

Rapport

Se mobiliser pour la santé des femmes de la région de la Capitale-Nationale!

**Mené dans le cadre des projets soutenus par le
Fonds de soutien à l'innovation sociale de l'Université Laval**

Québec, 1 septembre 2017



UNIVERSITÉ
LAVAL

Chaire Claire-Bonenfant
Femmes, Savoirs et Sociétés



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

Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés :

Responsable du projet :

Hélène Lee-Gosselin (professeure titulaire)

Recherche et rédaction :

Dominique Tanguay et Annie-Pierre Bélanger (professionnelles de recherche)

Anne Leblanc (étudiante à la formation pratique en anthropologie)

Membres du Comité santé du RGF-CN :

Maritza Côté (CAFSQ – Comité d'Aide aux Femmes Sourdes de Québec)

Myriame Trudel (Maison L'Éclaircie)

Marie-Michèle Dubeau (SOS Grossesse)

Julie Tremblay (Viol-Secours)

Isabelle Brousse et Sahar Irfani (RGF-CN – Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix))

Louise Fortin (Centre Ressources pour Femmes de Beauport)

Pour citer ce rapport :

CHAIRE CLAIRE-BONENFANT – FEMMES, SAVOIRS ET SOCIÉTÉS, ET REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUÉBEC-CHARLEVOIX) (2017). *Se mobiliser pour la santé des femmes de la région de la Capitale-Nationale!* Québec : Université Laval, Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés, 54 pages.

Le RGF-CN, c'est quoi?

Le Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix) est composé d'une quarantaine de groupes membres qui travaillent solidairement à la défense des droits et des intérêts des femmes ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie. Depuis 1990, l'organisme porte les dossiers entourant la lutte contre la pauvreté et la violence, la santé des femmes et la place des femmes dans le développement local et régional.

Ce rapport a été réalisé dans le cadre du projet *Se mobiliser pour la santé des femmes de la Capitale-Nationale!*, financé par le Fonds de soutien à l'innovation sociale de l'Université Laval (2016-2017).

ISBN 978-2-921806-25-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-921806-26-8 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

© Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés et Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix), 2017

Table des matières

Avant-propos.....	1
Faits saillants	3
Mise en contexte.....	5
Fin du <i>Plan d'action régional en santé des femmes</i>	5
Effets de la transformation des structures	5
Défis en santé des femmes	5
Structure du rapport	6
1. Pauvreté	7
1.1. Qu'est-ce que la pauvreté?	7
1.2. Quelques constats sur la pauvreté et la santé des femmes	8
1.2.1. Aggravation de la pauvreté et diminution des ressources en santé.....	8
1.2.2. Premier fil conducteur de la santé des femmes	8
1.2.3. Pauvreté et problèmes de santé	9
1.2.4. Interactions entre pauvreté et santé	14
1.2.5. Pauvreté et manque de soutien des femmes ayant une incapacité.....	15
1.2.6. Accès limité aux soins de santé	15
1.2.7. Incohérences dans les interventions en santé et en pauvreté	16
1.3. Particularités pour certains groupes de femmes	18
1.3.1. Proches aidantes	18
1.3.2. Mères	19
1.3.3. Femmes âgées.....	19
1.4. Diminution des ressources des organismes communautaires	19
1.4.1. La place du communautaire dans le système de santé	20
1.4.2. Une expertise à reconnaître.....	20
1.4.3. Un problème de structure de financement	20
1.5. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes	20
1.5.1. Pour les organismes communautaires.....	20
1.5.2. Au niveau local et régional.....	23
1.5.3. Au niveau gouvernemental et social.....	23
2. La violence.....	25
2.1. Qu'est-ce que la violence?	25

2.2. Quelques constats liés à la violence vécue par les femmes	27
2.2.1. Concomitance entre violence et troubles de santé mentale.....	27
2.2.2. Particularité des maisons d’hébergement	27
2.2.3. Sexualité et reproduction.....	28
2.2.4. Violences institutionnelles	29
2.2.5. Logement	30
2.2.6. Emploi.....	30
2.3. Les particularités pour certains groupes de femmes.....	31
2.3.1. Femmes âgées.....	31
2.3.2. Femmes ayant des incapacités	31
2.3.3. Femmes immigrantes.....	32
2.3.4. Mères	32
2.3.5. Femmes ayant une ou des dépendances.....	33
2.3.6. Femmes touchées par la prostitution/le travail du sexe et la traite des personnes	33
2.4. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes	33
2.4.1. Pour les organismes communautaires.....	33
2.4.2. Au niveau local et régional.....	34
2.4.3. Au niveau gouvernemental et social.....	34
3. L’exclusion.....	36
3.1. Qu’est-ce que l’exclusion?	36
3.2. Quelques thèmes reliés à l’exclusion.....	36
3.2.1. Logement	36
3.2.2. Besoins physiques de base.....	37
3.2.3. Limitations physiques.....	37
3.2.4. Insertion dans le système de santé.....	37
3.2.5. Dépendances.....	38
3.2.6. Travail	38
3.2.7. Articulation des divers rôles de vie	39
3.2.8. Identités sexuelles.....	39
3.2.9. Phases de vie.....	40
3.3. Les particularités pour certains groupes de femmes.....	40
3.3.1. Mères cheffes de famille monoparentale.....	40
3.3.2. Femmes sourdes	40

3.3.3. Femmes ayant des incapacités	41
3.3.4. Proches aidantes	41
3.3.5. Femmes immigrantes.....	41
3.3.6. Femmes autochtones.....	41
3.3.7. Femmes âgées.....	42
3.4. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes	42
3.4.1. Pour les organismes communautaires.....	42
3.4.2. Au niveau local et régional.....	44
3.4.3. Au niveau gouvernemental et social.....	44
4. Solutions globales	45
4.1. Priorité aux actions sur la santé sociale	45
4.2. Éducation sexuelle féministe à tous les âges de la vie.....	46
4.3. Nécessité d’une approche globale en santé	46
4.4. Des services publics gratuits et accessibles	46
4.5. Une reconnaissance de la contribution, de l’expertise et du rôle du communautaire dans le système de santé	47
Références bibliographiques.....	49
Annexe 1 – Liste des groupes membres du RGF-CN 2016-2017.....	52
Annexe 2 – Questions et thèmes couverts durant la collecte de données	53
Annexe 3 – Autres organismes ayant participé au projet.....	54

Avant-propos

En mai 2014, le Comité santé du Regroupement des Groupes de Femmes de la région de la Capitale-Nationale (RGF-CN) a élaboré et distribué aux membres de ce regroupement¹, un sondage visant à documenter les enjeux prioritaires touchant la santé des femmes, à partir des observations faites par les groupes membres. Ce sondage a révélé l'existence de besoins non répondus, exprimés par les femmes ainsi que par les groupes, et a permis de découvrir que certains problèmes de santé semblaient devenir plus fréquents ou faisaient l'objet d'une couverture inadéquate ou insuffisante dans la région. Ce sondage a nourri les réflexions. Il a aussi mené au constat, partagé par le Comité santé du RGF-CN et par la Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés de l'Université Laval, que l'intérêt porté à la question de la santé des femmes, tant dans la communauté de recherche universitaire que dans l'appareil gouvernemental québécois, s'était effrité au fil des années.

Dans le cadre d'un appel à projets du Fonds de soutien à l'innovation sociale de l'Université Laval, la Chaire Claire-Bonenfant et le Comité santé du RGF-CN ont saisi l'occasion de raviver cet intérêt et ont proposé de poursuivre les travaux amorcés par le sondage de 2014. Le projet « *Se mobiliser pour la santé des femmes de la Capitale-Nationale!* » a reçu un appui financier de ce Fonds au cours l'année de 2016-2017.

Ce projet de mobilisation s'est intéressé à la santé des femmes à partir de la réalité des groupes communautaires. Cette décision s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, les groupes communautaires œuvrent au quotidien auprès des femmes. Les femmes qui les fréquentent y établissent une relation de confiance, souvent à long terme, ce qui fait en sorte que les intervenantes deviennent leurs confidentes, leurs accompagnatrices. Elles connaissent bien les problèmes vécus par les femmes, ainsi que les contraintes qui influencent les stratégies et les solutions possibles pour y répondre. Cela est encore plus vrai dans les groupes qui offrent des ressources d'hébergement, où des femmes vivent pendant une période qui s'étire parfois sur plusieurs mois. Deuxièmement, dans le contexte actuel d'austérité et de transformation des structures du réseau de la santé, les groupes communautaires sont de plus en plus sollicités pour accompagner les femmes en lien avec des questions de santé, et ce même pour les groupes dont la mission n'est pas de prime abord liée à la santé. Les femmes y cherchent le soutien qu'elles ne parviennent pas à trouver dans le réseau public, où la santé est davantage traitée de façon compartimentée et où elles doivent multiplier les rencontres avec divers spécialistes, chacun traitant une facette du problème ou un symptôme. Troisièmement, afin de produire une analyse de la réalité actuelle sur le terrain, les expériences de travail des intervenantes sont une source de données beaucoup plus précieuse que les rapports statistiques, qui sont toujours produits avec un certain décalage dans le temps et qui ne fournissent pas de compréhension fine de la réalité. Finalement, cette stratégie de collecte permet aussi de visibiliser et d'apporter une forme de reconnaissance au travail essentiel effectué par les travailleuses des groupes communautaires auprès de la population.

Pour concrétiser la collecte de données, les représentantes de la Chaire Claire-Bonenfant et les membres du Comité santé ont d'abord ciblé de grandes thématiques émergeant du sondage de 2014.

¹ La liste des groupes membres du RGF-CN se trouve à l'annexe 1 de ce rapport.

Elles ont ensuite élaboré conjointement des grilles² afin de rassembler des informations sur les besoins répondus, les besoins non répondus, les stratégies et les solutions proposées pour répondre aux besoins, et les besoins particuliers pour certains groupes de femmes³. Il était aussi possible pour les organismes d'ajouter des thèmes à ceux proposés. Trois rencontres des membres du RGF-CN, tenues en 2016, ont permis de réfléchir à une dimension ciblée de la santé des femmes : la rencontre du 11 mai a porté sur la santé sociale, celle du 21 septembre sur la santé mentale, celle du 14 décembre sur la santé physique et sexuelle. Au total, 26 groupes membres du RGF-CN ont participé à au moins une rencontre, et 15 ont participé aux trois rencontres thématiques. En complément à ces rencontres des membres, la Chaire Claire-Bonenfant a mené des entretiens avec 16 organismes communautaires⁴, la plupart mixtes, qui ne sont pas membres du RGF-CN, mais dont le travail est en lien avec divers aspects de la santé des femmes de la région. Finalement, le résumé produit lors de la rencontre pour la Capitale-Nationale, dans le cadre du projet « Évaluation des besoins en intervention auprès des femmes immigrées et racisées victimes de violence », a été ajouté aux données avec la permission de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI)⁵.

Ce projet a permis d'identifier et de rassembler une quantité impressionnante d'informations sur la santé des femmes de la Capitale-Nationale. Ce rapport, destiné principalement aux membres du RGF-CN mais aussi à l'ensemble des intervenantes et intervenants en santé de la région de la Capitale-Nationale, constitue le premier document issu de ce projet. Il se concentre sur trois déterminants sociaux de la santé des femmes de la région de la Capitale-Nationale – soit la pauvreté, la violence et l'exclusion. Ces déterminants ont été identifiés suite au travail d'analyse et de discussion avec le Comité santé, et ils constituent les principales avenues de prévention pour améliorer le bien-être des femmes et de leurs proches.

La Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés & le Comité santé du Regroupement des Groupes de Femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)

² La liste des thématiques et des questions contenues dans les grilles est disponible à l'annexe 2.

³ Les groupes de femmes ciblés qui ont été abordés plus spécifiquement dans la collecte de données sont : 1) les femmes vivant en situation de pauvreté; 2) les femmes âgées (65 ans et plus); 3) les jeunes femmes (moins de 35 ans); 4) les cheffes de famille monoparentale; 5) les femmes LBT (lesbiennes, bisexuelles, trans); 6) les femmes des Premières nations; 7) les femmes issues des communautés ethnoculturelles minoritaires; 8) les femmes ayant des limitations; 9) les proches aidantes.

⁴ Voir la liste à l'annexe 3.

⁵ Pour davantage d'information : <http://tcqi.qc.ca/volets-tcqi/femmes>

Faits saillants

Trois déterminants principaux influencent la santé physique, sexuelle, mentale et sociale des femmes de la région :

PAUVRETÉ

- Limite l'accès aux ressources
- Touche davantage les femmes à cause des rôles qu'elles assument
- Est étroitement liée aux conditions de vie et à la santé
- Constitue le premier fil conducteur de la santé

VIOLENCE

- Concomitance plus fréquente avec des troubles de santé mentale
- Peut toucher les femmes dans toutes les dimensions de leur vie
- Pression sur les ressources car augmentation des demandes de soutien

EXCLUSION

- Touche les femmes les plus vulnérables, de façon parfois durable
- À travers leurs besoins de base physiques, mais aussi leurs besoins sociaux
- Souvent jumelé avec des situations de pauvreté et de violence, ce qui accroît ses effets

Ces déterminants ont des effets sur la santé des femmes en général, mais ils ont des effets particuliers pour certains groupes de femmes, en fonction de leurs caractéristiques sociales.

Des solutions ont été identifiées pour soutenir la santé des femmes :

- 1 – Prioriser les actions portant sur la santé sociale
- 2- Dispenser de l'éducation sexuelle féministe à tous les âges de la vie
- 3- Adopter une approche globale en santé
- 4- Offrir des services publics gratuits et accessibles
- 5- Reconnaître la contribution, l'expertise et le rôle du communautaire dans le système

Mise en contexte

Fin du Plan d'action régional en santé des femmes

Le Plan d'action régional en santé des femmes⁶ s'est déployé dans la région de la Capitale-Nationale de 2004 à 2007 permettant la création de nouveaux projets, la formation des professionnelles de la santé et des services sociaux ainsi que le soutien des initiatives déjà en place. En 2007, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale avait adopté une résolution pour la réalisation d'un nouveau plan d'action régional en santé des femmes. Cependant, celui-ci n'a jamais vu le jour faute de financement disponible.

De 2008 à 2015, le RGF-CN a poursuivi sa collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux dans le but d'identifier les problèmes de santé émergents. Depuis 2016, la santé des femmes est couverte dans le *Plan régional en santé publique (2016-2020)* du CIUSSS, mais les quelques références spécifiques aux femmes portent quasi exclusivement sur la grossesse et l'allaitement. Outre ces spécificités biologiques, ce Plan porte peu d'attention aux réalités sociales, économiques ou démographiques qui ont des effets spécifiques sur les femmes.

Effets de la transformation des structures

La transformation des structures régionales en santé –création du CIUSSS⁷ et abolition des ASSS (agences en santé et services sociaux) – a bouleversé les pratiques établies en santé des femmes. Des incertitudes persistent toujours quant à la gestion de cet enjeu dans la nouvelle structure. Parmi les effets désirés de cette refonte figuraient une réduction des structures et de la bureaucratie, mais les premiers mois ont plutôt été marqués par une confusion quant au service approprié pour traiter les demandes ou à la personne responsable de certains dossiers, constatée par des groupes communautaires et par les femmes ayant recours aux services.

Défis en santé des femmes

Ce contexte a incité le Comité santé du RGF-CN et la Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés à s'intéresser aux besoins en santé des femmes dans la région. Ce rapport vise à intégrer les différentes dimensions de la santé, à savoir physique, psychologique, sexuelle et sociale.

Les liens étroits qui unissent la santé et les conditions de vie sont étudiés depuis longtemps. De plus,

[d]ans la région de la Capitale-Nationale, la réduction des inégalités sociales de santé est reconnue comme un enjeu majeur de santé publique. Le rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé a démontré que des écarts d'état de santé importants existent dans la région de la Capitale-Nationale, pourtant considérée comme favorisée sur le plan économique.⁸

⁶ Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*. Québec, 2004. Disponible en ligne à https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?id=11037

⁷ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale résulte de la fusion de 11 établissements de santé de la région, en avril 2015.

⁸ Plan d'action régional en santé publique 2016-2020 du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Document de travail, Consultation automnale, septembre 2016, p. 153.

Ces inégalités sociales, qui se manifestent sous de nombreuses formes en lien avec la classe socioéconomique ou l'origine ethnique, pour ne nommer que celles-ci, touchent les femmes de différentes façons. Afin de comprendre les effets des inégalités sociales à travers la population des femmes, les expériences particulières vécues par neuf groupes ciblés, qui avaient été abordés dans le sondage du Comité santé de 2014, ont été recherchées dans les grilles et les discussions lors des rencontres des membres et des entretiens. Ce sont :

- 1) Les femmes vivant en situation de pauvreté;
- 2) Les femmes âgées (65 ans et plus);
- 3) Les jeunes femmes (35 ans et moins);
- 4) Les cheffes de famille monoparentale;
- 5) Les femmes LBT (lesbiennes, bisexuelles, trans);
- 6) Les femmes des Premières nations;
- 7) Les femmes issues des communautés ethnoculturelles minoritaires;
- 8) Les femmes ayant des limitations;
- 9) Les proches aidantes.

Structure du rapport

Le présent rapport vise à présenter une synthèse des principaux enjeux qui ont été dégagés des trois rencontres des membres du RGF-CN et des entrevues avec les autres organismes communautaires ayant pris part au projet.

La pauvreté, la violence et l'exclusion sont les trois déterminants sociaux de la santé qui ont émergé comme ayant le plus grand impact sur la santé des femmes. Ce rapport présente comment ces déterminants affectent les femmes dans l'accès aux ressources en santé et le maintien d'une bonne santé.

La pauvreté, la violence et l'exclusion constituent donc les thèmes autour desquels s'articule chaque section de ce rapport. À l'intérieur de chacune des sections, une définition du thème est présentée. Les principaux constats et enjeux identifiés dans la recherche sont ensuite développés, suivis d'une présentation des effets pour les groupes de femmes ciblés. Chaque section se termine avec les solutions et stratégies retenues, lesquelles sont divisées en trois niveaux : les groupes communautaires, les structures au niveau local et régional, et les solutions à grande échelle impliquant les gouvernements et la société dans son ensemble.

La dernière partie présente les solutions globales privilégiées pour intervenir pour la santé des femmes, à savoir agir sur la santé sociale; dispenser de l'éducation sexuelle féministe à tous les âges de la vie; adopter une approche globale en santé; offrir des services publics de santé gratuits et accessibles; et reconnaître la contribution et l'expertise des organismes communautaires dans le système de santé.

1. Pauvreté

1.1. Qu'est-ce que la pauvreté?

Dans le langage courant, la pauvreté réfère à un manque de ressources pour vivre décemment. Les recherches montrent que le phénomène de la pauvreté est complexe et difficile à évaluer⁹. Malgré diverses tentatives à cet effet, il n'existe pas de définition consensuelle de la pauvreté au Canada ou ailleurs dans le monde¹⁰. Le milieu scientifique s'entend généralement pour retenir la notion de pauvreté relative, c'est-à-dire l'écart ou l'incapacité à adopter un mode de vie considéré minimal pour fonctionner dans la société, pour définir la pauvreté dans les pays favorisés, où les conditions de vie minimales dépassent les besoins considérés de base dans d'autres sociétés (avoir accès à Internet, par exemple)¹¹.

La pauvreté est généralement mesurée en termes monétaires¹², par exemple par le seuil de faible de revenu (SFR) de Statistique Canada ou la mesure du panier de consommation (MPC). La notion de pauvreté telle que comprise dans cette recherche dépasse toutefois la question du revenu disponible. La pauvreté est un manque de ressources en général, qui affecte tous les aspects de la vie : le niveau d'alphabétisme et d'éducation, l'accès à des soins de santé, la qualité du réseau social et familial, le sentiment d'appartenance et d'efficacité personnelle, etc. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) définit la pauvreté comme « *la négation des opportunités et des perspectives fondamentales sur lesquelles repose tout développement humain : vivre une vie longue, saine, constructive, et jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que de la liberté, de la dignité, du respect de soi-même et d'autrui* »¹³. Cette approche multidimensionnelle de la pauvreté est retenue dans le cadre de ce rapport.

La pauvreté est vécue différemment selon le contexte, la durée et la gravité. La pauvreté n'est pas synonyme d'inégalités sociales, bien que ces deux concepts soient souvent liés¹⁴. En raison des inégalités de genre, la pauvreté touche particulièrement les femmes, que ce soit parce qu'elles sont souvent proches aidantes, mères ou travailleuses en situation de précarité, et que pour ces raisons, leurs revenus et leurs ressources s'en trouvent diminués¹⁵.

⁹ Conseil canadien du développement social, « Définir et redéfinir la pauvreté au Canada », *Perception*, Vol. 29, no 3&4, 2008, p. 6. [_](#)

¹⁰ Gublin Guerrero, Gabriela, *Définitions et approches de la pauvreté*, BSI Economics, 23 septembre 2014.

¹¹ Philipps, Shelley, *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*, Canadian Population Health Initiative sur la santé de la population canadienne (CPHISPC) et Institut canadien d'information sur la santé/ Canadian Institut for Health Information (ICIS/CIHI), juin 2003, p. 6.

¹² Au Québec, le Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE) fournit beaucoup de documentation sur la pauvreté mesurée à partir du revenu. Chaque année, il produit un état de la situation ainsi que des données statistiques.

¹³ PNUD-Algérie, *Rapport sur le développement humain*, PNUD, 2006, p.17.

¹⁴ Malenfant, Romaine et al., 2004, *Les trajectoires liées à la pauvreté*, Québec, RIPOST, CLSC Hautes-Villes des Rivières, p. 6-7.

¹⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *Les Femmes et la Santé, Résumé d'orientation*, Suisse, 2009, p. 1-5.

1.2. Quelques constats sur la pauvreté et la santé des femmes

Parmi les organismes communautaires interrogés, la **pauvreté a été identifiée comme le premier fil conducteur de la santé des femmes**. Les travailleuses communautaires constatent l'ampleur du problème, ses conséquences souvent sous-estimées sur la santé des femmes, en particulier sur la santé mentale, ainsi que son aggravation au cours des dernières années, alors que la région a paradoxalement connu une forte croissance économique.

1.2.1. Aggravation de la pauvreté et diminution des ressources en santé

Dans la région de la Capitale-Nationale, pourtant favorisée sur le plan économique et social¹⁶, la pauvreté des femmes est fréquemment associée à l'exclusion. La situation des plus vulnérables ne semble pas s'être améliorée, non plus que les inégalités entre les hommes et les femmes¹⁷. Au contraire, les travailleuses d'organismes communautaires interrogées notent plutôt une aggravation de la situation avec les politiques gouvernementales d'austérité (coupures dans les services publics, allocations et soutiens sociaux diminués) et la précarisation du marché du travail (emplois à contrats, à durée déterminée, travail autonome). Elles notent spécifiquement :

- Une aggravation de la situation de la pauvreté parmi leurs membres et leurs bénéficiaires, avec pour conséquence une augmentation des besoins en matière de santé, particulièrement en santé mentale;
- Une diminution des services en matière de santé publique ainsi qu'une diminution de la capacité des organismes communautaires à répondre à la demande, suite aux coupures dans le système de santé et dans le financement des organismes communautaires.

Ces constats amènent les intervenantes à se questionner quant à leur capacité de faire plus avec moins, et aux liens entre le système de santé public et le communautaire pour assurer une meilleure cohérence en santé, pour le bénéfice de la population.

1.2.2. Premier fil conducteur de la santé des femmes

Dans toutes les thématiques abordées, il semble que la pauvreté détermine les conditions de vie des femmes ainsi que leurs possibilités à relever un enjeu de santé, à accéder à un traitement et à espérer une amélioration de leur état de santé.

Le constat général des organismes communautaires à propos des effets de la pauvreté sur la santé des femmes est que la pauvreté :

- amène les femmes à développer des problèmes de santé;

¹⁶ Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE), *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : État de situation 2016*, Gouvernement du Québec, p. 18.

¹⁷ À titre d'exemple, les femmes continuent d'occuper la majorité des emplois à temps partiel; elles gagnent en moyenne 70% du revenu des hommes; les femmes non scolarisées ont un revenu nettement inférieur à celui des hommes dans la même situation; les femmes continuent d'effectuer la majorité des tâches domestiques et de la gestion de la conciliation travail-famille; les femmes âgées sont plus pauvres que les hommes âgés. RGF-CN, *Portrait socio-économiques des femmes de la région de la Capitale-Nationale 2015*, p. 7-12.

- amplifie les problèmes de santé des femmes préexistants et/ou en crée de nouveaux, qui deviennent concomitants aux premiers et qui réduisent leur qualité de vie;
- est parfois la conséquence d'un problème de santé qui traduit un manque de soutien des femmes atteintes d'incapacité;
- limite de manière très importante l'accès des femmes aux soins de santé;
- n'est pas adéquatement prise en compte dans le système de santé public, donnant parfois lieu à la médicalisation des problèmes sociaux et à des incohérences entre les programmes sociaux;
- interagit avec les rapports sociaux et affecte particulièrement certains groupes de femmes;
- diminue les capacités des organismes communautaires à œuvrer pour la santé des femmes de la Capitale-Nationale.

Chaque organisme communautaire a développé un ou plusieurs de ces constats lors des entrevues, appuyés par des exemples concrets observés sur le terrain. La partie suivante présente quelques exemples en lien avec diverses thématiques de la santé abordées au cours de la recherche.

1.2.3. Pauvreté et problèmes de santé

Le lien entre la pauvreté et le développement de problèmes de santé est une évidence pour les travailleuses communautaires interrogées. La pauvreté module les conditions de vie (la santé sociale), a un impact sous-estimé sur la santé mentale et affecte aussi la santé physique et sexuelle des femmes de différentes manières, lesquelles ont des répercussions les unes sur les autres.

1.2.3.1. En matière de santé sociale

La pauvreté a un impact majeur sur la santé sociale des femmes. Indépendamment de leur volonté ou de leurs capacités, les ressources des femmes déterminent leurs conditions de vie de différentes manières. La pauvreté va ainsi affecter les choix des femmes en matière de logement, de transport, d'alimentation, de loisirs, d'activité physique, d'articulation entre le travail et les autres rôles de vie, de soutien ou de répit, de réseau social, etc. Tous ces aspects de la santé sociale ont un impact sur la santé physique, sexuelle et mentale des personnes.

Par exemple, lorsque le budget est très limité, les choix en matière de logement le sont également. Or, se loger étant une nécessité et souvent la principale dépense des femmes, le coût ne peut être modulé en fonction des variations de revenus. Ainsi, les femmes doivent souvent choisir entre la qualité du logement et la proximité des services à cause des coûts trop élevés, rapporte le BAIL¹⁸. Parfois, de gros compromis sont faits sur la salubrité (moisissure, parasites), l'espace disponible (surpeuplé), l'accès à des services (éloignement) et la sécurité¹⁹. Pour habiter un logement décent, des femmes doivent couper dans d'autres dépenses essentielles comme la nourriture et les soins de santé. Les intervenantes communautaires constatent un manque de logements sociaux en général, et particulièrement pour des sous-populations ciblées comme les femmes âgées, les femmes ayant une limitation et les femmes vivant avec un trouble de santé mentale.

¹⁸ Dans le texte, les propos associés à un organisme ont été recueillis lors des entretiens individuels ou de groupe. Lorsqu'ils sont tirés d'un document écrit ou numérique, la référence est précisée.

¹⁹ Voir la section 2.2.5 portant sur Violences et logement.

L'alimentation est directement affectée par le manque de ressources. De nombreux groupes communautaires constatent que les besoins alimentaires des femmes dépassent leurs capacités de soutien. Ils constatent aussi combien certaines femmes sont dépendantes de cette aide pour répondre à leurs besoins de base. Le lien entre saine alimentation et santé n'est plus à établir; cependant, les femmes en situation de pauvreté ont peu de contrôle sur leurs choix alimentaires et leurs habitudes de vie, deux déterminants cruciaux de la santé. Certains organismes constatent des problèmes de malnutrition chez des femmes qui sacrifient leur alimentation pour privilégier celle de leurs enfants. D'autres s'inquiètent de voir des femmes manger toujours les mêmes aliments peu dispendieux, mais insuffisamment nutritifs.

En ce qui a trait au réseau social pour briser l'isolement et favoriser l'entraide, les ressources financières limitées empêchent des femmes de se déplacer vers les organismes communautaires, d'utiliser le transport en commun, de participer à une cuisine collective ou à une activité sociale. La pauvreté entraîne ainsi un isolement social qui mène souvent à des troubles de santé mentale. Plusieurs organismes fournissent des billets de bus afin de contrer ce cercle vicieux de pauvreté et d'isolement; toutefois, avec les coupures dans les organismes, le budget manque pour répondre à la demande.

La situation financière peut être un enjeu crucial dans la décision de poursuivre ou non une grossesse, rapporte SOS Grossesse. Certaines femmes enceintes n'ont accès à aucun programme social (RQAP, assurance-emploi, aide sociale). Les besoins de soutien pré-accouchement sont importants, mais les prestations prévues par le gouvernement sont post-accouchement. De plus, les « femmes sans carte », c'est-à-dire non couvertes par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) parce qu'elles sont immigrantes ou étudiantes étrangères, n'ont aucune couverture de soins de santé pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement. Par conséquent, certaines femmes vont choisir un avortement parce qu'elles n'ont pas les ressources financières pour supporter la charge d'un enfant. Elles vivent alors un deuil, note SOS Grossesse.

L'analphabétisme est une forme de pauvreté. Plusieurs problèmes des femmes sont liés au manque d'accès à l'information pour des raisons d'analphabétisme (lecture ou utilisation d'un outil informatique). Les organismes communautaires constatent que l'information diffusée par les gouvernements sur les crédits d'impôts, par exemple, ne sont pas accessibles pour certaines femmes et pas comprises par d'autres. L'analphabétisme des nouvelles technologies ainsi que l'absence d'accès à une connexion Internet limite l'accès à des informations et à des réseaux sociaux en ligne. Paradoxalement, le virage du gouvernement vers le numérique, associé à une bureaucratisation accrue de certaines démarches et demandes de services ou d'aides financières, nuit aux femmes les plus démunies. Les groupes communautaires remarquent l'alourdissement des démarches pour avoir accès aux ressources (aide sociale et juridique, par exemple).

Les travailleuses communautaires ont identifié un lien entre la pauvreté et le manque d'éducation sexuelle. Les femmes âgées, les femmes ayant des limitations et les femmes immigrantes sont les moins rejointes, que ce soit à cause de pressions religieuses ou culturelles ou encore de difficultés communicationnelles. Les nombreux tabous entourant la sexualité persistent : les femmes, peu importe leur âge, parlent peu de leur sexualité. Cela est aussi vrai des filles lors d'ateliers mixtes. Paradoxalement, les réseaux sociaux et la pornographie imposent des normes sexuelles et font office d'éducation sexuelle par défaut... d'éducation aux relations inégalitaires. Cette norme est

indissociable des rapports entre les hommes et les femmes et centrée sur l'aspect génital de la sexualité, tandis que ses aspects affectifs ou psychologiques ne sont pas pris en compte. Plusieurs groupes dénoncent les impacts de cette norme sur les hommes et les femmes en matière de sexualité et de relations interpersonnelles, surtout que ces phénomènes sont rarement déconstruits à la maison ou à l'école. Certaines travailleuses vont parler de « pornographisation » de la société, de culture du viol, et font un lien entre ces normes et l'hypersexualisation des jeunes filles et des femmes dans l'espace public, médiatique et culturel. D'autres concluent que la forte pression normative en matière de sexualité empêche les femmes de s'exprimer librement sur leur vécu sexuel, justement parce qu'il diffère de ces normes.

Plusieurs organismes communautaires observent que des femmes appartenant à des groupes minoritaires vivent une forme de pauvreté culturelle ou identitaire. GRIS-Québec dresse un constat semblable du côté des jeunes femmes lesbiennes : plusieurs manquent d'estime d'elles-mêmes et vivent une grande solitude parce qu'elles doivent se définir dans une culture dominante hétérosexuelle. Même son de cloche du côté du Centre filles de la YWCA : les jeunes filles immigrantes ont besoin de développer un sentiment d'appartenance avec la communauté plus large, car leur réseau est composé surtout de leur communauté ethnoculturelle, voire de leur famille. Joindre ces sous-groupes de femmes, quand ce n'est pas au cœur de leur mission, exige des organismes des ressources supplémentaires, de la créativité et de l'adaptation. Un exemple : pour rejoindre les jeunes filles immigrantes, il faut notamment parler avec leurs parents pour développer leur confiance, tenir l'activité dans leur immeuble et accepter la présence de leurs frères et sœurs plus jeunes dont elles ont la charge.

La pauvreté affective que vivent des femmes au cours de leur enfance, souvent associée à la violence familiale, nuit à leur santé tout au long de leur vie. Selon le Centre femmes aux 3A, qui œuvre auprès de femmes en situation de délinquance ou de criminalisation, la majorité des femmes fréquentant l'organisme sont issues de familles dysfonctionnelles. La plupart ont développé des troubles de santé mentale. De son côté, le RAIQ témoigne des impacts de l'intimidation à l'école sur les jeunes filles tout au long de la vie : fragilisation de la santé mentale, scolarisation affectée, coupure sociale puis rupture et désaffiliation sociale à long terme.

Enfin, la pauvreté de l'estime de soi est corollaire à la pauvreté affective. Ainsi, plusieurs femmes expriment des difficultés à poser leurs limites en matière de sexualité ou de relations affectives parce qu'elles manquent d'estime d'elles-mêmes. Certains troubles alimentaires sont également liés à l'estime de soi. Les femmes vivant ou ayant vécu la prostitution/travail du sexe²⁰ ainsi que celles sortant des centres jeunesse vivent des enjeux importants reliés à l'estime de soi. Pour plusieurs femmes, il en résulte une désorganisation quotidienne, un manque d'autonomie et une vulnérabilité face aux relations malsaines et inégalitaires.

En somme, l'impact direct de la pauvreté sur la santé sociale des femmes les place dans des situations néfastes pour leur santé, voire dangereuses pour leur intégrité, qui ont un impact sur leur santé mentale, physique et sexuelle.

²⁰ Les groupes membres du RGF-CN n'ayant pas pris position quant au débat entre prostitution et travail du sexe, et ayant des positions variées sur cette question, nous retenons ici les deux termes dans un souci d'inclusion de toutes les femmes touchées par cette question.

1.2.3.2. En matière de santé mentale

S'il est reconnu que la pauvreté réduit les options des femmes dans tous les aspects de leur vie, ses conséquences sur la santé mentale semblent peu considérées dans le système de santé public. Les écrits scientifiques rapportent des effets importants de la pauvreté sur la santé mentale²¹ : perte de pouvoir sur sa vie (*disempowerment*), baisse de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, désaffiliation sociale, anxiété, angoisse, phobie sociale, détresse, dépression, etc. Les effets sur la santé mentale s'accroissent en fonction de la durée et de la gravité de la pauvreté.

De même, plusieurs travailleuses communautaires interrogées affirment que l'enjeu de la pauvreté est un des plus cruciaux en santé mentale. Elles remarquent que la pauvreté crée un état de stress perpétuel chez les femmes qui la vivent. Tout devient compliqué : comment se déplacer à un rendez-vous, un service de santé ou une ressource communautaire; où dormir ce soir; comment manger cette semaine; comment payer le loyer; comment acheter les fournitures scolaires des enfants; etc. La pauvreté fait en sorte que les femmes sont perpétuellement concentrées sur leurs besoins de base, ce qui devient source d'angoisse et d'anxiété. Elle empêche les femmes de pouvoir prendre du recul face aux problèmes récurrents dans leur vie et de s'occuper d'elles.

La pauvreté complique les situations les plus anodines de la vie, comme le montre cet exemple rapporté en entrevue : une mère ayant perdu la garde de sa fille est convoquée en fin de mois par la DPJ, mais elle n'a pas l'argent (2 X 3,50\$ pour des billets d'autobus) pour se rendre au rendez-vous. Elle ignore comment expliquer cette situation à la DPJ sans entacher son dossier, mais si elle ne se présente pas au rendez-vous, son dossier sera également entaché. Un manque de 7 \$ dans son budget a un impact énorme dans la vie de cette femme et de son enfant, sans compter le stress et la détresse vécus par cette mère.

Répondre à leurs besoins de base étant un défi quotidien pour ces femmes, elles n'ont donc pas les ressources pour faire face aux imprévus, entraînant un sentiment de perte de contrôle. Cet état de stress prolongé génère des troubles de santé mentale qui ont tendance à se chroniciser en situation de pauvreté durable²², mettant parfois les femmes en situation d'incapacité face à l'emploi. C'est ce qui est observé par les intervenantes interviewées, qui rencontrent des femmes ayant développé de l'anxiété généralisée à cause de leurs conditions de vie précaires. Le lien entre la précarité et la santé mentale est sous-estimé dans le milieu de la santé, disent-elles, et les symptômes sont plutôt traités par des médicaments que par des interventions individuelles et collectives durables contre la pauvreté.

En ce sens, plusieurs groupes communautaires dénoncent l'effet du climat d'insécurité engendré par certaines politiques du gouvernement du Québec sur les personnes les plus démunies et

²¹ Institut national de santé publique du Québec (2008) *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, INSPQ, p. 70. _ Robichaud, Jean-Bernard et al., (1994) *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale; de l'exclusion à l'équité*, Gaëtan Morin éditeur, 247 p.

²² Robichaud, Jean-Bernard et al., *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale; de l'exclusion à l'équité*, Gaëtan Morin, 1994, 247 p.

marginalisées de la société. Par exemple, l'adoption du projet de loi 70²³ réduit considérablement l'aide sociale des bénéficiaires qui ne se conforment pas à un programme contraignant d'insertion en emploi. Depuis la médiatisation de ce projet de loi, Rose du Nord, dont la mission est de défendre les droits des femmes assistées sociales, reçoit de nombreux appels de femmes en détresse qui craignent d'être coupées de leur seul revenu. Pour ces femmes, la confiance dans le système a été lourdement affectée au fil des années par les lois visant l'aide sociale, qui les placent en position de justifier leur situation et sous la menace constante de coupures. La détresse psychologique est plus grande chez les femmes âgées, qui se rappellent avec effroi l'époque des inspecteurs de l'aide sociale (« *Bouboumacoutes* ») qui passaient dans les logements à la recherche de raisons pour suspendre l'aide versée.

En conclusion, la précarité engendrée par la pauvreté affecte la santé mentale, physique, sexuelle et sociale des femmes, parfois à long terme, au point de limiter leur pouvoir d'agir sur leur vie.

1.2.3.3. Se sortir de situations dangereuses ou néfastes

La pauvreté affecte la santé physique, mentale et sexuelle des femmes en limitant leurs ressources pour se sortir d'une situation néfaste pour leur santé, voire dangereuse pour leur intégrité. Les travailleuses communautaires ont mentionné de multiples exemples en lien avec la violence conjugale, le harcèlement en milieu de travail, le voyeurisme d'un propriétaire ou la prostitution de subsistance, qui perdurent à cause d'un manque de ressources de la femme qui en est victime.

Par exemple, la Maison de Marthe constate que des femmes souhaitant quitter la prostitution²⁴ doivent continuer à faire de la prostitution de subsistance, parce que l'aide sociale versée est insuffisante et qu'elles manquent d'options pour générer un revenu supplémentaire. Cette situation réveille en elles des blessures psychologiques parfois profondes. Ainsi, l'enjeu de la pauvreté limite le pouvoir de ces femmes sur leur vie en plus d'avoir une incidence sur leur santé psychologique et sexuelle.

Les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale constatent le rôle critique des ressources disponibles pour qu'une femme puisse quitter durablement son conjoint violent. Malheureusement, des femmes retournent dans une relation abusive parce qu'elles ne disposent pas des moyens suffisants pour se loger et subvenir aux besoins de leurs enfants suite au séjour en hébergement. Elles se retrouvent souvent avec l'aide sociale pour unique revenu. Cette chute vers la pauvreté, la précarité et la monoparentalité peut être si brutale que la remise en couple avec une personne, même violente, leur paraît une meilleure option.

Le BAIL indique que la spécificité des femmes en matière de logement est leur mobilité limitée : pour s'assurer une stabilité et éviter la rue, qui est particulièrement dangereuse pour une femme, elles peuvent endurer des situations très néfastes pour leur santé et leur sécurité. Dans le même sens, le RAIQ souligne que l'itinérance au féminin n'est souvent pas la rue, mais plutôt le fait de ne pas avoir un chez-soi sécuritaire, c'est-à-dire d'endurer des situations malsaines comme la violence et la

²³ Projet de loi 70, *Loi visant à permettre une meilleure adéquation entre la formation et l'emploi ainsi qu'à favoriser l'intégration en emploi*, adopté le 10 novembre 2016 par l'Assemblée nationale du Québec.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2016C25F.PDF>

²⁴ La Maison de Marthe œuvrant auprès de femmes désirant sortir de la prostitution, ce terme est utilisé dans cet exemple pour respecter leur approche.

prostitution pour préserver un lieu de résidence. Plusieurs groupes ont rapporté que des femmes qui vivent dans un logement insalubre finissent par développer des troubles de santé mentale (voir des insectes partout, par exemple) qui auraient pu être évités.

Un soutien adéquat est donc primordial pour favoriser la sortie des femmes de situations néfastes et dangereuses comme la prostitution, l'itinérance et la violence.

1.2.4. Interactions entre pauvreté et santé

La pauvreté contribue à développer divers problèmes de santé, lesquels entraînent à leur tour une aggravation de la pauvreté. Entre autres, les personnes pauvres sont plus à risque de développer des problèmes de santé qui les éloignent davantage du marché du travail. Par conséquent, ce sont toutes les dimensions de la santé qui doivent être prises en compte dans l'approche thérapeutique, et le problème de la pauvreté doit être traité de manière prioritaire dans l'intervention en santé publique.

Les travailleuses communautaires constatent une augmentation des situations complexes vécues par les femmes, alliant santé mentale, physique et sociale. Les organismes communautaires parlent de dossiers multiproblématiques, de femmes multiéprouvées, de comorbidités ou de concomitance pour traduire cette complexification de l'état de santé des femmes.

Les troubles mentaux non traités sont souvent liés à l'itinérance des femmes (RAIIQ), la prostitution/travail du sexe (Maison de Marthe, Projet L.U.N.E.), l'isolement généré par la maladie, des limitations ou la proche aidance (Albatros, Association de fibromyalgie, centres femmes), la pauvreté (centres femmes) ou encore à des violences subies (maisons d'hébergement). Les groupes communautaires constatent la nécessité de d'abord stabiliser la situation sociale des femmes avant de pouvoir travailler sur les autres enjeux. Il est parfois nécessaire d'aborder le trouble de santé mentale avant de travailler sur la violence vécue, le trouble alimentaire (Maison L'Éclaircie) ou la dépendance, par exemple. La question ne devrait pas être alors de savoir si le trouble mental précède, est concomitant ou se développe en lien avec ces situations problématiques, mais bien de trouver comment répondre aux divers besoins des femmes avec une approche englobante.

À moyen terme, la pauvreté marque les femmes en affectant leurs capacités physiques et mentales à se sortir de la pauvreté. Comme le rapportent plusieurs organismes, les femmes pauvres développent des mécanismes de survie et se désaffilient de la société (exclusion sociale), ce qui limite davantage leur pouvoir d'agir pour leur santé. Centrées sur le moment présent, dans un état de stress perpétuel pour leur survie, elles n'ont plus le recul pour réfléchir à leurs problèmes récurrents. Leur estime d'elles-mêmes est affectée par leur incapacité à améliorer leur situation, ce qui contribue à renforcer leur parcours d'exclusion.

Sur le plan de la santé physique, les femmes ayant vécu de l'itinérance chronique ou cyclique ainsi que de la grande pauvreté subissent un vieillissement précoce : elles ont des maladies associées à un âge bien avant de l'atteindre (ostéoporose ou démence, par exemple). Les programmes sociaux, comme les prestations de retraite, leur sont inaccessibles parce qu'elles sont trop jeunes, même si leur réalité correspond à cet âge social. Les groupes communautaires dénoncent le fait que ces femmes, qui ont passé toute leur vie dans la grande pauvreté sans pouvoir en sortir, ont des parcours d'exclusion, d'isolement et de précarité qui sont méconnus. Leurs réflexes de survie dans la rue sont profondément ancrés et nuisent à l'intervention psychosociale.

1.2.5. Pauvreté et manque de soutien des femmes ayant une incapacité

Certaines femmes s'appauvrissent lorsqu'elles tombent malades. Leurs limitations affectent leur mobilité et leur capacité à remplir leurs divers rôles sociaux. C'est le cas des femmes âgées en perte d'autonomie. Elles ont été socialisées à se dévouer aux autres et elles ont développé des compétences dans ce domaine; le fait de devenir dépendantes signifie pour elles non seulement la perte de leur autonomie, mais aussi d'une partie de leur identité. Elles tardent donc à demander de l'aide ou taisent leurs besoins en matière de santé. Puisque les femmes assument généralement le rôle de proche aidante, parfois au détriment de leur santé, elles bénéficient de moins de soutien lorsqu'elles sont malades ou limitées à leur tour. Leur appauvrissement économique est alors couplé d'un appauvrissement social et affectif. De même, l'Association de fibromyalgie de Québec observe que cette maladie chronique est méconnue et qu'il est très difficile pour une femme d'obtenir une rente d'invalidité lorsqu'elle n'arrive plus à occuper un emploi.

D'autres personnes manquent de soutien lorsqu'elles ont des situations incapacitantes. C'est le cas des étudiantes enceintes qui ne bénéficient pas de politique familiale dans leur établissement. L'étudiante enceinte doit alors négocier elle-même les aménagements dont elle a besoin, auprès de personnes dont les sensibilités peuvent varier. Un organisme rapporte que l'établissement scolaire de sa stagiaire l'obligeait à retourner en stage quelques semaines seulement après avoir accouché, car le congé de maternité n'existe pas pour les étudiantes. Cet exemple illustre le peu de considération dont sont parfois l'objet les étudiantes qui se trouvent dans cette situation.

Les organismes constatent que le travail invisible des femmes pour la santé des autres ne leur est pas rendu lorsque celles-ci sont en situation d'invalidité ou ont des limitations à cause d'une maladie, d'une grossesse ou de l'âge. Leur forte implication auprès d'un proche malade ou dépendant, ou leur statut d'immigration, peut faire en sorte qu'elles échappent également aux protections sociales gouvernementales.

1.2.6. Accès limité aux soins de santé

Les intervenantes communautaires ont rapporté à plusieurs reprises comment la pauvreté diminue l'accès des femmes aux soins de santé, et ce, de différentes manières.

1.2.6.1. En santé mentale et sexuelle

Les intervenantes constatent qu'il y a peu d'accès aux services en santé mentale : elles remarquent l'absence de réelle prise en charge des femmes dans le système de santé et l'absence d'approche globale dans les soins. Des femmes sont rapidement retournées vers les ressources, parfois à la rue ou à la prostitution de subsistance. Les intervenantes parlent d'un système à deux vitesses : les femmes aisées peuvent se payer une psychothérapie ou une sexothérapie; les autres prennent une médication pour apaiser les symptômes.

Plusieurs organismes communautaires œuvrant en santé sexuelle constatent à quel point le besoin en sexothérapie est criant (Projet L.U.N.E., Sexplique). Les services actuels ne sont pas accessibles car trop coûteux. Les listes d'attente du CLSC sont très longues et les femmes n'ayant pas d'assurances ne peuvent se payer les services en clinique privée. Dans Portneuf et Charlevoix, il n'y a pas de service de sexothérapie.

Les intervenantes communautaires sont formelles sur l'importance du *momentum* en santé mentale et sexuelle : quand la femme est prête, il faut que la thérapie soit disponible ou alors elle laisse tomber.

1.2.6.2. Coût des services

Plusieurs travailleuses communautaires ont rapporté l'enjeu des soins de santé payants : dentistes, optométristes, ophtalmologistes, podiatres, traitements considérés « alternatifs » (acupuncture, ostéopathie), certaines étapes de la transition de genre. On peut ajouter à cette liste les services en santé mentale et sexuelle. Les intervenantes rencontrent des femmes qui sont angoissées par leur incapacité à payer un soin de santé dont elles ont besoin. Des femmes endurent la douleur à leur sortie d'une opération parce qu'elles n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments appropriés; d'autres utilisent des remèdes de grand-mère. La Clinique SPOT, quant à elle, constate que les besoins sont énormes pour des soins dentaires, surtout pour les personnes toxicomanes.

1.2.7. Incohérences dans les interventions en santé et en pauvreté

Bien que la pauvreté et la santé soient fortement interreliées, les approches collectives pour y répondre ne sont pas concertées, ainsi que le constatent plusieurs intervenantes communautaires. Force est de constater que la santé globale telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé²⁵ et adoptée dans la Loi québécoise de la santé et des services sociaux²⁶, incluant l'ensemble de ses déterminants²⁷, n'est pas toujours prise en compte par le système de santé public qui s'attarde à soigner principalement les symptômes des personnes. **Cette approche de la santé en vase clos, centrée sur le traitement des symptômes, sur la médicalisation des problèmes sociaux et des phases de vie des femmes, est critiquée par les travailleuses d'organismes communautaires qui privilégient une approche globale de la santé.**

Ainsi, certains programmes sociaux poursuivent des objectifs communs tout en comportant des contradictions. Par exemple, les organismes communautaires ainsi que les comités femmes des syndicats constatent que les formes élémentaires de la solidarité se trouvent punies par l'aide sociale (habiter avec quelqu'un, recevoir une pension alimentaire pour les enfants, un don ou un cadeau). Les intervenantes doivent même surveiller le soutien qu'elles donnent aux femmes par crainte des conséquences négatives que cela pourrait avoir sur leur aide sociale.

1.2.7.1. Approche pharmaceutique de la santé

Des intervenantes remarquent qu'on médicamente des femmes pour des problèmes de santé générés par la pauvreté et la précarité, plutôt que d'agir sur la santé sociale de ces femmes. Par

²⁵ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, p. 100). Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

²⁶ « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi 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 partie. » Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1.

²⁷ Voir le tableau des déterminants de la santé reconnus par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. MSSS, *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Gouvernement du Québec, 2012, p. 7.

exemple, une mère angoissée parce qu'elle n'arrive pas à payer les effets scolaires de ses enfants a reçu une prescription d'antidépresseurs plutôt que de l'aide financière. Des proches aidantes épuisées traitent leurs symptômes d'anxiété et d'épuisement par des moyens pharmaceutiques plutôt que par du répit grâce à des soins à domicile. Le constat des organismes communautaires devant ces situations est que les approches actuelles mènent à médicamenter les problèmes sociaux.

Il en résulte une surmédicalisation des femmes, parfois de leurs étapes de vie « normales », faute d'une prise en charge appropriée. En ce sens, en matière de thérapie contre les symptômes inconfortables de la ménopause, les intervenantes du CALACS de Charlevoix recommandent de parler de toutes les approches thérapeutiques sans prioriser l'approche pharmaceutique, parce qu'elle ne convient pas à toutes les femmes. Certains médicaments créent une dépendance qui entraîne les femmes dans la toxicomanie, constatent SPOT et l'Association de fibromyalgie. Enfin, l'absence de prise en charge adéquate en psychothérapie entraîne des effets d'automédication : les femmes font des tests, ajustent elles-mêmes, consultent ailleurs et se font prescrire autre chose.

1.2.7.2. Trous de services

Plusieurs trous de services ont été identifiés par les organismes communautaires. Entre autres, les femmes enceintes qui n'ont pas atteint le revenu minimum admissible n'ont pas accès à un congé de maternité couvert par le RQAP; cela touche particulièrement les étudiantes. Certaines femmes enceintes en emploi ont des symptômes très inconfortables et n'ont pas accès à un retrait préventif; elles sont forcées de travailler malgré leur incapacité, ce qui affecte leur santé et potentiellement celle du bébé. Les femmes enceintes immigrantes sans carte d'assurance maladie n'ont pas accès aux soins de santé publics. Les femmes immigrantes assignées aux soins de leurs enfants dépassent souvent les délais d'accès aux programmes d'intégration et de francisation qui leur sont destinés, ce qui contribue à freiner leur insertion sociale.

1.2.7.3. Mesures de lutte contre la pauvreté inadaptées aux rôles sociaux des femmes

Plusieurs intervenantes notent que les mesures de lutte contre la pauvreté passent par l'employabilité des femmes²⁸, sans prendre en compte les raisons de santé qui les éloignent durablement du marché du travail. Ces mesures axées sur l'emploi contribuent ainsi à maintenir certaines femmes dans une situation de pauvreté. De plus, ces mesures ne reconnaissent pas l'apport important des femmes, particulièrement pour la santé de la population : la parentalité, la proche aide, le bénévolat en sont des exemples. Dans le même sens, des femmes âgées se retrouvent pauvres parce qu'elles n'ont pas accès au Régime des rentes du Québec (RRQ), alors qu'elles ont passé leur vie à travailler gratuitement pour les autres, au sein de la famille. Les organismes communautaires s'indignent du fait que des femmes ayant contribué à la société en travaillant dans l'invisibilité vivent une retraite en étant délaissées par le système qui ne reconnaît que le travail salarié.

1.2.7.4. Dilemmes qui ébranlent le communautaire

Devant l'étendue des besoins en matière de pauvreté et de santé, les organismes communautaires constatent l'insuffisance de la prise en charge de la santé des femmes dans le système public (ce

²⁸ Cette voie d'action contre la pauvreté est visible par l'adoption de la loi 70 qui modifie la Loi sur l'aide sociale ainsi que les nombreux programmes sociaux rattachés à l'emploi (assurance-emploi, Régime québécois d'assurance parentale, rentes de retraites, etc.).

qu'on appelle la deuxième ligne²⁹ en santé), particulièrement pour la santé mentale. Ceci a des conséquences sur les organismes communautaires par l'accroissement de la demande de soutien psychosocial des femmes³⁰. En effet, quand un trouble de santé mentale survient, la personne passe par la première ligne, c'est-à-dire les hôpitaux, pour être référée, mais le reste du système de santé (2^e ligne) la laisse aller rapidement, faute de services suffisants en santé mentale pour une réelle prise en charge. Les femmes sont alors renvoyées chez elles et sont référées vers les organismes communautaires alors qu'elles ont toujours des besoins importants en santé mentale.

Aussi, les organismes se questionnent à savoir s'ils devraient redéfinir leur mission, augmenter leurs services en offrant un soutien psychosocial ou établir des collaborations avec le système de santé public. C'est le cas du PIPQ, de Rose du Nord, des maisons d'hébergement et de plusieurs centres de femmes. Si certains organismes incluent ce service dans leur mission et possèdent l'expertise pour répondre aux besoins psychosociaux des femmes – parce qu'ils sont des organismes de troisième ligne en santé (le Centre femmes aux 3A, la Maison l'Éclaircie et les maisons d'hébergement, par exemple) –, d'autres ne le peuvent pas. De fait, leur mission n'est pas d'offrir un service spécifique en santé ou de pallier les lacunes du système public, mais de travailler en amont et en aval des problèmes de santé par une approche globale incluant la prévention, l'intégration sociale, la réinsertion, l'information, l'empowerment des femmes, etc.

1.3. Particularités pour certains groupes de femmes

Certains groupes de femmes voient leur(s) problème(s) de santé accentué(s) par la pauvreté en raison des inégalités sociales et de leur imbrication. Plusieurs exemples concernant les groupes ciblés par ce rapport³¹ ont déjà été mentionnés, d'autres sont ajoutés ici.

1.3.1. Proches aidantes

L'Association des proches aidants rapporte qu'en raison de la pauvreté, de la surcharge de responsabilités envers la personne aidée et du stress, des proches aidantes s'épuisent et tombent malades à leur tour. Cet organisme affirme que les « risques de décès du proche aidant avant l'aidé, augmentent de 63% dans les trois premières années lorsque le proche aidant est lui-même âgé et en mauvaise santé »³². Les proches aidantes ont besoin de services à domicile, en particulier la nuit pour

²⁹ Le système de santé québécois s'articule autour de 3 lignes d'intervention en santé : la 1^{re} ligne répond aux besoins immédiats dans tous les aspects de la santé; la 2^e ligne offre un suivi spécialisé; et la 3^e ligne couvre les problèmes de santé complexes ou rares nécessitant un suivi ultraspécialisé. Toutes les personnes malades doivent passer par la première ligne pour obtenir un service en santé. *Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*, « Accès aux services généraux et spécialisés », Gouvernement du Québec.

³⁰ Ce constat n'est pas nouveau. En 1997, le Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC-03) parlait de « pelletage des responsabilités des établissements publics vers le réseau communautaire, les aidantes-naturelles, les familles... le néant... ou la "libre-entreprise" ». ROC-03, *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!*, Mémoire sur la transformation de la santé et des services sociaux du Québec, 1997, p. 11.

³¹ Rappelons les groupes de femmes ciblés abordés plus spécifiquement dans la collecte de données : 1) femmes vivant en situation de pauvreté; 2) femmes âgées (65 ans et plus); 3) jeunes femmes (moins de 35 ans); 4) cheffes de famille monoparentale; 5) femmes LBT (lesbiennes, bisexuelles, trans); 6) femmes des Premières nations; 7) femmes issues des communautés ethnoculturelles minoritaires; 8) femmes ayant des limitations; 9) proches aidantes.

³² Tiré du site web de l'Association, à l'adresse <https://www.apacn.org/> (consulté le 20 avril 2017).

pouvoir dormir, et lorsque la personne aidée a des problèmes cognitifs. Elles craignent de s'adresser au système de santé public pour obtenir de l'aide par peur d'enclencher un processus de placement de la personne aidée. L'Association remarque peu de volonté politique pour offrir des services organisés de maintien à domicile avec une aide disponible 24h/24 jusqu'à ce que la personne dépendante décède, même si ces services coûtent en moyenne 7 fois moins cher que les CHSLD. Albatros constate qu'en dépit de l'objectif gouvernemental de doubler le nombre de personnes qui décèdent à domicile, aucun budget supplémentaire n'y est associé.

1.3.2. Mères

Les mères ayant des enfants avec des besoins particuliers (autistes, par exemple) s'appauvrissent souvent parce qu'elles diminuent leurs heures de travail rémunéré, voire quittent leur emploi, afin de répondre aux besoins médicaux et psychosociaux de leur enfant. Cet enfant est souvent difficile, voire impossible à confier à des personnes non spécialisées ou non familières avec l'enfant, ainsi ces mères manquent de soutien. Elles vivent beaucoup de détresse, d'épuisement, d'isolement et de pauvreté.

1.3.3. Femmes âgées

Les femmes âgées sont à risque de vivre dans la pauvreté. En milieu de travail, elles sont victimes de préjugés âgistes, note le Centre étape. Par exemple, des entreprises profitent d'une restructuration pour abolir les postes des employées plus âgées et les remplacer par de plus jeunes. Ces femmes sans emploi s'appauvrissent et ont peu de ressources : leurs collègues dans les syndicats ont parfois les mêmes réflexes âgistes et sont donc peu soutenant; et les plaintes à la CNESST³³ sont souvent infructueuses et le temps de traitement est long. Côté logement, la Maison Charlotte a de la difficulté à trouver des logements adaptés pour les besoins grandissants des femmes âgées vivant dans la pauvreté : elles ne veulent pas vivre seules, elles ont peu de moyen ou d'aide pour maintenir le logement et exécuter les tâches exigeantes.

1.4. Diminution des ressources des organismes communautaires

Les organismes communautaires contribuent à améliorer la santé des femmes en agissant sur la pauvreté. Cependant, ils sont limités par les ressources insuffisantes dont ils disposent à l'heure actuelle. Plusieurs groupes ont vu leur financement réduit ou non indexé à l'augmentation du coût de la vie. Par conséquent, ils ont dû soit couper du personnel, soit geler les salaires, soit fermer quelques semaines pendant l'été pour dégager du budget pour le reste de l'année. Ce sous-financement a des conséquences directes sur les capacités des organismes à répondre à la croissance et à la modification des besoins des femmes.

En outre, le contexte de sous-financement a des effets négatifs sur la santé des travailleuses des organismes communautaires, qui voient une augmentation de la charge de travail et de la détresse exprimée par les membres. Cette situation entraîne des risques pour leur santé mentale : anxiété, stress, épuisement, usure de compassion³⁴. De plus, elles s'appauvrissent graduellement, alors que leur salaire et leurs conditions de travail sont au mieux maintenus sans être ajustés, et sont

³³ Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

³⁴ Quand une travailleuse s'épuise à porter la souffrance d'autrui au point que son bien-être en souffre. Définition de Linda Côté, formatrice auprès des intervenantes communautaires en prévention de l'usure de compassion.

nettement inférieurs à ceux offerts dans le système public pour des tâches comparables. Elles ignorent parfois si leur emploi sera préservé l'année suivante, ce qui ajoute un stress supplémentaire. Pour effectuer leur travail adéquatement et limiter les risques pour leur propre santé, les travailleuses ont au contraire besoin de mesures de soutien concrètes et de la reconnaissance des exigences de leur travail sur le plan humain (empathie, compassion, écoute, stress) et des risques inhérents à la santé.

1.4.1. La place du communautaire dans le système de santé

L'arrimage entre le communautaire et les lignes d'intervention en santé est à réaffirmer et à valoriser. Il y a parfois des mauvaises compréhensions du rôle du communautaire chez des intervenantes et intervenants du système public. Par exemple, un centre de femmes a rapporté que des femmes ayant de multiples problématiques de santé sont référées à l'organisme par une travailleuse sociale du CLSC, alors que cela ne correspond pas à la mission du centre et que ces femmes ne sont pas prêtes pour des activités de groupe. Les organismes ne possèdent ni les ressources, ni le personnel spécialisé, ni le financement adéquat pour intervenir auprès de personnes dans ces conditions. De plus, ce n'est pas leur mandat de répondre à ce type de besoin, qui appartient plutôt à la deuxième ligne du système de santé.

1.4.2. Une expertise à reconnaître

L'expertise des organismes communautaires est souvent ignorée ou minimisée. Par exemple, un juge de la DPJ refusait de reconnaître la pertinence du témoignage d'une intervenante en maison d'hébergement concernant une mère hébergée et son enfant. De plus, la loi 21 restreint les capacités d'intervention des groupes communautaires en lien avec certains troubles en santé mentale et relations humaines, alors que des organismes avaient développé une expertise. D'autres organismes, bien que reconnus officiellement comme des services publics en santé, n'ont pas le financement associé à cette forme de reconnaissance.

1.4.3. Un problème de structure de financement

L'augmentation minimale du financement à la mission oblige les organismes communautaires à se tourner vers le financement par projet. Ce mode de financement, par projets non récurrents, implique le montage de dossiers et de lourdes redditions de compte; ceci consomme une part significative des ressources de l'organisme. Ces projets, de courte durée, ne permettent pas de maintenir les compétences et les ressources dans l'organisme, et par conséquent, nuisent à sa stabilité et à sa pérennité. Évidemment, les emplois associés au projet sont à risque.

1.5. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressées aux stratégies et aux solutions existantes et souhaitables formulées par les travailleuses communautaires pour améliorer la situation de santé des femmes en lien avec la pauvreté.

1.5.1. Pour les organismes communautaires

Les organismes communautaires voient la nécessité de se solidariser afin de réaffirmer leurs missions et leurs raisons d'être. De plus, ils suggèrent un ensemble de pistes d'intervention pour améliorer les conditions de vie des femmes et agir contre la pauvreté au sein de leurs organismes.

Les premiers soutiens contre la pauvreté visent à répondre aux besoins de base des femmes, soit en offrant des aides financières ou en nature. En ce sens, les services offerts par les groupes

communautaires sont variés : banques alimentaires, activités de cuisines collectives, jardinage communautaire, friperies ou ressourceries, dépannage d'urgence, répit, entreposage de biens, activités et sorties gratuites ou à faible coût. Pour répondre aux besoins sérieux ou pressants liés à la pauvreté des femmes, une stratégie serait de créer un fonds d'urgence commun entre organismes communautaires, dont les intérêts seraient distribués aux femmes vivant des situations particulières afin qu'elles puissent répondre à leurs besoins de base.

Informé et soutenir les femmes dans la planification et le suivi d'un budget permet de les aider à réorganiser leur vie. Plusieurs organismes donnent des ateliers ou du soutien pour que les femmes fassent des demandes d'aides financières (rentes de retraite, aide sociale, etc.) ou qu'elles exercent des recours. D'autres comptent sur des partenariats entre organismes. Par exemple, le comptoir Agoshin accueillait une intervenante du GRAPE qui venait rencontrer les femmes autochtones afin de les aider à trouver des fournitures et des meubles, construire un budget, établir des ententes de recouvrement, etc., mais ce service qui fonctionnait bien a été aboli par l'organisme partenaire. SOS grossesse réfère à l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de Québec pour l'aide au budget.

Afin de contrer la pauvreté liée au manque d'appartenance culturelle, certains organismes communautaires, comme le Centre filles de la YWCA, se déplacent dans les immeubles où loge une forte population immigrante et adaptent leurs activités en conséquence (présence des enfants à la charge de la fille, lien établi avec la famille par le biais de porte à porte, etc.). Le Centre offre des activités gratuites et variées : ateliers d'information pour contrer le choc culturel (ex. comment s'habiller en hiver), sorties à la piscine et dans les ressources du quartier, par exemple.

Pour contrer la pauvreté liée à une faible estime de soi, certains organismes utilisent des activités ludiques qui développent l'*empowerment* des filles et des femmes. D'autres font du travail de rue, de l'accompagnement et du soutien individuel. Ceux-ci aimeraient aller directement au domicile des femmes en situation de vulnérabilité afin de les soutenir dans leur organisation quotidienne. Une banque centralisée d'emplois à la journée ou à la semaine pourrait être mise sur pied afin de permettre aux femmes qui cherchent à s'intégrer sur le marché du travail d'essayer différentes tâches chez des employeurs sensibilisés. Ceci faciliterait leur intégration et les aiderait à développer leur estime d'elles-mêmes et leurs compétences.

En matière d'éducation à la santé sexuelle, plusieurs organismes communautaires ont développé du matériel de formation qui pourrait être partagé, adapté ou regroupé : Sexplique (adulte et aînée), SOS Grossesse, Centre filles (jeunes), Centre Marie-Paule-Sioui-Vincent (préscolaire et scolaire), les centres de femmes, la Maison de Marthe, le PIPQ, les maisons d'hébergement en violence conjugale, dont la Maison pour femmes immigrantes, les CALACS, dont Viol-Secours, etc. Le matériel devrait également être traduit dans d'autres langues et interprété dans la langue des signes, en s'assurant que la portée féministe des concepts est bien comprise par les interprètes et correctement transmise. De plus, selon la Table Femmes Immigrantes Racisées, pour joindre les femmes immigrantes, il faut utiliser des mots simples et s'adapter au langage des femmes. D'autres groupes voient la pertinence de faire des ateliers mères-filles auprès des femmes immigrantes afin de combler l'écart intergénérationnel sur la sexualité et les pratiques sexuelles. Enfin, la stratégie d'organiser une série de rencontres avec un même groupe restreint de femmes permet de créer un espace sécuritaire pour qu'elles puissent s'ouvrir et parler des sujets qui les préoccupent.

Pour favoriser l'accès aux ressources communautaires pour les femmes vivant en situation de pauvreté et lutter contre la pauvreté des femmes, les organismes communautaires ont développé ou identifié les stratégies suivantes :

- offrir des lignes d'écoute pour les femmes ayant des limitations;
- utiliser les technologies de l'information (Skype, Facebook, conférence en ligne) lorsque c'est possible;
- utiliser des formats non écrits pour transmettre de l'information (ex. des conférences pour joindre les femmes analphabètes);
- offrir un milieu de vie pour certains groupes ciblés (femmes LBT, mères monoparentales);
- offrir des activités de prévention en santé sociale, mentale, physique et sexuelle;
- offrir des ateliers d'information (sur les technologies, la gestion de budget, les démarches légales associées au vieillissement ou au décès, la dépendance affective, etc.);
- offrir des services psychosociaux de groupe et en formule individuelle, selon les besoins;
- utiliser les expertises de chaque organisme communautaire pour tisser des collaborations entre les organismes;
- offrir des activités qui aident les femmes à développer leur *empowerment*, leur leadership et leur connaissance de soi;
- offrir du répit pour les femmes assumant plusieurs rôles sociaux (proches aidantes, mères);
- offrir des activités physiques gratuites pour contribuer aux saines habitudes de vie, diminuer le stress et soutenir la santé mentale. Ces activités peuvent être offertes en partenariat avec un centre des loisirs, une salle sportive ou en se dotant d'une mini salle d'entraînement. Elles sont axées sur le plaisir et la santé globale et non sur la performance;
- offrir des activités non mixtes, pour favoriser l'intimité et l'expression des femmes dans un contexte sécuritaire (*safe space*);
- accompagner les femmes vers des ressources en santé mentale afin de soutenir celles pour qui le premier rendez-vous est anxiogène, ou offrir un transport vers la ressource pour celles qui ont des limitations de mobilité, pour permettre aux femmes d'obtenir des services au moment où elles sont prêtes. En ce sens, les groupes communautaires tentent de créer différentes collaborations et corridors d'accès avec des services et des professionnelles et professionnels en santé mentale dans le réseau public;
- offrir des horaires d'ouverture correspondant aux besoins des femmes (de jour, de soir, de nuit).

Évidemment, toutes ces stratégies commandent des ressources. Les travailleuses communautaires voudraient disposer des ressources nécessaires pour mettre en place ces stratégies complémentaires, pour le bénéfice de la santé des femmes.

1.5.2. Au niveau local et régional

Plusieurs besoins ont été identifiés au niveau régional. Pour les femmes enceintes sans carte d'assurance-maladie, il faudrait une Maison Bleue³⁵ à Québec pour que ces femmes aient un suivi de grossesse et d'accouchement.

Pour soutenir les femmes âgées, les femmes ayant des limitations et les proches aidantes, davantage de services à domicile de confiance ainsi que des transports adaptés sont nécessaires. Il faut aussi reconnaître les limitations liées à la santé mentale, comme la phobie sociale, et adapter les services de santé en conséquence.

Plusieurs services existants, tant du côté des CLSC que du communautaire, gagneraient à être mieux publicisés et connus. Une bonne stratégie pour y parvenir serait de remettre aux femmes, lors du départ de l'hôpital, une trousse contenant les brochures d'organismes communautaires pertinents. Dans le même sens, les groupes communautaires appellent à une meilleure collaboration et à des corridors d'accès sans délai entre leur milieu et les ressources en santé publique, surtout pour la santé mentale.

Les organismes notent un besoin important de sexothérapie, accessible rapidement et gratuitement, particulièrement dans Charlevoix et Portneuf où il n'y a actuellement aucun service privé ni public. Certains organismes aimeraient en offrir (Sexplique, CALACS), mais manquent de financement à cette fin.

Pour mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes âgées, des comités de femmes aînées pourraient être formés dans les organismes et les CLSC afin qu'elles identifient elles-mêmes les enjeux qui les touchent. C'est le cas au Centre Marie-Paule-Sioui-Vincent.

1.5.3. Au niveau gouvernemental et social

Plusieurs solutions proposées par les intervenantes communautaires impliquent que des mesures soient prises par le gouvernement ou d'autres acteurs sociaux en matière de santé globale.

D'abord, il importe que les services en santé, incluant les services en santé sociale, mentale, physique et sexuelle, soient gratuits et surtout rapidement accessibles aux femmes lorsqu'elles en ont besoin. Dans le même ordre d'idées, pour redonner du pouvoir aux femmes sur leur vie, il faut réduire les délais de traitement, notamment à l'aide juridique, à la Régie du logement ainsi qu'à l'aide sociale. Ces services sont particulièrement sollicités dans les moments de transition ou de crise, donc l'accès rapide a une incidence sur la capacité des femmes de s'organiser et de s'adapter à leur nouvelle réalité.

Toutes les femmes doivent répondre à leurs besoins de base. Pour leur permettre d'y parvenir, des solutions intéressantes existent : mettre fin aux mesures d'austérité, revoir en profondeur les régimes de retraite pour les femmes aînées et reconnaître le travail de soins effectué au cours de

³⁵ La Maison Bleue est un organisme communautaire de Montréal qui soutient les femmes enceintes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité et leur famille. Elle adopte une approche sociale de la périnatalité et vise l'intégration des soins par le travail interdisciplinaire entre différents spécialistes de la santé. Pour obtenir plus d'information : <http://www.maisonbleue.info/fr/qui-sommes-nous>

leur vie³⁶, augmenter le salaire minimum à 15 \$ et offrir un revenu minimum garanti. De même, il faut adapter les mesures de soutien social aux réalités des femmes, c'est-à-dire mettre en place des mesures d'articulation entre famille, travail et études; augmenter le nombre de places en CPE; et mieux reconnaître les années consacrées à l'éducation des enfants et aux soins aux personnes dépendantes dans les prestations du Régime des rentes du Québec (RRQ).

Pour répondre aux importants enjeux de santé mentale en lien avec la pauvreté, les ressources en santé mentale doivent être accessibles rapidement. Pour ce faire, les groupes communautaires qui œuvrent auprès des femmes ainsi touchées ont besoin d'intervenantes spécialisées et d'une collaboration accrue avec les services publics en santé mentale. Ces intervenantes doivent être disponibles de façon flexible, par le biais de cliniques locales sans rendez-vous, par exemple.

En matière de santé sexuelle, la contraception, en particulier les condoms (qui protègent contre les infections transmises sexuellement et la grossesse), devrait être couverte par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). De plus, toutes les femmes enceintes devraient avoir accès à un suivi de grossesse et à des soins durant l'accouchement et postnataux. Enfin, l'IVG³⁷ doit être réellement accessible dans toutes les régions du Québec, surtout dans les régions éloignées.

L'accès au logement abordable et au logement social est une façon privilégiée d'assurer la santé et la sécurité des femmes et de leur famille. En ce sens, chaque nouveau développement domiciliaire devrait inclure une portion des espaces allouée aux logements sociaux, dont certains pouvant accueillir des familles nombreuses. Ces espaces devraient être adaptés au milieu, en offrant par exemple des garderies et des services de proximité.

La formation est un vecteur important pour lutter contre la pauvreté. Il faut permettre aux femmes d'avoir accès à différents types de formation, par exemple l'éducation aux nouvelles technologies, à Internet, l'alphabétisation, l'éducation financière, etc. Dans la même veine, les services offerts en intégration et en francisation pour les personnes immigrantes doivent prendre en compte les réalités des femmes pour permettre leur participation, par exemple en offrant des garderies, en adaptant les horaires ou en prolongeant les délais d'admissibilité lorsqu'elles ont des enfants à charge.

Au sujet des personnes malades ou vieillissantes, l'Association des proches aidants réclame une réforme majeure des soins à domicile avec l'objectif de réduire le recours aux CHSLD. Il faut favoriser le maintien des personnes à domicile et développer des ressources spécifiques pour soutenir les proches aidantes. L'Association suggère notamment de : prolonger le congé de compassion de 12 semaines à 26 semaines; le rendre accessible à tous les types d'emplois; retirer le critère du moment de la mort, inconnu dans le cas des maladies chroniques et de l'invalidité; offrir des services de répit ainsi que des services de maintien à domicile de qualité; mobiliser plusieurs proches autour de la personne malade, plutôt qu'une seule, généralement une femme. Pour les femmes ayant vécu de l'itinérance cyclique ou chronique, l'âge pour être considérée « âgée » devrait être réduit à 50 ans (au lieu de 65) lorsqu'il s'agit d'un critère d'admissibilité à un programme social, car ces femmes font face à un vieillissement précoce découlant de leurs conditions de vie difficiles.

³⁶ Car le travail de soins a restreint leur capacité à occuper un emploi donnant droit à des rentes de retraite.

³⁷ Interruption volontaire de grossesse.

En somme, ces solutions gouvernementales et sociales proposées par les intervenantes communautaires pour répondre aux besoins en santé des femmes en lien avec la pauvreté répondraient tant aux besoins généraux des femmes qu'aux besoins de certains groupes spécifiques. D'autres solutions aux problèmes de santé liés à la pauvreté sont exposées à la fin de ce rapport, car elles touchent également les violences et l'exclusion.

2. La violence

2.1. Qu'est-ce que la violence?

La violence constitue l'un des enjeux les plus fréquemment mis de l'avant par le mouvement féministe. Les effets de la violence dans la vie des femmes qui l'ont vécue témoignent de la pertinence de s'y attarder davantage. Le concept de continuum des violences est particulièrement utile pour mieux comprendre les multiples dimensions de ce phénomène³⁸. Souvent inter reliées et parfois récurrentes, les violences peuvent être de différentes formes : psychologique, physique, sexuelle, économique, symbolique ou institutionnelle, pour ne nommer que celles-ci. Les violences genrées se manifestent tant dans la sphère publique que privée, et elles résultent des rapports de pouvoir inégaux entre les hommes et les femmes. Bien que toutes puissent être affectées par les violences genrées, les femmes ayant des caractéristiques différentes de celles du groupe majoritaire – que ce soit en lien avec la classe socioéconomique, l'appartenance ethnique, l'âge, l'orientation sexuelle, la présence d'une incapacité ou tout autre facteur – peuvent être davantage exposées à la violence, comme l'illustre la Figure 1.

Les groupes communautaires rencontrés au cours de cette recherche ont fait mention de tous les types de violence présents dans ce continuum, à l'exception du féminicide³⁹. Cette section aborde

FIGURE 1

CONTINUUM DES VIOLENCES GENRÉES



³⁸ Cette figure est une reproduction tirée de la thèse d'Isabelle Auclair (2016), *Le continuum des violences genrées dans les trajectoires migratoires des Colombiennes en situation de refuge en Équateur*, pp. 24 et 33. Nous la remercions d'avoir autorisé la reproduction de cette figure dans ce rapport.

³⁹ Le féminicide constitue la forme la plus extrême de violence, soit le meurtre de femmes parce qu'elles sont des femmes. L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, lancée par le gouvernement fédéral en décembre 2016, témoigne de la présence d'un féminicide au Canada. Or, puisque la collecte de données portait spécifiquement sur la région de la Capitale-Nationale, cette question a peu été développée. Il convient toutefois de souligner que le RGF-CN et ses membres ont pris position sur cette question, notamment lors de la Vigile des Sœurs d'Esprit tenue le 4 octobre 2015 à Québec, et au cours de la campagne de lettres de novembre 2016 initiée par la Ligue des droits et libertés en appui à Femmes

brièvement chacune de ces formes de violence, pour ensuite se concentrer sur divers enjeux associés à la violence genrée, ainsi que sur certains groupes de femmes particulièrement touchés par la violence. Les stratégies et les solutions mises de l'avant pour enrayer la violence vécue par les femmes sont présentées en fin de section.

Les **violences directes** sont les plus faciles à identifier car elles sont observables. Elles regroupent surtout les **violences physiques** et **sexuelles**, lesquelles sont généralement comprises dans la population, bien que l'urgence d'améliorer la compréhension du consentement sexuel soit un enjeu qui ait été largement soulevé dans l'actualité au cours de la dernière année⁴⁰.

Les **violences psychologiques** consistent à contrôler, à ignorer ou à dominer une personne, et résultent en une perte d'estime de soi de la personne victime. Elles se manifestent tant dans les relations interpersonnelles dans la vie quotidienne que dans les échanges en ligne.

Les **violences conjugales ou intrafamiliales** regroupent diverses formes de violence exercées par un.e conjoint.e ou un.e membre de la famille. En plus des violences physiques, psychologiques et sexuelles, la **violence économique** est parfois exercée par un conjoint, des enfants ou des petits-enfants qui souhaitent s'accaparer l'argent ou les biens de la femme. De plus, les enfants exercent parfois de la violence psychologique en faisant pression sur leur mère pour qu'elle retourne auprès de son ex-conjoint; cette situation serait plus fréquemment vécue par les femmes âgées. En contexte conjugal, la violence sexuelle peut consister en des relations sexuelles non consenties, mais aussi en l'imposition d'une grossesse non désirée (**coercition reproductive**) ou en une interruption de grossesse désirée.

Les **violences symboliques** sont plus difficiles à déceler, puisqu'elles sont insidieuses et imbriquées dans les rapports sociaux au quotidien. La violence symbolique rassemble tous les éléments qui servent à « justifier » les inégalités sociales et à banaliser leurs effets sur nos vies, dans les discours, les pratiques et les représentations. Par exemple, « l'humour » est parfois un vecteur de transmission de messages sexistes, racistes ou homophobes; sous le couvert de l'humour, des personnes diffusent des messages discriminatoires ou offensants, qui s'insèrent dans les discours et les imaginaires populaires. L'humour sert alors à normaliser ces messages, à banaliser leur portée, et à faire taire les personnes qui souhaiteraient dénoncer ces violences symboliques.

Les **violences institutionnelles** réfèrent aux violences perpétrées par les structures ou les institutions d'une société. Le doute parfois exprimé lorsqu'une femme dénonce un agresseur et l'examen de son passé sexuel effectué pour « établir sa crédibilité », que ce soit par les services de police ou par les

autochtones du Québec et à l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, visant à inciter le gouvernement québécois à déclencher une enquête sur les pratiques policières à l'égard des Autochtones.

⁴⁰ Plusieurs événements, dont une série d'agressions sexuelles survenues dans les résidences de l'Université Laval, ont soulevé l'enjeu du consentement dans les médias. Le rapport de l'Enquête ESSIMU, réalisé sous la direction de Manon Bergeron par une équipe du Réseau québécois en études féministes (<http://essimu.quebec/wp/>), ainsi que les Journées de réflexion pour prévenir et contrer les violences à caractère sexuel sur les campus universitaires et dans les collèges du Québec (<http://www.education.gouv.qc.ca/dossiers-thematiques/violences-a-caractere-sexuel/>) ont évoqué l'importance de mieux éduquer au consentement sexuel.

médias, sont aussi des violences institutionnelles. Les **violences obstétricales**⁴¹ constituent une autre forme repérée par les groupes communautaires de la région. Les femmes ne reçoivent pas toujours l'information requise pour exercer un consentement éclairé dans leurs suivis médicaux, par exemple lors d'un accouchement. Des décisions sont alors prises pour elles par le personnel de santé, sans qu'elles n'aient pu s'informer ou s'exprimer. Ces violences incluent également la négation ou la banalisation du deuil en cas de fausse couche.

2.2. Quelques constats liés à la violence vécue par les femmes

2.2.1. Concomitance entre violence et troubles de santé mentale

L'exposition à la violence entraîne, à court, moyen ou long termes, des conséquences sur la santé mentale. Les groupes consultés observent un accroissement du nombre de femmes présentant des symptômes associés à divers troubles de santé mentale, notamment la détresse, l'anxiété et l'épuisement. Cette détérioration de la santé mentale des femmes observée par les groupes pourrait être liée à divers facteurs incluant la précarité économique, le contexte d'austérité qui engendre l'insécurité chez les personnes plus vulnérables, l'exposition aux violences, l'effritement du réseau de soutien et le surmenage découlant de la complexe articulation des différents rôles de vie.

La concomitance de l'exposition à la violence et de troubles de santé mentale complexifie l'intervention auprès des femmes, notamment lorsque les intervenantes n'ont pas une formation suffisante en santé mentale. Ce constat est vrai pour plusieurs groupes, mais il est particulièrement pertinent pour les maisons d'hébergement, où vivent des femmes qui traversent une période très rude pendant une durée prolongée. En effet, si une femme hébergée fait une crise liée à la santé mentale, l'intervenante doit non seulement stabiliser cette femme, mais aussi anticiper les réactions des autres résidentes pour éviter les effets perturbateurs. Une collaboration accrue entre les groupes et le système de santé pourrait faciliter l'intervention globale auprès des femmes ayant des troubles de santé mentale.

2.2.2. Particularité des maisons d'hébergement

Les maisons d'hébergement constituent un sous-groupe particulier; elles vivent certains enjeux découlant de leur mandat et de la population qui les fréquente. Un premier enjeu a trait à la garde des enfants pendant que la mère est hébergée. L'organisme est limité dans l'intervention auprès des enfants lorsque l'autorisation du père est requise⁴². Cela peut aussi mettre les enfants en situation délicate si la garde est partagée; les enfants pourraient alors reconnaître et dénoncer la violence auprès de leur père. Dans cette situation, les organismes se concentrent sur la prévention auprès des enfants.

Un autre enjeu a trait à l'accès à l'hébergement. Les maisons n'ont pas toutes des salles de bain adaptées, ce qui pose une limite pour les femmes qui ont une incapacité à se déplacer ou un problème de santé sérieux. Le partage des tâches, qui est au cœur de la vie en hébergement, est également plus complexe dans ces cas si les femmes ne peuvent accomplir les tâches prévues dans

⁴¹ Pour plus d'information à ce sujet, consulter le blogue de Marie-Hélène Lahaye, « Marie accouche là », paru le 9 mars 2016 : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/#xtor=RSS-32280322>

⁴² Ce point peut s'appliquer à d'autres organismes œuvrant en violence qui ne sont pas des maisons d'hébergement, comme les CALACS.

le milieu d'hébergement. Aussi, la majorité des maisons n'ont pas d'ascenseur, et certaines ont même des escaliers extérieurs sans rampe d'accès ou comptent des chambres seulement aux étages. Cela pose une limite dans l'accès pour les femmes en fin de grossesse, celles qui ont récemment subi une fausse couche ou une IVG, ainsi que pour les personnes ayant une incapacité temporaire ou permanente. Des maisons ont parfois fait des arrangements pour accueillir des femmes dans ces situations, par exemple en transformant un salon ou une salle de jeu en chambre temporaire, mais cela a des effets sur l'ensemble de la vie de la maison, sans offrir de véritable intimité à la personne hébergée; ce n'est donc pas une solution adéquate. Bien que la région compte plusieurs maisons d'hébergement, l'accessibilité peut demeurer un enjeu pour certaines femmes.

L'accessibilité peut aussi être restreinte pour certains groupes de femmes en lien avec des caractéristiques sociales. Lorsque les femmes ont plus de deux enfants à charge, il est parfois difficile d'identifier une ressource pouvant les accueillir. Certains organismes disposent d'une maison de 2^e étape (Maison du cœur pour femmes) ou de logements transitoires (ex. Le Piolet). Un besoin est observé pour des logements abordables, afin que les femmes puissent y demeurer avec leurs enfants le temps requis. De même, les femmes immigrantes et autochtones fréquentent davantage les ressources qui leur sont spécifiquement destinées (respectivement la Maison pour femmes immigrantes et la Maison Missinak), mais les femmes immigrantes sont aussi présentes dans les maisons d'hébergement ouvertes à toutes.

Pour soutenir les femmes victimes de violence, les maisons d'hébergement ont dû mettre en place des systèmes de prêts ou d'aide financière, étant donné les longs délais pour toucher le premier chèque d'aide sociale (typiquement six semaines, mais jusqu'à trois mois). Elles cherchent aussi à faciliter l'accès aux loisirs pour les enfants, en partenariat avec d'autres organisations (écoles, centres ou municipalités). Le soutien aux femmes lorsqu'elles quittent l'hébergement fait partie de leurs préoccupations. Certaines offrent une carte-cadeau d'un supermarché ou des coupons pour atténuer le coût de la première épicerie – ce qui n'affecte pas le calcul de l'aide sociale. Quelques maisons organisent des activités sociales auxquelles sont invitées les anciennes résidentes pour favoriser le développement d'un réseau social d'entraide entre les femmes.

2.2.3. Sexualité et reproduction

Suite à la médiatisation de certains événements, la question du consentement sexuel est devenue un sujet d'actualité qui touche beaucoup les femmes. Les organismes, particulièrement les centres de femmes, remarquent que des femmes prennent conscience qu'elles ont vécu des agressions sexuelles, ou encore elles hésitent à qualifier l'expérience d'agression même si elles reconnaissent l'absence de consentement. Ceci met en évidence l'urgence d'éduquer au consentement, en particulier dans les relations amoureuses. Les organismes communautaires notent que les stéréotypes et les images diffusées de l'amour et du couple tendent à faire la promotion de la prise de contrôle de l'homme sur la femme, ce qui brouille la compréhension du consentement. La pression religieuse, la pornographie et les rapports de genre inégaux sont d'autres facteurs qui contribuent à banaliser et perpétuer les violences sexuelles vécues par les femmes.

Puisque les agressions ont des effets à long terme sur la vie et la santé des personnes, et que la dénonciation a souvent lieu longtemps après l'agression, il est crucial de fournir un soutien aux femmes qui en ont été victimes aux moments où elles en éprouvent le besoin, tout au long de leur vie, et non seulement au cours des semaines ou mois qui suivent l'agression. La présence de listes

d'attente dans les organismes œuvrant en violence témoigne de la fréquence de ce type de violences. Il importe de considérer l'effet de l'attente sur la femme qui a besoin d'aide ou qui souhaite dénoncer : cela peut remettre sa décision en question et entraîner de la détresse.

La violence institutionnelle peut aussi être liée à la grossesse et à la planification des naissances. Il est crucial que les femmes aient accès à un soutien neutre et impartial si elles s'interrogent sur leur désir de poursuivre une grossesse. Or, certains groupes de soutien à la décision sont en fait des groupes anti-choix qui visent à convaincre les femmes enceintes de poursuivre leur grossesse, sans le dévoiler clairement. De plus, les alliances entre groupes œuvrant en santé reproductive et ceux en violence sont cruciales pour soutenir les femmes enceintes vivant une dynamique de violence conjugale.

2.2.4. Violences institutionnelles

Plusieurs exemples de violences institutionnelles ont été rapportés par les groupes.

Un groupe a souligné le cas de femmes prostituées/travailleuses du sexe qui avaient un historique de santé mentale ou de consommation. En consultation médicale, certaines d'entre elles ont été référées en psychiatrie, où la stérilisation leur a été recommandée. Ces femmes peuvent aussi faire face à la violence institutionnelle de la part des forces policières et du personnel du système de santé. Lorsqu'elles dénoncent des violences sexuelles, leurs propos sont remis en doute ou niés. Plusieurs craignent de porter plainte par peur de représailles ou d'être ridiculisées. Certaines se sont fait refuser des soins de santé parce que le personnel considérait que la maladie ou la blessure avait été « auto-infligée » par des comportements à risques. Ces situations encouragent la désaffiliation sociale et la marginalisation de femmes déjà vulnérables.

En ce qui a trait au dépistage de la violence conjugale, la formation du personnel de santé semble lacunaire. Certaines femmes ont consulté pour des problèmes de santé divers en lien avec la violence conjugale – quelques-unes pendant des années – sans que le personnel ne saisisse l'origine véritable de leurs problèmes. Des groupes œuvrant en violence conjugale ont aussi rapporté que des psychologues et des médecins avaient référé des femmes victimes de violence conjugale en thérapie de couple, pour un problème de communication avec leur conjoint, ce qui vulnérabilise davantage ces femmes.

Les nombreux critères associés à la prise en charge médicale et au traitement administratif d'une agression sexuelle peuvent contribuer à aggraver le vécu de l'agression. Viol-Secours déplore les effets d'un délai de traitement pour la trousse médico-légale⁴³. Il est préférable que les victimes s'abstiennent de se laver jusqu'à l'exécution de la trousse, pour préserver les preuves. Dans de telles circonstances, un délai dans la consultation avec la ou le médecin constitue une atteinte supplémentaire à la dignité de la victime. Il y a également une hiérarchisation des agressions dans le

⁴³ Une trousse médico-légale consiste en un examen médical qui vise à récupérer les éléments de preuve pouvant appuyer une enquête policière. Elle doit être effectuée dans les 5 jours suivant l'agression. Les prélèvements sont effectués par un ou une médecin et la victime peut être accompagnée par la personne de son choix. La trousse médicosociale comporte des examens médicaux et psychosociaux, mais ne permet pas de recueillir de prélèvements. Pour plus de détails, consulter le Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux victimes d'agression sexuelle du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, version révisée en 2010, pp. 108-110 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-850-01.pdf>

traitement médical. Les médecins évaluent le type d'agression et le temps écoulé depuis l'agression pour juger du délai pour se déplacer afin d'administrer la trousse médico-légale, et ce peu importe si la victime est déjà à l'hôpital, accompagnée d'un policier, etc. Des groupes constatent aussi que des médecins refusent de se déplacer si une victime ne désire pas porter plainte. Finalement, les idées préconçues quant à la « victime parfaite » font en sorte que certaines victimes ne sont pas crues ni soutenues si leur témoignage ne correspond pas à cette image. Des femmes se sont présentées à l'urgence avec des signes clairs d'abus et de violences sexuelles; certaines se sont fait juger ou ont vu leur histoire remise en doute par le personnel médical, qui a cru qu'elles avaient choisi de se retrouver dans cet état.

Également, depuis 2016, l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) exige que les victimes soumettent une preuve de blessure physique ou psychologique sous la forme d'un diagnostic médical pour être admissibles. Il est souvent difficile pour les victimes d'aborder la violence vécue avec le ou la médecin, dont elles craignent le jugement. De plus, le délai pour présenter une demande d'indemnisation suite à un acte de violence est de deux ans seulement. Si la femme est informée de ce recours possible quelques mois après l'agression, et qu'un délai de quelques mois est requis pour obtenir un rendez-vous médical, la période d'éligibilité peut prendre fin avant qu'elle n'obtienne les documents nécessaires pour appuyer sa demande. Il faut considérer que les délais pour arriver à dénoncer s'étendent parfois sur des années, ce qui ne cadre pas avec les paramètres de cette mesure.

2.2.5. Logement

Le logement est parfois un vecteur d'exposition à la violence pour les femmes. Faute de pouvoir trouver un autre logement à un prix adéquat, des femmes se retrouvent exposées à la violence de propriétaires, de concierges, de colocataires ou de voisins. Des cas d'intimidation et de harcèlement, ainsi que quelques cas de comportements abusifs (entrées sans avertissement à plusieurs reprises, voyeurisme) et d'agressions sexuelles ont été rapportés dans des organismes. Le long délai de traitement des plaintes à la Régie du logement décourage les femmes de porter plainte contre un propriétaire fautif.

Le Comptoir Agoshin, le Centre d'amitié autochtone et le Centre de santé Marie-Paul-Sioui-Vincent notent un problème d'accès au logement pour les familles nombreuses sur le territoire de Wendake, car le coût du loyer y est élevé pour les familles qui ont peu de ressources. Cela oblige à vivre en promiscuité, ce qui peut exacerber une situation de violence.

2.2.6. Emploi

L'emploi peut être un lieu de violence pour les femmes, ce qui peut inciter à quitter un emploi avant d'en avoir trouvé un autre. Suite à une expérience d'harcèlement ou d'agression en milieu de travail, le désir de poursuivre la même carrière ou de rechercher un autre emploi peut être fortement ébranlé. Le même phénomène s'applique aux étudiantes qui ont vécu de la violence dans leur milieu d'études, et qui cherchent à changer de domaine d'études ou d'établissement. Ces femmes ne dénoncent pas l'agresseur car elles ont peur des représailles⁴⁴, de ne pas être crues, d'être jugées. Il

⁴⁴ À court, moyen ou long terme, compte tenu que certains milieux professionnels sont « tissés serrés » et que les agresseurs peuvent disposer d'un réseau social diffus pouvant influencer les opportunités d'emploi ultérieures de la victime.

arrive, lors de dénonciations, que leurs propos soient minimisés ou que les personnes en position d'intervenir ne sachent pas comment réagir.

Dans d'autres circonstances, les trop lourdes exigences de l'organisation du travail ont des effets considérables sur les femmes. Le rythme et les contraintes forment un cocktail destructeur, alors qu'il faut toujours faire plus avec moins. Les travailleuses doivent se conformer aux exigences du travail, sans que le milieu de travail ne leur offre nécessairement en retour de flexibilité pour assumer toutes leurs responsabilités au travail et hors travail. Pour celles qui cumulent plusieurs rôles, cela accentue le stress ressenti. Cette exigence du milieu de travail, qui touche un grand nombre de secteurs d'activités, peut être vécue comme une violence institutionnelle par les femmes et affecter leur santé physique et psychologique.

2.3. Les particularités pour certains groupes de femmes

Les sous-sections suivantes traitent des particularités vécues par certains groupes de femmes. Il convient de rappeler que des femmes cumulent plusieurs de ces caractéristiques ou vivent de multiples problématiques (pauvreté, difficulté d'insertion en emploi, problèmes de santé, etc.), ce qui contribue à les vulnérabiliser davantage.

2.3.1. Femmes âgées

Les femmes âgées sont touchées par la violence de plusieurs façons. Il subsiste un tabou quant aux agressions qui surviennent dans les résidences – publiques ou privées – pour personnes âgées. Les femmes craignent de dénoncer et les agressions sont souvent banalisées ou ignorées par les intervenantes ou intervenants, qui manquent de formation à cet égard. De plus, peu de prévention est destinée aux femmes aînées et elles sont difficiles à rejoindre, particulièrement dans les résidences privées.

Des femmes victimes de violence conjugale quittent parfois leur conjoint à un âge plus avancé. Les maisons d'hébergement notent que lorsqu'une femme âgée quitte son conjoint violent, elle retourne rarement en arrière. Par contre, la séparation peut signifier la perte du réseau social, voire la perte du réseau de soutien dans la vie quotidienne. Certaines subissent l'incompréhension de leurs enfants et petits-enfants. De plus, les femmes âgées connaissent généralement moins bien les ressources matérielles et financières dont dispose leur ex-conjoint; elles ont donc besoin de soutien à cet égard dans le processus de séparation. Sur une note positive, les femmes âgées ont accès à davantage de services de soutien lorsqu'elles quittent la maison d'hébergement, dont les coopératives de services à domicile, la popote roulante et des places en HLM.

2.3.2. Femmes ayant des incapacités

Les femmes ayant des incapacités font l'expérience de contraintes particulières lorsqu'elles sont affectées par la violence. Le processus de dénonciation est plus difficile lorsqu'une interprète est nécessaire pour pouvoir s'exprimer ou être comprise, ce qui est le cas pour les femmes sourdes (et qui peut être vrai aussi pour les femmes immigrantes et autochtones). Ces femmes doivent alors raconter les épisodes de violence à plusieurs personnes, avec les questions nécessaires pour la clarification de l'interprétation, ce qui constitue un défi supplémentaire à la dénonciation. Pire, il est difficile de conserver la même interprète pour tous les rendez-vous, ce qui oblige à répéter et à revivre ce processus.

Les femmes ayant une incapacité subiraient plus fréquemment des attouchements, notamment dans les transports adaptés. Les femmes aveugles sont plus exposées aux attouchements dans des lieux publics, ce qui est attribué à leur incapacité à identifier visuellement l'agresseur.

L'accès aux groupes communautaires est parfois difficile pour les femmes ayant une incapacité. Certains groupes ont fait des demandes de subvention pour, par exemple, avoir une rampe d'accès devant une porte d'entrée, mais elles ne sont pas toujours acceptées. Les maisons d'hébergement doivent parfois refuser d'accueillir des femmes à cause de ce type de contraintes. Par exemple, dans la région de Capitale-Nationale, un seul lit en maison d'hébergement est adapté pour répondre aux besoins d'une personne obèse morbide. Même lorsque les locaux sont adaptés, les organismes d'hébergement ne peuvent toujours assurer des soins d'hygiène aux femmes qui en auraient besoin. L'arrimage des services avec les CLSC est souvent difficile en raison des contraintes budgétaires.

2.3.3. Femmes immigrantes

Les femmes immigrantes endurent parfois la violence très longtemps avant d'oser dénoncer, ce qui peut être expliqué par une méconnaissance de leurs droits au Canada et par une crainte des effets de la dénonciation sur leur statut, mais aussi par des enjeux culturels. Les intervenantes en violence conjugale doivent alors déconstruire certaines croyances (comme le devoir conjugal) pour expliquer la présence de violence (comme le viol conjugal). Il est donc important de former les services d'immigration à détecter la présence de violence auprès de ces femmes, tout comme les intervenantes en maison d'hébergement doivent connaître les modalités des processus d'immigration. Le rôle de la Maison pour femmes immigrantes est crucial sur cet aspect, comme référence pour les autres ressources. Cette maison ne peut accueillir toutes les demandes provenant de femmes immigrantes, d'autant plus que celles-ci ont souvent plusieurs enfants à charge, ce qui limite les possibilités d'hébergement dans les ressources.

Les femmes immigrantes victimes de violence⁴⁵ cumulent régulièrement plusieurs autres enjeux de santé. Certaines ont subi des mutilations sexuelles dans leur pays d'origine, ce qui peut avoir un impact sur la sexualité, la grossesse et l'accouchement. Parfois elles vivent un choc des cultures dans leur intégration sociale; d'autres ont vécu des traumatismes, comme les réfugiées qui ont fui un conflit armé. Ces expériences peuvent affecter leur santé physique ou mentale de diverses façons, à court, moyen ou long terme. Leur réseau social est généralement limité, les ressources doivent donc les soutenir pour compléter leur intégration et pour jeter les bases de leur nouvelle vie.

2.3.4. Mères

L'instabilité psychologique de certaines mères qui ont vécu de la violence a un impact sur les enfants, lesquels ont généralement aussi été exposés à la violence. Les maisons d'hébergement doivent donc intervenir aussi auprès des enfants pour préserver leur santé mentale.

Les maisons d'hébergement déplorent la réponse de la DPJ face à la dépression postpartum de mères victimes de violence : le resserrement de la loi leur accorde un délai d'un an seulement après le placement pour démontrer leur aptitude à reprendre en charge leur enfant. Si elles font une rechute et que leur enfant est placé à nouveau, le temps du premier placement vient s'ajouter au temps du

⁴⁵ Référez aux travaux de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes, en lien avec le projet de partenariat pour lutter contre la violence faite aux femmes immigrantes et racisées, pour obtenir davantage d'information : <http://tcric.gc.ca/volets-tcri/femmes>

second placement. Les délais sont donc très courts pour que la mère puisse retrouver un équilibre et la garde de son ou ses enfants.

Les mères immigrantes et autochtones ont parfois peur du potentiel retrait de leurs enfants par la DPJ, au point où elles s'abstiennent de chercher de l'aide dans une relation marquée par la violence conjugale. Les intervenantes et intervenants doivent comprendre cette peur et être empathiques envers la mère pour l'informer et la soutenir adéquatement. Le passé colonial, dont l'histoire des pensionnats, a créé une culture de méfiance envers les institutions blanches dans les communautés autochtones. Peu de dénonciations sont faites à la DPJ en cas de négligence ou de maltraitance d'enfants; les membres de ces communautés préfèrent s'impliquer pour soutenir les enfants plutôt que de dénoncer.

2.3.5. Femmes ayant une ou des dépendances

Plusieurs organismes communautaires œuvrant en violence ont réfléchi à l'approche à privilégier pour intervenir auprès de femmes ayant une dépendance, afin d'éviter de marginaliser davantage celles qui font une rechute. La Maison de Marthe travaille sur « l'amour de soi » pour permettre aux femmes ayant vécu de la prostitution d'émerger de la dépendance. Le PIPQ fait de l'intervention pour le maintien en sobriété et de l'accompagnement vers des ressources externes spécialisées en consommation. Le Centre femmes aux 3A a un groupe sur la dépendance affective et les relations interpersonnelles. Les maisons d'hébergement demandent l'abstinence, car la consommation expose les autres femmes ayant une dépendance et peut mettre en danger les intervenantes et les résidentes, mais elles sont tolérantes en cas de rechute pour éviter de vulnérabiliser davantage la femme. Plusieurs organismes s'interrogent sur les façons d'aider les femmes ayant des problèmes de toxicomanie qui vont en thérapie, car elles ne peuvent alors recevoir de soutien financier de l'aide sociale, ce qui accentue les enjeux liés à la pauvreté.

2.3.6. Femmes touchées par la prostitution/le travail du sexe et la traite des personnes

Des groupes communautaires ont observé de la traite de personnes et de la coercition par les gangs de rue à Québec, mais peu d'interventions sont faites à ce sujet. Les femmes qui veulent sortir de la prostitution ont des besoins très particuliers nécessitant un soutien fort. Elles quittent un milieu violent, mais elles retrouvent d'autres sortes de violence à la sortie, dont la stigmatisation. Malgré une amélioration de la formation des policières et policiers, les organismes communautaires constatent toujours des besoins pour protéger les femmes contre les gangs de rue.

2.4. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes

Les violences ont des impacts importants à court, moyen et long termes sur la santé des victimes, particulièrement sur la santé mentale. Ces liens doivent être pris en compte dans un continuum d'interventions, sans culpabiliser ni revictimiser les femmes pour leur vécu.

2.4.1. Pour les organismes communautaires

Les intervenantes des groupes communautaires ont besoin de s'outiller et de se former davantage en santé mentale, car elles consacrent de plus en plus de temps à soutenir ou encadrer des femmes ayant des troubles de santé mentale.

Plusieurs groupes, dont les maisons d'hébergement, notent un besoin de s'outiller pour intervenir auprès des personnes ayant un trouble alimentaire. Cela pose des enjeux pour la gestion des repas, particulièrement en hébergement (vol de nourriture, manque de nourriture pour toutes les

résidentes, ou à l'inverse refus de manger) où cela peut avoir des répercussions sur le climat entre les résidentes.

L'établissement d'un lien direct entre des services médicaux (une clinique ou une équipe de médecins, par exemple) et les organismes communautaires serait facilitant notamment pour les femmes en hébergement, puisqu'une approche globale dans l'intervention faciliterait le travail pour les groupes et le personnel de la santé, en assurant un soutien accru aux femmes qui les fréquentent. Pour les groupes qui offrent de l'hébergement, un meilleur arrimage pour les services « à domicile » pourrait être établi avec les CLSC, car ces groupes ne disposent pas de préposées aux bénéficiaires malgré que des femmes aient besoin de tels services durant leur séjour en hébergement.

La prévention est essentielle pour enrayer la violence. Les groupes proposent d'utiliser les médias sociaux pour faire de la prévention, particulièrement auprès des jeunes. Les collaborations entre les groupes communautaires existent déjà pour favoriser la prévention et l'intervention; elles constituent une stratégie très favorable qui doit être maintenue et développée lorsque de nouvelles possibilités surgissent, pour lutter contre la violence auprès de divers groupes de femmes.

2.4.2. Au niveau local et régional

Plusieurs besoins non répondus sont dénombrés au niveau régional ou local, dont des maisons de retraite non mixtes, adaptées aux réalités des femmes; ainsi qu'une meilleure prise en compte de la violence vécue par les femmes âgées dans les centres et maisons de retraite, pour ne pas banaliser ces vécus, soutenir adéquatement les victimes et intervenir auprès des agresseurs.

Certains services déjà disponibles pourraient être plus largement diffusés, dont les services d'interprètes pour les femmes sourdes ou immigrantes. Leur utilisation accrue favoriserait l'inclusion pour ces femmes.

2.4.3. Au niveau gouvernemental et social

La santé sexuelle et reproductive est au cœur du travail de prévention des violences sexuelles. Les notions de culture du viol et de consentement sont souvent mal comprises. Il est urgent de former l'ensemble des intervenantes et intervenants des différents milieux (corps policiers, écoles, personnel soignant, organismes communautaires, etc.) œuvrant auprès des femmes sur les violences sexuelles, dans une perspective féministe. De plus, les membres du personnel du système de santé devrait développer leurs connaissances et leur vigilance face aux signes d'agressions sexuelles ou de violence conjugale afin de repérer et soutenir les femmes qui en sont victimes, et ainsi éviter de revictimiser la femme et de la médicaliser par méconnaissance ou méprise. Dans la même veine, une certification « pro-choix » pourrait être créée afin de garantir que les centres d'aide à la décision en lien avec la grossesse respectent le libre-choix des femmes. Cela distinguerait plus clairement les groupes « pro » et « anti-choix », et contrerait la désinformation anti-choix dans Internet, en rétablissant la crédibilité des sources d'information.

La socialisation des enfants – garçons et filles – contribue à reproduire des rapports inégaux marqués par différentes formes de violence. Cette socialisation place les filles et les femmes en position de vulnérabilité par rapport à la violence, et en position d'infériorité dans les rapports sociaux et économiques. La formation des éducatrices et éducateurs à la petite enfance ainsi que des enseignantes et enseignants au primaire et au secondaire, et plus largement des nouveaux parents et de la population, peut favoriser des relations plus égalitaires entre les sexes. Les groupes

communautaires ont développé des formations destinées à divers publics quant à l'enjeu de l'égalité. Par exemple, des ateliers ou cafés-discussions sont offerts dans plusieurs organismes (maisons d'hébergement et centres de femmes, notamment), pour aborder différents sujets (pratiques sexuelles, agressions, consentement, culture du viol, etc.). Le Centre filles de la YWCA donne des ateliers non mixtes dans les écoles abordant la santé sexuelle (menstruations, grossesse, consentement). Il aborde aussi la violence et l'intimidation, pour offrir des modèles d'amitié et de relations de confiance. Des campagnes de sensibilisation, par exemple pour déconstruire les mythes véhiculés par la pornographie, sont nécessaires auprès de publics jeunes et adultes afin de promouvoir des relations égalitaires.

Les groupes communautaires jouent un rôle important dans la prévention et l'intervention en lien avec la santé et la violence. Il est essentiel de les soutenir en investissant davantage dans leur financement de base. Plusieurs groupes ont dû établir des listes d'attente pour l'accès aux services, faute de ressources. Ceux qui n'ont pas de liste d'attente comptent aussi de fortes pressions sur les ressources. Les groupes sont parfois critiqués pour le manque de pérennité de leurs actions, mais les initiatives ne survivent pas au manque de financement, et le financement par projet limite l'intervention globale et le maintien d'initiatives porteuses. Un soutien accru, notamment par un meilleur financement à la mission, pourrait notamment favoriser l'accès aux infrastructures pour toutes les femmes (accès aux édifices et à l'hébergement, qui prend en compte les difficultés physiques et psychologiques mais aussi la présence de plusieurs enfants à charge) et accroître le travail de prévention.

Les organismes communautaires constatent une augmentation du nombre de femmes qui ont un vécu marqué à la fois par la violence et par plusieurs autres enjeux de santé. Ils proposent que les femmes multi-éprouvées soient accompagnées par une personne intervenante, qui agirait ensuite comme référence auprès de chacun des services de santé impliqués auprès de cette femme. La multiplication des intervenantes et intervenants auprès de ces femmes multi-éprouvées les oblige à répéter leur histoire et complexifie les suivis. Cela contribue à leur désaffiliation, d'autant plus que leurs situations de santé sont complexes et qu'elles se sentent souvent dépassées par la gestion de l'ensemble des démarches à accomplir. La présence de cette personne référence pourrait soulager ce sentiment de pression, tout en assurant un suivi plus cohérent dans l'intervention.

Dans le même ordre d'idées, la présence d'une personne référence pourrait simplifier le processus de dénonciation des agressions pour les femmes ayant besoin d'une ou un interprète, que ce soit à cause d'une incapacité ou d'une barrière linguistique (femmes sourdes, immigrantes ou non francophones).

Les travaux de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes confirment les constats de plusieurs groupes quant à la vulnérabilité de certains groupes de femmes immigrantes, qui sont à risque d'isolement et qui sont peu informées de leurs droits au Canada⁴⁶. Pour permettre à ces femmes de dénoncer et d'échapper à la violence, il serait possible de mieux former les intervenantes et intervenants en immigration pour repérer les femmes victimes de

⁴⁶

Pour en savoir plus sur le Volet Femmes de la TCRI : <http://tcri.gc.ca/volets-tcri/femmes>

violence, et de renforcer les liens entre les organismes qui s'occupent d'immigration et ceux œuvrant en violence.

3. L'exclusion

3.1. Qu'est-ce que l'exclusion?

Le dernier déterminant social de la santé retenu dans le cadre de ce rapport est l'exclusion, qui peut être comprise comme l'ensemble des contraintes pour la protection et le respect de la dignité humaine dans une visée de participation sociale⁴⁷. En plus d'être intrinsèquement reliée à la pauvreté et à la violence, l'exclusion peut être liée aux soins des personnes (par exemple, les soins assumés par les mères, surtout si elles sont cheffes de famille monoparentale, et les proches aidantes), et aux caractéristiques sociales des personnes (âge, présence d'une incapacité, orientation et identité sexuelles, etc.). L'exclusion revêt une dimension individuelle, en influençant l'épanouissement des personnes, ainsi qu'une dimension collective, notamment par la cohésion d'une population. L'exclusion confine à l'isolement, freine la participation sociale, ce qui est néfaste pour la personne et pour la société. Les conditions qui favorisent l'élimination de l'exclusion sociale relèvent à la fois de l'intervention auprès des personnes, par la lutte aux préjugés, ainsi que de mesures structurelles et gouvernementales, dans l'accès aux soins et services.

3.2. Quelques thèmes reliés à l'exclusion

Les entrevues auprès des groupes membres du RGF-CN et des autres organismes participant à ce projet ont fait émerger plusieurs manifestations de l'exclusion sociale. Cela a permis de mieux comprendre à la fois leurs effets et les besoins exprimés par les personnes ou les groupes qui en subissent.

3.2.1. Logement

L'accès au logement est un processus qui peut être marqué par l'exclusion sociale. La discrimination dans le processus de location a été rapportée dans plusieurs groupes. Les propriétaires sont de plus en plus exigeants et demandent une enquête de crédit, mais les locataires n'ont pas forcément de cote de crédit. Cela est particulièrement vrai pour les personnes provenant d'une communauté autochtone ou immigrantes ainsi que pour les jeunes.

La concomitance entre pauvreté et exclusion par le racisme se trouve notamment chez les familles pauvres de Wendake, qui ne peuvent payer un logement sur la réserve et qui sont exclues de leur communauté. Dans le même esprit, la résidence pour personnes âgées de Wendake compte trop peu de lits, donc certaines personnes doivent quitter la communauté en attendant une place. Pour

⁴⁷ Cette définition est inspirée de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-7>) et du mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale, intitulé *Faire plus, Faire mieux : Un virage nécessaire*, soumis dans le cadre des consultations publiques pour le Troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en janvier 2016 (https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_memoire_plan_action.pdf).

les personnes qui vont loger chez leur famille, un besoin d'aide à domicile est exprimé pour les proches aidantes.

Du côté des logements sociaux, les listes d'attente sont longues et les critères d'admissibilité sont stricts, ce qui peut poser des contraintes pour les personnes à qui de tels logements sont pourtant destinés. Par exemple, si une mère a perdu la garde à temps plein de ses enfants, elle ne sera pas considérée pour obtenir un logement social suffisamment grand pour une famille, mais pour regagner la garde, elle doit faire la preuve que son logement est adéquat pour accueillir ses enfants. Le manque de logements à coût abordable constitue une autre manifestation de l'exclusion dans la région.

3.2.2. Besoins physiques de base

Dans quelques groupes, des femmes ne viennent aux activités que pour la nourriture, mais elles ne restent pas pour la causerie. Le manque de nourriture empêche ces femmes d'aller plus loin dans les activités sociales, car il constitue une préoccupation constante qui les empêche de s'intéresser à d'autres enjeux.

Des proches aidantes vivent aussi certaines lourdes conséquences du travail de soin; avec l'épuisement peuvent survenir une perte de poids (dépenses d'énergie constantes), de l'insomnie, de l'agressivité indésirée vis-à-vis de la personne aidée. Les contraintes du travail de soins et ses effets contribuent à les isoler socialement.

De plus, la clinique SPOT remarque que les personnes désaffiliées, exclues de la vie sociale, ont besoin d'avoir accès à des douches en ville, puisque l'hygiène et l'apparence peuvent influencer le succès des tentatives d'inclusion, dont l'accès au travail.

3.2.3. Limitations physiques

Outre la question de l'accès aux bâtiments, surtout pour les groupes qui offrent de l'hébergement, l'effet des limitations physiques se manifeste dans l'accès aux transports. Il demeure difficile de prendre l'autobus avec une marchette ou un fauteuil roulant. Or, le transport adapté a une offre limitée dans la région, tant en termes géographiques que de contraintes d'horaire. Cela fait en sorte que les nécessités de la vie quotidienne prennent plus de temps, la logistique de la vie est plus complexe, ce qui contraint davantage leurs conditions de vie. Cette situation complique notamment les déplacements vers des rendez-vous médicaux pour les personnes dont la mobilité est réduite, l'accès aux ressources de base comme une alimentation diversifiée, mais aussi la participation à des activités sociales qui briseraient l'isolement.

3.2.4. Insertion dans le système de santé

Un bilan de santé ou un diagnostic est de plus en plus souvent nécessaire pour accéder à des services de santé. Or, les groupes déplorent qu'il n'y ait pas assez de médecins accessibles – surtout en santé mentale – pour répondre rapidement aux besoins. De plus, la médecine familiale perd de l'importance dans le réseau public. Les Groupes de médecine familiale (GMF), qui sont en voie de privatisation, gagnent en importance, et les interventions y sont médicales et ponctuelles, et non sociales et à long terme. Lorsque plusieurs troubles de santé sont présents, notamment des troubles de santé mentale, il est souvent nécessaire de les traiter simultanément. Dans le contexte actuel, cela entraîne des complexités lorsque les services du système de santé ne sont pas disponibles au moment adéquat. Certains organismes communautaires voient les effets de leurs interventions

freinés, parce que des troubles éprouvés par les femmes ne peuvent être pris en charge par le système de santé au moment où ces personnes consultent l'organisme. Par exemple, un trouble de personnalité limite non traité peut bloquer l'intervention pour régler un trouble alimentaire; il faut alors débiter une première démarche pour continuer l'intervention pour le second.

Certaines personnes particulièrement marginalisées éprouvent des difficultés à entrer et à cheminer dans le système médical. Pour celles qui ont des besoins complexes, la présence d'une personne référence serait très bénéfique. Les femmes vivant de la prostitution/travail du sexe ou de l'itinérance ainsi que les personnes trans sont souvent multi-éprouvées et victimes de préjugés dans le milieu de la santé quand elles recherchent des soins. Elles sont souvent désaffiliées et ne fréquenteront le système de santé qu'en dernier recours, quand les symptômes sont devenus graves. Pour les femmes avec un trouble de personnalité limite, un diagnostic peut être aidant, mais il peut aussi être surutilisé et en venir à les isoler en les stigmatisant, même auprès de personnel soignant. Un manque de connaissances par rapport à ce trouble est aussi observé, ce qui contribue à renforcer les préjugés.

3.2.5. Dépendances

Les personnes dépendantes éprouvent des difficultés d'accès aux soins, notamment parce que le service doit être disponible au moment où elles sont prêtes à le recevoir, parce que le processus d'intervention est difficile émotionnellement, et parce que les dépendances sont fréquemment associées à d'autres enjeux de santé. Un manque d'encadrement et de soutien est constaté entre les services de première ligne en urgence et le suivi dans les organismes communautaires, lesquels sont peu nombreux à détenir une expertise en lien avec les dépendances. Il y a un besoin manifeste pour une unité hospitalière en désintoxication et pour des services non mixtes pour femmes dans la région. D'autres besoins observés consistent à former les intervenantes et intervenants sur les dépendances en lien avec une approche féministe, ainsi qu'à identifier des médecins qui peuvent intégrer la dépendance aux autres situations de vie des femmes (violence, troubles alimentaires ou prostitution, par exemple) pour favoriser un suivi global complet.

3.2.6. Travail

Le monde du travail peut être un vecteur d'exclusion. Pour celles qui occupent un emploi, le cumul des responsabilités professionnelles et des responsabilités familiales et personnelles, particulièrement pour les mères de jeunes enfants et les proches aidantes, peut constituer un lourd fardeau. Lorsque ces diverses responsabilités viennent en conflit, les femmes se sentent parfois incomprises, voire exclues, d'un milieu qui considère qu'elles doivent y consacrer le meilleur de leurs énergies en tout temps. Les postes de gestion intermédiaires et supérieurs étant majoritairement occupés par des hommes dans les grandes organisations, les femmes ressentent parfois de l'inadéquation lorsqu'elles ne peuvent s'adapter au modèle du « travailleur-masculin-totalement-investi-au-travail », auquel se sont généralement conformés ces patrons. Malgré leur désir de se sentir utiles, ces travailleuses sont confrontées à des rythmes ou des encadrements du travail qui ne permettent pas de conserver une santé physique et mentale soutenable.

Dans un autre ordre d'idées, les personnes qui sont à la recherche d'un emploi peuvent ressentir de l'exclusion, notamment basée sur la valeur accordée au travail dans notre société. Une personne sans emploi peut être perçue comme moins « utile » ou « ayant moins de valeur », ce qui affecte l'estime de soi. De plus, l'absence de rémunération peut entraîner une érosion de la participation sociale. Le

rôle du travail dans le maintien d'un réseau social, lequel compte généralement une proportion de collègues, est aussi non négligeable.

Certaines femmes vivent des défis particulièrement importants dans l'intégration en emploi, notamment les femmes autochtones et immigrantes. Même si elles sont qualifiées, le racisme systémique est toujours présent. Certains employeurs ne reconnaissent pas les diplômes émis dans d'autres pays ou l'expérience de travail acquise à l'étranger; ils veulent des candidates et candidats « clé en main », connaissant la langue, les pratiques et la culture dominantes. Bien que ces exigences ne soient pas requises pour bien accomplir le travail, elles constituent des freins à l'embauche de certains groupes de femmes.

3.2.7. Articulation des divers rôles de vie

Des difficultés d'articulation grossesse-travail sont observées par les organismes, tant pour leurs travailleuses que les femmes utilisant leurs services, notamment quand les symptômes de la grossesse sont incommodants. Malgré les difficultés, les femmes doivent parfois continuer à travailler jusqu'à la fin de la grossesse, pour des raisons économiques. C'est aussi un défi pour les étudiantes et les stagiaires de gérer un congé de maternité et leurs études, surtout lorsque les établissements n'ont pas de politique familiale. Cela les expose alors à diverses formes de vulnérabilité. De plus, les étudiantes ne sont pas couvertes par les protections sociales dont disposent les travailleuses.

Tous les besoins exprimés par les mères sont exacerbés lorsqu'elles sont cheffes de famille monoparentale, car elles ont peu de répit. Ce besoin pour des services de répit est aussi constaté pour les jeunes mères, les mères d'enfants ayant des besoins particuliers et les proches aidantes, dont le stress causé par la conciliation a des effets sur la santé. Ceci n'est pas toujours pris en compte par l'aidante, qui se concentre sur les besoins du proche. Les proches aidantes peuvent aussi vivre de l'isolement et de la pauvreté, causée par les difficultés de maintien ou de réinsertion en emploi.

3.2.8. Identités sexuelles

L'identité sexuelle et l'orientation sexuelle sont deux enjeux distincts. Les ressources qui œuvrent en lien avec l'orientation sexuelle sont parfois approchées pour des questions liées à l'identité sexuelle, car des besoins non répondus sont exprimés par les personnes trans de la région. Par exemple, Gris-Québec, dont la mission est liée à la sensibilisation et à la démythification de l'homosexualité et de la bisexualité, a dû refuser un jumelage pour une personne trans parce que les accompagnantes et accompagnants n'ont pas ce vécu spécifique. Selon Aide aux trans du Québec⁴⁸, les personnes trans sont victimes de multiples préjugés. Elles sont discriminées de façon très importante dans la recherche de logements puisque les propriétaires craignent parfois que le loyer soit utilisé comme un bordel, à cause du préjugé qui les associe à la prostitution. Pendant la transition, les personnes trans sont facilement repérables et sont davantage victimes de transphobie et de sexisme. Plusieurs connaissent des problèmes de santé mentale causés par l'exclusion et la violence symbolique. Quand la transition est effectuée tôt dans la vie, soit avant ou pendant la puberté, les personnes sont moins marginalisées, notamment par rapport à l'emploi. Le coût de la transition rend l'accès à un emploi particulièrement critique pour éviter un cercle vicieux : les hormones coûtent cher, donc il faut un

⁴⁸ Cet organisme est basé à Montréal et offre une antenne à Québec; il s'agit du seul organisme de la région dont la mission touche directement les personnes trans.

emploi pour y avoir accès; mais pour avoir un emploi, il vaut mieux avoir l'air « comme tout le monde », dans une norme binaire du genre (homme ou femme). La démarche de transition implique des rencontres médicales non couvertes par le régime public pour avoir accès à la chirurgie ou la prise d'hormones, incluant la nécessité d'obtenir une lettre de la part de deux psychologues attestant de la validité de la démarche.

Peu de services de santé sont adaptés pour les questions spécifiques aux personnes trans, et ils sont tous éloignés géographiquement les uns des autres. Dans les CLSC et les hôpitaux, des personnes trans sont parfois retournées parce que le service n'est pas spécialisé sur les questions trans. Cette personne est alors exclue, mise dehors pour sa sexualité, alors qu'elle consultait pour une raison autre que son identité sexuelle.

3.2.9. Phases de vie

Les causes de l'exclusion sociale sont nombreuses et variées, et chaque groupe d'âge peut les vivre différemment. Ainsi, les adolescentes et les jeunes filles ont besoin de développer leur estime d'elles-mêmes, leur leadership et leur sentiment d'appartenance pour favoriser leur intégration sociale. La maternité expose les femmes à l'exclusion, notamment lorsqu'elles ressentent un manque d'empathie des soignantes et soignants autour de l'accouchement ou d'une fausse-couche, événement pour lequel peu d'accompagnement est offert.

Le vieillissement est un processus marqué par plusieurs enjeux importants : hausse des problèmes de santé, baisse des déplacements et des interactions sociales, ce qui accroît l'isolement. Les aînées subissent des préjugés âgistes (dévalorisation de leur rôle social, désintérêt pour les questions liées au vieillissement et aux maladies dégénératives, discrimination à l'emploi). Leur rapport avec le système de santé en est teinté, notamment lorsqu'elles parlent de leur santé sexuelle et de leur sexualité; des réactions telles le dégoût et l'étonnement du personnel soignant ont été dénoncées par divers groupes, ce qui témoigne de la méconnaissance de la sexualité des aînées et de l'adhésion au jugement que les organes sexuels n'ont plus besoin de soins à un âge plus avancé, car ils ne « servent » plus.

3.3. Les particularités pour certains groupes de femmes

Les entrevues menées ont montré que les groupes de femmes ayant des besoins particuliers sont plus à risque d'isolement, et les groupes communautaires doivent redoubler d'imagination pour réussir à les rejoindre. Or, les oppressions vécues par une personne peuvent se cumuler et nuire à sa santé.

3.3.1. Mères cheffes de famille monoparentale

Les cheffes de famille monoparentale comptant plusieurs enfants vivent parfois une grande précarité, découlant du coût élevé des logements qui peuvent accueillir convenablement leur famille (5½ et plus). Certaines louent des logements de moindre qualité à cause de leur budget restreint. Or, si leurs enfants deviennent malades à cause de l'insalubrité du logement, cela pose des défis supplémentaires à ces mères, notamment en ce qui a trait à la perte de revenu si elles manquent du travail et au soutien social pour les remplacer auprès de l'enfant.

3.3.2. Femmes sourdes

Les femmes sourdes souffrent du manque de connaissance de la langue des signes dans la population en général, car cette langue n'est pas reconnue comme langue officielle au Québec. Par exemple, les

cliniques sans rendez-vous n'ont pas toujours de téléphone adapté. Les femmes sourdes doivent donc cibler certains services adaptés, ce qui soulève les enjeux de l'autonomie et de l'inclusion. Cette difficulté à adapter les services pour les femmes sourdes est aussi observée dans les organismes communautaires, à cause de la barrière de la langue. Il faut notamment sensibiliser les interprètes aux thématiques abordées lors des ateliers et des conférences afin de s'assurer que le choix des mots signés reflète bien le message diffusé par l'organisme.

3.3.3. Femmes ayant des incapacités

Les femmes atteintes de la fibromyalgie constituent un autre groupe vivant avec des contraintes. Il est difficile pour ces femmes de faire de l'entretien ménager et d'autres tâches quotidiennes dans leur propre maison; cependant, elles ne sont pas pour autant reconnues comme personnes ayant des incapacités et ne sont pas admissibles à l'aide financière qui pourrait y être associée. Toujours sur l'aspect financier, les femmes atteintes de fibromyalgie doivent parfois interrompre leur emploi à cause de leur état de santé, ce qui les amène à s'isoler. Lorsqu'elles n'ont pas de prestation de contrainte sévère à l'emploi (ce qui implique de longues démarches), elles ne sont admissibles qu'au revenu minimal de l'aide sociale. D'ailleurs, ce ne sont pas tous les médecins qui reconnaissent l'existence de cette maladie, qui est mal connue du public; de nombreux préjugés existent à l'égard de ces personnes.

Dans la même veine, il existe des préjugés envers les femmes handicapées. Par exemple, lors de l'examen gynécologique, des médecins assument parfois qu'elles n'ont pas de vie sexuelle à cause de leur incapacité. La configuration de la table d'examen n'est pas non plus adaptée pour les femmes ayant des incapacités physiques.

3.3.4. Proches aidantes

Le plus grand besoin éprouvé par les proches aidantes est d'assurer une sécurité pour la personne malade. Cette insécurité fait en sorte qu'elles coupent graduellement leurs liens avec l'extérieur pour se consacrer aux besoins de la personne aidée. Des bénévoles d'organisations comme Albatros deviennent une présence rassurante qui leur offre du soutien et un peu de répit, et leur permet de conserver des moments d'intimité, pour elles.

3.3.5. Femmes immigrantes

Les femmes immigrantes sont particulièrement à risque d'être moins intégrées à un réseau social hors de leur famille, surtout si elles ne maîtrisent pas bien le français. Ces femmes, surtout les belles-mères et les grands-mères, souvent en charge de jeunes enfants, ont peu d'occasions de sortir du milieu familial. Les femmes immigrantes et réfugiées ne reçoivent pas toujours les informations utiles en lien avec la santé, la sexualité et la reproduction; le Centre multiethnique est un allié précieux pour diffuser ces informations. Certaines femmes sont débordées par les tâches à accomplir, donc s'occuper de leur santé peut sembler moins prioritaire. De plus, les femmes immigrantes n'ont pas forcément appris les rouages du système de santé québécois et s'y trouvent perdues, surtout si elles sont sans statut. La Clinique SPOT offre une possibilité d'accès aux soins pour ces femmes et leur famille.

3.3.6. Femmes autochtones

L'accès au système de santé est aussi un enjeu pour les Autochtones venant d'ailleurs que de Wendake. Un trou de services est observé pour ces personnes, qui sont alors référées à Québec, mais les services de santé n'y sont pas adaptés à la réalité autochtone. Le Centre d'amitié autochtone

déplore de ne plus avoir les fonds pour assurer des services d'interprètes. Aussi, les mères autochtones provenant d'autres nations qui arrivent à Wendake n'ont pas accès aux mêmes services que les mères huronne-wendates, notamment en ce qui a trait aux soins de santé et services sociaux; des critères d'exclusion sont présents faute de moyens adéquats.

3.3.7. Femmes âgées

Les femmes âgées, pauvres et sans enfant sont les grandes oubliées de la société : elles disposent souvent d'un réseau limité pour les soutenir au quotidien et elles sont dévalorisées en tant que femmes parce qu'elles n'ont pas eu d'enfants. À l'inverse, les femmes qui ont consacré leur vie à leur famille sans occuper un emploi ne sont pas admissibles aux régimes de retraite et sont aussi dévalorisées. De plus, les aînées se sentent souvent intimidées par les intervenantes et intervenants de la santé lors des rendez-vous, ce qui les incite à demeurer passives et à ne pas poser de questions, ce qui peut avoir des effets sur leur prise de médicaments et leurs suivis de santé.

En situation de perte d'autonomie, des femmes âgées doivent choisir une résidence adaptée. Les listes d'attente limitent la possibilité d'exercer un choix; le placement est un traumatisme vécu par plusieurs femmes, qui peuvent être déplacées aux quatre coins de la région, les coupant ainsi de leur réseau personnel. Chez les femmes autochtones, les femmes immigrantes allophones et les femmes sourdes, ce placement peut être une rupture totale avec le monde : personne ne parle leur langue; le service d'interprètes n'est pas nécessairement disponible. Avec l'éloignement géographique de leur famille, particulièrement lorsque la famille est pauvre et peu mobile, ces femmes peuvent se retrouver sérieusement isolées.

3.4. Stratégies et solutions pour améliorer la santé des femmes

3.4.1. Pour les organismes communautaires

Utiliser les activités ludiques est un moyen efficace pour transmettre des informations et créer un sentiment d'appartenance : par exemple, le Centre filles de la YWCA propose une série d'activités hebdomadaires (cours de médias, danse, théâtre, cirque) dans une optique de développement du leadership des jeunes. Le Centre d'amitié autochtone, lui, propose de courts quiz qui permettent aux participantes et participants d'apprendre des notions de base sur l'alimentation, le logement, les relations saines tout en courant la chance de remporter un prix comme des billets de cinéma. Ces quiz sont populaires et ils font réfléchir les gens. De plus, le centre récolte ainsi, par les billets de tirage, les coordonnées des personnes présentes et peut les contacter de manière ciblée pour faire des suivis personnalisés. De l'écoute et des services de relation d'aide sont offerts dans la plupart des groupes quant à différents enjeux. Par exemple, la mission principale de GRIS-Québec est de soutenir les jeunes par rapport à leur orientation sexuelle, mais il fait également de l'intervention informelle à travers des activités ludiques comme une soirée *smoothies* pour parler de saine alimentation et cibler les jeunes qui souffrent de la faim.

Certains groupes, comme le Comité d'aide aux femmes Sourdes de Québec, offrent des activités comme le *tai chi* ou la danse; ce type d'activités permet de briser l'isolement, en évitant la pression engendrée par les activités sportives compétitives et en incorporant l'élément de plaisir favorable à la santé globale. Certains groupes, comme les centres femmes et le Comptoir Agoshin, organisent des activités sociales pour favoriser l'établissement de liens entre les générations. Selon Rose du Nord, des liens d'amitié et de solidarité se créent entre militantes, travailleuses communautaires et bénéficiaires de services. Le travail bénévole permet de conserver des liens sociaux et de se sentir

utile pour les aînées, et les jeunes retraitées sont très sollicitées pour cette forme de travail, à un point où le risque de surcharge est tangible.

Les cuisines collectives sont un autre endroit où briser l'isolement et agir sur la pauvreté. Les organismes communautaires jouent un rôle crucial dans les régions rurales, comme Portneuf et Charlevoix, où il est plus difficile de bâtir un réseau pour les personnes provenant de l'extérieur de la région. Puisque « tout le monde se connaît », moins de démarches sont faites pour accueillir les personnes nouvellement arrivées. Les groupes sont alors un lieu privilégié pour faire des connaissances et s'intégrer à la communauté. Des activités avec garderie et selon différents horaires sont également nécessaires pour permettre aux mères d'avoir du répit et de socialiser.

Afin d'accroître l'accessibilité de leurs services, des organismes vont se déplacer dans d'autres milieux, comme le Centre filles de la YWCA, qui compte un volet mobile, dans les écoles sur l'heure du midi. Dans la même optique, le Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent offre les services d'une infirmière dans l'école primaire et secondaire de Wendake. Elle assure des examens médicaux individuels et annuels et la vaccination, en plus de faire de la prévention par le moyen d'ateliers, ce qui permet de rejoindre une population étudiante qui ne l'aurait pas forcément été autrement. L'accessibilité passe également par un recours aux interprètes pour intégrer les femmes sourdes ou immigrantes dans les activités. Pour les femmes immigrantes, le « marrainage » par des groupes communautaires permet de réduire les effets du choc culturel et de favoriser l'intégration sociale. Pour lutter contre l'isolement dû à la pauvreté, plusieurs groupes remboursent les billets de bus lors d'activités ou de consultations.

De nombreux groupes réfèrent des personnes aux cliniques SPOT et SABSA puisque la santé n'y est pas considérée que sous l'angle biomédical; ils offrent aussi un accompagnement vers le système de santé. La Clinique SPOT est née d'une jonction entre plusieurs univers (santé, communautaire, universitaire). La clinique essaie de contourner les barrières administratives pour les personnes désaffiliées (en situation d'itinérance, réfugiées, toxicomanes, ayant des troubles sérieux de santé mentale, etc.). Elle n'exige pas d'avoir une carte de la RAMQ ni de s'identifier⁴⁹. Un pair aidant est posté à l'entrée de la clinique pour faire un premier tri, et cela permet d'établir un accueil chaleureux. Les consultations ne sont pas limitées dans le temps, ce qui permet de considérer la personne dans sa globalité. L'accès se fait généralement sans rendez-vous, parce que les gens sont souvent dans l'instabilité. Des collaborations avec des stagiaires de différents milieux de formation sont de bonnes solutions pour offrir certaines spécialités, comme la physiothérapie ou la nutrition. La clinique assure des services de santé, mais souhaite aussi sensibiliser la relève à ces enjeux en la mettant en face de réalités vécues par des personnes marginalisées.

De nombreux groupes communautaires tentent de changer la culture du travail de diverses façons au sein de leur groupe. Ils offrent une flexibilité dans l'horaire, ce qui permet d'éviter des situations comme des épuisements professionnels. D'autres solutions, comme un fonds de formation, portant par exemple sur l'usure de compassion, sont explorées. Des rencontres psychologiques sont parfois offertes afin de veiller à la santé mentale des travailleuses, notamment en faisant appel aux ressources externes fournies par le Programme d'aide aux employées. La santé mentale des

⁴⁹ Une personne pourrait utiliser un pseudonyme, par exemple, dans la mesure où elle utilise toujours le même, afin de permettre le suivi du dossier.

travailleuses et bénévoles peut aussi être prise en charge par des soirées de partage d'expériences. Lors de congés de maternité, Violence Info, parmi d'autres, offre le retrait préventif, jugé plus approprié que le changement de tâches. Cette importante mesure accorde à la salariée davantage de temps pour vivre sa grossesse; l'organisme est aussi gagnant parce que la remplaçante dispose d'un contrat assez long pour apprendre toutes les tâches, gagner de l'expérience et s'intégrer à l'équipe.

L'accès à l'information participe à briser l'exclusion sociale. Certains centres songent à s'abonner à des journaux pour favoriser la lecture, la discussion et le partage d'information entre femmes. Dans la même optique, plusieurs groupes facilitent l'accès à Internet et forment les femmes à son utilisation pour qu'elles gagnent de l'autonomie. Les Autochtones venant du Nord n'ont pas la connaissance de tous les documents administratifs nécessaires à la vie hors réserve; le Centre Amitié autochtone leur offre une trousse d'informations, de formulaires et de références à leur arrivée à Wendake. En lien avec la sexualité, Sexplique travaille à développer des ateliers destinés aux femmes âgées sur les ITSS et sur le plaisir.

3.4.2. Au niveau local et régional

Plusieurs solutions traitées dans les sections précédentes, portant sur la pauvreté et la violence, s'appliquent également à l'exclusion sociale. Par exemple, la lutte aux préjugés (âgistes, sexistes, racistes, homophobes, capacitistes, etc.) constitue une solution à développer davantage auprès de tous les types d'intervenantes et intervenants ainsi qu'auprès de la population en général, tant au niveau régional que national. D'autres solutions plus spécifiques, comme la création d'une banque centralisée de contrats à la journée ou à la semaine, pour favoriser la réintégration du milieu du travail, sont également valables pour lutter contre l'exclusion.

Chaque nouveau développement immobilier devrait inclure une enveloppe budgétaire pour des logements sociaux et être adapté au milieu, en offrant par exemple des services de garde ou d'intervention sociale (en s'inspirant par exemple du Domaine du Parc Savard). Des logements sociaux de plus grande dimension, pour accueillir des familles, sont nécessaires. Dans la même optique, il y a des besoins de logements pour personnes âgées sourdes, ainsi que pour personnes ayant des incapacités, pour qu'elles soient regroupées et ainsi faciliter la communication et l'intégration sociale. Des maisons de retraites non-mixtes et adaptées aux différentes réalités des femmes (LBT notamment) seraient une possibilité. Des logements transitoires pour des gens au profil à risque, comme ayant des troubles de santé mentale, sont requis parce qu'actuellement, de nombreux organismes ne peuvent les accepter pour assurer une qualité dans la vie de groupe. La Maison Charlotte aide à remplir des documents administratifs et garde une liste des bons propriétaires; le PIPQ a aussi une liste de logements disponibles. Des espaces de stockage de matériel seraient nécessaires dans les organismes fournissant un hébergement, car les femmes doivent régulièrement se départir de leurs biens en y entrant, ce qui complique leur retour à la vie autonome.

3.4.3. Au niveau gouvernemental et social

Une approche globale en santé est à privilégier pour toutes les femmes. En situation de grande désaffiliation, on se retrouve souvent face à des femmes qui ont tardé à consulter, mais il faut considérer leurs enjeux de santé globalement et non les compartimenter symptôme par symptôme. Cette stratégie permet d'agir sur l'ensemble de leur vie et d'apporter des résultats plus durables.

Pour soutenir les proches aidantes, les services pour le maintien à domicile devraient offrir une aide plus étendue. Des services de confiance pourraient aider les femmes âgées à garder leur autonomie à la maison.

Certaines ressources exercent une sélection lors de l'accueil des personnes, mais les personnes parmi les plus marginales se voient encore exclues. Par exemple, pour entrer dans des refuges, il faut être à jeun, respecter des règles de vie précises ou revenir à 22 heures. Certaines femmes ne sont pas prêtes à entrer dans ce moule. Or, il est possible de les accueillir même si elles ne sont pas forcément en processus de sortie de l'itinérance, pour simplement leur donner une pause et créer un lien de confiance, afin qu'elles reviennent lorsqu'elles ressentiront un besoin de transformation. Il est nécessaire d'offrir les deux approches dans le milieu communautaire afin d'assurer un continuum.

Dans ce spectre, la création de maisons de transition qui accueilleraient des personnes ayant des problèmes multiples, comme l'itinérance et la dépendance, serait bénéfique. Puisque l'hospitalisation peut en soi être un traumatisme, une autre solution serait d'avoir des psychiatres de rue. Une autre possibilité est le sevrage à la maison, avec un suivi de proximité par une équipe composée d'un.e médecin, d'un.e infirmier-ère et d'un.e travailleur.se social.e, grâce à un travail en interdisciplinarité. Le dossier santé informatisé aidera aussi les intervenantes et intervenants en santé et communautaire à mieux comprendre l'ampleur et les manifestations de la dépendance.

Les besoins semblent particulièrement criants en santé mentale. Les suivis en santé mentale devraient être accessibles plus rapidement et adaptés aux réalités des femmes, en mode collaboratif avec les organismes. La présence d'un.e intervenant.e pivot serait précieuse pour les femmes multi-éprouvées, car cette personne agirait ensuite auprès de chacun des services de santé impliqués dans le dossier de la femme. La multiplication des intervenantes et intervenants auprès de ces femmes fait en sorte qu'elles doivent répéter leur histoire et qu'il leur est difficile de comprendre l'ensemble des processus qu'elles doivent compléter.

4. Solutions globales

Certaines solutions proposées par les travailleuses communautaires visent à lutter contre les problèmes de santé associés à la fois à la pauvreté, la violence et l'exclusion. Ce sont des solutions gouvernementales et sociales générales, qui sont regroupées dans cette section.

4.1. Priorité aux actions sur la santé sociale

D'importants enjeux de santé mentale sont observés chez les femmes touchées par la prostitution, l'itinérance, la dépendance (affective, toxicomanie notamment), l'isolement, la proche aide et la violence (conjugale, familiale, sexuelle, abus et négligence). Les organismes communautaires constatent que les parcours des femmes ayant de sérieux troubles de santé mentale sont liés à des historiques de mauvais traitements et d'abus. Ils observent aussi que les problèmes comme la dépression, l'épuisement et l'anxiété, résultent souvent de conditions de vie précaires, de violences causant des stress répétés et durables, ou de surmenage en lien avec la conciliation des divers rôles de vie. Il faut donc agir en prévention sur ces éléments, c'est-à-dire sur la santé sociale. Corollairement, il faut reconnaître en amont le travail invisible effectué par les femmes, dont le

travail de soins aux personnes dépendantes et la charge mentale qui y est associée, ainsi que l'effet du cumul des responsabilités assumées par les femmes.

4.2. Éducation sexuelle féministe à tous les âges de la vie

Les intervenantes communautaires remarquent à quel point l'éducation sexuelle des hommes et des femmes est lacunaire, ainsi que les nombreux problèmes sociaux causés par cette situation. Elles proposent d'effectuer de l'éducation sexuelle féministe de l'enfance (milieu préscolaire et scolaire) jusqu'à la fin de la vie (dans les résidences pour personnes âgées). Selon les organismes interrogés, une éducation sexuelle féministe devrait contenir :

- des notions de base portant sur l'anatomie, la santé sexuelle et reproductive, la culture du viol et le consentement;
- les principes de base des relations amoureuses saines et égalitaires;
- la présentation de la sexualité dans une perspective de relation humaine en incluant les dimensions érotique (plaisir), spirituelle, affective, culturelles, etc.;
- la déconstruction des mythes sur la sexualité (devoir conjugal, absence d'activité sexuelle chez les femmes âgées ou handicapées) et des stéréotypes sexistes et homophobes;
- la déconstruction des normes binaire (on est un homme ou une femme), hétérosexiste (centrée sur l'idée de relation sexuelle homme-femme) et phallocentrée (centrée sur le pénis ou la pénétration),
- l'inclusion de la diversité sexuelle (homosexualité, bisexualité, transsexualité, intersexualité, etc.);
- la présentation des ressources disponibles pour dénoncer une agression sexuelle.

Cela inclut également d'éduquer les garçons et les hommes aux vécus féminins (syndrome prémenstruel, ménopause) et à leurs impacts, en milieu de travail par exemple et de présenter des modèles positifs de relations égalitaires.

4.3. Nécessité d'une approche globale en santé

Les intervenantes communautaires interrogées définissent l'approche globale en santé comme un continuum de services, de l'urgence au rétablissement, incluant de l'intervention continue en prévention. Cette approche globale inclut un meilleur arrimage des première, deuxième et troisième lignes en santé et des partenariats communautaire/institutionnel à cette fin. Elle considère la personne dans tous les aspects de sa santé en lien avec son expérience de vie, incluant la santé sociale, ainsi que les thérapies dites alternatives, et non pas seulement les approches biomédicales et pharmaceutiques. Cette approche offre les meilleures chances de réussite auprès des personnes les plus désaffiliées, car elle intègre un continuum de services en reprise de vie, dont de la réorganisation et du soutien serré. Il faut néanmoins accepter que des gens ne soient pas prêts à changer tout de suite, quelle qu'en soit la raison, et demeurer disponible pour offrir du soutien au moment opportun.

4.4. Des services publics gratuits et accessibles

Plusieurs organismes demandent que le système de santé public couvre tous les soins de santé, en particulier la santé mentale et sexuelle qui sont laissées pour compte, notamment par un accès

rapide à des psychiatres, des médecins et des cliniques locales sans rendez-vous. D'autres organismes préféreraient obtenir du financement pour l'embauche d'une intervenante sociale, psychologue ou autre professionnelle de la santé mentale, pour agir auprès des femmes qui les fréquentent. Enfin, d'autres privilégient l'adoption de protocoles de collaboration entre les organismes et le système de santé (via les cliniques locales). L'idée de mettre sur pied l'équivalent de la Coopérative de solidarité SABSA⁵⁰ dédiée à la santé psychologique (thérapeute à domicile, de rue ou accessible facilement), a été évoquée.

Dans tous les cas, les organismes communautaires souhaitent un meilleur arrimage des lignes d'intervention en santé ainsi qu'une collaboration améliorée entre le système public et le communautaire, dans le respect des missions et des expertises de chacun. Enfin, les ressources en santé, tant publiques que communautaires, doivent considérer en priorité la question de l'accès (transport en commun ou adapté, localisation, heures d'ouverture et prise en compte des besoins de la population).

Pour répondre à leur mission de santé et de services sociaux, un consensus se dégage parmi les travailleuses communautaires qu'un meilleur financement des services publics est impératif.

4.5. Une reconnaissance de la contribution, de l'expertise et du rôle du communautaire dans le système de santé

Les organismes communautaires contribuent à la prévention de la santé des femmes, particulièrement de la santé mentale, en offrant des lieux de socialisation et un réseau d'entraide qui leur permettent de briser l'isolement, de prendre soin les unes des autres et de partager leur vécu. Ils diffusent des informations et produisent des ateliers en prévention en lien avec la santé. Dans une perspective d'*empowerment* des femmes et d'éducation populaire autonome, plusieurs organismes demandent la collaboration des femmes qui les fréquentent; elles développent alors des compétences (cuisine, animation, jardinage, travaux manuels, travail d'équipe, partage des tâches, etc.) ainsi que leur estime d'elles-mêmes par la découverte et le développement de leurs forces.

Un meilleur financement des organismes est primordial pour assurer la pérennité des activités, accomplir leur mission et maintenir l'expertise développée par les intervenantes. La structure du financement par projet est problématique, car les projets se terminent généralement avec la fin du financement; cette structure ne permet pas de développer des projets à plus long terme ni de combler les besoins associés à la mission de base de l'organisme. Le financement par projet induit une approche expérimentale de l'intervention, par phase, ce qui limite l'intervention globale des organismes. Il ajoute une lourdeur administrative qui mobilise des ressources humaines, pour monter les projets et effectuer les redditions de compte, au lieu de les employer directement pour le bénéfice des femmes.

Une reconnaissance de l'expertise spécifique des organismes communautaires et de ses travailleuses décernerait une visibilité et une valeur accrues à leur travail. Les intervenantes sont en contact avec

⁵⁰ La Coopérative de solidarité SABSA est une clinique de services médicaux et psychosociaux de proximité. Cette clinique adopte une approche humaniste des soins qui répond aux préoccupations des personnes et qui les responsabilise face à leur santé. Divers spécialistes de la santé y travaillent en collaboration interdisciplinaire ainsi qu'avec des organismes communautaires partenaires dans une perspective de réduction des méfaits. Coopérative de solidarité SABSA : <http://www.coop-sabsa.com/philosophie-des-soins/>

les femmes au quotidien, et non seulement en situation de crise. Leur apport peut être très précieux pour les services de santé qui accueillent une femme en crise, par exemple, pour obtenir davantage d'information sur le contexte dans lequel vit cette personne et sur les particularités qui devraient être prises en compte. Il en va de même pour les services juridiques, qui pourraient accueillir le témoignage d'une intervenante pour mieux comprendre la condition et les progrès accomplis par les femmes, par exemple lors de questions liées à la garde des enfants. De plus, la reconnaissance de l'expertise des organismes communautaires contribuerait à déstigmatiser l'utilisation de ces ressources, afin que les personnes les fréquentant ne soient pas victimes de préjugés.

Plusieurs organismes communautaires œuvrent auprès de personnes en situation de crise ou vivant des défis particuliers, dont les besoins sont ciblés. Or, le milieu communautaire contribue au bien-être de l'ensemble de la population québécoise, en couvrant une grande variété de besoins. Ses actions rejoignent tous les groupes d'âge, toutes les classes sociales, et tous les groupes sociaux. À cet égard, il convient de rendre justice au travail qui est effectué par ces organismes, lequel bénéficie à toute la société.

Références bibliographiques

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2004). *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*. Québec. Disponible en ligne à https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=11037
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2016). *Projet de loi 70, Loi visant à permettre une meilleure adéquation entre la formation et l'emploi ainsi qu'à favoriser l'intégration en emploi*, adopté le 10 novembre 2016 par l'Assemblée nationale du Québec. Disponible en ligne à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2016C25F.PDF>
- ASSOCIATION DES PROCHES AIDANTS DE LA CAPITALE-NATIONALE (2017). Site web de l'APACN. Disponible en ligne à <https://www.apacn.org/>
- AUCLAIR, Isabelle (2016). *Le continuum des violences genrées dans les trajectoires migratoires des Colombiennes en situation de refuge en Équateur*, thèse de doctorat, Département d'anthropologie, Université Laval, 371 p.
- BERGERON, M., HÉBERT, M., RICCI, S., et al. (2016). *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec: Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Montréal: Université du Québec à Montréal. Disponible à <http://essimu.quebec/wp/>
- CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (CEPE) (2016). *Faire plus, Faire mieux : Un virage nécessaire*, Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le Troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, janvier, 15 p. Disponible à https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_memoire_plan_action.pdf
- CENTRE D'ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (CEPE) (2016). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2016*, Québec : Gouvernement du Québec, 75 p. Disponible à https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Etat_Situation_2016.pdf
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2016). *Plan d'action régional en santé publique 2016-2020 du CIUSSS de la Capitale-Nationale : Document de travail, Consultation automnale septembre 2016*. Québec : CIUSSS, 196 p.
- CONSEIL CANADIEN DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL (2008). « Définir et redéfinir la pauvreté au Canada », *Perception*, Vol. 29, nos 3&4, 28 p. Disponible en ligne à http://www.ccsd.ca/francais/perception/2934/perception_2934.pdf
- COOPÉRATIVE DE SOLIDARITÉ SABSA (2017). « Philosophie des soins ». Disponible à <http://www.coop-sabsa.com/philosophie-des-soins/>
- CÔTÉ, Linda (2014). « L'usure de compassion ». Disponible en ligne à <http://energievie.ca/organismes-et-intervenants/chroniques-organismes-et-intervenants/lusure-de-compassion/>

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2017). *Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*, « Accès aux services généraux et spécialisés ». Disponible à <http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-aux-services-generaux-et-specialises/>
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1. Disponible à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, L.R.Q., c. 61 Disponible à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-7>
- GUBLIN GUERRERO, Gabriela (2014). « Définitions et approches de la pauvreté », *BSI Economics*, 23 septembre. Disponible à <http://www.bsi-economics.org/416-definitions-approches-pauvrete>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec : INSPQ, 95 p. Disponible à <https://www.inspq.qc.ca/publications/794?themekey-theme=mobile>
- LA MAISON BLEUE (2017). « Qui sommes-nous? », tiré du site web de La Maison Bleue, Disponible à <http://www.maisonbleue.info/fr/qui-sommes-nous>
- MALENFANT, Romaine *et al.* (2004). *Les trajectoires liées à la pauvreté*, Québec : RIPOST, CLSC Hautes-Villes des Rivières, 87 p.
- LAHAYE, Marie-Hélène (2016). « Qu'est-ce que la violence obstétricale? », *Blogue Marie accouche là*, 9 mars, disponible à <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetrique/#xtor=RSS-32280322>
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (2017). *Stratégie d'intervention pour prévenir et contrer les violences à caractère sexuel en enseignement supérieur*. Site web des Journées de réflexion pour prévenir et contrer les violences à caractère sexuel sur les campus universitaires et dans les collèges du Québec. Disponible à <https://securise.education.gouv.qc.ca/violence-a-caractere-sexuel/strategie-dintervention/>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec : Gouvernement du Québec, 24 p. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes. Intervenons ensemble! Québec : Direction des communications du MSSSQ. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-850-01.pdf>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2009). *Les femmes et la santé*, Résumé d'orientation, Suisse, 6 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946*. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2. Disponible à <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- PHILIPPS, Shelley (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche*. Ottawa : Canadian Population Health Initiative sur la santé de la population canadienne (CPHISPC) et Institut canadien d'information sur la santé/Canadian Institut for Health Information

(ICIS/CIHI), juin, 32 p. Disponible à
https://secure.cihi.ca/free_products/CPHIImpactonPoverty_f.pdf

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD-Algérie) (2006). *Rapport sur le développement humain*. PNUD-Algérie, 102 p.

REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (RGF-CN) (2015). *Portrait socio-économique des femmes de la région de la Capitale-Nationale*. Québec : RGF-CN, 84 p.

ROBICHAUD, Jean-Bernard *et al.* (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale; de l'exclusion à l'équité*. Boucherville : Gaëtan Morin, 247 p.

ROC-03 (1997). *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!* Mémoire sur la transformation de la santé et des services sociaux du Québec. Québec, 43 p.

TABLE DE CONCERTATION DES ORGANISMES AU SERVICE DES PERSONNES RÉFUGIÉES ET IMMIGRANTES, (2013). « Volet Femmes ». Disponible à <http://tcri.qc.ca/volets-tcri/femmes>

Annexe 1 – Liste des groupes membres du RGF-CN 2016-2017

Membres réguliers

- CALACS de Charlevoix
- Centre étape
- Centre des femmes de la Basse-Ville
- Centre ressources pour femmes de Beauport
- Centre des femmes de Charlevoix
- Centre femmes aux trois A
- Centre-Femmes aux Plurielles
- Centre Femmes d'aujourd'hui
- Centre Femmes de Portneuf
- Chaire Claire-Bonenfant - Femmes, Savoirs et Sociétés
- Collectif d'accompagnement à l'accouchement « Les Accompagnantes » de Québec
- Collectif Régional Léa-Roback (FFQ)
- Comité d'aide aux femmes Sourdes de Québec
- Comité des femmes du CCQCA CSN
- Comité des femmes du SPGQ
- Comité régional de la condition féminine du SFPQ
- Groupe Femmes, Politique et Démocratie
- La Maison de Marthe
- Maison communautaire Missinak
- Maison pour femmes immigrantes
- Maison des femmes de Québec
- Maison du cœur pour femmes
- Maison Hélène-Lacroix
- Maison Marie-Rollet
- Maison La Montée
- Maison l'Éclaircie
- Mères et monde
- Regroupement des femmes sans emploi du Nord de Québec (ROSE du Nord)
- Réseau femmes et politique municipale de la Capitale-Nationale
- Résidence Le Portail
- Sexplique
- S.O.S. Grossesse
- Violence Info
- Viol-Secours
- YWCA Québec

Membres alliées

- Alliance des maisons d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté de la région 03
- La Coopérative L'Atelier F

Annexe 2 – Questions et thèmes couverts durant la collecte de données

Questions posées pour chacun des thèmes abordés

- Quels sont les besoins actuellement répondus par votre organisme ?
- Quels sont les besoins non répondus ?
- Quelles seraient des solutions ou stratégies pour y répondre ?
- Y a-t-il des besoins particuliers pour des groupes de femmes ciblés ?

Thèmes abordés

- Accessibilité au logement
- Pauvreté
- Violence
- Vieillesse
- Interactions sociales, réseau social, isolement
- Conciliation travail et autres rôles de vie
- Dépendances
- Santé mentale et travail
- Violence
- Phases de vie
 - Adolescentes et jeunes femmes
 - Contraception – Périnatalité – Maternité
 - Vieillesse / Perte d'autonomie
- Situations de crise
- Autonomie corporelle/limitations physiques
- Insertion dans le système de santé
- Image corporelle/troubles alimentaires
- Besoins physiques de base
- Santé sexuelle et reproductive
- Santé mentale
- Santé sociale
- Autres enjeux

Annexe 3 – Autres organismes ayant participé au projet

- ATQ - Aide aux trans du Québec
- Albatros Québec
- Association de fibromyalgie – région de Québec
- Association des proches aidants de la Capitale-Nationale
- BAIL – Bureau d’Animation et Information Logement du Québec Métropolitain
- Centre d'amitié autochtone de Québec
- Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent
- Clinique SPOT
- Comptoir Agoshin
- GRIS-Québec
- Le Piolet
- Maison Charlotte
- PIPQ - Projet Intervention Prostitution Québec
- Projet L.U.N.E.
- Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec - RAIQ
- Travail de rue actions et initiatives communautaires jeunesse - TRAIC Jeunesse

Les résumés découlant de la rencontre pour la région de Québec organisée par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes, en lien avec le projet de partenariat pour lutter contre la violence faite aux femmes immigrantes et racisées, le 27 janvier 2016, ont également fait partie des données analysées pour produire ce rapport.