-Québec

Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec

Références



1. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution*. Récupéré de <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.
2. Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993). *Déclaration et programme d'action de Vienne*, article 5. Récupéré de <https://www.ohchr.org/fr/about-us/history/vienna-declaration>.
3. Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Santé et droits de l'homme*. Récupéré de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constitution%20de%20l%27OMS>.
4. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. (2000). *Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, paragraphe 1. Récupéré de <https://www.ohchr.org/fr/documents/general-comments-and-recommendations/ec1220004-general-comment-no-14-highest-attainable>.
5. Lamarche, Lucie, *Webinaire Droit à la santé*. 15 septembre 2022.
6. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*
7. Lamarche, Lucie, *op. cit.*
8. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 4 et 21.
9. *Ibid.*, paragraphe 4.
10. *Ibid.*, paragraphe 8.
11. *Ibid.*, paragraphe 12)a).
12. *Ibid.*, paragraphe 12)b).

13. *Ibid.*, paragraphe 12)b)i) et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies. (1999). *Recommandation générale 24 : Article 12 de la Convention (Les femmes et la santé)*, paragraphe 2. Récupéré de <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommandations/recomm-fr.htm>.
14. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 12)b)ii).
15. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 21.
16. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 12)b)iii).
17. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. (1979). Article 12. Entrée en vigueur le 3 septembre 1981.
18. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 12)b)iv).
19. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 12)c).
20. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 22.
21. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 11.
22. Gouvernement du Canada. (2019). *Traités sur les droits de la personne*. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/systeme-canada-nations-unies/traites.html>.
23. Gouvernement du Québec. (2023). Droits de la personne. Récupéré de <https://www.quebec.ca/gouvernement/rerelations-internationales/droits-personne-international>.
24. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 6.
25. *Ibid.*, paragraphe 17.
26. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 50.

27. *Ibid.*, paragraphe 51.
28. *Ibid.*, paragraphe 52.
29. *Ibid.*, paragraphe 34.
30. *Ibid.*, paragraphe 51.
31. *Ibid.*
32. *Ibid.*, paragraphe 52.
33. *Ibid.*
34. Lamarche, Lucie, *op. cit.*
35. Gouvernement du Québec. (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 1. Récupéré de <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>.
36. *Ibid.*
37. *Ibid.*, article 2.
38. *Ibid.*, article 3.
39. Gouvernement du Canada. (1985). *Loi canadienne sur la santé*, ch. C6, article 7. Récupéré de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteCompleet.html>.
40. Gouvernement du Canada. (2018). *Le système des soins de santé du Canada*. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.
41. Lamarche, Lucie, *op. cit.*
42. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2022a). *Déclaration féministe intersectionnelle*, politique interne.
43. Ligue des droits et libertés – Section Québec. (2021). *Lexique sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres*, p. 2 et 4. Récupéré de <http://liguedesdroitsqc.org/wp-content/uploads/2021/11/LEXIQUE-FINAL-2.pdf>.
44. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec, Carrefour de Participation Ressourcement Formation, Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix) et Assemblée des groupes de femmes d'interventions régionales de l'Outaouais. (2022a). *Outil d'analyse écoféministe*, document interne.



45. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2008). *Penser globalement, agir localement pour la santé des femmes*, politique interne. p. 3.
46. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. (2008). *Synthèse du cadre de référence en santé des femmes*, p. 6. Récupéré de <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2218478>.
47. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2008), *op. cit.*, p. 3.
48. Équiterre. (2022). « *Je veux connaître les notions en lien avec l'alimentation durable* » : lexique, p. 5. Récupéré de https://cms.equiterre.org/uploads/Fichiers/OUTIL-5_Lexique.pdf.
49. *Ibid.*, p. 5.
50. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2008), *op. cit.*, p. 5.
51. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2008), *op. cit.*, p. 3.
52. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *op. cit.*, p. 7.
53. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2008), *op. cit.*, p. 3.
54. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2022b). *Accessibilité aux soins de santé – Lignes de communication et messages clés*, document interne.
55. Conseil des Atikamekw et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). Principe de Joyce, p. 9. Récupéré de https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce__FR.pdf.
56. Chambaud, Laurent. (2018). « Accès aux soins et éléments de cadrage ». *Regards*, no 53. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>.
57. Lamarche, Lucie. (2020). « Vers une réflexion collective sur le droit à la santé ». *Droits et libertés*, vol 39, no 2, p. 13-15. Récupéré de https://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/2020/12/revue_droit_a_la_sante_automne_basse_res_20201207.pdf.
58. Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux. (2000). *Pour un réseau de la santé et des services sociaux qui tienne compte des femmes*, p. 20. Récupéré de https://bv.cdeacf.ca/documents/PDF/2003_03_0476.pdf.

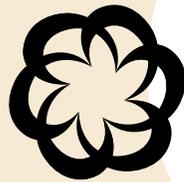
59. Lalman, Lara (2013). *L'auto-santé: pratiques et savoirs de femmes*. Corps Écrits. Récupéré de <https://www.corps-ecrits.be/download/lauto-sante-pratiques-et-savoirs-defemmes/?wpdmdl=1341&refresh=5f71a1acd46e01601282476>.
60. Femmes Prévoyantes Socialistes. (2020). *Une médecine sexiste? Le cas de la surmédicalisation des femmes*, p. 11. Récupéré de <https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2021/05/Etude2021-une-medecine-sexiste-le-cas-de-la-surmedicalisation-des-femmes.pdf> & Stéphanie St-Amand. (2017) *Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement*. À bâbord (72), p. 36. Récupéré de https://www.ababord.org/IMG/pdf/ababord72_web.pdf.
61. Conseil des Atikamekw et Conseil de la Nation Atikamekw. *op. cit.*
62. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 2d.
63. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, p. 9. Gouvernement du Québec. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>.
64. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, *op. cit.*, paragraphe 22.
65. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *op. cit.*, p. 7.
66. Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux, *op. cit.*, p. 4.
67. Interligne. (2021). *On existe!* Récupéré de <https://interligne.co/espace-intersexe/>.
68. Femmes Prévoyantes Socialistes, *op. cit.*, p. 6-7, 13-16 & Le Devoir. (2019, 4 août). *Des soins adéquats pour les personnes trans au Québec*. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/560045/des-soins-adequats-reclames-pour-les-personnes-trans-au-quebec>.
69. Femmes Prévoyantes Socialistes, *op. cit.*, p. 16-17.
70. Malcourant, Eloise. (2018). « Contraception hormonale: quel impact sur l'environnement? » *Femmes Plurielles*. Récupéré de <https://www.femmes-plurielles.be/contraception-hormonale-quel-impact-sur-lenvironnement/>.

71. Ross, Loretta. (2011). *Comprendre la justice reproductive*. Récupéré de <https://api.fqpn.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/Comprendre-la-justice-reproductive-Mis-en-forme-pour-publication-web-2.pdf>.
72. *Ibid.*
73. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2022c). *Principales actions des Tables régionales en lien avec la santé et le bien-être des femmes*, sondage interne.
74. *Ibid.*
75. *Ibid* & Regroupement des organismes en défense collective des droits. (2017). *Défense collective des droits : son histoire, ses critères et ses manifestations*, p. 14-16. Récupéré de <http://www.defensedesdroits.com/wp-content/uploads/2020/02/RODCD-Guide-2017.pdf>.
76. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2022d). *Compte-rendu de la rencontre sur la santé et le bien-être des femmes dans les régions*, document interne.
77. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Rapport mondial sur l'âgeisme – Résumé*, p. 2-3. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336311/retrieve>.
78. Secrétariat à la condition féminine. (2022). *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*, p. 18-20. Récupéré de <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/Strategie-egalite-2022-2027.pdf>.
79. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2022a). *Déclaration féministe intersectionnelle*, *op. cit.*
80. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec, Carrefour de Participation Ressourcement Formation, Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix) et Assemblée des groupes de femmes d'interventions régionales de l'Outaouais. (2022b). *Cahier d'animation atelier écoféminisme*, document interne.
81. Gris-Montréal et Conseil québécois LGBT. (2020) *La transphobie, c'est pas mon genre. Guide pédagogique. Niveau secondaire*, p. 16. Récupéré de https://www.gris.ca/app/uploads/2020/10/GRI2001_Guide-pedagogique_14.10.20.pdf.

82. Schaefer, Richard T. (2015) « Minorities », dans *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (deuxième édition), ScienceDirect, Récupéré de <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/colonialism>.
83. Diversité 02. (2020). *Lexique*. Récupéré de <https://diversite02.ca/lexique>.
84. *Ibid.*
85. Dubuc, D. (2017). *LGBTQI2SNBA+, les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*, FNEEQ-CSN. Récupéré de <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>.
86. Egale. (2021). Termes / définitions : Systèmes d'oppression et de privilège. Récupéré de <https://egale.ca/awareness/systemes-oppression-privilege-termes/>; Office québécois de la langue française. (2019). *Grand dictionnaire terminologique : grossophobie*. Récupéré de <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26556956/grossophobie> et Tokozani Sakala, Safiétou. (2022). « La grossophobie ». *Spiritualitésanté – CHU de Québec-Université-Laval*. Récupéré de <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/reflexions/la-grossophobie.aspx>.
87. Gris-Montréal et Conseil québécois LGBT. *op. cit.*
88. Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec, Carrefour de Participation Ressourcement Formation, Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix) et Assemblée des groupes de femmes d'interventions régionales de l'Outaouais. (2022b), *op. cit.*
89. Office québécois de la langue française. (2000). *Grand dictionnaire terminologique : intersectoriel*. Récupéré de <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8372900/intersectoriel>.
90. Egale. (2023). *Nos corps, nos histoires – La visibilité intersexe*. Récupéré de <https://egale.ca/egale-in-action/nos-corps-nos-histoires/#IGM>.
91. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. Récupéré de <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>.
92. Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Traditional, Complementary and Integrative Medicine*. Récupéré de https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1.

93. Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Mutilations sexuelles féminines*. Récupéré de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> et Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes. (2020). *Les mutilations génitales féminines : un état de situation au Québec – Sommaire*, p.10-11. Récupéré de https://tcri.qc.ca/wp-content/uploads/2023/02/Etat-de-Situation-sur-les-MGF_Sommaire_TCRI_2020.pdf.
94. Egale. (2023), *op. cit. Nos corps, nos histoires – La visibilité intersexe*. Récupéré de <https://egale.ca/egale-in-action/nos-corps-nos-histoires/#IGM>.
95. Egale. (2023), *op. cit.*
96. CHU Sainte-Justice. (2023). Prévenir et promouvoir la santé. Récupéré de <https://promotionsante.chusj.org/fr/A-propos/Definition-de-la-promotion-de-la-sante>.
97. *Ibid.*
98. Ligue des droits et libertés. (2022). *Lexique*. Récupéré de <https://liguedesdroits.ca/lexique/>.
99. *Ibid.*
100. Drolet, Marie-Josée. (2022). Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(4), p. 89–93. Récupéré de <https://www.erudit.org/en/journals/bioethics/2022-v5-n4-bioethics07538/1094701ar.pdf>.
101. Organisation mondiale de la santé et UNICEF. (2023). *Menstrual Health*. Récupéré de <https://washdata.org/monitoring/menstrual-health>.
102. Coalition pour la santé sexuelle et reproductive. (2021). *Base d'unité de la Coalition pour la santé sexuelle et reproductive*. Récupéré de <https://api.fqpn.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/Coalition-SSR-2003.pdf>.
103. Gardien, Ève. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales? *Vie sociale*, 2017/4 (no 20), p. 31-44. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2017-4-page-31.htm>.

- 104.** Ministère de la Santé et des Services sociaux. *op. cit.*, p. 10 et Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé*, p. 8. Récupéré de <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>.
- 105.** Trans Care BC. (2023). Glossary. Récupéré de <http://www.phsa.ca/transcarebc/gender-basics-education/terms-concepts/glossary#undefined>, traduite par Santé Île-du-Prince-Édouard. (2023). *Services de santé d'affirmation de genre*. Récupéré de <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/services-sante-daffirmation-genre>.
- 106.** Wiktionnaire. (2014). *Surpathologiser*. Récupéré de <https://fr.wiktionary.org/wiki/surpathologiser> et Larousse. *Pathologique*. Récupéré de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pathologique/58645>.
- 107.** Office québécois de la langue française. (2018). *Grand dictionnaire terminologique : titulaire*. Récupéré de <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26551760/titulaire>.
- 108.** Comité inter-associations pour la valorisation du travail invisible. (2023). *Définition du travail invisible*. Récupéré de <https://travailinvisible.ca/#ti-a>.
- 109.** Lahaye, Marie-Hélène. (2018). *Accouchement : les femmes méritent mieux*, p. 187 cité dans *Stop violences obstétricales et gynécologiques – Québec. Les violences obstétricales* Récupéré de <https://www.naissancesrespectees.org/stopvog-les-vogs>.



**Réseau des
Tables régionales
de groupes de
femmes du Québec**

