



Portrait de la santé des femmes en Mauricie

**Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie
En collaboration avec l'Université du Québec à Trois-Rivières**

Crédits

Coordination, recherche et rédaction (UQTR)

Mireille Lalancette

Professeure en communication sociale à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Audrey Dupuis

Chercheure étudiante et candidate à la maîtrise en communication sociale à l'UQTR

Marie-Élaine Laroche

Stagiaire en communication sociale à l'UQTR

Membres du comité Santé des femmes (TCMFM)

Joanne Blais

Coordonnatrice de la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie (TCMFM)

Myrabelle Chicoine

Conseillère en développement à la Conférence régionale des élus de la Mauricie

Hélène Dargis

Répondante pastorale sociale et condition des femmes au Diocèse de Trois-Rivières

Manon Filion

Conseillère au ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire

France Lavigne

Coordonnatrice des communications et de la vie associative au Centre de femmes de Shawinigan

Colette Marcotte

Responsable régionale du Conseil du statut de la femme

Liette Moreau

Membre individuelle de la TCMFM

Cindy Raiche

Agente de projets à la TCMFM

Partenaires financiers

La réalisation de ce portrait a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Conférence régionale des élus de la Mauricie, ainsi que du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, et ce, dans le cadre d'une entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes en Mauricie.

Autres ressources

Organismes communautaires de la Mauricie (annexe B)

Ginette Bergevin (Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale)

Sandra Sylvestre (médecin résidente-Unité de médecine familiale-CSSS de l'Énergie)

Julie-Marthe Grenier (professeure, Département de chiropratique, médecine podiatrice, UQTR)

Résumé

Une série d'évènements ont marqué l'évolution de la santé des femmes au Québec, des années 1960 à aujourd'hui. Ce n'est cependant qu'à partir des années 1990 que la santé des femmes est officiellement intégrée aux réflexions et aux actions gouvernementales, avec la tenue de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies des femmes de Beijing en 1995. Cela dit, plusieurs organismes et regroupements jouissent de cette avancée au Canada et au Québec, comme la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie. Ce portrait de la santé des femmes en Mauricie est d'ailleurs une initiative de ce regroupement.

En fait, la santé des femmes est une préoccupation qui est discutée et placée, peu à peu, au cœur des orientations gouvernementales. De plus, peu de documents regroupent les diverses données disponibles au sujet de la santé des femmes en Mauricie. Ces raisons justifient l'élaboration d'un tel portrait qui se veut exploratoire, jetant les bases d'un tour d'horizon en vérifiant l'adéquation entre les besoins actuels et les services existants.

Par conséquent, le portrait comprend deux volets d'importance égale : les données statistiques ainsi que les préoccupations et suggestions du milieu. Les premières relèvent de la lecture de multiples documents gouvernementaux et non gouvernementaux, comme des articles portant sur la santé des femmes, tandis que les deuxièmes ont été relevées durant les entrevues réalisées auprès d'organismes communautaires de la région de la Mauricie.

Le présent portrait de la santé des femmes en Mauricie comprend six chapitres. Ils sont introduits par un historique sur le mouvement pour la santé des femmes au Québec, dont les données tiennent compte des 12 déterminants de la santé, ainsi que par les composantes de la recherche.

Le premier chapitre fait état des caractéristiques régionales et locales concernant la superficie, les MRC et villes, la population, le statut familial, l'éducation, les secteurs de travail, le marché du travail, les centres de formation ainsi que les hôpitaux et autres institutions de santé.

Le deuxième chapitre a trait à la santé physique des femmes en Mauricie, tels l'état de santé général, l'espérance de vie et les principales causes de décès, le taux de mortalité, les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies infectieuses ainsi que le vieillissement et ses problématiques de santé.

Le troisième chapitre porte sur la santé mentale et psychologique des Mauriciennes. Il est alors question de la perception de l'état de santé mentale et psychologique, de la détresse psychologique, des dépendances, de l'image corporelle et des troubles

alimentaires, du harcèlement psychologique au travail, de la criminalité, des agressions sexuelles ainsi que de la violence conjugale.

Le quatrième chapitre traite de la santé sexuelle et reproductive des femmes en Mauricie. Il est question des campagnes de sensibilisation, des processus naturels liés à la reproduction, de la sexualité chez les adolescentes et adolescents ainsi que des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Le cinquième chapitre expose les données relatives à la santé et au milieu de vie, dont la pollution, la qualité de l'air et de l'eau, le milieu de vie ainsi que les services de santé.

Finalement, le sixième chapitre expose les préoccupations et les suggestions relevées à partir des entrevues réalisées auprès d'organismes communautaires. Des éléments récurrents y sont soulevés à propos de la santé mentale, des doubles problématiques vécues par les femmes, des services de santé, des problématiques liées à la santé et à l'intégration des femmes immigrantes, de l'Internet et la santé, des ressources humaines et monétaires ainsi que du manque d'information, de sensibilisation et de prévention au sujet de certaines préoccupations des femmes.

Les chapitres 1 à 5 permettent ainsi d'établir le portrait statistique des données disponibles au sujet de la santé des femmes en Mauricie. Le chapitre 6, quant à lui, dévoile les préoccupations et suggestions soulevées dans plusieurs organismes communautaires de la région, dévoilant diverses pistes à explorer en vue de l'amélioration de la qualité de vie des femmes et de leurs proches.

Table des matières

Introduction	9
Historique du mouvement pour la santé des femmes au Québec	9
Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie	12
Présentation du projet de recherche	12
Objectifs du projet de recherche.....	13
Méthodologie de la recherche	13
Définition de la santé des femmes.....	14
La Stratégie pour la santé des femmes au Canada	15
L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) au Québec.....	16
Chapitre 1 – Caractéristiques régionales et locales	17
Superficie.....	17
MRC et villes	17
<i>MRC de Maskinongé</i>	17
<i>MRC de Mékinac</i>	17
<i>MRC Des Chenaux</i>	18
<i>Ville de Shawinigan</i>	18
<i>Ville de Trois-Rivières</i>	18
<i>Agglomération de La Tuque</i>	19
Population	19
<i>La Mauricie dans son ensemble</i>	19
<i>Immigration</i>	20
<i>Population autochtone</i>	20
<i>Femmes handicapées</i>	21
<i>Personnes vivant seules</i>	21
Statut familial	21
<i>Structure familiale</i>	21
<i>Conciliation travail et famille</i>	22
Éducation.....	22
<i>Diplomation</i>	22
<i>Décrochage scolaire</i>	23
<i>Influence de la scolarité sur le taux d'emploi</i>	23
Secteurs de travail	24
Marché du travail	24
Centres de formation	26
Hôpitaux et autres institutions de santé	26
Chapitre 2 – Santé physique	27
État de santé général.....	27
<i>Activité physique</i>	27
<i>Tabagisme</i>	28
Espérance de vie et principales causes de décès	28
Taux de mortalité	29
Maladies chroniques	29

Maladies cardiovasculaires.....	30
Cancers	30
Maladies infectieuses	31
Vieillesse et problématiques de santé	31
Chapitre 3 – Santé mentale et psychologique	33
Perception de l'état de santé mentale et psychologique	33
Détresse psychologique	34
<i>Dépression et stress</i>	34
<i>Suicide</i>	35
Dépendances	36
<i>Consommation de drogues</i>	36
<i>Consommation de psychotropes</i>	36
<i>Alcool</i>	37
Image corporelle et troubles alimentaires.....	37
Harcèlement psychologique au travail.....	38
Criminalité	39
Agressions sexuelles	40
Violence conjugale	42
Chapitre 4 – Santé sexuelle et reproductive.....	44
Campagnes de sensibilisation	44
Processus naturels liés à la reproduction.....	44
<i>Contraception, grossesses et avortements</i>	44
<i>Accouchements et naissances</i>	46
<i>Ménopause</i>	46
Sexualité chez les adolescentes et adolescents	47
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).....	47
<i>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</i>	47
<i>Chlamydie</i>	48
<i>Gonorrhée</i>	48
<i>Syphilis infectieuse</i>	49
<i>Hépatites B et C</i>	49
Chapitre 5 – Santé et milieu de vie	50
Pollution, qualité de l'air et de l'eau	50
Milieu de vie	51
<i>Pauvreté</i>	51
<i>Logement</i>	52
<i>Itinérance</i>	53
<i>Prostitution</i>	53
Services de santé.....	53
<i>Travailleuses</i>	53
<i>Proches aidantes</i>	53
Chapitre 6 – Préoccupations et suggestions du milieu.....	55
Préoccupations.....	55
<i>Santé mentale</i>	55
<i>Doubles problématiques</i>	55
<i>Services de santé</i>	56

<i>Immigration</i>	57
<i>Internet et santé</i>	57
Suggestions.....	57
<i>Ressources humaines et monétaires</i>	57
<i>Information, sensibilisation et prévention</i>	58
Conclusion	59
Références	60
Annexes	67
Annexe A – Déterminants de la santé de Santé Canada	67
Annexe B – Descriptif des organismes rencontrés.....	69
Annexe C – Liste des organismes oeuvrant pour les femmes en Mauricie.....	71



Introduction

Historique du mouvement pour la santé des femmes au Québec

La santé des femmes a longtemps été conceptualisée en fonction de la terminologie liée à la biologie, empruntant ainsi une vision plus médicale. Elle est aujourd'hui davantage perçue comme une résultante d'interactions entre les visions médicale, psychologique, historique, économique et sociale. En effet, une série d'évènements ont marqué l'évolution de la santé des femmes au Québec. Ces derniers proviennent de trois sources différentes en matière d'histoire du mouvement pour la santé des femmes. Il y a d'abord *La constante progression des femmes* du Conseil du statut de la femme (2008), la conférence « Quelques débats qui ont marqué le mouvement des femmes et le féminisme » donnée par l'historienne Micheline Dumont (2011) ainsi que le Plan d'action régional en santé des femmes de 2004-2007 de l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Il est important de noter que les références citées dans cette introduction sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

Voici quelques-unes de ces dates marquantes, regroupées en fonction des décennies, allant de 1960 à aujourd'hui :

Les années 1960 représentent une décennie de dénonciations et de revendications. L'année 1969 marque d'ailleurs l'émergence du féminisme radical. Des changements sont alors apportés dans la façon de définir la santé des femmes.

1960 : autorisation de la mise en marché de la pilule contraceptive par les institutions gouvernementales fédérales.

1964 : accès des filles aux écoles et aux professions favorisé grâce au rapport Parent qui vise à démocratiser l'éducation ; octroi des premiers congés de maternité (congé non rémunérés alloués aux infirmières de l'Alliance de Montréal).

1966 : mise sur pied de la Fédération des femmes du Québec (FFQ) et de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS).

1967 : première commission d'enquête qui se penche sur la situation des femmes au Canada (commission Bird).

1969 : appui du Montreal Women's Liberation Movement à la première clinique d'avortement du Dr Henry Morgentaler ; légalisation de l'avortement en milieu hospitalier ; début d'une lutte pour le droit à l'avortement gratuit et libre ; apparition du Front de libération des femmes (FLF).

Les années 1970 sont axées sur le développement de services, la réflexion, l'action, l'analyse et la dénonciation des failles du système de santé et des orientations gouvernementales :

Le développement, comme n'importe quel autre domaine d'activités, s'est édifié sur l'invisibilité des femmes. Il a fallu attendre 1973 pour qu'on commence à parler d'intégrer les femmes au développement : c'est-à-dire reconnaître leur contribution économique à la société, leur donner plein accès au marché de l'emploi, et reconnaître l'égalité des hommes et des femmes dans toutes les sphères de la vie sociale. (Gitz : 137 ; Moser : 99, cités dans Relais-femmes, 1997, p. 25)

Ainsi, cette décennie est caractérisée par l'explosion d'activités communautaires se rapportant à la santé des femmes. Les centres de santé ainsi que les pratiques d'auto-santé voient le jour.

1971 : octroi de 15 semaines de prestations de maternité par le régime fédéral d'assurance-chômage.

1972 : mise en place de la politique gouvernementale en planification des naissances et ouverture du Centre des femmes de Montréal ; création de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

1973 : création du Conseil du statut de la femme et mise en place de la politique de périnatalité.

1974 : naissance de l'Association des femmes autochtones (FAQ).

1975 : adoption de la Charte des droits et libertés de la personne au Québec ; mise sur pied des premières maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et formation d'un réseau d'aide subventionné en 1977.

1977 : implantation de cliniques de planification des naissances par le gouvernement du Québec ; création du groupe québécois Naissance-Renaissance.

1978 : rapport intitulé *Pour les Québécoises : égalité et indépendance* du Conseil du statut de la femme remis au gouvernement. Ce document décortique tous les aspects de la condition féminine et formule plus de 300 recommandations. Le gouvernement adopte d'emblée les propositions du Conseil et en fait sa politique officielle. Pour appliquer cette politique, le premier ministre nomme M^{me} Lise Payette ministre d'État à la Condition féminine. Puis, la Loi sur le salaire minimum est corrigée par l'Assemblée nationale et un congé de maternité de 18 semaines est octroyé.

1979 : thème de la violence intégré au congrès de la Fédération des femmes du Québec (FFQ), problématique qui avait été ignorée dans le rapport Bird ; création des services de garde à l'enfance.

Les années 1980 constituent une période importante d'élaboration de programmes gouvernementaux, qui favorisent différentes initiatives communautaires pour la santé des femmes. Plusieurs écrits sur la socialisation dans le développement de la maladie mentale et sur le sexisme dans les pratiques médicales voient le jour. Des regroupements provinciaux sont mis sur pied durant cette période.

1980 : organisation de colloques sur la violence faite aux femmes dans les régions du Québec.

1981 : reconnaissance de l'égalité entre conjoints.

1982 : interdiction du harcèlement lié à tout mode de discrimination.

1983 : naissance du Collectif des femmes immigrantes, qui vise à protéger les droits des immigrantes.

1986 : droit de vote des femmes autochtones qui habitent dans des réserves.

Ainsi, les démarches menées entre 1960 et 1990 incitent les gouvernements provinciaux et fédéraux à faire de la santé des femmes un sujet récurrent et important. De plus, celles-ci les amènent à intégrer davantage de définitions de la santé des femmes dans divers projets. À titre d'exemple, Santé Canada a élaboré la Stratégie pour la santé des femmes afin de favoriser un traitement égal entre les sexes. Cet engagement a été adopté dans le Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies des femmes tenue à Beijing en 1995. Les déterminants de la santé abordés plus loin ont été élaborés dans le cadre de ce programme. Des années 1990 à aujourd'hui, la question de l'égalité entre les femmes et les hommes est toujours débattue. Des politiques sont alors adoptées et des revendications continuent d'avoir lieu.

C'est donc à partir des années 1990 que la santé des femmes est officiellement intégrée aux réflexions et actions gouvernementales. Plusieurs organismes et regroupements se réjouissent de cette avancée au Canada et au Québec, comme la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie. Ce portrait de la santé des femmes en Mauricie est d'ailleurs une initiative de ce regroupement.

Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie

La Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie est un regroupement régional féministe de défense collective des droits qui a pour mission de favoriser la concertation et d'agir sur les questions mettant en jeu les intérêts et les conditions de vie des femmes. Parmi les divers comités et projets qu'elle chapeaute, celui portant sur la santé des femmes détient une place importante. Ce comité propose des actions qui tentent d'améliorer la qualité de vie des femmes et de leurs proches¹. Le présent portrait de la santé des femmes en Mauricie constitue une de ces actions.

Présentation du projet de recherche

Dans un rapport paru en 1994, le Comité consultatif sur les questions des femmes dans le domaine de la recherche en santé du Conseil de recherches médicales du Canada estimait que seulement 5 % des fonds du Conseil consacrés à la recherche allaient spécialement à des projets sur des questions de santé intéressant les femmes. Les femmes sont également exclues de la recherche comme telle, ce qui crée des problèmes de validité et d'importantes lacunes dans la compréhension de nombreux aspects de la santé des femmes. (Santé Canada, 1999, p. 12)

La santé des femmes est une préoccupation qui n'est pas toujours accompagnée de travaux. Que ce soit au Canada ou au Québec, la santé des femmes est discutée et placée peu à peu au cœur des orientations gouvernementales. À titre d'exemple, au Québec, trois orientations sont visées dans le plan d'action en santé et bien-être des femmes du ministère de la Santé et des Services sociaux de 2012-2013. La première vise à améliorer les connaissances des besoins des Québécoises en la matière. La deuxième vise à adapter les soins de santé et les services sociaux de ces femmes. La dernière a pour objectif d'intégrer ces besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale.

Néanmoins, en 2006, le gouvernement québécois lançait une nouvelle politique en matière d'égalité entre les hommes et les femmes. Cette politique intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* est assortie d'un plan d'action 2007-2010². Lors du lancement de la politique et de son plan, le ministère de la Famille et des Aînés soulignait l'ampleur du travail qui restait à accomplir. Parmi les six orientations clés de cette politique, on retrouve la nécessité d'approches de santé adaptées aux femmes. À la suite de l'exploration des informations disponibles, il est permis de croire que les femmes vivent certaines problématiques distinctes des hommes au point de vue de la

¹ Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie, <http://www.tcmfm.ca/qui-sommes-nous>, page consultée le 27 mai 2011.

² Le deuxième plan d'action n'était pas encore disponible au moment où ce portrait a été rédigé.

santé. De plus, il n'existe pas à ce jour de bilan des problèmes et enjeux liés à la santé des femmes en Mauricie.

Objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche réalisé par des chercheuses de l'Université du Québec à Trois-Rivières³ et mené conjointement avec le comité Santé des femmes de la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie vise donc à jeter les bases d'un tel tour d'horizon en vérifiant l'adéquation entre les besoins actuels et les services existants. À partir de cette première étape exploratoire, il conviendra lors d'une étape ultérieure de faciliter le développement d'un bouquet de mesures en santé des femmes en Mauricie.

Ce projet de recherche vise quatre principaux objectifs :

Consulter et synthétiser les bilans similaires déjà effectués, différents documents produits par les gouvernements québécois et canadiens au sujet de la santé des femmes, ainsi que d'autres recherches pertinentes.

Recueillir et synthétiser les préoccupations des principaux intervenants et intervenantes en santé des femmes en Mauricie afin de dresser un aperçu de la situation actuelle, d'en identifier les lacunes et de définir les champs d'action prioritaires à privilégier (en suivant les principes de l'analyse différenciée selon les sexes).

Analyser les données recueillies en prenant en considération, autant que possible, les 12 déterminants de la santé définis par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé (voir annexe A) afin d'évaluer de façon globale l'état de santé des femmes.

Proposer un rapport des données disponibles au sujet de la santé des femmes en Mauricie, faire ressortir les faits saillants ainsi que les préoccupations et suggestions des partenaires du milieu, et ce, en vue de la préparation d'une prochaine étape portant sur la proposition d'un bouquet de mesures reliées à la santé des femmes en Mauricie.

Méthodologie de la recherche

La méthodologie du projet de recherche comprend deux parties distinctes.

En premier lieu, une recension des écrits fédéraux, provinciaux, régionaux et locaux au sujet de la santé des femmes a été effectuée. Les informations ont été synthétisées et

³ Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières à l'été 2010.

analysées afin de recueillir toutes les données pertinentes au portrait. Les données sont généralement présentées selon la hiérarchie des paliers gouvernementaux, soit le fédéral, le provincial et le régional. Il est important de noter que les données sexuées pour la région de la Mauricie ont été utilisées pour ce portrait. Toutefois, les recherches menées à ce sujet n'utilisent pas toujours la variable sexe et certaines données concernent à la fois la Mauricie et le Centre-du-Québec.

En deuxième lieu, des entretiens avec des intervenantes en santé des femmes de la région ont été réalisés à l'été 2010. L'état de la situation actuelle des organismes de la région, les préoccupations par rapport aux besoins en santé des femmes ainsi que les champs d'action prioritaires ont été relevés au cours d'entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de cinquante minutes avec des intervenantes clés du monde communautaire qui travaillent de près ou de loin avec les femmes. Ces intervenantes ont discuté des tenants et aboutissants liés à la santé des femmes de la Mauricie en toute connaissance de cause.

Finalement, les données recueillies ont été analysées en fonction des 12 déterminants de la santé définis par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé. Ces données au sujet de la santé des femmes en Mauricie permettront d'identifier les zones possibles d'intervention.

Définition de la santé des femmes

Il existe plusieurs définitions de la santé des femmes. Ces définitions varient selon les projets, les paliers gouvernementaux et les objectifs visés. Pour le présent projet de recherche, c'est la définition offerte par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes qui a été retenue :

La santé est l'expression d'un équilibre dynamique au niveau physique, psychologique, intellectuel et spirituel qui prend en compte les déterminants de la santé tels que définis par Santé Canada. Selon ce regroupement : « La santé des femmes est un état d'équilibre global et harmonieux avec soi-même et avec les autres, prenant en compte les besoins individuels et collectifs des femmes au niveau de leurs différences psychologiques et culturelles. Différences qui découlent de leur appartenance au sexe féminin ainsi que [de] leurs propres normes, modèles et valeurs en matière de santé. (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000, p. 7)

Il existe 12 déterminants de la santé, définis par Santé Canada (Bureau du vérificateur général du Canada, 2001): le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes d'hygiène et les capacités d'adaptation personnelles, le sain développement de l'enfance, le patrimoine biologique

et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Bien entendu, il est difficile de séparer chacun de ces déterminants dans la réalisation d'une recherche. En effet, comme le spécifie Santé Canada, ces déterminants sont interactifs. À titre d'exemple, la scolarité, l'emploi et le revenu sont des déterminants qui ont des répercussions les uns sur les autres. C'est pourquoi, dans cette recherche, les déterminants ont été envisagés lors de chacune des étapes. Par ailleurs, il est important de prendre en considération que les attributs sociaux des femmes et des hommes ont aussi une incidence sur ces déterminants. Une description détaillée de chacun de ces déterminants est présentée à l'annexe A.

Il existe quelques travaux récents qui s'intéressent plus particulièrement aux femmes et à leur santé. Parmi ces initiatives, on trouve le portrait statistique égalité femmes/hommes du Conseil du statut de la femme (2010), le plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010) ainsi que le plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007 de la Capitale-Nationale (2004).

La Stratégie pour la santé des femmes au Canada

La Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada repose sur « la reconnaissance à l'échelle mondiale que le système de santé doit accorder aux femmes et aux hommes un traitement égal dans tous les sens du terme et viser des résultats équitables pour les femmes comme pour les hommes » (Santé Canada, 1999, p. 3). Cet engagement a été affirmé lors de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, où un programme d'action a été adopté.

Les différents postulats énoncés dans le Programme d'action de Beijing reposent sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire que tous les aspects de la vie des femmes – physique, psychologique, social, économique et juridique – sont interdépendants et influencent leur santé et leur bien-être. Ce projet s'inscrit dans le prolongement de cette façon d'appréhender la santé des femmes. Celle-ci est également au cœur de l'approche comparative selon les sexes, communément appelée ACS.

Cela dit, l'ACS est un processus qui évalue les répercussions différentes des politiques, mesures législatives et programmes existants ou proposés sur les femmes et sur les hommes. Il s'agit d'un outil qui permet de comprendre le processus social et de proposer des options éclairées et équitables selon le résumé du séminaire organisé par Relais-femmes (1997, p. 8). Au palier provincial, c'est plutôt le terme *ADS* qui est emprunté, soit l'analyse différenciée selon les sexes.

L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) au Québec

Au Québec, on utilise l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), qui s'apparente à l'ACS. Il s'agit d'un « processus d'analyse favorisant l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes par l'entremise des orientations et des actions des instances décisionnelles de la société sur les plans local, régional et national » (Secrétariat à la condition féminine, 2007, p. 3). L'ADS relève d'une stratégie d'action en santé et bien-être des femmes et d'objectifs ministériels qui ont été instaurés en 2003 dans un document intitulé *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*.

L'analyse différenciée selon les sexes a pour objectif de discerner de façon préventive les effets de l'adoption d'un projet pouvant différer entre les femmes et les hommes. L'ADS est intégrée au cours de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du suivi d'un projet. De ce fait, les mesures pourront varier en fonction du sexe afin de réduire les inégalités. L'égalité de fait constitue l'ultime objectif.

Une distinction est effectuée entre le terme *sexe* et le concept de *genre* dans la littérature. Le *sexe* est plutôt catégorisé sous l'angle des différences biologiques entre mâles et femelles, les fonctions de procréation et les distinctions des organes génitaux. Le *genre* réfère quant à lui à la classification sociale à laquelle est intégrée la notion de culture (Oakley, 1972 ; cité par Delphy dans Hurtig et autres : 91, *Relais-femmes*, 1997, p. 28)

Comme les déterminants de la santé tels que décrits par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé sont principalement remis en cause, la notion de genre sera plutôt utilisée afin de dresser un portrait général de la santé des femmes en Mauricie.

Les prochains chapitres mettront de l'avant les caractéristiques nationales, régionales et locales ainsi que l'état de la santé physique, de la santé mentale et psychologique, de la santé sexuelle et reproductive des femmes. Des liens entre santé et environnement seront ensuite abordés, de même que la question des services de santé.



Chapitre 1 – Caractéristiques régionales et locales

Ce chapitre regroupe diverses données sur la région et met de l'avant les caractéristiques propres à chaque localité. Il convient de bien cerner les caractéristiques géographiques et sociodémographiques ainsi que les conditions de vie afin d'être en mesure de comprendre leurs possibles impacts sur la santé des femmes. Dans ce chapitre, la superficie de la Mauricie, la description des MRC et des villes, la population, les caractéristiques propres au statut familial, à l'éducation, au marché du travail, aux secteurs de travail, aux centres de formation ainsi qu'aux hôpitaux et autres institutions de santé seront abordées. Il est important de noter que les références citées dans ce chapitre sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

Superficie

La région de la Mauricie compte 39 815 km² selon l'Institut de la statistique du Québec (2010) et elle est composée de trois MRC (Maskinongé, Mékinac, Des Chenaux), deux villes (Shawinigan et Trois-Rivières) et une agglomération (La Tuque). Elle regroupe 49 municipalités. Cette superficie correspond à 2,6 % de l'ensemble du Québec. Les prochains paragraphes présentent des données propres à chaque territoire.

MRC et villes

MRC de Maskinongé

La MRC de Maskinongé regroupe 17 municipalités, couvrant une superficie de 2 479 km². En 2009, elle comptait 36 388 habitants, dont 17 832 femmes qui sont majoritairement âgées de 45 à 64 ans. La MRC de Maskinongé a cependant enregistré une croissance de sa population de 1,3 % entre 1996 et 2006. Elle constitue donc le territoire le plus peuplé de la Mauricie, après les villes de Shawinigan et de Trois-Rivières. De plus, le salaire moyen d'un travailleur âgé de 24 à 65 ans est de 34 526 \$, femmes et hommes réunis. De façon distincte, les femmes gagnent en moyenne 27 755 \$ comparativement à 40 106 \$ chez les hommes. Côté environnement, cette MRC se caractérise par la présence du lac Saint-Pierre qui est désigné Réserve mondiale de la biosphère par l'UNESCO.

MRC de Mékinac

La MRC de Mékinac compte une superficie de 5 606 km² et regroupe 10 municipalités. En 2009, le territoire de Mékinac comptait 12 631 habitants, dont 6 206 femmes majoritairement âgées de 45 à 64 ans. La région de la Mauricie est l'une des plus vieillissantes au Québec et c'est dans la MRC de Mékinac que la proportion de jeunes de moins de 15 ans est la plus faible (11,8 %) et celle des personnes âgées de 65 ans et plus, une des plus élevées (21,1 %). Cette MRC a connu la plus faible croissance de

population dans la région entre 1996 et 2006 avec un taux de 6 %. Le revenu moyen des travailleurs âgés entre 25 et 64 ans était de 32 170 \$ en 2008. Le salaire des femmes était de 25 751 \$ par année tandis que celui des hommes était de 37 517 \$.

MRC Des Chenaux

La MRC Des Chenaux regroupe 10 municipalités situées entre Trois-Rivières et Shawinigan et couvrant une superficie de 859 km². En 2009, 17 311 individus habitaient le territoire, dont 8 340 femmes âgées de 45 à 64 ans. La MRC Des Chenaux détient le taux de féminité le plus faible en Mauricie, soit 49 %. Le salaire moyen des travailleurs âgés de 25 à 64 ans est de 37 786 \$. Le revenu des femmes est de 29 132 \$ par année tandis que celui des hommes est de 41 077 \$. Côté environnement, cette MRC présente les traits caractéristiques de la ruralité québécoise. Les activités urbaines sont principalement regroupées dans les villages tandis que le paysage rural fait place aux activités agricoles et possède des grandes étendues vertes ainsi que de multiples cours d'eau.

Ville de Shawinigan

Le territoire de la ville de Shawinigan compte une superficie de 952 km², y compris la superficie du Parc national du Canada de la Mauricie. En 2009, 51 083 individus habitaient cette ville, dont 26 242 femmes qui sont majoritairement âgées de 45 à 54 ans (17,6 %) et de 55 à 64 ans (15,8 %). D'autre part, Shawinigan détient le taux de féminité le plus élevé, soit 52,5 %. C'est aussi à Shawinigan que la proportion de femmes vivant seules est la plus importante en 2006 (22,9 %). Le revenu moyen des travailleurs âgés de 25 à 64 ans est de 37 945 \$. Le revenu moyen des femmes est de 30 326 \$ comparativement à 44 655 \$ chez les hommes. Côté environnement, cette ville partage avec la MRC de Mékinac une grande partie de la réserve faunique du Saint-Maurice ainsi que le Parc national du Canada de la Mauricie. Près de 2 000 lacs y sont répandus, ce qui illustre la prédominance de plans d'eau et de forêts sur ces territoires.

Ville de Trois-Rivières

Le territoire de la ville de Trois-Rivières compte une superficie de 288 km². En 2009, 129 519 individus habitaient cette ville, dont 66 580 femmes. Il est donc le plus densément peuplé de la Mauricie. Il rassemble presque la moitié des habitants de la région. La ville de Trois-Rivières a enregistré une croissance de sa population de 1,5 % entre 1996 et 2006. Trois-Rivières accueille 68,2 % de la population immigrante de la région. La majorité des femmes sont âgées de 45 à 54 ans (16,4 %) et de 55 à 64 ans (14,4 %). Le revenu moyen des habitants âgés de 25 à 64 ans est de 43 091 \$. En ce qui a trait au revenu des femmes, il s'établit à 33 622 \$. La valeur foncière moyenne des propriétés y est aussi beaucoup plus élevée qu'ailleurs en région.

Agglomération de La Tuque

L'agglomération de La Tuque compte une superficie de 28 421,48 km². En 2009, 15 467 individus habitaient ce territoire, dont 7 466 femmes. Une majorité d'entre elles ont moins de 15 ans (17,2 %) et sont âgées de 45 à 54 ans (16,8 %). De plus, un grand nombre de jeunes habitent cette ville, soit 18,1 % d'individus âgés de moins de 15 ans et 6,7 % de jeunes âgés de 15 à 19 ans. Il est pertinent de noter que 1,5 % de la population autochtone du Québec résidait dans cette agglomération en 2006 et que cette population est beaucoup plus jeune que la population non autochtone. En fait, l'âge médian de cette population était de 23 ans en 2006 tandis qu'elle était de 46 ans pour la population non autochtone la même année. Également, plus de la moitié des Autochtones (54 %) avaient moins de 25 ans. Malgré ces données, la perspective démographique de cette agglomération est négative. Le revenu moyen d'un travailleur âgé de 25 à 64 ans est de 38 363 \$. De façon distincte, les femmes gagnent en moyenne 28 483 \$ comparativement à 46 817 \$ chez les hommes.

Population

La Mauricie dans son ensemble

La population de la Mauricie a décliné entre les années 1995 et 2000. Cependant, depuis le début du deuxième millénaire, les données indiquent l'installation d'une croissance et d'un bilan davantage favorable. Selon les estimations provisoires de l'Institut de la statistique du Québec (2010), 262 399 individus habitaient la Mauricie en 2009. En 2006, 133 350 femmes habitaient le territoire tandis que 3 734 624 femmes étaient répertoriées au Québec. Le nombre d'habitants par MRC et territoires est réparti de la façon suivante :

Tableau 1. Population de la Mauricie selon le territoire

	Population, 2009
Mékinac	12 631
Shawinigan	51 083
Trois-Rivières	129 519
Des Chenaux	17 311
Maskinongé	36 388
La Tuque	15 467
Mauricie	262 399
Québec	7 828 879

Source : Institut de la statistique du Québec (2010). *Bulletin statistique régional. Édition 2010. Mauricie*, gouvernement du Québec, p. 3.

La Mauricie est connue comme étant l'une des régions du Québec où la population est la plus vieillissante. En 2009, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus y était d'ailleurs plus élevé (18,8 %) que dans la province (14,9 %). De plus, le nombre de jeunes

âgés de moins de 20 ans y est moins élevé (19,6 %) que pour l'ensemble du Québec (22,2 %). La population âgée de 25 à 34 ans est moindre en Mauricie qu'au Québec (10,3 % contre 12,7 %). Il s'agit de la population la plus susceptible de fonder une famille.

En Mauricie, la proportion de femmes (51,5 %) est quasiment équivalente à la moyenne québécoise, qui s'élève à 51,1 %. De plus, les personnes âgées de 75 à 84 ans sont majoritairement des femmes (61,8 %). Près des trois quarts des individus âgés de 85 ans et plus (73,4 %) sont de sexe féminin. L'âge moyen des résidentes de la Mauricie est de 45 ans, et ce, en 2008 et 2009. Pour les hommes, en 2009, l'âge moyen était de 42,1 ans. L'espérance de vie sur le territoire est de 82,7 ans pour les femmes et de 77,4 ans pour les hommes. Il existe une variation de -0,3 % chez les femmes par rapport à la moyenne du Québec et de -0,7 % chez les hommes.

Immigration

La Mauricie est loin d'être la première destination choisie par la population immigrante. Entre 2005 et 2009, la région a accueilli 1,5 % de la population immigrante totale de la province. À titre comparatif, Montréal a accueilli 73 % de cette population. En 2006, la région de la Mauricie comptait 3 980 personnes immigrées, qui formaient 1,6 % de la population totale de la région. Entre 2001 et 2003, les principales catégories d'immigration en Mauricie étaient l'immigration économique (43 %), le regroupement familial (34 %) et les réfugiés (23 %). Selon le Conseil du statut de la femme, la proportion féminine de la population immigrée en Mauricie se situait à 50,25 % en 2006, soit 2 000 femmes comparativement à 1 980 hommes. En 2001, le taux d'activité des femmes immigrées en Mauricie était de 48,3 %, tandis que le taux de chômage des femmes immigrées en Mauricie s'élevait à 10,3 %. Notons que Trois-Rivières compte la proportion de la population immigrante la plus importante de la région. D'ailleurs, les prestataires de l'assistance-emploi issus de la population immigrée se concentrent à 81,4 % dans la ville de Trois-Rivières. En ce qui a trait au niveau de scolarité des femmes immigrantes, plus de 30 % ne dépassent pas le nombre de 13 années d'études.

Population autochtone

En 2006 en Mauricie, la population autochtone s'élevait à 3 892 habitants, comprenant 1 866 femmes et 2 026 hommes selon le Conseil du statut de la femme. Les Autochtones de la Mauricie appartiennent à la nation Atikamekw. Plus de la moitié des Autochtones appartenant à cette nation vivent en Mauricie (63,2 %). Ils se situent principalement dans l'agglomération de La Tuque et représentent 25,2 % de la population totale de ce territoire, soit environ un habitant sur quatre. Selon Statistique Canada, 91 % de la population autochtone de l'agglomération de La Tuque appartenaient aux Premières Nations en 2006. Un autre 7 % de cette population disait être métis tandis que 2 % étaient liés à plus d'un groupe. La population autochtone est très jeune dans cette agglomération, puisque 54 % de cette dernière avait moins de 25 ans en 2006.

Femmes handicapées

En 2006, le nombre de personnes handicapées au Québec s'élevait à 750 000, soit près de 10 % de la population. Le sexe et l'âge sont des variables à considérer en lien avec cette thématique. En fait, chez les jeunes âgés de moins de 15 ans, davantage de garçons handicapés que de filles handicapées sont dénombrés. À l'inverse, le taux de femmes handicapées est plus élevé que le taux d'hommes handicapés chez les personnes âgées de plus de 15 ans selon l'Office des personnes handicapées du Québec. De surcroît, plus l'âge augmente, plus le taux augmente. Par exemple, la proportion de personnes handicapées passe de 7 % chez les 15 à 64 ans à 28 % chez les 65 ans et plus.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (dans l'Information sur le marché du travail, 2002), 43 850 personnes avaient une incapacité en Mauricie en 2002, dont 35,2 % étaient âgés de 65 ans et plus. Chez les personnes âgées de 15 à 64 ans, un peu plus d'hommes (50,2 %) sont handicapés que de femmes (49,8 %), pour un total de 25 000 personnes.

Personnes vivant seules

En 2006, la Mauricie comptait 39 500 personnes de 15 ans et plus vivant seules. Parmi celles-ci, 21 745 étaient des femmes, soit 55 %. C'est dans la ville de Shawinigan que la proportion de femmes vivant seules est la plus importante, avec 22,9 %. Selon le Conseil du statut de la femme (1999), plus les femmes avancent en âge, plus elles sont présentes en proportion parmi les membres de leur génération comparativement aux hommes. Cette donnée est à mettre en perspective avec les statistiques sur l'espérance de vie, les femmes vivant plus longtemps que les hommes. De plus, comme ces femmes ont plus souvent épousé des hommes plus âgés, une grande partie d'entre elles vivent seules lorsqu'elles franchissent les 65 ans.

Statut familial

Structure familiale

Selon Statistique Canada, plus d'un million de familles monoparentales dont le chef est une femme est dénombré au Canada en 2001. Durant la même année, un chef de famille sur cinq avec enfants était une mère seule, ce qui représente le double de ce qui a été enregistré en 1971. Selon le Conseil du statut de la femme, ce sont 352 830 familles monoparentales qui étaient dénombrées en 2006 au Québec, dont 77,9 % avaient à leur tête une femme.

Toujours selon la même source, 73 950 familles habitaient la région de la Mauricie en 2006. Sur ce nombre, 12 460 étaient monoparentales. Il faut considérer ici que 40 690 familles ont des enfants et que les familles monoparentales constituent 30,6 % de celles-ci. De ce nombre, 78,6 % des familles monoparentales ont à leur tête une femme. De surcroît, les naissances en région ne parviennent pas à maintenir l'équilibre

démographique. Année après année, les statistiques montrent qu'il y a de moins en moins d'enfants dans les familles du Québec et de la Mauricie. En 2009, le nombre de naissances se chiffrait à 2 437 et le nombre de décès à 2 460 dans la région. Précisons que des données supplémentaires au sujet des naissances en Mauricie seront présentées dans le chapitre sur la santé sexuelle et reproductive.

Conciliation travail et famille

Les femmes sont appelées aujourd'hui à concilier leur vie professionnelle avec leur vie personnelle. Ainsi, en plus d'effectuer diverses tâches domestiques, elles occupent un emploi à l'extérieur du foyer. Au Québec, quelques initiatives ont été réalisées afin de contribuer à l'égalité entre les femmes et les hommes comme la création de services de garde ainsi que l'offre de congés de paternité.

En Mauricie, les femmes consacrent plus de temps que les hommes aux travaux ménagers et aux soins des enfants. Ainsi, en 2006, 83 % des Mauriciennes ont déclaré passer plus de cinq heures par semaine à effectuer des travaux ménagers comparativement à 59,5 % des Mauriciens. La même année, 47,4 % des femmes et 35,8 % des hommes disent avoir consacré au moins cinq heures aux soins des enfants. Ces données sont similaires pour le Québec, où 47,4 % des femmes et 36,2 % des hommes consacrent au moins cinq heures par semaine aux soins de leurs enfants.

En 2006, 73,2 % des Mauriciennes âgées de 25 à 54 ans qui avaient au minimum un enfant de moins de 15 ans à la maison et 70,4 % de celles qui avaient un enfant d'âge préscolaire à la maison occupaient un emploi rémunéré. Ces proportions chez les hommes sont significativement plus élevées : respectivement 89,2 % et 87,7 %.

Éducation

Diplomation

Au Canada, les dernières décennies ont été marquées par une hausse du nombre d'étudiants diplômés d'une université canadienne selon Statistique Canada (2009). On dénombre 169 000 étudiants diplômés d'une université canadienne en 1992 (56 % d'étudiantes) contre 242 000 étudiants diplômés en 2007 (61 % d'étudiantes). Malgré l'augmentation de la proportion des étudiantes diplômées d'une université, il est cependant important de noter une diminution de l'effectif universitaire féminin à temps plein lorsque le niveau de scolarité augmente. Il est aussi intéressant de remarquer que les diplômés sont presque uniquement des femmes dans certains domaines d'études comme ceux de la santé, des sciences cliniques connexes et de l'éducation. Les diplômées sont de moins en moins présentes dans des domaines comme les mathématiques, l'informatique et les sciences de l'information, selon les données de 2007 de Statistique Canada.

Dans le même sens, la proportion de femmes ayant obtenu un diplôme d'études collégiales en Mauricie (18,2 %) dépasse celle des hommes (15,6 %). Elles sont d'ailleurs plus nombreuses à avoir effectué des études supérieures que les hommes, soit 855 femmes contre 755 hommes. Comme la ville de Trois-Rivières compte plusieurs établissements d'enseignement supérieur dont une institution universitaire, le nombre d'individus détenant un diplôme y est plus élevé que dans l'agglomération de La Tuque par exemple ou la MRC de Mékinac. En effet, 27,3 % des femmes de La Tuque sont sans diplôme ainsi que 26,2 % des femmes de la MRC de Mékinac. La proportion de Mauriciennes ayant obtenu un diplôme universitaire (10,4 %) est cependant en deçà de la moyenne québécoise (16,4 %).

Tous niveaux de scolarité confondus, les Mauriciennes demeurent cependant moins scolarisées que les Mauriciens (70,6 % comparativement à 75,3 %). Les Québécoises sont quant à elles plus scolarisées (74,1 %) que les femmes de la région, tandis que les Québécois affichent une proportion (75,1 %) comparable à celle des hommes de la région.

Décrochage scolaire

Le taux de décrochage scolaire en Mauricie est l'un des plus importants au Québec. En 2006-2007, le taux général de décrochage était de 30,4 % en Mauricie tandis que la moyenne provinciale était de 25,3 %. Le taux de décrochage⁴ des garçons de la région est de 36,9 % comparativement à 23,7 % pour les filles. Dans les deux cas, les statistiques mauriciennes sont inquiétantes et dépassent la moyenne du Québec, qui est de 31,3 % chez les garçons et de 19,5 % chez les filles. De plus, le taux de décrochage chez les jeunes filles du secondaire est à la hausse, ayant grimpé de 4,8 % entre l'année scolaire 2002-2003 et 2006-2007, tandis qu'il a seulement augmenté de 1 % au Québec.

Influence de la scolarité sur le taux d'emploi

L'éducation et le taux d'emploi sont directement liés selon le portrait statistique du Conseil du statut de la femme (2010). En fait, les femmes doivent s'instruire davantage que les hommes pour obtenir une situation d'emploi qui leur est comparable. D'ailleurs, en Mauricie, le taux d'emploi chez les femmes sans diplôme est inférieur à celui des hommes (19,3 % contre 35,4 %), et ce, de manière importante. À l'autre extrémité, les femmes détenant un diplôme universitaire ont un taux d'emploi de 75,1 % en Mauricie comparativement à 73,9 % chez les hommes. Il s'agit du seul niveau de formation où les femmes dépassent les hommes. Au Québec, ce taux s'élève à 76,1 % chez les femmes tandis qu'il est de 77,4 % chez les hommes. Par ailleurs, plus l'âge de la diplômée

⁴ Selon le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, « le décrochage scolaire fait référence au fait d'abandonner un parcours scolaire minimal attendu. De façon générale, il s'agit du diplôme d'études secondaires (DES) ou du diplôme d'études professionnelles (DEP). », <http://www.reseauseussitemontreal.ca/spip.php?article108#definitions>, page consultée le 31 août 2011.

universitaire diminue, plus son taux d'emploi augmente ; il s'établit à 88,9 % chez les femmes âgées de 25 à 44 ans.

Secteurs de travail

La Mauricie, à la fois urbaine et rurale, constitue l'une des plus vieilles régions industrielles du Québec. L'industrie forestière, très présente dans la région il y a quelques années, n'enregistre plus de croissance depuis un certain temps.

Selon le Conseil du statut de la femme (2010), le secteur primaire est aujourd'hui plus actif dans la région (5,1 %) par rapport à l'ensemble du Québec (3,7 %), regroupant des emplois liés aux domaines de l'agriculture, de la foresterie ainsi qu'à la présence d'installations hydro-électriques. Le secteur secondaire, quant à lui, est aussi très actif dans la région et le nombre d'emplois y est proportionnellement plus élevé qu'au Québec (24,3 % contre 19,8 %). Plus précisément, les emplois dans ce secteur sont liés à la transformation des ressources naturelles, à la fabrication de produits en bois, à la fabrication du papier, à la première transformation des métaux et à la fabrication de meubles et de produits connexes. En ce qui a trait au secteur tertiaire, où les emplois sont moindres en Mauricie (70,7 %) qu'au Québec (76,5 %), il regroupe une concentration un peu plus forte de la main-d'œuvre féminine. Les principaux emplois de ce secteur sont liés au commerce de détail, aux soins de santé et à l'assistance sociale, à l'hébergement et aux services de restauration ainsi qu'aux services d'enseignement.

Au final, une proportion plus élevée de femmes se trouve dans le secteur tertiaire, avec 56,6 % contre 53,9 % au Québec. La proportion de femmes qui travaillent dans le secteur primaire est quant à elle de 22,7 % contre 25,4 % au Québec. La proportion de celles qui travaillent dans le secteur secondaire est de 19,6 % en Mauricie contre 24,8 % au Québec.

Marché du travail

Selon le Conseil du statut de la femme, le taux d'activité était de 51,3 % chez les Mauriciennes en 2006. Le taux d'emploi était, quant à lui, de 47,6 % la même année. Chez les Mauriciens, le taux d'activité était plutôt de 64,4 % tandis que le taux d'emploi se situait à 58,7 %. Toujours selon le Conseil du statut de la femme, le taux d'activité ainsi que le taux d'emploi se trouvaient en deçà de la moyenne québécoise en 2005. En fait, le taux d'activité affichait 53,8 % en Mauricie et 59,9 % au Québec. Le taux d'emploi, pour sa part, était de 49 % en Mauricie contre 55,5 % au Québec. Le taux de chômage était aussi plus élevé en Mauricie que pour l'ensemble du Québec selon le recensement de 2006, soit 7,3 % chez les femmes comparativement à 6,5 % au Québec et 8,9 % chez les hommes contre 7,4 % au Québec.

Encore beaucoup de femmes travaillent à temps partiel. En fait, 69,1 % des femmes qui ont travaillé en 2005 l'ont fait à temps plein. Chez les hommes, il s'agit plutôt de 87,6 % ayant travaillé à temps plein. Une hausse du nombre de travailleuses à temps partiel est d'ailleurs constatée entre 1987 et 2007, leur proportion passant de 12,5 % à 14,4 %.

La principale activité économique de la Mauricie repose sur la transformation de ressources naturelles, en particulier la forêt et l'énergie. Les femmes y sont cependant peu présentes. La main-d'œuvre féminine en Mauricie est davantage orientée vers le secteur tertiaire où le taux de féminité s'élève à 56,6 % contre 53,9 % au Québec. Le secteur tertiaire comprend des emplois liés au commerce de détail, aux soins de la santé et à l'assistance sociale, à l'hébergement et aux services de restauration ainsi qu'aux services d'enseignement. Le secteur primaire passe au deuxième rang avec un taux de féminité de 22,7 % contre 25,4 % au Québec. Les emplois dans ce secteur sont reliés à l'agriculture, à la foresterie ainsi qu'à la présence d'installations hydro-électriques. C'est finalement le secteur secondaire qui est le moins représenté par les femmes, avec un taux de 19,6 % contre 24,8 % au Québec. Il s'agit principalement d'emplois liés à la transformation des ressources naturelles, comme la fabrication de produits en bois, la fabrication du papier, la première transformation des métaux ainsi que la fabrication de meubles et de produits connexes. En fait, les Mauriciennes s'orientent toujours aujourd'hui dans des formations traditionnellement féminines. De surcroît, parmi les 15 principales professions exercées par les femmes en région, 9 sont considérées comme traditionnellement féminines. Parmi ces 9 professions traditionnellement féminines, voici les 5 professions les plus populaires, en ordre d'importance : secrétaire (sauf dans les domaines juridique et médical), vendeuse ou commis-vendeuse dans le commerce du détail, caissière, infirmière autorisée, éducatrice ou aide-éducatrice. La ségrégation professionnelle entre les deux sexes se poursuit donc.

Le taux de syndicalisation des travailleuses dépassait celui des travailleurs dans la région en 2006, soit respectivement 44,3 % et 43,8 %. Le fait que les Mauriciennes travaillent principalement dans le secteur tertiaire explique en partie pourquoi elles sont hautement syndiquées selon le Conseil du statut de la femme (2010). À l'opposé, davantage d'hommes (4 201 cas) que de femmes (1 566 cas) reçoivent des indemnités pour un accident de travail ou pour une maladie professionnelle en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il est intéressant de noter que 29,1 % des femmes qui travaillent dans le domaine de la santé et des services sociaux reçoivent une indemnité. C'est donc dire que ce secteur représente un certain risque qui mérite d'être souligné. Finalement, 7,4 % de la population féminine active de la Mauricie sont des travailleuses autonomes comparativement à 11,2 % chez les Mauriciens.

Toujours en lien avec le marché du travail, le revenu moyen d'emploi des femmes de la Mauricie est inférieur à celui des femmes de l'ensemble du Québec. En 2005, les Mauriciennes gagnaient 3 980 \$ de moins que les Québécoises, soit 22 317 \$ par année. Ce revenu représentait 65,7 % de celui des Mauriciens, qui était de 33 970 \$. La même année, c'est à Trois-Rivières que se trouve le revenu moyen des femmes le plus élevé de

la région, soit 23 939 \$. À l'opposé, c'est dans Mékinac que le revenu moyen des femmes est le plus faible avec 18 670 \$ comparativement à 27 701 \$ chez les hommes. Finalement, c'est dans l'agglomération de La Tuque que l'écart de revenu entre les sexes est le plus important, les femmes gagnant 20 477 \$ par année comparativement aux hommes avec 35 520 \$.

L'âge influence la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. Au Québec, ce sont chez les individus âgés de 15 à 29 ans que la proportion est la plus élevée tandis qu'en Mauricie, cette proportion est plus importante chez les 55 à 64 ans.

Centres de formation

Il existe quelques centres de formation en Mauricie, soit trois institutions collégiales et un établissement universitaire. Le Collège Shawinigan est le seul établissement d'enseignement post-secondaire public présent dans la ville du même nom. À Trois-Rivières, deux écoles collégiales sont présentes, dont une publique et l'autre privée : le Cégep de Trois-Rivières et le Collège Laflèche. Trois-Rivières est aussi la ville universitaire de la Mauricie avec l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui comptait, en 2011, près de 11 547 étudiants et étudiantes (comprenant la clientèle des centres hors campus ainsi que la clientèle inscrite aux cours en ligne).

Hôpitaux et autres institutions de santé

La Mauricie et le Centre-du-Québec comptent cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont un centre hospitalier régional. De plus, onze établissements à vocation de centre de santé et de services sociaux (CSSS), dont le Centre de santé et de services sociaux du Saint-Maurice, offrent des activités du genre hospitalier. Finalement, quinze institutions ayant pour mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'une résidence spécialisée en soins palliatifs y sont comptées.

Il est important de noter que le nombre de médecins spécialistes en Mauricie était en deçà de la moyenne québécoise en 2010. En fait, 228 médecins spécialistes étaient comptabilisés pour la région cette même année sur 8 290 médecins spécialistes pour l'ensemble du Québec. Le nombre de soins de courte durée pratiqués dans la région ressemble à la moyenne du Québec. Par contre, 6,5 % d'habitants de la région sont hospitalisés dans la région de Montréal et 5,0 % le sont sur le territoire de la Capitale-Nationale. Il est aussi très pertinent de relever que selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes produite par l'Institut de la statistique du Québec, 26 % des Québécois de 12 ans et plus n'avaient pas de médecin de famille en 2007. De surcroît, selon la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 35,8 % des médecins spécialistes au Québec étaient des femmes tandis que 64,2 % étaient des hommes.



Chapitre 2 – Santé physique

Divers déterminants de la santé influencent la santé physique de la population mauricienne, comme le niveau de scolarité, le revenu et la situation sociale, l'environnement physique, le patrimoine biologique et génétique, la culture ainsi que le sexe. Ce chapitre du portrait porte sur les éléments qui caractérisent la santé physiologique des individus, plus particulièrement des femmes. Il sera donc question de l'état de santé général des femmes, de l'espérance de vie et des principales causes de décès, du taux de mortalité, des maladies chroniques, des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies infectieuses ainsi que des maladies liées au vieillissement. Il est important de mentionner que de nombreuses données sont canadiennes et que les informations manquent à l'échelle des régions. Il est important de noter que les références soulevées dans ce chapitre sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

État de santé général

La perception de l'état de santé des femmes au Canada est relativement bonne. En 2003, 22 % de la population féminine âgée de 12 ans et plus se considéraient en excellente santé, 36 % en très bonne santé et 30 % en bonne santé. L'âge est un facteur qui influence cette perception, puisque 32 % de cette population âgée de 75 ans et plus confient être dans un état passable ou mauvais. D'ailleurs, les Mauriciennes de 65 ans et plus se trouvent en institution de santé dans une proportion de 13,5 %, alors que seulement 7,5 % des hommes de cette catégorie y vivent. Ces taux de placement sont d'ailleurs plus élevés que pour l'ensemble du Québec (10,1 % contre 5,7 %).

Activité physique

En 2005, les Mauriciennes étaient moins actives physiquement que les hommes. En fait, 35,1 % des femmes contre 45 % des hommes disent pratiquer régulièrement une activité physique au moins trois fois par semaine. Leur sédentarité est d'ailleurs importante puisque 25,9 % des femmes pratiquent une activité moins d'une fois par semaine. Cela a certainement un impact sur le surplus de poids affiché à 36,5 % chez les Mauriciennes selon le Conseil du statut de la femme (2010). Cette statistique est cependant en deçà de la moyenne des Québécoises qui est de 39,4 %. Au contraire, une femme sur vingt a un poids insuffisant dans la région. Ces données sont à mettre en perspective avec la santé mentale et psychologique des femmes, notamment avec l'image corporelle et les troubles alimentaires. Le revenu peut aussi influencer grandement l'achat et le choix des aliments selon le Centre de femmes de Shawinigan, rencontré en entrevue.

Au Canada, une personne sur quatre souffre d'obésité (24,3 %) contrairement à 22 % au Québec selon la Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval. Il est aussi

pertinent de noter que chez les personnes souffrant d'obésité, 3,8 % des femmes se classent dans la catégorie d'obésité morbide, ce qui représente le double du taux chez les hommes (1,6 %). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2006), 47 % de la population âgée de 18 ans et plus de la Mauricie et du Centre-du-Québec affiche un poids normal, tandis que 35 % souffre d'embonpoint et 16 % d'obésité. Il n'y a pas de différence significative en matière d'obésité entre les femmes et les hommes dans cette région sociosanitaire.

Tabagisme

En 2005 en Mauricie, les hommes étaient proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette que les femmes, et ce, de façon régulière et occasionnelle. Bien que les écarts ne soient pas considérables, ils se maintiennent aussi dans les statistiques nationales. De surcroît, une nette amélioration du taux de fumeuses canadiennes âgées de 15 ans et plus a été constatée entre 1970 et 2003, soit une baisse de 16 %. Les femmes restent les plus nombreuses à consommer la cigarette au Canada. Un recul du taux de fumeuses chez les moins de 24 ans est néanmoins constaté, contrairement à la décennie 1990 où une augmentation a été observée.

De 2001 à 2005, en Mauricie, la proportion de fumeuses est passée de 30,5 % à 21,6 %. Cependant, plus de jeunes filles que de jeunes hommes déclaraient fumer quotidiennement la cigarette (15,4 % contre 11,0 %) en 2005 en Mauricie. Plus de garçons que de filles n'avaient jamais fumé (62 % contre 52,3 %).

Espérance de vie et principales causes de décès

En 2005, la moyenne de l'espérance de vie en Mauricie était de 82 ans chez les femmes et de 76,2 ans chez les hommes selon le Conseil du Statut de la femme (2010). Ces données sont comparables à la moyenne québécoise, soit 82,3 ans contre 77 ans. En ce qui a trait aux femmes, c'est dans la MRC des Chenaux qu'elles vivent en moyenne le plus longtemps avec 84,3 ans et c'est dans l'agglomération de La Tuque qu'elles vivent en moyenne le moins longtemps avec 79 ans.

Notons que, lorsqu'ils atteignent la catégorie d'âge de 20 à 44 ans, les hommes sont deux fois plus susceptibles de mourir que les femmes puisqu'ils décèdent davantage de causes externes, par exemple les accidents de véhicules motorisés ou le suicide. Les femmes, quant à elles, décèdent principalement de cancers et de maladies cardiovasculaires. Suivant la tendance québécoise et canadienne, ces maladies représentent plus de la moitié de tous les décès dans la population féminine. Il est tout de même pertinent de noter que les hommes sont davantage touchés par le cancer que les femmes, au Québec, au Canada et dans le monde industriel.

Taux de mortalité

Selon Statistique Canada, 235 217 décès étaient dénombrés en 2007 au Canada, dont 116 536 chez les femmes et 118 681 chez les hommes. Bien que le nombre de décès ait diminué chez les femmes durant la dernière décennie, il a cependant augmenté entre 2006 et 2007, passant de 112 930 en 2006 à 116 536 en 2007. Cela représente la plus forte hausse du nombre de décès en 14 ans. Notons que le nombre de décès a aussi augmenté chez les hommes durant la même année, passant de 115 149 décès en 2006 à 118 681 décès en 2007.

Maladies chroniques

Bien que les Canadiennes se déclarent généralement en bonne santé, 74 % de celles âgées de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ont, au minimum, un problème de santé chronique, selon les données de 2003. La maladie chronique, englobant une multitude de maladies mortelles ou non, est définie comme nécessitant normalement des soins à long terme. Il est important de noter que plus l'âge augmente, plus la proportion de maladies chroniques ou dégénératives augmente.

Ce sont principalement les migraines, l'arthrite et les allergies qui constituent des maladies chroniques chez les Canadiennes, et ce, toutes catégories d'âge confondues. En 2005, en Mauricie et Centre-du-Québec, les jeunes filles du secondaire présentaient davantage de symptômes susceptibles de mener à des maladies chroniques que les garçons, comme les maux de tête (41,3 % contre 19 %), les maux de dos (31,2 % contre 24,9 %), les maux de ventre (26 % contre 13 %), l'insomnie (28,4 % contre 16,7 %) et les étourdissements (19,9 % contre 12,7 %). Il est possible d'émettre l'hypothèse que ces problématiques soient probablement liées aux symptômes prémenstruels vécus par les filles.

Au Québec, 650 000 personnes sont diabétiques selon Diabète Québec, soit près de 9 % de la population, mais 200 000 l'ignorent. Chez les femmes, 4 à 6 % vont développer du diabète de grossesse. Sur ce pourcentage, une femme sur trois risque de développer le diabète de type 2 cinq à dix ans plus tard. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, 6,2 % de femmes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète en 2006-2007, comparativement à 4,4 % en 1999-2000. Malgré cette hausse, les proportions restent plus faibles chez les femmes que chez les hommes, pour qui la proportion était de 8,1 % en 2006-2007. En Mauricie et Centre-du-Québec, 26 372 personnes étaient atteintes du diabète en 2005, ce qui représentait 6,1 % comparativement à 6,5 % pour l'ensemble du Québec.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès chez les femmes au Canada. Les déterminants de la santé définis par Santé Canada comme le revenu d'emploi et le niveau de scolarité influencent l'état de santé physique de ces dernières et ces déterminants peuvent affecter la sédentarité, l'obésité ou le tabagisme. Ainsi, ces facteurs ont un impact sur le nombre de maladies cardiovasculaires des Québécoises et Mauriciennes. Un nombre important d'éléments spécifiques aux femmes causent ces maladies, par exemple : la prise de contraceptifs oraux combinée au tabagisme, une augmentation du stress due à la combinaison de la responsabilité parentale et professionnelle et la sédentarité.

Selon les statistiques de la Fondation des maladies du cœur du Canada, les maladies cardiovasculaires causaient 37 % de décès chez les femmes comparativement à 35 % chez les hommes en 1999. Statistique Canada prévoit une augmentation de la mortalité par maladies cardiaques de 28 % chez les femmes tandis qu'elle n'anticipe aucune variation chez les hommes d'ici 2016. Les Canadiennes décèdent huit fois plus de maladies cardiovasculaires que du cancer du sein, contrairement à la croyance populaire.

Malgré que peu d'informations circulent à propos du nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires en Mauricie, il est pertinent de noter qu'un programme d'enseignement réservé aux femmes cardiaques ou à risque a été élaboré par deux infirmières. Ce programme vise à diminuer le nombre de réhospitalisations des femmes ayant souffert d'un infarctus. Les programmes antérieurs étaient conçus davantage pour la clientèle masculine et ne répondaient pas aux besoins de la clientèle féminine. De plus, les maladies cardiaques ont des symptômes, signes et conséquences différentes chez les femmes.

Puisque les maladies du cœur ont longtemps été associées aux hommes selon la Fondation des maladies du cœur (2010), des projets de recherche portant sur cette problématique sont en cours, visant à mieux comprendre la réalité des femmes en la matière.

Cancers

Au Québec, la probabilité pour les femmes d'être atteinte d'un cancer au cours de leur vie se chiffre à environ 37 %, tous genres confondus. Le nombre de cancers du poumon a augmenté durant les deux dernières décennies et a devancé le cancer du sein, type de cancer le plus mortel chez les femmes jusqu'alors et également première cause de décès par cancer chez celles-ci. Notons également que le cancer du sein n'est pas le cancer le plus fatal, mais demeure cependant le cancer le plus fréquent chez les femmes. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de cancers du poumon chez les

femmes a aussi augmenté dans la région de la Mauricie de 1983 à 1999, dépassant l'augmentation de la moyenne québécoise, soit de 13,3 contre 32,9 p. 100 000 comparativement à 17,2 contre 36 p. 100 000.

Malgré cette hausse du nombre de cancers du poumon au Québec, le cancer du sein demeure la principale forme de cancer présente chez les femmes. Le nombre de décès y étant associé est cependant moins élevé en Mauricie qu'au Québec (26,6 contre 28,4 p. 100 000). C'est dans la ville de Trois-Rivières que le taux de mortalité par cancer du sein est le plus élevé chez les 25-44 ans (9,2 p. 100 000) ainsi que les 65 ans et plus (180,5 p. 100 000). Il est aussi élevé dans la MRC des Chenaux pour les 45-64 ans (104 p. 100 000). L'agglomération de La Tuque compte davantage de cas de cancers du col utérin qu'au Québec avec un taux de 6,2 contre 2 p. 100 000. Ces chiffres permettent de constater que l'âge est un facteur important en ce qui a trait au nombre de cancers dans la région. L'accès au dépistage pourrait également être un autre facteur expliquant ces données.

Des études prouvent qu'une détection précoce du cancer du sein offre davantage de chances de guérison chez les femmes. L'objectif visé par le programme de dépistage du cancer du sein au Québec s'élève à 70 %. En Mauricie, le taux de femmes ayant eu recours à un test de dépistage est largement en dessous de la moyenne provinciale. Les Mauriciennes âgées de 18 à 69 ans ont effectué un test de Pap à 62,3 % contre 70,3 % pour les Québécoises. De plus, les statistiques s'élèvent à 67,6 % (Mauricie) contre 74,3 % (Québec) chez les femmes âgées de 50 ans et plus.

Maladies infectieuses

En ce qui a trait aux maladies infectieuses, les écarts entre la région de la Mauricie et le Québec sont faibles. La coqueluche, l'infection à *Chlamydia trachomatis* génitale, l'entérite à *Campylobacter* et l'infection à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque) sont légèrement plus fréquentes. D'autre part, la tuberculose et les hépatites A et B y sont moins présentes.

Vieillesse et problématiques de santé

L'âge est un facteur important influençant la santé physique des femmes. La dernière partie de leur vie est souvent caractérisée par les problèmes de santé, l'invalidité ou l'isolement. Malgré qu'elles aient une espérance de vie plus élevée que la gent masculine, les Canadiennes ne profitent que d'une seule année et demie de plus qu'eux sans incapacité physique ou mentale. D'ailleurs, en 2001, 13,1 % d'entre elles souffraient d'une incapacité, statistique qui augmente au fur et à mesure que l'âge s'accroît. Par exemple, 32 % des femmes de 65 à 74 ans sont atteintes d'une incapacité comparativement à 72 % chez les femmes âgées de 85 ans et plus. La vieillesse amène,

c'est connu, des incapacités ; plus on vieillit, plus la santé se modifie. Néanmoins, ce qu'il faut regarder c'est la vitesse du déclin, lequel augmente de 40 % en 10 ans d'âge selon la statistique précédente. De plus, 74 700 femmes et 30 900 hommes de plus de 65 ans souffraient de la maladie de l'Alzheimer en 2007 au Québec selon la Société Alzheimer de Montréal, ce qui représente les deux tiers de la population atteinte. À ce titre, en Mauricie, la Maison Carpe Diem est un organisme qui offre des services aux personnes atteintes de la maladie de l'Alzheimer.



Chapitre 3 – Santé mentale et psychologique

Les conditions socioéconomiques, sociodémographiques ou sanitaires influencent la santé mentale et psychologique des femmes et des hommes en général. D'ailleurs, de nombreux déterminants de la santé y interviennent comme le patrimoine biologique et génétique, le sain développement dans l'enfance, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux ainsi que le sexe. C'est pourquoi ce chapitre du portrait comporte des parties dépendantes les unes des autres. Diverses problématiques seront traitées. D'abord, il sera question de la perception de l'état de santé mentale et psychologique, de la détresse psychologique, des dépendances ainsi que de l'image corporelle et des troubles alimentaires. Ensuite, le harcèlement psychologique au travail, la criminalité, les agressions sexuelles et la violence conjugale seront abordés. Il est important de noter que les références utilisées dans ce chapitre sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

Perception de l'état de santé mentale et psychologique

Au Canada, le nombre de femmes qui se perçoivent en bonne santé mentale a augmenté entre 2003 et 2008. La tendance est plutôt inverse chez les hommes, pour lesquels une hausse de la perception négative est constatée. En 2002 au Québec, 72 % de la population québécoise se disait en bonne ou en excellente santé mentale. Cette donnée est la même en Mauricie et au Centre-du-Québec selon la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Toujours selon la même source, seulement 7 % des gens se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé mentale dans cette même région sociosanitaire. Parmi ceux-ci cependant, les femmes et les personnes âgées de 15 à 24 ans perçoivent en plus grande proportion leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise. L'âge est un élément influant sur la proportion de personnes atteintes de maladies reliées à la santé mentale. D'ailleurs, les individus âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 64 ans sont davantage touchés par ces problématiques.

En ce qui a trait à la région de la Mauricie, la population semble avoir une perception assez positive de son état de santé mentale selon le Conseil du statut de la femme (2010, p. 29). Seulement 3,7 % des femmes âgées de 12 ans et plus affirmaient avoir une santé mentale passable ou mauvaise en 2005. Cette proportion est légèrement plus élevée chez les hommes (4,7 %). Les données sur le suicide, qui seront abordées plus loin, ne coïncident cependant pas avec ces statistiques.

D'ailleurs, la majorité des organismes rencontrés dans le cadre de cette recherche constatent que les besoins sont grandissants en matière de santé mentale chez les

femmes, notamment parce qu'elles sont de plus en plus affectées par des doubles problématiques, comme le fait d'avoir été agressée sexuellement et de consommer également des drogues. Cette spécificité n'est malheureusement pas accompagnée du soutien que les organismes réclament, comme des outils, des formations et des maisons spécialisées. Il en sera notamment question dans le chapitre portant sur les préoccupations, les lacunes et les suggestions du milieu.

Détresse psychologique

Au Québec, plus d'une personne sur cinq âgée de 15 à 64 ans sera touchée par des troubles anxieux à un moment ou à un autre, soit 23 % de cette population. D'autre part, 18 % des gens seront affectés de troubles de l'humeur, comme les dépressions ou les manies, au cours de leur vie. Ces déséquilibres touchent aussi davantage les femmes que les hommes (19 % contre 12 %). Cette différence peut possiblement être liée, entre autres, à un écart entre les revenus. Le revenu étant un facteur qui influence l'apparition de troubles de l'anxiété et de l'humeur. Plus le revenu est faible, plus les probabilités de souffrir de ces problèmes de santé mentale augmentent, selon les intervenantes rencontrées.

En 1998, 19 % des personnes âgées de 15 ans et plus se classaient dans le niveau élevé de l'indice de détresse psychologique en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se classer dans cette catégorie, soit 21 % contre 18 %. Les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans semblent plus nombreux que leurs aînés à se percevoir comme étant en détresse psychologique élevée.

De 1999 à 2008, les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont néanmoins connu une baisse de 3,8 % du taux de suicide, femmes et hommes confondus. Les femmes sont cependant plus nombreuses à souffrir de détresse psychologique élevée. D'ailleurs, en 2008, 24,8 % des femmes de cette région sociosanitaire souffraient de détresse psychologique contre 15,7 % des hommes.

La question du revenu est soulevée par le Centre de femmes de Shawinigan, où les problèmes de détresse psychologique observés chez la clientèle desservie sont mis en lien avec l'appauvrissement et la dégradation des conditions de vie.

Dépression et stress

Au Canada, une plus grande incidence de dépression chez les femmes que chez les hommes était constatée en 1996 (5,5 % contre 2,8 %). L'état dépressif serait plus courant chez celles-ci. D'ailleurs, le taux d'hospitalisation pour traitement psychiatrique est plus élevé chez les Canadiennes.

En ce qui concerne la gestion du stress, le sexe peut être considéré comme un facteur important. Les femmes et les hommes ne vivent possiblement pas le stress de la même façon, ses répercussions sont susceptibles de différer entre eux. À titre d'exemple, les différences entre les sexes peuvent se manifester lors de la période de la ménopause.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, les individus se déclarent moins nombreux qu'ailleurs au Québec à éprouver un stress quotidien élevé et bénéficient d'un sommeil plus réparateur. Selon le Conseil du statut de la femme, 22,9 % des Mauriciennes et 21,8 % des Mauriciens de 15 ans et plus disaient éprouver un stress quotidien élevé en 2005, alors que les proportions sont plus élevées dans la province avec 25,9 % chez les femmes et 25,4 % chez les hommes.

La dépression n'est pas seulement une maladie liée à la santé mentale et psychologique; le stress n'est pas qu'un facteur influant sur le risque de maladies. Dépression et stress peuvent être non seulement les causes de comportements personnels comme le suicide, la toxicomanie ou les troubles alimentaires, mais aussi des conséquences de phénomènes comme le harcèlement psychologique au travail, la criminalité, les agressions sexuelles ou la violence conjugale.

Suicide

Le stress et la dépression sont des facteurs qui entrent en ligne de compte dans les causes du suicide. Cela dit, le taux de mortalité par suicide est nettement plus élevé chez les hommes, au Québec comme en Mauricie. Les femmes tentent plus fréquemment de mettre fin à leurs jours, mais sont cependant plus susceptibles d'échouer. Autrement dit, le taux de mortalité par suicide est plus important chez les hommes, alors que les tentatives sont plus importantes chez les femmes. Au Québec, les moyens qu'utilisent les femmes pour mettre fin à leurs jours ont changé à travers les années. Aujourd'hui, les décès par pendaison, par strangulation et par asphyxie dépassent les suicides avec armes à feu et par noyade.

Les variantes du taux de suicide entre les régions sociosanitaires sont importantes. C'est en Mauricie et au Centre-du-Québec que le taux de mortalité par suicide est le plus haut avec 19,3 décès par 100 000 personnes en 2005. Lorsque le sexe masculin est ciblé, la Mauricie à elle seule compte 39,5 décès pour 100 000 hommes comparativement à 26,7 dans l'ensemble du Québec (données de 2005). Bien que moins élevé chez les femmes par rapport aux hommes, le taux de suicide des Mauriciennes est plus important que pour l'ensemble des Québécoises (11,6 contre 7,5 pour 100 000 femmes).

Les jeunes Mauriciennes sont, quant à elles, plus nombreuses à avoir des idées suicidaires, à s'automutiler, à souffrir de symptômes d'états dépressifs, de troubles anxieux et de troubles alimentaires. Environ un jeune sur six (18 %) a avoué avoir pensé à se suicider au cours de l'année 2002 en Mauricie. Soulignons également que deux fois plus de filles (24 %) que de garçons (12 %) ont pensé à s'enlever la vie. De plus, 9 % des

filles affirment avoir effectué une tentative de suicide durant la même période, comparativement à 3 % chez les garçons, et ce, toujours en Mauricie.

Entre 2001 et 2005, l'âge moyen par suicide est de 45,7 ans chez les Mauriciennes et de 43,9 ans chez les Québécoises. En ce qui a trait au sexe masculin, cet âge se situe plutôt à 43,9 ans pour les Mauriciens contre 43,4 ans pour les Québécois.

Dépendances

Consommation de drogues

Les Québécoises présentent, presque autant que les hommes, des problèmes de toxicomanie. Selon la Maison De Connivence de Trois-Rivières, de plus en plus de jeunes adolescents et adolescentes consomment. Les intervenantes affirment même que certains jeunes consomment des drogues dures dès l'âge de 8 ans à Montréal et de 12 ans en Mauricie.

Plus de filles que de garçons avouent avoir consommé des amphétamines en 2005 en Mauricie (10,2 % contre 8,3 %). Les raisons liées à la consommation en Mauricie et Centre-du-Québec diffèrent selon les sexes. Les jeunes filles affirment consommer pour oublier leurs problèmes (35 % chez les filles contre 13 % chez les garçons) tandis que les jeunes hommes le font plutôt pour le plaisir (55 % chez les garçons contre 31 % chez les filles).

Les réseaux de soutien social constituent un déterminant de la santé qui influence la toxicomanie chez les jeunes. D'ailleurs, les jeunes filles rapportent des difficultés plus importantes sur le plan familial et psychologique que les garçons, que ce soit pour la présence de conflits (87 % contre 63 %), de problèmes de violence (33 % contre 16 %), de rejet (23 % contre 10 %), de problèmes monétaires (37 % contre 19 %) ou de consommation de drogues ou d'alcool (50 % contre 34 %).

Consommation de psychotropes

Les psychotropes, affectant le système nerveux central, regroupent une grande variété de médicaments (comme les antidépresseurs et les tranquillisants). Au Québec, un nombre important de femmes âgées en consomment. Chez les Québécoises âgées de 65 ans et plus dont les ordonnances sont gérées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, 65,2 % reçoivent des ordonnances liées aux psychotropes, regroupant les anxiolytiques, les sédatifs et les hypnotiques. De ce fait, 9,3 % des Québécoises consomment des psychotropes, comparativement à 4,8 % des Québécois, soit presque le double.

Alcool

Selon une étude réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2000-2001, il n'existe pas de différence significative concernant la dépendance à l'alcool entre la région sociosanitaire de la Mauricie et Centre-du-Québec et l'ensemble de la province. Cependant, les hommes sont plus vulnérables que les femmes puisqu'ils sont de plus grands buveurs, qu'ils ont consommé plus fréquemment au cours de la dernière année ainsi que de la dernière semaine.

Image corporelle et troubles alimentaires

L'excès de poids est une problématique bien connue au Québec. En l'espace d'une décennie (entre 1987 et 1997), le taux de personnes de 15 ans et plus affichant un surplus de poids est passé de 19 % à 28 %. Les hommes affichent un excès plus élevé que les femmes : 32 % des Québécois en sont atteints contre 24 % de Québécoises. Paradoxalement, plus de femmes se préoccupent de leur poids.

Tel qu'énoncé par Santé Canada en 1999, les femmes accordent beaucoup d'importance à leur apparence. Les médias exercent d'ailleurs une influence sur la socialisation des femmes et des hommes, créant certaines attentes chez les Canadiens et Canadiennes. La pression qu'ils s'imposent amène, entre autres, les femmes à vouloir se conformer aux standards de beauté qui leur sont suggérés. Les jeunes filles en pleine croissance sont encore plus susceptibles d'être affectées par ce genre de messages, ce qui peut avoir une incidence sur les cas d'anorexie et de boulimie. Ainsi, elles utilisent divers moyens comme les produits miracles, les diètes répétitives ou le recours à la chirurgie. Ces méthodes ont un impact psychologique sur les femmes qui y recourent. L'emploi fréquent de telles méthodes pour contrôler son poids ou pour maigrir démontre l'importance de mieux comprendre les régimes amaigrissants, les techniques d'esthétique et les risques qui y sont associés, et de diffuser des informations justes à leur sujet. Des programmes, par exemple *Choisir de maigrir*, sont instaurés afin de pallier ce problème.

Cette situation est d'autant plus préoccupante chez les adolescentes, qui sont en pleine période de croissance et de transformations ; l'estime de soi et l'identité sexuelle en sont donc influencées. D'ailleurs, 57 % des adolescentes québécoises souhaitent perdre du poids pour des raisons purement esthétiques. En Mauricie en 2005, 62,6 % des jeunes filles du secondaire ont tenté de perdre du poids, tandis que la proportion chez les jeunes garçons s'établit à 27,5 %. De plus, 7,5 % d'entre elles affirment ne jamais déjeuner, contrairement à 3,6 % des jeunes garçons. Les principales raisons qui incitent ces adolescentes et adolescents à vouloir perdre du poids est la belle apparence chez les filles et l'augmentation de la masse musculaire chez les garçons.

Selon un article tiré du bulletin de liaison *Autour d'Elles* produit par l'organisme Femmes de Mékinac (p. 13), 70 % des adolescentes font des efforts pour contrôler leur poids ou

en perdre. De plus, 50 % des adolescents et adolescentes sautent des repas, toujours dans le même objectif. Le tiers des filles de 9 ans ont déjà tenté de maigrir. L'apparence est aussi très importante chez ces dernières, puisque plusieurs d'entre elles s'empêchent de faire de l'activité physique afin de ne pas transpirer en public, de se démaquiller ou de se décoiffer. Le tabagisme est aussi très populaire chez les adolescentes et adolescents puisqu'il a l'effet de couper l'appétit, ce qui faciliterait la perte de poids. Finalement, près de 40 % des garçons consomment des suppléments alimentaires afin d'obtenir un gain de masse musculaire.

Harcèlement psychologique au travail

Selon la Commission des normes du travail du Québec, le harcèlement psychologique au travail est défini comme une conduite vexatoire causée par un comportement, un acte, une parole ou un geste qui n'est pas désiré, portant atteinte à la dignité ou à l'intégrité d'un salarié. Il existe quatre formes de harcèlement psychologique, soit discriminatoire, criminel, sexuel et administratif. Entre le 1^{er} juin 2004 et le 30 avril 2005, 257 plaintes de harcèlement psychologique ont été déposées à la Commission des normes du travail du Québec selon le rapport de Brun et Kedl.

Le *Guide d'intervention auprès des victimes de harcèlement psychologique au travail* du Comité d'action des non-syndiqué-es (CANOS) de Trois-Rivières comporte quelques statistiques concernant les conséquences du harcèlement psychologique au travail (p. 9-10). On y lit que 40 % des victimes de harcèlement psychologique pensent au suicide et que 37 % des personnes agressées expriment une souffrance intense pouvant toucher plusieurs individus de leur entourage. De plus, environ 40 % d'entre elles se mettent en arrêt de travail pour maladie ou éprouvent le sentiment d'être inaptes au travail. L'anxiété et la dépression sont aussi des conséquences du harcèlement psychologique, puisque 31 % des victimes disent ressentir cet état. Finalement, près de 20 % avouent être en état d'épuisement. Le stress post-traumatique, le vécu paranoïde ainsi que les flash-back ne sont que quelques exemples des autres conséquences pouvant survenir à la suite d'un tel acte.

Selon l'organisme CANOS, l'isolement est souvent la première conséquence du harcèlement psychologique, qui entraîne à son tour d'autres conséquences comme la perte de l'estime de soi et le sentiment d'incompétence. Des conséquences physiques s'ensuivent alors, comme les nausées, le stress et le manque de sommeil. La dépression, le suicide et la violence conjugale ne sont que quelques exemples de conséquences plus importantes mentionnées par l'organisme lors de l'entrevue.

Pour le CANOS, le harcèlement psychologique au travail est en recrudescence, mais il reste une problématique peu reconnue chez les professionnels de la santé. Cet organisme aimerait être davantage reconnu comme une ressource et pas seulement comme un groupe de pression.

Les plaintes sont limitées en matière de harcèlement psychologique selon le CANOS puisque l'employeur exerce un pouvoir économique sur le salarié. L'absence de salaire oblige parfois les victimes de harcèlement psychologique au travail à demander de l'aide sociale pour subvenir à leurs besoins. L'organisme constate aussi des différences marquantes entre les générations de personnel. Auparavant, les gens s'intégraient à une entreprise pour y rester toute leur vie. Aujourd'hui, les gens sont plus scolarisés et sont à la recherche de défis et d'une qualité de vie. Lorsque des situations de harcèlement ont lieu, ils ne tolèrent pas les malaises et quittent leur travail.

Ces différences entre les générations d'employées et employés sont aussi réelles lorsqu'il est question des directions. Selon l'organisme CANOS de Trois-Rivières, les nouvelles méthodes de gestion diffèrent des anciennes. Ce qui était normalisé auparavant comme une méthode de gestion ne l'est plus nécessairement de nos jours. Bien que la loi québécoise en matière de protection des travailleuses et travailleurs ait été l'une des premières à être implantée à travers le Canada, elle reste toujours moins restrictive que partout ailleurs, ce qui constituerait un problème selon l'organisme rencontré. À titre d'exemple, pour être en mesure de déposer une plainte contre harcèlement psychologique au travail, le salarié doit attendre d'être malade ou dysfonctionnel.

Criminalité

Concernant le système de justice pénale, les Canadiennes représentent davantage des victimes que des criminelles. En ce qui a trait aux crimes rapportés aux services de police canadiens, les femmes représentent la moitié des victimes (51 %). Par ailleurs, les femmes ne représentent que 17 % des personnes qui commettent des crimes au Canada. Les agressions sexuelles et le harcèlement criminel constituent les deux principales formes de crimes avec violence envers les femmes. Trois fois plus de femmes que d'hommes sont victimes de harcèlement criminel. Il sera question d'agressions sexuelles dans la partie suivante.

Les Canadiennes représentaient, en 2004, 18 % des adultes inculpés d'infraction au Code criminel. Le taux de criminalité est aussi plus élevé chez les jeunes filles de 15 à 18 ans que chez les femmes adultes. Toujours la même année, environ 70 % des crimes avec violence étaient perpétrés par une personne proche des victimes, comme d'anciens partenaires, des membres de la famille, des conjoints actuels ou des connaissances.

Les données canadiennes sont très éloquentes au sujet du harcèlement⁵ chez les femmes. En fait, il est estimé que 1,4 million de femmes, soit plus d'un dixième de la population féminine, ont été harcelées au cours des cinq dernières années. Ce harcèlement n'est pas minime puisque ces victimes qualifient le harcèlement subi comme les ayant fait craindre pour leur vie ou pour la sécurité d'un proche.

Toujours au Canada, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être tuées par une connaissance ou un membre de la famille. À titre d'exemple, 37 % des Canadiennes ont été assassinées par un conjoint ou un ex-conjoint durant l'année 2003. Toutefois, davantage d'hommes que de femmes sont susceptibles d'être assassinés au Canada.

En Mauricie en 2006, davantage de femmes de 18 ans et plus ont été victimes de crimes contre la personne, soit 999 chez les femmes contre 893 chez les hommes. Chez les moins de 18 ans la même année, ce sont 283 filles et 277 garçons qui ont été victimes d'infractions contre la personne.

Le Centre Élizabéth Fry de la Mauricie – Centre-du-Québec est un organisme qui favorise la réinsertion sociale des femmes judiciairisées de la région. Leurs statistiques démontrent que la moyenne d'âge de ces femmes est de 37 ans. Près de 65 % de celles-ci sont mères. Soulignons que 94 % des femmes qui fréquentent le centre ont un faible revenu. Près de 62 % des clientes ont commis des délits à caractère économique comme le vol, le vol à l'étalage, la fraude, l'écoulement de faux billets ou l'extorsion ; 27 % ont commis des délits contre la personne et 11 % ont commis d'autres types de délits comme la possession, le trafic ou la production de drogues. Ces infractions sont souvent accompagnées de divers problèmes comme la dépression (65 %), les problèmes familiaux (78 %), la dépendance affective (60 %), la violence conjugale (51 %), l'isolement social (55 %), un faible revenu (91 %), des problèmes de santé physique (45 %), de violence (44 %) ou de consommation de drogues (44 %).

Agressions sexuelles

Six fois plus de femmes que d'hommes sont victimes d'agressions sexuelles au Canada. Selon le Toronto Notes une Canadienne sur quatre est victime d'une agression sexuelle au cours de sa vie, contre un Canadien sur dix. En moyenne, seulement 7 % des agressions sexuelles sont dénoncées au Canada.

Au Québec en 2007, près de 90 % des agressions sexuelles n'étaient pas déclarées à la police selon le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agressions sexuelles*. De

⁵ Selon le ministère de la Justice du Canada, le harcèlement criminel n'aboutit pas nécessairement à des lésions corporelles, mais consiste en une répétition d'actes qui amène une victime à craindre raisonnablement pour sa vie. Voir le *Guide à l'intention des policiers et des procureurs de la Couronne*, 2004, http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/pub/har/ch_e-hc_a.pdf, page consultée le 1^{er} septembre 2011.

surcroît, parmi les cas qui sont dénoncés, seulement 2 % des agresseurs sont de sexe féminin. Malgré le fait que les infractions ne soient pas toutes déclarées aux services policiers, 82 % des victimes étaient de sexe féminin au Canada et 62 % d'entre elles avaient moins de 18 ans. En 2007 au Québec, depuis l'âge de 16 ans, une femme sur trois a été victime d'une agression sexuelle selon la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal. Toujours selon la même source, 82 % des victimes d'agressions sexuelles étaient des Québécoises en 2007, statistique presque comparable aux données canadiennes. Il est aussi pertinent de souligner que, d'une part, près de 75 % des jeunes filles autochtones de moins de 18 ans ont été victimes d'agressions sexuelles la même année et, d'autre part, que 39 % à 68 % des femmes aux prises avec une déficience intellectuelle seront victimes d'une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans au Québec. Dans la région, le nombre de victimes d'agressions sexuelles est plus élevé en Mauricie que pour l'ensemble du Québec, soit 17,6 pour 100 000 femmes comparativement à 11,5 au Québec. Selon le Conseil du statut de la femme, les filles représentaient la grande majorité des victimes d'agressions sexuelles en 2006 en Mauricie.

Selon le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*, les comportements généralement posés par l'agresseur sont : la manipulation affective et matérielle, l'intimidation, la menace, le chantage ainsi que la violence verbale, physique ou psychologique. Les principales formes d'agressions constatées par les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) sont l'inceste ainsi que les agressions sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence. D'ailleurs, l'agresseur sexuel est connu de la victime dans 70 à 85 % des cas qui sont dénoncés à la police selon la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal. Près de 82 % des agressions sexuelles recensées par cet organisme sont effectuées avant l'âge de 18 ans. Les représentantes des CALACS en Mauricie soulignent des problèmes liés au système judiciaire, qui prend beaucoup de temps à régler les dossiers. Selon les intervenantes des CALACS, l'attente que vivent les femmes victimes d'agressions sexuelles génère de l'anxiété et de l'insécurité, et affecte donc la santé mentale de ces dernières. Les organismes ont mis en place des critères d'urgence afin de répondre plus efficacement aux demandes. Ainsi, les adolescentes, les femmes suicidaires ou en grande détresse psychologique, les femmes en arrêt de travail ou les femmes qui ont vécu des agressions récentes sont classées comme prioritaires. En raison de ces critères, les femmes qui sont placées sur la liste d'attente, qui est d'une durée d'environ huit mois, risquent d'attendre encore plus longtemps.

Les agressions sexuelles entraînent de nombreux problèmes de santé physique et mentale, problèmes qui sont relativement semblables à ceux causés par la violence conjugale. Selon les CALACS, les femmes portent généralement de grandes marques physiques lorsqu'elles arrivent aux centres. D'autres garderont des séquelles de leurs agressions. Par exemple, certaines d'entre elles souffriront d'incontinence liée aux agressions sexuelles. La dépression, l'alcoolisme, les tentatives de suicide, les troubles alimentaires, l'insomnie, les inquiétudes et les phobies sociales sont quelques autres des

conséquences psychologiques liées aux agressions sexuelles mentionnées par les intervenantes interviewées.

Violence conjugale

Les expressions de la violence conjugale sont diverses : comportement contrôlant et abusif, dénigrement, exploitation financière, harcèlement, coups et blessures menant parfois à la mort, exploitation et agressions à caractère sexuel. Les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à être victimes de violence conjugale. En 2006 en Mauricie, 508 femmes et 87 hommes ont rapporté avoir été victimes de violence conjugale. Le taux régional est donc de 425,5 femmes et de 76,5 hommes, ce qui est légèrement en deçà de la moyenne québécoise de 437,7 femmes et 88,8 hommes. Les menaces et les voies de fait constituent les principaux actes menant à la dénonciation. Le nombre d'enlèvements ou de séquestrations est plus élevé en Mauricie que pour l'ensemble du Québec, soit 17,6 victimes pour 100 000 femmes en Mauricie contre 12,5 au Québec.

Selon la Maison De Connivence de Trois-Rivières, la violence conjugale envers les femmes a des impacts importants sur leur santé tant physique que mentale. Les femmes qui arrivent à la Maison De Connivence sont rarement dans un bon état physique. Soit elles ont un surplus de poids parce qu'elles mangent pour combler leurs carences affectives, soit elles sont sous-alimentées en raison de l'anxiété qu'elles vivent ou du manque de ressources financières. Puisqu'elles ont été violentées, elles subissent nécessairement des impacts physiques, comme des difficultés de digestion ou bien des douleurs chroniques liées aux coups reçus, mais aussi des impacts psychologiques. À la Maison Le Far de Trois-Rivières, on remarque que la violence survient souvent lors de la grossesse, ce qui peut avoir des conséquences sur le bébé à naître. Les intervenantes dans cet organisme ont aussi remarqué une hausse du nombre de personnes âgées qui sont victimes de violence conjugale.

Une des plus grandes conséquences de la violence conjugale est la dépression, selon les intervenantes rencontrées. Cet état entraîne souvent un besoin de consommation pour tenter d'*engourdir* les souffrances vécues. Cela crée des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme ou parfois des troubles de la personnalité limite. Les intervenantes doivent alors amener les victimes, d'une part, à contrôler leur consommation en tentant de la réduire et, d'autre part, à parler de la violence vécue, ce qui fait remonter leur anxiété et leur goût de consommer. D'autres problèmes de santé mentale surviennent comme les troubles obsessionnels compulsifs ou les troubles de stress post-traumatique.

Enfin, selon les intervenantes interrogées, une difficulté à comprendre la situation est aussi vécue chez les proches des victimes de violence conjugale, ce qui entraîne chez eux une impuissance, un dépassement, une peur et un décrochage. Cette

méconnaissance est l'une des raisons principales de l'isolement des femmes qui se retrouvent soudainement sans mari et sans ami.

Lorsqu'il est question de violence conjugale, la culture, qui fait partie des 12 déterminants de la santé, prend de plus en plus d'importance à la Maison De Connivence. Il est difficile pour les intervenantes de savoir ce qui est normalisé dans la culture des femmes immigrantes. La loi et les ressources disponibles en matière de violence conjugale méritent d'être bien expliquées à leur clientèle, selon la Maison De Connivence de Trois-Rivières.



Chapitre 4 – Santé sexuelle et reproductive

La santé sexuelle et reproductive diffère selon les sexes. Comme ce sont les femmes qui portent les enfants, elles auront tendance à en prendre davantage soin en bas âge. Elles s'occupent aussi davantage de leurs aînés, comme les statistiques sur les proches aidantes le démontrent dans le chapitre sur les services de santé. Le présent chapitre porte sur deux principales thématiques : d'une part, les processus naturels liés à la reproduction et à la planification des naissances comme le cycle menstruel, la grossesse, l'accouchement et la ménopause ; d'autre part, les infections transmises sexuellement et par le sang rattachées à la sexualité. Les adolescentes et adolescents seront inclus dans cette partie du portrait. Il est important de noter que les références soulevées dans ce chapitre sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

Campagnes de sensibilisation

Au Québec, Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les agences de santé et de services sociaux ont mené plusieurs campagnes de sensibilisation et mis en place diverses stratégies portant sur la santé sexuelle et reproductive. Voici quelques exemples visant à informer et éduquer la population et à lui faire adopter des comportements sains : le répertoire des ressources en planification des naissances, *SOS-Grossesses*, les feuillets d'information sur la ménopause et la campagne *Enceinte ? Pas d'alcool*.

Processus naturels liés à la reproduction

Les processus naturels liés à la reproduction sont très présents chez les femmes tout au long de leur vie (cycle menstruel, grossesse, accouchement, ménopause), lesquels peuvent affecter la santé des femmes et entraîner plusieurs conséquences parfois inconfortables (par exemple, les crampes menstruelles ou les bouffées de chaleur liées à la ménopause). De plus, il est difficile pour les spécialistes de discerner le cours normal de ces processus naturels et la maladie en soi.

Contraception, grossesses et avortements

Selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances, la contraception confère une autonomie aux femmes et aux hommes. Au Québec, l'indice de grossesse était de 2,21 grossesses par femme en 2005. En Mauricie, il était de 2,32 la même année. Les Mauriciennes ont aussi tendance à avoir des enfants plus tôt que les Québécoises, puisque le nombre de grossesses est plus élevé chez les 20 à 24 ans ainsi que chez les 25

à 29 ans. Chez les 20 à 24 ans, il y a 108,1 grossesses pour 1 000 femmes chez les Mauriciennes et 93,7 grossesses chez les Québécoises. Entre 25 et 29 ans, ces statistiques s'élevèrent à 167,3 grossesses par 1 000 femmes chez les Mauriciennes comparativement à 139,1 grossesses chez les Québécoises.

En ce qui a trait aux interruptions de grossesse, environ 29 000 avortements volontaires sont pratiqués chaque année au Québec selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances. Les grossesses non désirées sont souvent dues à une situation de pauvreté, un statut étudiant, l'instabilité amoureuse ou encore le désir d'un emploi plus permanent. Entre 1990 et 1999 au Québec, le nombre d'interruptions de grossesse a augmenté, passant de 22 000 à près de 31 000. Entre 2002 et 2005 au Québec, 27,6 % des grossesses se terminent par un avortement, comparativement à 23,3 % en Mauricie. De plus, l'âge moyen des Mauriciennes à la maternité était légèrement plus bas qu'au Québec, soit de 28,9 ans comparativement à 29,6 ans en 2007.

Chez les adolescentes de la Mauricie, le taux de grossesses par année est plus élevé qu'au Québec. Il représente 35,2 grossesses pour 1 000 Mauriciennes âgées de 14 à 19 ans et 30,4 chez les Québécoises du même âge. Chez les adolescentes âgées de 18 à 19 ans, un écart important est constaté entre la Mauricie et le Québec avec respectivement 66,9 et 59,9 pour 1 000. La proportion d'avortements chez les 14 à 17 ans (53,2 pour 100 grossesses) ainsi que chez les 18 à 19 ans (51,5 pour 100) en Mauricie est cependant inférieure à la proportion québécoise (respectivement 75,1 pour 100 et 61,6 pour 100). Soulignons qu'au Québec, 81,5 % des personnes se disent en faveur du libre choix à l'avortement selon la Fédération du Québec pour le planning des naissances.

Les organismes qui œuvrent dans le domaine en Mauricie constatent que les femmes qui vivent une grossesse ou un avortement manquent souvent d'information. Elles ne sont pas préparées à ces événements. Parfois, elles vont s'informer sur Internet, où il est souvent question de symptômes et de maladies, et elles vont s'inquiéter. Un réseau de santé plus difficile d'accès ou des conditions de pauvreté peuvent expliquer ce manque d'information en lien avec la contraception ou la gestion de la santé sexuelle et reproductive. La situation est d'autant plus difficile si la femme vit un avortement en plus de vivre d'autres problèmes (pauvreté, difficulté à se trouver un logement ou un travail).

Près de 450 avortements par année sont effectués au Centre de santé des femmes de la Mauricie. Si le centre suffit à la tâche en matière d'avortement, les intervenantes soulignent la problématique de l'accès à la contraception et des cliniques gynécologiques. Beaucoup de filles recourent à l'avortement parce qu'elles n'ont pas eu accès à la contraception. L'organisme aimerait davantage de médecine préventive et déplore que le manque de ressources en santé ne favorise pas cette démarche.

Accouchements et naissances

Selon le Conseil du statut de la femme, 71 744 naissances vivantes étaient répertoriées au Québec en 2005, dont 3 980 en Mauricie. De 2001 à 2005, 20 % des accouchements se sont faits par césarienne en Mauricie, se rapprochant ainsi du taux au Québec, soit 21,4 %. Le pourcentage d'épisiotomie⁶ pour 100 accouchements par voie vaginale en région est, quant à lui, légèrement en deçà du taux enregistré au Québec, soit 23,5 % en Mauricie et 26,3 % dans la province.

Au moment de rédiger ce portrait, il n'a pas été possible d'obtenir des statistiques au sujet des accouchements dans les hôpitaux et les maisons de naissances.

En ce qui concerne l'allaitement au Québec en 2005-2006, 78,8 % des enfants nés dans un centre hospitalier québécois ont reçu du lait maternel au minimum une fois durant leur séjour. Durant les deux mois suivant l'accouchement, 54,0 % d'entre eux continuaient d'être allaités, taux qui diminue à 39,1 % les quatre mois suivants, selon l'Institut de la statistique du Québec. En Mauricie et au Centre-du-Québec, le taux d'allaitement était plus élevé que pour l'ensemble de la province. Il était de 85,1 % pendant le séjour, de 66,7 % les deux mois suivants et de 46,7 % lorsque l'enfant atteignait les six mois.

Plusieurs problèmes peuvent survenir à la suite de l'accouchement selon le Centre ressources naissance, à Trois-Rivières. Le manque d'information générant de l'anxiété, comme mentionné précédemment, incite les femmes à craindre pour leur santé mentale et physique. Certaines ont peur de vivre une dépression ou de déplaire sexuellement à leur mari. D'ailleurs, il arrive que les hommes aient une certaine réticence à avoir des relations sexuelles à la suite d'un accouchement.

Ménopause

La ménopause constitue une étape névralgique en matière de santé sexuelle et reproductive chez les femmes. Selon Santé Canada, les Canadiennes qui traversent la période de la ménopause sont plus susceptibles d'entrevoir des changements physiologiques, d'augmenter les risques de maladies cardiovasculaires ou d'ostéoporose. Divers déterminants influencent ces risques, comme le patrimoine biologique et génétique, les environnements physiques, la santé alimentaire et la santé physique. Comme il a été mentionné précédemment, les maladies cardiovasculaires constituent une des principales causes de décès chez les femmes et chez les

⁶ L'épisiotomie est une section chirurgicale de l'ouverture vaginale destinée à faciliter la sortie du bébé. Agence de la santé publique du Canada (2008), « Rapport sur la santé périnatale au Canada », <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/factsheet-fiche-fra.php>, page consultée le 1^{er} septembre 2011.

Mauriciennes. Cette situation est donc une préoccupation à prendre en considération en ce qui a trait à la santé des femmes en Mauricie.

Selon le Service d'information en contraception et sexualité de Québec, l'âge moyen de la ménopause au Québec est de 51 ans. Les principaux signes de la ménopause sont les bouffées de chaleur, l'insomnie, la fatigue, la sécheresse vaginale et les palpitations.

Sexualité chez les adolescentes et adolescents

Un jeune sur trois (32,1 %) du secondaire en Mauricie déclare avoir eu une relation sexuelle avec pénétration et consentement. Les filles sont davantage concernées que les garçons (34,0 % contre 30,4 %). À mesure de l'avancement de la scolarité, la proportion augmente chez l'ensemble des jeunes, passant de 11,4 % chez les élèves de première année à 58,3 % chez les élèves de cinquième année. Une enquête effectuée en 2005 dévoile que les filles sont plus nombreuses que les garçons à affirmer être fortement en contrôle quant à leur choix d'être actives sexuellement (78,6 % contre 57,7 %). De plus, elles affirment être davantage en contrôle que les garçons quant à l'utilisation d'un moyen de contraception (71,8 % contre 60,3 %).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

En matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les campagnes de sensibilisation ne rejoignent malheureusement pas tous les publics cibles. Certains, plus marginaux, ne réclament pas toujours les services offerts. Les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes incarcérées ou les utilisatrices et utilisateurs de drogue par injection sont quelques exemples de personnes qui peuvent être craintives à l'idée d'être jugées négativement par autrui. Contrairement à la croyance populaire, les personnes dites marginales ne sont pas les seules susceptibles de contracter des infections transmissibles sexuellement ou par le sang. D'ailleurs, ces infections sont en augmentation, et ce, de façon plus marquée, chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Québec.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

La santé sexuelle et la reproduction diffèrent grandement en fonction du sexe. Les processus naturels liés à la reproduction abordés précédemment, comme la grossesse, ont une influence sur la transmission d'infections. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection chronique associée à une période de latence. Le sida constitue plutôt le stade terminal de cette période. C'est pourquoi son appellation est « syndrome d'immunodéficience acquise ». En 2009 au Québec, 5 520 personnes étaient atteintes du VIH/sida, dont 1 185 femmes. L'état de la situation était plus alarmant pour les utilisatrices et utilisateurs de drogues par injection, les personnes en

provenance de pays endémiques et dans une proportion semblable chez les hétérosexuelles à risque et les hétérosexuelles sans risque connu. Bien que les femmes soient moins touchées par le VIH/sida, 33 % à 50 % des nouveaux diagnostics féminins sont liés à des immigrantes de pays endémiques. De plus, 72,7 % à 87,5 % de ces nouveaux diagnostics sont reliés à la transmission hétérosexuelle de l'infection. Aucun nouveau cas d'infection par transmission de la mère à l'enfant n'a été répertorié au Québec pour le premier trimestre de 2009. Depuis 2005 en Mauricie et au Centre-du-Québec, un seul nouveau cas a été répertorié. Dans le cadre de la surveillance de l'infection par le VIH au Québec, la confidentialité des données ne permet pas de faire une analyse aussi rigoureuse que celle des autres ITSS à la déclaration obligatoire.

En ce qui a trait aux autres infections transmises sexuellement et par le sang en Mauricie et au Centre-du-Québec, c'est la chlamydie génitale qui est la plus répandue des ITSS à déclaration obligatoire. Elle est passée de 399 cas en 1999 à 1 052 cas en 2009. Elle est d'ailleurs plus présente chez les Mauriciennes et Centricoises, puisque 698 nouveaux cas d'infections ont été déclarés en 2009. Le taux le plus élevé se trouve plus particulièrement chez les femmes âgées de 15 à 24 ans. Les infections gonococques et l'hépatite C constituent aussi deux des trois plus importantes infections. Des cas de syphilis et d'hépatite B sont aussi répertoriés. Le virus du papillome humain (VPH) constitue l'une des infections les plus communes à travers le Canada. L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'environ 70 % de la population canadienne ayant une vie sexuelle active contractera cette infection sexuellement transmissible au cours de la vie. Quelques données en lien avec ces infections seront présentées dans les prochains paragraphes.

Chlamydie

Ce type d'infection est très répandu partout au Québec. Elle se trouve en plus grand nombre chez les Québécoises âgées de 15 à 24 ans, contrairement aux hommes qui la contractent davantage vers l'âge de 20 à 29 ans. En Mauricie et au Centre-du-Québec, on constate une augmentation constante de cas depuis 1999. Le nombre de cas est presque le double chez les femmes que chez les hommes pour cette région sociosanitaire (707 contre 341 en 2008).

Gonorrhée

Depuis dix ans, le nombre de cas de gonorrhée a augmenté rapidement. Cette infection, plus fréquente chez les hommes, est aussi très présente chez les femmes. En 2009, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comptait 12 cas d'infection de la gonorrhée.

Syphilis infectieuse

Vers la fin des années 1990, la syphilis infectieuse avait pratiquement disparu des statistiques québécoises. Au cours des années 2000, une explosion du nombre de déclarations s'est produite. Elle touche plus particulièrement les hommes ayant des relations avec des personnes de même sexe. En Mauricie et au Centre-du-Québec, les cas déclarés de syphilis infectieuse ont pratiquement été absents entre 1994 et 2002. C'est à partir de l'année 2003 que le nombre de cas s'est accru, et ce, chez les hommes. Comme les cas ne sont pas très nombreux, un simple cas peut faire varier les statistiques. En 2008, un cas féminin et six cas masculins ont été comptabilisés.

Hépatites B et C

L'hépatite B est en constante diminution au Québec, même si le rythme de diminution est moins rapide qu'au début des années 2000. L'hépatite C, quant à elle, infecte un Québécois sur quatre, tous sexes confondus. En Mauricie et au Centre-du-Québec, ce sont les personnes âgées de 45 à 54 ans qui sont majoritairement infectées par l'hépatite C. Elle touche d'ailleurs davantage les hommes que les femmes. Cependant, le nombre de cas féminins dans cette région a augmenté entre 2005 et 2006, passant de 20,72 % à 37,86 %. L'année 2009 a été marquée par une baisse, soit 31,96 %.



Chapitre 5 – Santé et milieu de vie

Le milieu de vie a une influence sur la qualité de vie et donc sur la santé des individus. Dans ce chapitre, il sera question de santé et d'environnement, terme faisant ici référence à l'influence du milieu de vie sur la santé des femmes. La pollution ainsi que la qualité de l'air et de l'eau seront d'abord mises de l'avant. Les questions liées au milieu de vie comme la pauvreté, le logement, l'itinérance et la prostitution seront ensuite abordées. Les services de santé seront enfin brièvement présentés. Il est important de noter que les références soulevées dans ce chapitre sont détaillées à la fin de l'ouvrage.

Pollution, qualité de l'air et de l'eau

Véronique Lapaige, chercheuse à l'Institut national de santé publique, affirme que les changements climatiques sont devenus un important enjeu en santé publique, et ce, à l'échelle internationale (dans Mantha, 2011). Son travail est de trouver des moyens pour aider les professionnels de la santé à s'adapter à ces changements.

Différentes problématiques comme la pollution de l'air, l'ingestion d'aliments contaminés, la canicule ou les catastrophes extrêmes peuvent causer une multitude de problèmes, d'ordres variés, liés à la santé : problèmes respiratoires, troubles digestifs, maladies cardiaques, maladies infectieuses, déshydratation ou stress. Cette spécialiste indique d'ailleurs que les canicules peuvent même avoir des effets sur les individus qui consomment des substances psychotropes.

Selon un article du journal *La Terre de chez nous* s'intéressant aux pesticides et à la grossesse, trois études menées à New York ainsi qu'en Californie indiquent que l'exposition des femmes à certains pesticides durant la période de la grossesse peut influencer négativement le quotient intellectuel de l'enfant. Cette exposition provient en grande majorité de l'alimentation, où le pesticide du chlorpyrifos est détecté. Ce sont d'ailleurs le céleri, les pêches, les fraises, les pommes et les bleuets qui sont les aliments les plus contaminés. À l'opposé, les oignons, les avocats, le maïs congelé, les ananas et les mangues sont les aliments les moins contaminés, d'après ces mêmes recherches.

En ce qui a trait à l'environnement, une mauvaise qualité de l'air causée par une grande présence du pollen de l'herbe à poux ainsi qu'à des épisodes de smog en Mauricie et au Centre-du-Québec constitue une caractéristique écologique à considérer dans une optique où la santé des femmes est en cause, selon l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Milieu de vie

Pauvreté

Au Québec, la différence du niveau de revenu entre les sexes est marquée. Selon les données de 2006, familles et personnes seules réunies, 15,3 % des hommes gagnaient moins de 20 000 \$ par année après impôt comparativement à 29,3 % chez les femmes. À l'inverse, le pourcentage de femmes gagnant plus de 50 000 \$ après impôt (25,5 %) est plus faible que celui des hommes (41,3 %). Cette différence est aussi présente chez la population plus âgée. Par exemple, 36,2 % des Québécoises âgées de 65 ans et plus vivent sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 21,1 % pour les hommes appartenant au même groupe d'âge.

La Mauricie se situe au 3^e rang de la province en ce qui a trait au nombre de familles et personnes hors famille vivant sous le seuil de faible revenu, tout de suite derrière Montréal et le Nord-du-Québec. L'agglomération de La Tuque et la ville de Shawinigan constituent les deux territoires en Mauricie ayant le plus haut taux de personnes ou familles vivant sous le seuil de faible revenu.

Selon le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 70,3 % des prestataires de l'aide sociale sont des personnes seules en 2011. Les statistiques changent aussi avec les années en matière d'aide sociale. Lorsque la loi sur l'aide sociale a été adoptée en 1969, 80 % des personnes qui en bénéficiaient étaient inaptes au travail et 20 % étaient aptes au travail. Aujourd'hui, près de 60 % des personnes qui ont droit à l'aide sociale sont aptes au travail comparativement à 40 % de personnes inaptes, d'après les données de ce ministère.

Selon le Groupement pour la défense des droits sociaux (GDDS) de Trois-Rivières, les personnes les plus susceptibles d'avoir recours à l'aide sociale sont les personnes qui avaient des difficultés à l'école, les décrocheurs scolaires, les analphabètes, les gens qui n'ont pas de grandes capacités d'adaptation au marché de l'emploi, les personnes qui ont des problèmes de santé physique ou mentale et qui ne sont pas aptes au travail ainsi que les personnes qui ont des troubles du comportement.

La pauvreté a des conséquences importantes sur la santé physique des femmes. D'abord, les saines habitudes de vie sont mises à l'écart, étant donné les prix des aliments et leur hausse constante. Les femmes des milieux défavorisés ont une moins grande espérance de vie, connaissent un vieillissement précoce et consomment davantage de médicaments d'ordonnance selon le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). D'après le Groupement pour la défense des droits sociaux de Trois-Rivières, les femmes pauvres font face à plusieurs stéréotypes qui peuvent influencer grandement leur santé psychologique. D'après ce groupement, il est pourtant faux de penser que la pauvreté ou des revenus moins élevés amènent de mauvais comportements concernant la famille ou la santé. Ce qui est observé c'est un grand

sentiment d'insécurité vécu par ces femmes : elles vivent souvent une détresse psychologique liée aux soucis financiers et ne peuvent pas se réaliser.

Ces conséquences physiques et psychologiques entraînent une certaine forme d'exclusion sociale découlant du rejet des autres et du mépris qu'ils témoignent aux personnes qui bénéficient de l'aide sociale. Selon plusieurs intervenantes rencontrées, ces problèmes ont aussi une incidence sur la perception des employeuses et employeurs, qui ne veulent pas prendre le risque d'engager une personne qui a souffert d'une dépression ou qui a eu des difficultés lorsqu'elle était prestataire de l'aide sociale.

Logement

Selon la Société d'habitation du Québec, une majorité des locataires étaient des femmes en 2005. Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, le coût moyen d'un appartement de deux chambres était de 629 \$ au Québec contre 505 \$ à Trois-Rivières en 2009. Selon Statistique Canada, en 2006, le loyer médian s'élevait à 563 \$ au Québec, à 479 \$ à Trois-Rivières, à 442 \$ à La Tuque et à Shawinigan. Au même moment, le revenu médian des femmes locataires était de 20 368 \$ (23 823 \$ pour l'ensemble des locataires) à Trois-Rivières, comparativement à 25 814 \$ dans la province (29 416 \$ pour l'ensemble des locataires). Puisque les ménages à faible revenu sont en proportion plus présents dans la région que dans l'ensemble du Québec, plus de locataires sont susceptibles de consacrer 30 % et plus de leur revenu pour s'abriter. C'est 44 % de Trifluviennes locataires (30 % des Trifluviens locataires) qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement. Parmi celles-ci, 16 % y consacrent même plus de 50 % de leur revenu (14 % pour les hommes).

Le Comité logement Trois-Rivières constate un appauvrissement de la population mauricienne. Ces dernières années, le nombre de causes d'expulsion pour non-paiement à la Régie du logement a augmenté, autant à Trois-Rivières qu'à Shawinigan, conséquence probable des nombreuses fermetures en région. Les femmes constituent 65 % de la clientèle de cet organisme. La plupart des appels proviennent de locataires dont les principaux problèmes sont liés à la moisissure, à l'infiltration d'eau, à l'aération ou la perte de chaleur dans leur logement. Ces ennuis sont particulièrement présents à Shawinigan et à Trois-Rivières en raison du nombre élevé de vieux logements. De plus, les femmes qui ont des problèmes de santé mentale, les femmes plus âgées ou les mères monoparentales sont souvent doublement discriminées par les propriétaires de logements. L'humiliation, la discrimination, la maltraitance ou l'abus sont souvent vécus par ces femmes. Au final, la longueur des délais à la Régie du logement est devenue tellement élevée que les femmes n'utilisent pas ces recours, expliquent les intervenantes du Comité logement.

Itinérance

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 % des personnes itinérantes étaient des femmes à Montréal en 2008, comparativement à 37 % à Québec. La situation de l'itinérance chez les femmes diffère de la situation vécue chez les hommes. Les itinérantes ont tendance à vouloir trouver d'autres solutions que de rester dans la rue ou d'utiliser les refuges. Elles dormiront plutôt chez des compagnons de fortune, parfois violents, et seront plus discrètes dans la rue que les hommes. Elles se livrent parfois à la prostitution, ce qui leur permet de garder un logement le plus longtemps possible et d'éviter des dépenses liées aux besoins primaires, comme se nourrir ou se loger.

Plusieurs facteurs peuvent conduire à l'itinérance, comme la violence physique ou psychologique durant l'enfance, la consommation d'alcool et de drogue ou la séparation. Près de 50 % à 75 % des itinérantes ont d'ailleurs vécu de la violence ou des abus.

Au moment de rédiger ce portrait, il n'a pas été possible d'obtenir de statistiques au sujet de l'itinérance féminine en Mauricie.

Prostitution

Au Québec, peu de données sont disponibles sur la situation de la prostitution chez les femmes. Elle est pratiquée par une proportion importante de mineures. Les prostituées sont plus rarement âgées de plus de 25 ans. La consommation de substances illicites est aussi très présente dans ce milieu car elle procurerait l'évasion permettant de mieux supporter les difficultés liées à cette pratique, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa stratégie en santé de 2002.

Services de santé

Travailleuses

Comme mentionné au chapitre 2, 56,6 % des femmes travaillent dans le secteur tertiaire en Mauricie, ce qui veut donc dire qu'elles œuvrent aussi au sein du domaine de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, selon le Centre de femmes de Shawinigan, près de 80 % du personnel en santé sont des femmes. Un travail ministériel important est à effectuer en lien avec les problèmes que vivent ces travailleuses, selon cet organisme. D'après celui-ci, les organismes communautaires sont à même d'évaluer les effets de la transformation des services auprès de leurs travailleuses.

Proches aidantes

Le réseau de la santé est en continuelle transformation afin d'améliorer les services offerts. Ces transformations permettent aux personnes ayant des incapacités de

demeurer à domicile et d'y recevoir des soins. Ces soins sont majoritairement octroyés par des membres de la famille, souvent des femmes, qui portent le titre de proches aidantes.

Prodiguer des soins à une personne ayant des incapacités ou des maladies requiert un effort mental, émotionnel et physique (Guberman et Lavoie, 2009, p. 3). Puisque la majorité des proches aidantes ont moins de 65 ans, elles ont, pour une partie d'entre elles, à concilier la vie professionnelle avec leur vie personnelle, ce qui peut créer des interférences avec leur travail. Ces aidantes vivent non seulement avec ce problème, mais aussi avec la réalité financière qui y est reliée, leur revenu étant inférieur à celui des hommes. Les multiples implications que nécessite ce rôle sont susceptibles de leur causer un grand stress ainsi que de la détresse psychologique.

Selon les intervenantes du Centre de femmes de Shawinigan, il faut se préoccuper de la situation des proches aidantes. Dans cet organisme, on déplore que le système de santé se désengage envers les personnes âgées en laissant la place aux proches aidantes. Cependant, on se demande si les futures générations, comme celles du *baby-boom*, voudront accepter un tel rôle. Partant des conséquences engendrées par cette tâche, comme l'épuisement, le manque de ressources, le stress ou les coûts qui y sont associés, le centre trouve que la situation mérite d'être étudiée davantage.



Chapitre 6 – Préoccupations et suggestions du milieu

Afin de bonifier ce portrait de la santé des femmes en Mauricie, diverses entrevues ont été réalisées auprès d'organismes communautaires de la région. L'objectif de ces entrevues était de faire ressortir l'état de la situation telle que vécue sur le terrain par des personnes qui interviennent en première ligne. Pour ce faire, des questions relatives à la description des organismes, aux clientèles desservies et à leur évolution au fil des années, aux problèmes liés à la santé des femmes ainsi qu'à leur rapport au système de la santé ont été soulevées. Ces entretiens ont permis de bien cerner le contexte dans lequel vivent les organismes et ainsi de relever plusieurs préoccupations et suggestions émises par ce milieu. Nous les présenterons dans les prochaines pages.

Préoccupations

Santé mentale

La santé mentale est le sujet de discussion le plus récurrent relevé dans les discours des intervenantes rencontrées en Mauricie. Selon le Centre de santé des femmes de la Mauricie, les besoins sont grandissants en santé mentale et en psychiatrie chez les utilisatrices. Elles remarquent que le nombre de participantes aux ateliers de cet organisme a presque quadruplé depuis les dernières années, passant de 8 à environ 40 par semaine. Puisqu'il n'existe pas de services spécialisés en santé mentale, les femmes qui vivent sous le seuil de la pauvreté n'ont pas les moyens nécessaires pour consulter. Par ailleurs, le Centre ressources naissance de Trois-Rivières réclame une maison spécialisée en santé mentale ou un système d'hébergement pour les femmes qui en souffrent. Une maison spécialisée en troubles alimentaires, qui comprendrait les spécialistes qu'exige ce genre de maladies, est également souhaitée par cet organisme. Du reste, selon la Maison Le Far de Trois-Rivières, les femmes qui fréquentent l'endroit ont des besoins qui dépassent la formation des intervenantes, bien que ces dernières aient toutes un baccalauréat en psychologie ou en psychoéducation. La question des doubles problématiques fait en sorte que les intervenantes doivent se spécialiser davantage pour arriver à répondre à la demande. Il en sera d'ailleurs question dans la partie suivante.

Doubles problématiques

Les problématiques de santé chez les femmes s'aggravent et s'accumulent au fil des années selon la Maison De Connivence de Trois-Rivières. Différents problèmes sont mélangés, ce qui peut complexifier l'intervention. Par exemple, une femme peut provenir d'un milieu plus démuné et être à la fois dépendante aux drogues. Ainsi, diverses difficultés peuvent être jumelées chez une même personne, comme les femmes qui ont des incapacités sociales, des problèmes de santé mentale, des troubles

de la personnalité, du stress post-traumatique ou des troubles alimentaires. Afin de traiter ces doubles problématiques qui sont de plus en plus fréquentes, les intervenantes doivent se spécialiser davantage. De plus, le processus par lequel les femmes doivent passer est plus long si elles ont plusieurs problèmes. D'ailleurs, la Maison Le Far constate que sa clientèle a besoin de plus du double de temps pour se guérir qu'il y a vingt ans. Le Centre de femmes de Shawinigan affirme aussi que le coût de la vie comparativement au salaire minimum n'aide pas les femmes à se sortir de ce qu'elles peuvent vivre. L'appauvrissement est évident.

Services de santé

Les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) ainsi que la Maison Le Far de Trois-Rivières constatent que le manque de médecins de famille constitue une entrave au travail des intervenantes et intervenants du milieu en ce qui a trait à la consommation de médicaments chez les femmes. Souvent, elles vivent des situations extrêmes : soit elles manquent de médication, soit elles en consomment trop. Cela est dû au fait qu'elles n'ont pas accès à un bilan de santé approfondi, puisqu'elles n'ont pas de médecin. De plus, si les symptômes sont parfois traités, c'est peu le cas des problèmes qui leur sont sous-jacents. Par exemple, la dépression peut être traitée et non pas la violence conjugale, ce qui fait en sorte que le problème persiste.

Immigration

Selon les organismes rencontrés pour ce portrait, la hausse de l'immigration en Mauricie entraîne des problématiques qui n'étaient pas connues auparavant. Malheureusement, beaucoup de contraintes s'ajoutent aux interventions auprès des femmes immigrantes. Les aspects légaux, la barrière de la langue, les aspects culturels, dont la religion, sont quelques-uns des aspects soulevés par la Maison De Convivence et la Maison Le Far de Trois-Rivières. À titre d'exemple, il n'existe pas d'avocats spécialisés en matière d'immigration chez les femmes en Mauricie. Pour avoir recours à ces services, les organismes doivent se rendre à Montréal et défrayer les coûts élevés que cela engendre. Également, les intervenantes doivent avoir recours à des traductrices ou des interprètes pour établir la communication. Ce processus alourdit les interventions auprès des femmes, qui sont parfois laissées pour compte malgré leurs besoins criants. Les femmes immigrantes qui fréquentent ces centres rencontrent aussi de nombreux obstacles puisqu'elles n'ont pas accès à certains services comme l'assurance-maladie, ce qui complexifie leur relation avec le système de santé.

Ainsi, des éléments liés à la religion, à la langue, à la culture et aux accommodements raisonnables compliquent la tâche des intervenantes, d'autant plus lorsqu'il est question de violence conjugale. Ces dernières soulignent que des progrès sont à faire en ce qui a trait à la manière dont les femmes immigrantes sont reçues, accueillies et supportées dans la région.

Internet et santé

La généralisation de l'usage de l'Internet est à considérer lors des interventions avec les femmes. Plusieurs d'entre elles consultent les informations disponibles sur le Web afin de s'informer davantage sur les causes possibles de leurs symptômes. Cette possibilité a des points positifs, comme une meilleure connaissance de leur santé et ainsi un plus grand sentiment de contrôle sur leur santé. Elle entraîne cependant des points négatifs comme la création de peurs souvent non fondées.

D'autre part, au Centre de femmes de Shawinigan, on constate aussi que l'Internet n'est pas accessible à toutes les femmes et que les cafés Internet manquent. Pourtant, plusieurs services gouvernementaux ou municipaux utilisent majoritairement des interfaces Web. Ils ne prennent ainsi pas en considération que l'Internet n'est pas accessible à tous et toutes, notamment par manque de moyens financiers, de connaissances ou d'accès aux outils informatiques.

Suggestions

Ressources humaines et monétaires

Pour la plupart des organismes rencontrés, la méthode du bouche à oreille est la plus efficace en matière de recommandations. Ensuite, c'est l'entraide entre les professionnels de la santé et les organismes qui est la plus efficace, ce qui semble prouver que la collaboration entre ces derniers est plutôt fonctionnelle. Cependant, si les professionnelles et professionnels de la santé dirigent des personnes vers les organismes, c'est souvent parce qu'ils ne suffisent pas à la tâche. Les organismes communautaires, quant à eux, manquent souvent de ressources pour arriver à combler les besoins des femmes qui sont dirigées vers leurs services. Ainsi, le manque de ressources ou de services spécialisés génère des listes d'attente. C'est notamment l'avis du Centre ressources naissance de Trois-Rivières qui réclame une ressource professionnelle supplémentaire afin de répondre à la demande qui augmente avec les années. Enfin, plusieurs organismes soulignent la longueur de leurs listes d'attente. C'est le cas notamment pour les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

Il arrive aussi que les subventions octroyées pour payer des ressources supplémentaires ne soient pas assez importantes pour rémunérer une seule personne à temps complet. Les organismes doivent donc engager du personnel à temps partiel. En plus de ne pas pouvoir engager une ressource à temps plein, les subventions ne sont pas garanties d'année en année. Étant donné ces conditions, les organismes n'engagent parfois tout simplement pas de ressource supplémentaire. Le manque de services spécialisés a aussi une incidence sur les services rendus par les organismes. Souvent, les femmes doivent fréquenter plusieurs organismes pour avoir une réponse à leurs besoins, puisqu'un seul organisme n'est pas actuellement en mesure de répondre à ces besoins.

Ainsi, les entrevues réalisées permettent de constater que les organismes communautaires de la région font beaucoup de choses avec peu de moyens. Davantage de ressources humaines et monétaires permettraient ici de faire une grande différence.

Information, sensibilisation et prévention

Plusieurs organismes ont mentionné que plus d'information, de sensibilisation et de prévention est nécessaire en matière de santé des femmes. Au Centre ressources naissance, les intervenantes constatent que les femmes manquent d'information concernant leur corps, leur grossesse ou l'accouchement, ce qui nourrit parfois des peurs non fondées. Ce manque d'information n'est pas nécessairement lié au revenu de la femme ni à son niveau de scolarité. Pour ces raisons, le centre suggère d'ajouter à ses services des éléments de communication, de sensibilisation, de prévention et d'éducation.

Il en est de même pour les CALACS, dont les intervenantes remarquent que les agressions sexuelles sont encore taboues. La prévention auprès des jeunes est donc nécessaire pour ces organismes qui observent que les gens évitent leurs kiosques d'information.

Au Comité logement Trois-Rivières, on affirme que les gens qui fréquentent l'organisme ne connaissent pas leurs droits en matière de logement.

Bien que plusieurs campagnes d'information, de prévention et de sensibilisation soient mises en place par les institutions gouvernementales en matière de santé des femmes, les organismes semblent évoquer le besoin de diffuser le point de vue de la médecine préventive plutôt que de la médecine réactive, terme utilisé par les intervenantes interrogées.



Conclusion

Au terme de ce portrait, les bases d'un tour d'horizon sur la santé des femmes en Mauricie vérifiant l'adéquation entre les besoins actuels et les services existants ont été jetées. Cette recherche exploratoire a ainsi permis de dresser le bilan des problèmes et enjeux liés à la santé des Mauriciennes en 2011 en lien avec la santé physique, la santé mentale et psychologique, la santé sexuelle et reproductive ainsi que la santé et le milieu de vie. Elle a aussi permis de confirmer que les femmes vivent bel et bien des problématiques en matière de santé distinctes de celles des hommes.

De plus, les entrevues réalisées auprès d'organismes communautaires de la région confèrent à cette recherche un caractère inédit qui lie les données statistiques sur la santé des femmes en Mauricie à un côté plus empirique. Ainsi, les préoccupations et suggestions soulevées dans les organismes rencontrés permettront, lors d'une étape ultérieure, de faciliter le développement d'un bouquet de mesures en santé des femmes en Mauricie.

Puisque les données statistiques et la réalité des organismes communautaires sur la santé des femmes sont appelées à changer au cours des années, il sera nécessaire de réaliser d'autres études afin d'effectuer une mise à jour des informations contenues dans ce portrait.

Références

Introduction

Bureau du vérificateur général du Canada. (Décembre 2001). *Quels sont les déterminants de la santé ?*, rapport de la vérificatrice générale du Canada, chap. 9, http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/att_0109xe02_f_11597.html, document consulté le 30 janvier 2012.

Relais-femmes. (Octobre 1997). *L'analyse différenciée par SEXE : levier pour l'égalité ? Le développement ? La paix ?*, séminaire organisé par Relais-femmes, Université du Québec à Montréal, Québec.

Comité consultatif en santé des femmes. (2004). *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec.

Conseil du statut de la femme. (2008). *La constante progression des femmes. Édition spéciale 35^e anniversaire*, gouvernement du Québec.

Conseil du statut de la femme. (2009). *35 ans de présence et d'action pour une société plus égalitaire*, gouvernement du Québec.

Dumont, Micheline. (2011). « Quelques débats qui ont marqué le mouvement des femmes et le féminisme », conférence publique donnée le 27 mai 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010-2013). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes*, gouvernement du Québec.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. (2000). *Une réalité à découvrir. État de la situation sur la santé des femmes de la région de Québec*, Québec.

Santé Canada. (1999). *Stratégie pour la santé des femmes*, Canada.

Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie, <http://www.tcmfm.ca/qui-sommes-nous>, page consultée le 27 mai 2011.

Chapitre 1 – Caractéristiques régionales et locales

Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2008). *Unis dans tous les sens. Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 Mauricie et Centre-du-Québec*, Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Conseil du statut de la femme. (1999). *Des nouvelles d'elles. Les femmes âgées du Québec*, gouvernement du Québec.

Conseil du statut de la femme. (2010). *Portrait statistique égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous en Mauricie ?*, Québec.

Information sur le marché du travail. (2002). *Les personnes handicapées de la Mauricie en 2002*, <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs23882>, document téléchargé le 15 août 2011.

Institut de la statistique du Québec. (2003). « Population féminine de 15 ans et plus selon la tranche de revenu et le revenu moyen, régions administratives du Québec », tableau statistique, *Institut de la statistique Québec*, http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/recens2001_04/revenu04/revfemm04.htm, page consultée le 1^{er} décembre 2010.

Institut de la statistique du Québec. (2008). *Qui n'a pas un médecin de famille au Québec ?*, Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé.

Institut de la statistique du Québec (2010). *Bulletin statistique régional. Édition 2010. Mauricie*, gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2011). « Définitions, statistiques et réalité montréalaise », *Réseau réussite Montréal*, <http://www.reseautreussitemontreal.ca/spip.php?article108#definitions>, page consultée le 31 août 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Sainte-Foy.

Office des personnes handicapées du Québec. (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, http://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Politique_a_part_entiere.pdf, document téléchargé le 15 août 2011.

Sites Web des MRC et villes du territoire de la Mauricie (2011).

Statistique Canada. (2006). *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa.

Statistique Canada (2006). « Profil de la population autochtone de 2006 pour La Tuque », *Statistique Canada*, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-638-x/2009002/article/11362-fra.htm>, page consultée le 15 août 2011.

Statistique Canada. (2009). « Tendances dans l'obtention des diplômes universitaires, de 1992 à 2007 », *Statistique Canada*, <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2009005/article/11050-fra.htm>, page consultée le 30 novembre 2011.

Chapitre 2 – Santé physique

Chaire de recherche sur l'obésité. (2004-2005). « Les chiffres de l'obésité. Les statistiques du Canada », *Chaire de recherche sur l'obésité*, <http://obesite.ulaval.ca/obesite/generalites/prevalence.php>, page consultée le 15 août 2011.

Comité consultatif en santé des femmes. (2004). *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec.

Conseil du statut de la femme. (2004). *Les conditions de vie des femmes en Mauricie. Mise à jour 2004*, Québec.

Conseil du statut de la femme. (2010). *Portrait statistique égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous en Mauricie ?*, Québec.

Diabète Québec. (2011). « Portrait du diabète au Québec », *Diabète Québec*, http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/portrait.html, page consultée le 15 août 2011.

Fondation des maladies du cœur. (2010). « Les femmes et la santé du cœur. Le cœur tel qu'elles », *Fondation des maladies du cœur*, http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.5897037/k.38BB/Les_femmes_et_la_sant233_du_c339ur_Le_c339ur_tel_qu8217elles.htm, page consultée le 15 août 2011.

Institut de la statistique du Québec. (2006). *Bulletin statistique régional Mauricie*, volume 3, numéro 2, printemps 2006.

Institut national de santé publique du Québec. (2009). « Taux de prévalence du diabète, pour la population âgée de 20 ans et plus selon le sexe, Québec, 1999-2000 à 2006-2007 », *Santéscope*, graphique, <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=192>, page consultée le 30 novembre 2011.

Lamy, O. (2002). « Le bon service, au bon endroit... », *L'infirmière du Québec*, vol. 10 (5), p. 31-32.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Sainte-Foy.

Pépin, Y. (2003). *Enquête sociale et de santé 1998. La santé physique en Mauricie et au Centre-du-Québec*, vol. 8 (4), p. 1-8.

Santé Canada. (1999). *Stratégie pour la santé des femmes*, Canada.

Société Alzheimer de Montréal. (2007). « La maladie d'Alzheimer », *Société Alzheimer de Montréal*, <http://www.alzheimermontreal.ca/maladie/statistiques.php>, page consultée le 15 août 2011.

Statistique Canada. (2006). *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa.

Statistique Canada. (2011). « Nombre de décès, selon la province ou le territoire », *Statistique Canada*, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100223/t100223a2-fra.htm>, page consultée le 31 août 2011.

Chapitre 3 – Santé mentale et psychologique

Brochu, D., et autres. (2006). *Guide d'intervention auprès des victimes de harcèlement psychologique au travail*, Comité d'action des non-syndiqués.

Brun, J.-P., et E. Kedl. (2006). *Portrait et analyse des plaintes déposées pour harcèlement psychologique au travail à la Commission des normes du travail*, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, Université Laval.

Centre de réadaptation Domrémey Mauricie/Centre-du-Québec. (2003). « Le profil des adolescents à Domrémey MCQ et leur utilisation des services de réadaptation », *Info-toxico*, vol. 15 (1), p. 1-4.

Conseil du statut de la femme. (2010). *Portrait statistique égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous en Mauricie ?*, Québec.

Femmes de Mékinac. (2010). *Autour d'Elles*, bulletin de liaison, vol. 30, juin 2010.

Institut national de santé publique du Québec. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*, gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. (2006).

Portrait santé du Québec et de ses régions 2006. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population, gouvernement du Québec.

Ministère de la Justice du Canada. (2004). *Guide à l'intention des policiers et des procureurs de la Couronne*, http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/pub/har/ch_e-hc_a.pdf, document téléchargé le 1^{er} septembre 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Sainte-Foy.

Ouadahi, Y., et autres. (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives », *Santé mentale au Québec*, vol. 34 (1), p. 161-172.

Pépin, Y. (2000-2001). *La consommation d'alcool en Mauricie et au Centre-du-Québec, ESCC, cycle 1.1*, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec.

Pépin, Y. (2002). *Enquête sociale et de santé 1998. La santé mentale en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, vol. 8 (2), p. 1-4.

Sagar Dugani et Danica Lam. (2009). *Toronto Notes for Medical Students*.

Santé Canada. (1999). *Stratégie pour la santé des femmes*, Canada.

Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal. (2007). *Guide d'information à l'intention des victimes d'agressions sexuelles*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Secrétariat à la condition féminine, Montréal.

Chapitre 4 – Santé sexuelle et reproductive

Agence de la santé publique du Canada. (2010). « Virus du papillome humain », *Agence de la santé publique du Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/hpv-vph/facts-faits-fra.php>, page consultée le 1^{er} septembre 2011.

Agence de la santé publique du Canada. (2008). « Rapport sur la santé périnatale au Canada », *Agence de la santé publique du Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rsps/factsheet-fiche-fra.php>, page consultée le 1^{er} septembre 2011.

Coderre, R. et A. Leclerc. (2005). *Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique.

Conseil du statut de la femme. (2010). *Portrait statistique égalité femmes/hommes. Où en sommes-nous en Mauricie ?*, Québec.

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2005). « Pour des choix et des droits en santé reproductive », *Fédération du Québec pour le planning des naissances*, <http://www.fqpn.qc.ca/index.php>, page consultée le 16 août 2011.

Institut de la statistique du Québec. (2006). « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom Santé, Santé et bien-être*, octobre 2006.

Institut de la statistique du Québec. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, gouvernement du Québec.

Lambert, G., L. Ringuette et S. Mynzunza. (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2008 (et projections 2009)*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Sainte-Foy.

Santé Canada. (1999). *Stratégie pour la santé des femmes*, Canada.

Service d'information en contraception et sexualité de Québec. (2008). « Ménopause et hormonothérapie », *Service d'information en contraception et sexualité de Québec*, <http://www.sicsq.org/menopause/menopause.htm>, page consultée le 16 août 2011.

Chapitre 5 – Santé et milieu de vie

Guberman, N., et J.-P. Lavoie. (2009). *Consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Pour un engagement solidaire envers les proches aidants*, Montréal.

Mantha, M.-M. (26 avril 2011). « Les changements climatiques : une nouvelle cause reconnue de problèmes de santé », *PasseportSanté.net*, http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=changements-climatiques-nouvelle-cause-reconnue-problemes-de-sante_20110426, page consultée le 27 mai 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Sainte-Foy.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2011). *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique.

Normandin, C. (26 avril 2011). « Les pesticides, un danger durant la grossesse », *La Terre de chez nous*, <http://www.laterre.ca/environnement/les-pesticides-un-danger-durant-la-grossesse/>, page consultée le 27 mai 2011.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. (2005). *Crise, médicaments, santé des femmes*, Actes de colloque, 73^e Congrès de l'ACFAS (11 mai 2005).

Santé Canada. (1999). *Stratégie pour la santé des femmes*, Canada.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2009). « Loyer moyen d'un appartement de deux chambres », *Immigration et Communautés culturelles Québec*, <http://www.immigration-quebec.gouv.gc.ca/fr/avantages/qualite-vie/cout-vie/loyer-moyen.html>, page consultée le 30 novembre 2011.

Société d'habitation du Québec. (2005). *L'habitation au Québec. Profil statistique de l'habitation. Mauricie*, gouvernement du Québec.

Annexes

Annexe A – Déterminants de la santé de Santé Canada

Santé Canada (rapport de la vérificatrice générale du Canada, chapitre 9, 2001) définit les déterminants de la santé de la façon suivante :

1. **Revenu et situation sociale** : « C'est le déterminant de la santé le plus important. De nombreuses études montrent que l'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. C'est dans les sociétés prospères où les richesses sont équitablement réparties que l'on retrouve les populations les plus en santé, quels que soient les montants dépensés en soins de santé. »
2. **Réseaux de soutien social** : « Le soutien apporté par les familles, les amis et les communautés est associé à une meilleure santé. Certains experts soutiennent que l'impact des relations sociales sur la santé pourrait être aussi important que celui de facteurs de risque établis comme le tabagisme, l'activité physique, l'obésité et l'hypertension artérielle. »
3. **Niveau de scolarité** : « Le niveau de santé s'améliore avec le niveau d'instruction, notamment les auto-évaluations de santé positive ou les indicateurs de mauvaise santé comme les restrictions à l'activité ou le nombre de jours de travail perdus. La scolarisation accroît les perspectives de revenu et de sécurité d'emploi et confère un sentiment de maîtrise des circonstances de la vie – facteurs clés qui influent sur la santé. »
4. **Emploi et conditions de travail** : « Les gens qui ont un meilleur contrôle sur leurs conditions de travail et qui subissent moins de stress lié aux exigences professionnelles sont en meilleure santé. Les dangers sur les lieux de travail et les lésions professionnelles sont des causes importantes de problèmes de santé. Le chômage est associé à une dégradation de la santé. »
5. **Environnements sociaux** : « La stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d'éviter un grand nombre de risques pour la santé. Des études ont montré qu'un soutien affectif limité et une participation restreinte aux activités de la société ont des effets nuisibles sur la santé et le bien-être. »
6. **Environnements physiques** : « Les facteurs physiques du milieu naturel (p. ex., la qualité de l'eau, de l'air et du sol) ont une influence majeure sur la santé. Divers facteurs de l'environnement façonné par l'humain, comme l'habitation, la sécurité

des lieux de travail, les services communautaires et la conception du réseau routier ont aussi une incidence importante sur la santé. »

7. **Habitudes d'hygiène et capacités d'adaptation personnelles** : « Un environnement social qui permet de faire des choix judicieux en matière de santé et de modes de vie et de s'y conformer, et qui favorise l'acquisition de connaissances, des attitudes, des comportements et de la capacité d'adaptation nécessaires pour mener une vie saine est un important déterminant de la santé. »
8. **Sain développement dans l'enfance** : « Les expériences vécues avant la naissance et pendant la petite enfance ont un effet prononcé sur la santé, le bien-être, la capacité d'adaptation et les compétences. »
9. **Patrimoine biologique et génétique** : « La constitution génétique de l'individu, le fonctionnement des divers systèmes organiques et les processus du développement et du vieillissement sont des déterminants fondamentaux de la santé. Les différences biologiques ainsi que les inégalités sociales liées au sexe influent sur la santé à l'échelle individuelle et collective. »
10. **Services de santé** : « Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, contribuent à la santé de la population. »
11. **Sexe** : « De nombreux problèmes de santé sont fonction du rang dans l'échelle sociale ou des rôles sociaux propres à chaque sexe. Les femmes, par exemple, risquent davantage d'être l'objet de violences sexuelles ou physiques, de gagner un revenu moindre ou d'élever seules leurs enfants. Des mesures visant à aplanir les inégalités entre hommes et femmes et à éliminer les partis pris contre l'autre sexe, à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé, améliorent la santé de la population. »
12. **Culture** : « Certains groupes sont exposés à des risques additionnels du fait d'un environnement socio-économique largement déterminé par les valeurs culturelles dominantes. L'accès à des services de santé et à des soins médicaux culturellement adaptés s'en trouve amoindri. »

Annexe B – Descriptif des organismes rencontrés

Centre ressources naissance (Trois-Rivières) : services en périnatalité pour mieux vivre une maternité et une paternité et prendre conscience du moment privilégié qu'est la naissance. Services : rencontres de pré-naissance, écoute téléphonique, ateliers de développement, etc.

Comité logement Trois-Rivières (Trois-Rivières) : démontrer les besoins en matière de logements sociaux et soutenir les locataires dans le secteur privé pour le respect de leurs droits.

Maison De Connivence (Trois-Rivières) : maison d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence conjugale. Service offert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Centre de femmes de Shawinigan (Shawinigan) : information et référence, action collective, cafés-rencontres, ateliers divers, soutien et animation.

Femmes de Mékinac (Sainte-Thècle) : s'assurer du soutien et du développement de l'implication des femmes de Mékinac ; travailler à l'intégration d'orientations et de mesures favorisant l'autonomie économique et sociale des femmes ; favoriser et soutenir la participation des femmes aux instances décisionnelles locales et diversifier l'orientation professionnelle des femmes.

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, CALACS (Shawinigan et Trois-Rivières) : information et aide aux victimes d'agressions sexuelles : urgence téléphonique, relation d'aide, accompagnement, orientation vers les ressources, éducation et sensibilisation.

Groupement pour la défense des droits sociaux (Trois-Rivières) : défendre les droits des femmes, briser leur isolement, lutter contre les préjugés et la discrimination et créer des liens de solidarité entre les bénéficiaires.

Centre de santé des femmes de la Mauricie (Trois-Rivières) : lieu d'animation, d'information et de documentation en auto-santé. Clinique gynécologique, interruption de grossesse, accueil, écoute et service de thérapie.

Maison Le Far (Trois-Rivières) : maison d'hébergement pour femmes en difficulté ou victimes de violence conjugale, avec ou sans enfants. Services offerts : accueil, hébergement, relations d'aide, cours, soutien individuel.

Comité d'action des non-syndiqué-es, CANOS (Trois-Rivières) : défense et promotion des droits des travailleuses non syndiquées : sessions de formation, accompagnement légal et revendications auprès du gouvernement.

Centre Élisabeth Fry de la Mauricie (Trois-Rivières) : favoriser la réinsertion sociale en assurant des services adaptés aux femmes judiciairisées en région. Offrir une solution de rechange à l'incarcération.

Annexe C – Liste des organismes œuvrant pour les femmes en Mauricie

- AFEAS – Région Mauricie (Trois-Rivières)
- Association des religieuses en promotion des femmes (Trois-Rivières)
- Association des travailleuses accidentées de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Centre de santé des femmes de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Centre Élizabeth Fry de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Comité condition féminine CSD – Mauricie (Trois-Rivières)
- Comité de condition féminine CSN Cœur-du-Québec (Trois-Rivières)
- Comité de condition féminine du syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ) – Région du Centre-du-Québec – Estrie – Mauricie (Trois-Rivières)
- Espace Mauricie (Trois-Rivières)
- Femmessor Mauricie (Trois-Rivières)
- Femmes en parcours innovateur (Bécancour)
- Regroupement des femmes de carrière de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Syndicat des agricultrices de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie (Trois-Rivières)
- Accueil féminin (Trois-Rivières)
- Allaitance (Trois-Rivières)
- Allaitement Soleil inc. (Shawinigan)
- Centre d’action bénévole Laviolette (Trois-Rivières)
- Centre d’aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (Trois-Rivières)
- Centre d’aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie/Mékinac (Shawinigan)
- Centre de femmes de Shawinigan (Shawinigan)
- Centre ressources naissance (Trois-Rivières)
- Centre des femmes l’Héritage (Louiseville)
- Centre du sein le ruban rose (Shawinigan)
- Centre Le Pont (Trois-Rivières)
- Au Coin d’elles (Trois-Rivières)
- Comité d’action des non-organisé(e)s (Trois-Rivières)
- Comité de condition féminine CRTCCQ (FTQ – Trois-Rivières) (Trois-Rivières)
- Comité – femmes – Centre d’éducation populaire de Pointe-du-Lac (Trois-Rivières)
- Comité – Femmes de COMSEP (Centre d’organisation mauricien de services et d’éducation populaire) (Trois-Rivières)
- Comité solidarité (Trois-Rivières)
- L’écho féminin de Shawinigan (Shawinigan)

- L'élan féminin de Saint-Tite (Saint-Tite)
- ELANT – Entraide pour l'égalité à l'accès dans le non-traditionnel (Trois-Rivières)
- Éveil féminin de Grand-Mère (Grand-Mère)
- Femmes de Mékinac (Sainte-Thècle)
- Femmes Dynamiques inc. (Trois-Rivières)
- Groupement pour la défense des droits sociaux (Trois-Rivières)
- Maison De Connivence (Trois-Rivières)
- Maison Le Far (Famille, Accueil, Référence) (Trois-Rivières)
- Réseau des répondantes diocésaines à la condition des femmes – Diocèse de Trois-Rivières (Trois-Rivières)
- La Séjournelle (Shawinigan)
- Le Toit de l'amitié (La Tuque)

Pour plus de détails, veuillez consulter le *Répertoire des groupes de femmes du Québec – Région de la Mauricie*, rédigé par le Conseil du statut de la femme du Québec (juillet 2009).



Table de concertation
du mouvement



des femmes
de la Mauricie

946 rue St-Paul, local 202
Trois-Rivières, Québec
G9A 1J3
www.tcmfm.ca

Ce portrait est financé par l'entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes en Mauricie.



Avec la collaboration de

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières