

Santé mentale
au Québec :
Les organismes
communautaires
de femmes
à la croisée
des chemins



*Réseau québécois d'action
pour la santé des femmes*

Santé mentale
au Québec :
Les organismes
communautaires
de femmes
à la croisée
des chemins

Équipe de recherche

Isabelle Mimeault, responsable de recherche
Christelle Cassan, agente de recherche
Marie Cadotte-Dionne, agente de recherche

Avec la collaboration du comité consultatif composé de membres du RQASF

Régine Alende Tshombokongo, Centre d'encadrement pour jeunes femmes immigrantes
Cristina Bajenaru, Centre d'encadrement pour jeunes femmes immigrantes
Suzanne Bourret, La rue des Femmes de Montréal
Julie Dugré, Point d'Appui CALACS
Janique Durand, La Mouvance Centre de femmes
Josée-Marie Legault, membre individuelle
Nancy Maher, Carrefour des femmes du Grand Lachute
Silvia Martinez, L'Écho des femmes Petite-Patrie
Fabienne Mathieu, La Marie Debout Centre d'éducation des Femmes

Relecture

France Doyon
Lise Goulet

Conseils et révision linguistiques

Véronique Lord
Maryse Dionne

Infographie

Janou Fleury, graphiste

Ce projet a été réalisé avec le soutien financier de Santé Canada.



Santé Health
Canada Canada

Les opinions exprimées sont celles du RQASF et ne traduisent pas nécessairement les points de vue de nos bailleurs de fonds.

Le RQASF souscrit à une politique de féminisation.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2011
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-923269-18-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923269-20-7 (PDF)

© 2011, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
Montréal, Québec

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les travailleuses et tous les groupes qui ont participé à la recherche.

Sans leur appui et leur collaboration inestimables, cette recherche n'aurait pu être réalisée.

Action des femmes handicapées (Montréal)	Centr'Elles, Comité d'action des femmes d'Avignon
Action travail des femmes (ATF)	Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes
Alternative pour elles	Collectif féministe de Rouyn-Noranda
CALACS Abitibi Action Ikwe	Entre-Femmes
CALACS Assault sexuel secours	Comité d'aide aux femmes Sourdes de Québec
CALACS Rimouski	Entr'Elles Granby
Carrefour des femmes de Saint-Léonard	Femmes Autochtones du Québec
Carrefour des femmes du Grand Lachute	Femmes du monde à Côte-des-Neiges
Carrefour pour Elle	Femmes en Mouvement
Centre de femmes l'Autonomie en soiE	L'Écho des femmes de la Petite-Patrie
Centre de Femmes l'Érige	La Collective des femmes de Nicolet et région
Centre de femmes du Témiscamingue	La Collective Par et Pour Elle inc.
Centre de femmes Marie-Dupuis	/ Le Centre Femmes des Cantons
Centre de santé des femmes de l'Éstrie	La Gigogne
Centre de solidarité lesbienne (CSL)	La Marie Debout Centre d'éducation des Femmes
Centre d'Éducation et d'Action des Femmes de Montréal (CEAF)	La Mouvance Centre de femmes
Centre d'encadrement pour jeunes femmes immigrantes	La rue des Femmes de Montréal / Herstreet
Centre des femmes de Charlevoix	L'Alliance des femmes
Centre des femmes de la MRC du Granit	Les ficelles de l'emploi Inc.
Centre des femmes de Rosemont	L'Ombre-Elle Maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale
Centre des femmes de Verdun	Madame Prend congé
Centre des femmes du Ô Pays	Maison Anita-Lebel
Centre des femmes du Témiscouata	Maison d'aide et d'hébergement de Fermont
Centre des Femmes Les Elles du Nord	Maison d'hébergement L'Équinoxe
Centre des femmes l'Héritage	Maison d'hébergement pour femmes Le nid
Centre D'Main de Femmes	Maison des femmes des Bois-Francis
Centre Louise-Amélie inc.	Maison Mikana
Centre Rayons de femmes Thérèse de Blainville	Maison pour femmes immigrantes de Québec
Centre Ressources pour femmes de Beauport (CRFB)	Point d'Appui CALACS
Centre-Femmes aux Plurielles	Regroupement des femmes de la région de Matane
Centre-Femmes d'Aujourd'hui	Regroupement des Femmes La Sentin'Elle inc.
Centre-femmes de La Mitis	Y des femmes de Montréal – YWCA
Centre-femmes de Rimouski	YWCA de Québec
Centre-femmes du Grand-Portage	
Centre-Femmes La Passerelle du Kamouraska	<i>Nous remercions également tous les membres relais qui ont collaboré avec nous.</i>

PRÉSENTATION DU RQASF

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial à but non lucratif, fondé en 1997, dont le siège social est situé à Montréal. Le RQASF s'est donné pour mission de travailler à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie.

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

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

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



*Réseau québécois d'action
pour la santé des femmes*

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU RQASF	7
INTRODUCTION	13
CHAPITRE 1	
Définition de la santé mentale, approche et contexte politique	21
1. Santé, maladie, trouble... Le large spectre du « mental »	22
COMPLÉMENT A : ANCRAGES BIOPSYCHOSOCIAUX DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE	24
2. Approche globale et féministe	26
COMPLÉMENT B : FEMMES ET SANTÉ MENTALE, UNE HISTOIRE DE POUVOIR	28
COMPLÉMENT C : ENJEUX SCIENTIFIQUES DE LA MÉDICALISATION	29
3. Contexte : communautarisation et professionnalisation	32
<i>La communautarisation, d'hier à aujourd'hui</i>	32
COMPLÉMENT D : COMMUNAUTARISATION ET MÉDICALISATION	36
<i>La situation actuelle</i>	39
<i>La professionnalisation des groupes</i>	42
COMPLÉMENT E : PRINCIPES FONDATEURS DU MOUVEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES	44
CHAPITRE 2	
Santé mentale et conditions de vie des participantes, inaccessibilité des services sociaux et des services de santé	47
1. La santé mentale des participantes... Ce qui a changé	48
2. Détérioration des conditions de vie	50
<i>La pauvreté augmente</i>	50
COMPLÉMENT F : PAUVRETÉ ET SANTÉ MENTALE	56
COMPLÉMENT G : DISCRIMINATIONS ET SANTÉ MENTALE	57
<i>La violence s'intensifie</i>	59
3. Services inaccessibles	62
<i>Services publics insuffisants</i>	62
<i>Diminution ou absence de ressources communautaires</i>	64
<i>Approche spécifique</i>	65
<i>Pratiques de dumping</i>	68

CHAPITRE 3

Impacts sur les organismes communautaires de femmes de l'inaccessibilité des services sociaux et des services de santé	73
1. La mission des organismes est menacée	74
...par le dumping	74
...par la hausse des demandes en santé mentale	77
...par l'augmentation du nombre de participantes dont les besoins primaires ne sont pas comblés	79
...par l'augmentation du nombre de suivis individuels	80
2. La vie interne des organismes est perturbée	81
...par les crises	81
...par la peur	82
...par les effets de la médication	84
...par des points de vue divergents au sein de l'équipe	87
...par la mise de côté de la vie associative	87
3. Le personnel des organismes est débordé	89
Surcharge de travail	89
Du sentiment d'impuissance à l'épuisement professionnel	93
CONCLUSION	99
RECOMMANDATIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	115
ANNEXE I enquête postale	123
ANNEXE II méthodologie	149
ANNEXE III glossaire	157

« [...] il faut dénoncer le fait que
la société est en train de se détériorer,
et la tâche ne doit pas revenir
aux seuls organismes communautaires.

Ce n'est pas à nous de ramasser
toute la détérioration qui s'est installée [...]]
parce qu'il y a eu des politiques néolibérales [...] »

une travailleuse d'un groupe de femmes

INTRODUCTION

Au Québec comme ailleurs, les inégalités sociales s'accroissent depuis les années 1980¹. Cette situation affecte directement les conditions de vie et la santé de la population, tout particulièrement certaines catégories sociales minoritaires ou marginalisées. La documentation disponible indique des effets plus dévastateurs parmi les femmes, et encore davantage parmi celles qui sont immigrantes ou réfugiées² : difficulté de trouver un logement qui convient à ses besoins, difficulté d'accéder aux soins de santé, insécurité alimentaire, précarité financière, détresse psychologique, etc. On observe une hausse de l'incidence des maladies chroniques, une montée de l'itinérance chez les femmes, une plus grande judiciarisation*³ des problèmes sociaux ainsi qu'une médicalisation* croissante, soit le recours de plus en plus systématique à la médication pour résoudre des problèmes autres que médicaux. Dans ce contexte, faut-il s'étonner que la santé mentale des personnes se fragilise?

En 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évaluait que la dépression serait à elle seule la deuxième cause de maladie et d'incapacité en 2020⁴. Au Québec, en 2010, de 15 % à 20 % des adultes souffraient d'un problème de santé mentale, et on estime qu'une personne sur trois en souffrira au cours de sa vie⁵. Dans une perspective de santé publique, les problèmes de santé mentale figurent au 2^e rang du « fardeau de la maladie », après les maladies cardiovasculaires et devant tous les cancers réunis⁶. Ces pourcentages élevés justifient que nous nous interrogeons sur le concept de santé mentale pour mieux la définir et comprendre les réalités qui s'y rattachent.

1 Cette question est discutée dans le cadre de référence du RQAS *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, paru en 2008, p. 24-27. Voir aussi : FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (FMI) (2008). *Perspectives de l'économie mondiale 2007*, New York, FMI, p. 10-11; GÉLINAS, J.-B. (2008). *Dictionnaire critique de la globalisation : les mots du pouvoir, le pouvoir des mots*, Montréal, Éditions Écosociété, 303 p.; PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) (2005). *Rapport mondial sur le développement humain 2005*, New York, PNUD, 385 p.

2 GALABUZI, G. E. (2001). *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalisation of Racialized Groups*, Toronto, CSJ Foundation for Research and Education, 128 p.; ASSOCIATION POUR LA TAXATION DES TRANSACTIONS FINANCIÈRES POUR L'AIDE AUX CITOYENS (ATTAC) (2003). *Quand les femmes se heurtent à la mondialisation*, Paris, Mille et une nuits, 188 p.; PAMPALON, R. et D. HAMEL (2008). *Les inégalités sociales et de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

3 Les mots marqués d'un astérisque sont définis dans l'annexe III Glossaire.

4 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2009). *Mental Health-Depression*, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.

5 FOURNIER, L. (2010). *L'approche populationnelle en santé mentale : résonances et implications pour les centres de santé et des services sociaux*, Journées annuelles de la santé publique (JASP) 2010, communication du 10 mars, Colloque Implanter des interventions éprouvées en santé mentale (<http://jasp.inspq.qc.ca/>).

6 *Ibid.*

Depuis la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*⁷, le Canada considère le bien-être comme partie intégrante d'une bonne santé globale. La Charte reconnaît le rôle important des politiques sociales et de l'action communautaire dans la promotion de la santé. La santé mentale est de plus en plus considérée comme une affaire de société, c'est-à-dire une réalité complexe aux multiples dimensions interreliées.

Mais des vents contraires soufflent également. Certains discours politiques et médiatiques font reporter sur l'individu l'entière responsabilité de son état de santé mental. On note aussi une forte tendance à prescrire rapidement des médicaments, quel que soit le problème, ce qui alimente cette vision individualiste de la santé. Le virage marchand⁸ de la santé, préparé dès les années 1980, se concrétise rapidement. En 1993, l'Aléna (Accord de libre-échange nord-américain) est ratifié. Les accords de libre-échange actuellement en négociation avec l'Europe risquent d'accentuer la marchandisation de la santé.

Entre les années 1960 et les années 1980, le système institutionnel en santé mentale est passé d'une approche privilégiant l'enfermement en institution à une approche « milieu », c'est-à-dire axée sur les services dispensés dans la communauté. La réorganisation des services, justifiée au départ par des considérations éthiques et cliniques, s'est bientôt fondue dans les **objectifs de réduction des budgets publics, de retrait de l'État et de privatisation**.

Les efforts accomplis pour réduire le nombre de jours d'hospitalisation et pour favoriser le maintien dans la communauté des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale ont porté leurs fruits, mais à quel prix? La « réforme », synonyme de compressions successives dans les services, ne s'est pas accompagnée d'une réallocation de ressources financières aux organismes communautaires du milieu. Comment ces réalités sont-elles vécues dans les organismes communautaires de femmes au quotidien?

Une recherche sur le terrain

Au moment d'entreprendre cette recherche, le RQASF comptait 122 membres associatifs dans les 17 régions du Québec. La grande majorité d'entre eux interviennent directement auprès des femmes. Pour dresser un portrait de la situation vécue sur le terrain, nous avons réalisé un sondage exploratoire en 2009 auprès de 23 groupes membres dans 17 régions du Québec.

7 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 6 pages.

8 RQASF (2008). *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, Montréal, RQASF, p. 65.

Selon les résultats de ce sondage, la question de la « santé mentale » se situait au premier rang (78 %) des problématiques qui mobilisaient les travailleuses de ces groupes. L'augmentation des problèmes de santé mentale figurait également au nombre des « problèmes en émergence » soulevés, avec l'appauvrissement d'une partie de la population et la recrudescence de la violence familiale.

Le sondage révélait des besoins criants. De nombreuses femmes vivent des problèmes plus lourds qu'avant : isolement social, manque d'écoute dans les services de santé et les services sociaux, médication multiple ou excessive, sentiment de frustration et colère intérieure, baisse de l'estime de soi, fatigue psychique notamment chez les proches aidantes, difficulté à concilier famille et travail, violence conjugale et violence à l'endroit des femmes âgées, stress, anxiété et détresse, etc. Tels sont les problèmes reliés à la santé mentale que faisait ressortir ce sondage. Plusieurs causes lointaines ou directes étaient relevées : pauvreté, virage ambulatoire, désinstitutionnalisation, entre autres. La surcharge de travail, l'essoufflement des travailleuses, le manque d'outils et de ressources financières dans les organisations étaient également mis en évidence.

Quelques études font état de certains effets de la réforme du système de santé sur les organismes communautaires. Dans toutes, on note des changements dans la population, qui affectent le travail des organismes depuis les vingt dernières années : problématiques plus lourdes en santé mentale, problématiques multiples et nouvelles, voire inhabituelles pour les groupes communautaires, accroissement des problèmes sociaux, etc.⁹

Nous supposons qu'à cause de ces transformations et de l'accroissement de la pauvreté, les groupes accueillent des participantes* confrontées à des problèmes plus complexes, ce qui alourdit la tâche des travailleuses et compromet la mission même des organismes.

Aucune étude ne documente le changement de profil des participantes qui fréquentent les groupes membres du RQASF ou des organismes communautaires de femmes en général. Aucune étude non plus ne discute des conséquences de la réforme du système de santé et de l'accroissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale des participantes sur

9 Voir REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL (RIOCM) (1998). *Leur équilibre, notre déséquilibre : Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal*, Montréal, RIOCM, 94 p.; ROBICHAUD, J.-B. et autres, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSSMQ) (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin, 247 p.; DESLAURIERS, J.-P. et R. PAQUET (2003). *Travailler dans le communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 140 p.; REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03 (ROC 03) (1997). *Le pelletage des établissements publics... Les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos! Mémoire sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de Québec*, Québec, ROC 03, 41 p.; RQASF (2009). *Résultats préliminaires de sondage*, document de travail, 18 p.

les organismes communautaires de femmes. Comme le soulignent Bernier et Dallaire, « le système de santé public se réfère souvent à ces organisations comme si elles étaient simplement des extensions de lui-même, mais sans vraiment comprendre comment la réforme touche les femmes qui travaillent dans ces groupes, que ce soit dans des emplois rémunérés ou bénévoles »¹⁰.

Or, il est essentiel, selon nous, de se pencher sur les conséquences de la réforme du système de santé sur les services en santé mentale, afin d'apporter des éléments de réponses à un questionnement plus large sur les impacts structurels de la communautarisation* des services en santé mentale.

C'est dans ce contexte que le RQASF a décidé d'entreprendre une recherche sur cette vaste problématique auprès de ses groupes membres. Notre objectif s'articule autour d'une double démarche : en premier lieu, à partir de la perception des travailleuses, nous voulons **brosser un portrait des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale des participantes**; en second lieu, nous souhaitons **connaître les impacts de ces changements sur le travail des intervenantes et sur les organismes communautaires de femmes**.

La recherche porte sur quatre questions. Les besoins des femmes qui fréquentent les groupes membres du RQASF ont-ils changé depuis ces dernières années? Si oui, quelles sont les causes de ces changements? De quelle manière l'alourdissement des problématiques en santé mentale modifie-t-il le travail des intervenantes, les modes d'interventions et la mission des organismes? Quel est l'impact de cette situation sur les travailleuses elles-mêmes?

Nous avons réalisé une enquête postale auprès des groupes membres admissibles à la recherche ainsi que des entrevues avec des travailleuses d'organismes offrant des services directs aux femmes. La collecte de l'information s'est déroulée de la fin juin à la mi-décembre 2010, et l'analyse des réponses de l'enquête et des commentaires a été terminée en juin 2011.

Des constats troublants

Il s'est avéré que la quasi-totalité des groupes participants à la recherche ont observé un accroissement des demandes de services en santé mentale et un alourdissement de leur travail, alourdissement dû notamment à la complexification des problèmes sociaux et à l'augmentation des problèmes de santé mentale des participantes des organismes. La réalité de ces groupes diversifiés varie selon leur localisation géographique, leur mission, les ressources

10 BERNIER, J. et M. DALLAIRE (n.d.). *The Price of Health Care Reform for Women: The Case of Quebec*, Montréal, Centre of Excellence for Women's Health/Consortium Université de Montréal, p. 59 (notre traduction), <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/quebec-reformen.pdf>.

disponibles et le nombre de leurs employées. Plusieurs groupes ont dépeint une situation critique. La majorité d'entre eux ont développé des stratégies afin de s'adapter au mieux à la conjoncture difficile, mais à quel prix?

Notre analyse s'appuie sur les résultats de l'enquête postale, riches en commentaires et en explications, sur ceux des entrevues, et sur les discussions avec le comité consultatif de la recherche, composé de groupes membres. L'importante participation à la recherche (81 % des groupes membres admissibles) et la forte congruence des résultats des volets 1 (Enquête postale) et 2 (Entrevues de groupes) soutiennent la validité de la recherche. Le comité consultatif a également participé activement au processus de validation des résultats.

Par ses recherches, le RQASF s'engage à faire valoir une approche globale et féministe de la santé et à mobiliser ses membres et les organismes préoccupés par la santé des femmes; il veut également répondre aux besoins de ses membres, leur fournir des outils pour l'application de l'approche globale et féministe de la santé et leur offrir des formations en ce sens; enfin, il souhaite influencer les différentes instances politiques ou institutionnelles concernées en produisant des recommandations concrètes. La validité de la recherche et la représentativité du RQASF à l'intérieur du mouvement pour la santé des femmes au Québec nous motivent à emprunter deux avenues d'actions et de réflexions.

En premier lieu, cette recherche stimule nos réflexions et nos questionnements sur les défis que posent les réformes pour les pratiques d'intervention féministe dans les groupes et les enjeux auxquels les groupes sont confrontés. Ces enjeux feront d'ailleurs l'objet d'ateliers lors de l'assemblée spéciale prévue en 2011. En second lieu, les résultats marquants de la recherche nous ont menées à l'élaboration d'une deuxième phase axée sur l'accessibilité des femmes marginalisées ou minoritaires aux services et aux activités de nos groupes membres, en lien avec le bien-être et la santé des travailleuses et des participantes. L'un de nos objectifs est de mettre en valeur les stratégies créatives déployées par les organismes communautaires de femmes en vue d'améliorer l'accès à leurs services et à leurs activités.

Ces deux démarches nous permettront d'approfondir notre analyse politique et pourront aboutir à l'élaboration de nouveaux outils et de nouvelles formations qui, ancrés dans les réalités des organismes sur le terrain, pourront mieux répondre à leurs besoins.

Présentation du rapport

Ce rapport contient trois chapitres, des recommandations et trois annexes. Le premier chapitre expose les positions théoriques sur lesquelles se fondent nos analyses. Il s'attache à définir le concept de santé mentale, à présenter la vision globale et féministe de la santé et à situer le contexte politique actuel, en lien avec la réforme de la santé et la communautarisation des services.

Dans les deuxième et troisième chapitres, nous analysons les résultats des deux volets de la recherche. Le deuxième chapitre expose plus particulièrement le point de vue des travailleuses concernant la santé mentale, les conditions de vie et les difficultés d'accès aux services de santé pour les participantes de leurs groupes. Le troisième chapitre décrit les impacts de l'inaccessibilité des services sociaux et des services de santé, en santé mentale, sur les organismes : impacts sur leur mission, sur leur vie interne et sur leur personnel. En conclusion, l'analyse du terrain nous a menées à amorcer une discussion sur les enjeux cruciaux de ces transformations pour le mouvement pour la santé des femmes au Québec.

Noter que la plupart des témoignages dans les bulles proviennent des entrevues et, sauf indication contraire, de travailleuses de centres de femmes. Quelques témoignages sont issus de commentaires écrits dans les questionnaires. Des renvois aux résultats de l'enquête postale précisent le numéro de la question citée : par exemple Q.14 signifie « question numéro 14 ». Dans les deux premiers chapitres, des *Compléments* apportent des explications théoriques ou historiques.

Dans l'annexe I, nous détaillons les résultats de chacune des 30 questions de l'enquête postale. L'annexe II précise la méthodologie de la recherche. Un glossaire est présenté à l'annexe III.



CHAPITRE I

DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE, APPROCHE ET CONTEXTE POLITIQUE

Parler de santé mentale provoque souvent un malaise, le sujet étant encore tabou de nos jours. Un sondage d'opinion réalisé en 2007 montre que pour la majorité de la population canadienne, les expressions « santé mentale » et « maladie mentale » sont des synonymes¹. Même amalgame en France, où un sondage analogue révèle que la population associe la santé mentale à des termes connotés négativement tels que dangerosité, folie, mal-être².

Force est d'admettre qu'il existe une confusion autour de l'expression « santé mentale ». Bizarrement, la santé renvoie à la maladie, à des problèmes; on confond santé mentale et troubles psychiatriques. À cause des tabous entourant le « mental », il arrive qu'on pose un regard stigmatisant sur les personnes vivant avec des déficiences ou des handicaps mentaux. Les personnes atteintes de maladies mentales ou rapidement diagnostiquées comme telles doivent faire face à ce regard et aux exclusions.

Ce chapitre explore le champ très large de la santé mentale et dessine à grands traits notre approche critique. Nous y analysons plus en profondeur le contexte politique actuel caractérisé par des réformes répétées du réseau de la santé, et ses effets sur les organismes communautaires.

La personne dont la santé mentale est temporairement affectée ou qui souffre de maladies ou de troubles mentaux plus ou moins chroniques doit affronter une souffrance de plus, la stigmatisation. Cette personne devient un diagnostic. En portant sur elle un jugement faussé par les stéréotypes et les préjugés, en la définissant seulement en fonction du diagnostic établi, on la prive de son humanité, on se fait juge du normal et de l'anormal.

- 1 DECIMA RESEARCH (2008). *Public Views on Mental Health and Resilience, 2007 Public Opinion Survey*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, cité dans INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Améliorer la santé des Canadiens : Explorer la santé mentale positive*.
- 2 KOVÉSS-MASFÉTY, V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous - Rapport du groupe de travail présidé par Viviane Kovess-Masféty*, Paris, Documentation Française, p. 23, http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_Sante_mentale_version_18nov09validdqs2.pdf.

Santé, maladie, trouble... Le large spectre du « mental »

Ces dernières années, le concept de « santé mentale » s'est renouvelé, du moins dans certains pays anglo-saxons dont le Canada et, par extension, au Québec³. Cette évolution est liée à la volonté de considérer la santé mentale de manière positive et selon une approche globale, et non plus simplement comme une absence de maladie mentale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale se définit positivement « comme un état de bien-être grâce auquel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté. La santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. »⁴ Mais on peut se poser la question : est-il possible d'être en bonne santé mentale sans toutefois atteindre les objectifs qu'on se fixe, et sans toujours travailler de manière « productive et fructueuse »? Dans sa Charte constitutive de 1946, l'OMS définit la santé de façon tout aussi positive, et de façon encore plus exigeante, comme un état de « complet » bien-être physique, mental et social. Utopique?

Par ailleurs, cette ouverture à une conception positive ne doit pas exclure les troubles mentaux du champ de la santé mentale, même s'ils ne sont pas de même nature, par exemple, que la capacité de faire face au stress. En effet, une personne souffrant de schizophrénie peut jouir d'une bonne santé mentale, si celle-ci est définie comme une sorte de bien-être.

La définition de la santé mentale retenue pour les fins de ce rapport doit contenir la problématique dans son ensemble, c'est-à-dire tenir compte des ancrages biopsychosociaux* de la santé mentale (voir Complément A, p. 24). Par-dessus tout, elle doit laisser place à la vie, au flou, à l'imparfait. Dans une société perfectionniste axée sur la productivité et dans laquelle tout le monde doit « fonctionner », tout le temps, peu de place est accordée à l'incertain.

Nous proposons de ramener la santé mentale à l'idée d'une quête d'équilibre dans son rapport à soi et aux autres, et de laisser la liberté à chaque personne de définir ses propres modalités.

3 Voir DUHOUX, A. (2009). « Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales à la promotion de la santé mentale », *Quintessence*, vol.1, n° 2; INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009), *op.cit.*; JEKOVSKA, M. et COMITÉ RÉGIONAL EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE DU QUÉBEC (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence*, document de travail, CRDS, 50 p.; KOVESS-MASFÉTY, V. (2010), *op. cit.*

4 Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS, p. 7, http://www.who.int/mental_health/media/en/lnvMHBr8.pdf.

En définitive, il faut ouvrir le champ de la santé mentale et s'en approcher dans une perspective globale. Au même titre que la santé physique, qui trouve ses déterminants dans les facteurs environnementaux et le mode de vie, en sus d'une certaine part attribuable aux prédispositions génétiques, la santé mentale peut être vue comme un reflet de la société dans laquelle on vit. Plus encore, la santé mentale, comprise dans un sens global et positif, est à la fois « condition et résultat de la qualité de vie »⁵.

Les causes des problèmes de santé mentale sont généralement multiples et complexes. Les problèmes, eux, peuvent être légers ou lourds, de courte ou de longue durée, etc. Leur appellation même, varie : trouble, problème, maladie chronique, détresse temporaire, etc.

Il faut souligner que les participantes des organismes de femmes dont il est question dans ce rapport ne se présentent pas aux travailleuses avec une étiquette précisant la nature de leurs difficultés. Les organismes, qui privilégient l'approche féministe, évitent d'ailleurs de travailler à partir de diagnostics. C'est pourquoi les expressions « problèmes lourds », « gros problèmes », qui reviennent souvent dans la bouche des travailleuses, traduisent en fait la lourdeur de leur travail et ce qu'elles ressentent devant la complexité de la tâche à accomplir. Elles ne constituent pas une évaluation quelconque des problèmes des femmes.

5 KOVESS-MASFÉTY, V. (2010), *op. cit.*, p. 17.



COMPLÉMENT

Ancrages biopsychosociaux de la santé et de la maladie

Des facteurs tant psychologiques et sociaux que biologiques déterminent la santé comme la maladie.

Sur le plan biologique, il faut reconnaître le rôle des hormones (sérotonine, dopamine, etc.) qui peuvent expliquer une partie des problèmes de comportement, des problèmes d'humeur et des maladies mentales. Différents facteurs, dont bien sûr la génétique, expliquent les taux d'hormones variables d'une personne à l'autre, d'un moment de la vie à un autre. Par exemple, la capacité de faire face au stress et même celle de ressentir du bien-être sont en partie héréditaires⁶. Toutefois, la biochimie d'une personne est modulée par bien d'autres choses que les gènes seulement, qui eux-mêmes peuvent subir des mutations.

Dans l'état actuel des connaissances, ni le biologique, ni le génétique, ne sont plus considérés comme des données immuables ou absolus. On sait que l'alimentation⁷, les polluants⁸, les expériences de la vie⁹, le stress¹⁰, les médicaments agissent sur la biochimie d'une personne, de façon temporaire ou permanente. Cela signifie que la composante biologique est sensible aux autres facteurs. De plus, on reconnaît maintenant au cerveau une importante plasticité (ou malléabilité); on sait qu'il se modifie physiquement constamment, au gré des changements culturels et sociaux¹¹, des apprentissages, des sensations, des émotions. Ce « sont les émotions négatives, la colère, l'anxiété, la tristesse, et même les soucis banals, qui font le plus chuter la variabilité cardiaque et sèment le chaos dans notre physiologie », souligne D. Servan-Schreiber¹². Bref, le facteur biologique ne peut à lui seul expliquer la situation d'une personne.

6 KOVESS-MASFÉTY, V. (2010), *op. cit.*, p. 29.

7 VAN der SPEK, V. (2009). *Nutrition et bien-être mental : Pourquoi et comment notre alimentation influence notre cerveau?*, Bruxelles, Éditions De Boeck, 359 p.

8 GRAY, J. (2010). *State of the Evidence: The Connection Between Breast Cancer and the Environment*, Sixth Edition, San Francisco, Breast Cancer Fund, 127 p.

9 KOVESS-MASFÉTY, V. (2010), *op. cit.*, p. 29.

10 SEARS, B. (2006). *Le régime anti-inflammatoire : Comment vaincre ce mal silencieux qui détruit votre santé*, Montréal, Éditions de l'Homme, 408 p.

11 KOVESS-MASFÉTY, V. (2010), *op. cit.*, p. 29.

12 *Guérir : le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffont, p. 60.

Sur le plan psychologique, on établit des corrélations entre le bonheur et les traits de personnalité¹³, qui peuvent aussi changer jusqu'à un certain point au cours de la vie. Les réactions psychologiques aux événements ou aux problèmes (deuils, maladies, épreuves, violences conjugale et sexuelle, stress professionnel, discrimination, etc.) peuvent fragiliser une personne, sinon contribuer à l'apparition de problèmes de santé mentale.

Le paradigme biopsychologique domine présentement la documentation scientifique internationale¹⁴. Cette approche individuelle accorde peu d'attention aux causes sociales multifactorielles, elle s'intéresse aux gènes et, surtout, aux **comportements**, qu'elle entend bien régir, encadrer. D'où cet engouement pour le dépistage génétique et pour la « prévention précoce », par exemple dès la conception de l'enfant, surtout si la mère est considérée « vulnérable »¹⁵.

Témoignent aussi de cette vision l'association des dépendances et toxicomanies à des maladies, traitables par des médicaments, et l'association automatique faite entre l'itinérance et la maladie mentale. Dans ce dernier cas, les rapports d'exclusion menant à l'itinérance – rupture des liens familiaux, pauvreté et isolement – sont évacués. La prévalence de troubles mentaux réels, excluant les toxicomanies, serait de 10 % à 30 % dans cette population¹⁶.

Selon la vision globale, les dimensions biologique et psychologique de la santé sont profondément ancrées dans le social : la situation financière, le logement, l'éducation, le travail, l'intégration à la société, l'histoire personnelle, l'alimentation, l'accès aux services sociaux et aux services de santé sont autant de facteurs reconnus pour leur impact déterminant sur la santé et la maladie.

13 *Ibid.*

14 COLLIN, J. et A. J. SUISSA (2007). « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2 (printemps), p. 30.

15 BESNER, V. (2008). « Lutter contre l'appauvrissement de la pensée : Petite histoire d'un mouvement social », *Revue du CRÉMIS*, vol. 1, n° 1, p. 8-10.

16 POIRIER, M. (2007). « Santé mentale et itinérance : Analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2 (printemps), p. 76-91.

Approche globale et féministe

Les rapports qu'entretiennent les femmes avec la santé mentale plongent leurs racines loin dans le passé (voir Complément B, p. 28). Voyons comment les féministes ont défini la santé mentale et quelles sont leurs critiques de l'approche médicale.

Selon l'approche globale et féministe, la santé correspond à un équilibre entre l'état intérieur (psycho-émotif), l'état physique et l'environnement social, économique et politique. La santé mentale se définit comme un état d'équilibre et de bien-être qui résulte d'un tissu complexe de causes et de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui agissent en interaction (voir Complément A, p. 24).

Selon cette approche, le corps et l'esprit font partie d'un tout. Il est donc réducteur de limiter l'origine d'un problème de santé mentale à sa composante biologique. Le *tout* biologique est un grand « mythe fondateur », soulignent des auteures critiques de la médicalisation croissante de la santé mentale¹⁷. Les méandres du cerveau, de l'esprit et du cœur humains sont complexes, et une approche simpliste risque d'aboutir à des atteintes aux droits de personnes qui souffrent.

Quand il est question de santé mentale, surtout de celle des femmes, il est impossible de passer outre la dimension du pouvoir. Les liens de cause à effet ne sont ni unidirectionnels ni simples, mais les faits sont indéniables : ce qui provoque la détresse psychologique et menace la santé mentale a souvent un rapport avec le pouvoir ou le manque de pouvoir. L'oppression, l'injustice, la discrimination, l'exclusion sociale, la violence, la pauvreté participent à ces enchaînements d'événements qui, au cours d'une vie, peuvent conduire à la détresse ou aux troubles mentaux¹⁸.

Un tiers des femmes subiraient au cours de leur vie au moins un épisode de violence conjugale, sexuelle, ou de violence psychologique extrême. De 10 % à 33 % des filles subiraient des violences sexuelles au cours de leur enfance. Une femme sur quatre vivrait de la violence conjugale, le plus haut taux se situant parmi les jeunes¹⁹. Les conséquences sur la santé mentale sont documentées. On sait que les violences de tous ordres sont courantes dans

17 PROVENCHER, D. et A. RAINVILLE (2010). *Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques*, communication présentée au Barreau du Québec dans le cadre du colloque *La protection des personnes vulnérables*, Montréal, Barreau du Québec, p. 5, http://www.agidd.org/Mythes_2010.pdf.

18 TEW, J. (2005). « Power Relations, Social Order and Mental Distress », in TEW, J., Ed., *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, p. 71.

19 WILLIAMS, J. (2005). « Women's Mental Health: Taking Inequality into Account », in TEW, J., Ed., *op. cit.*, p. 159.

l'histoire de vie des femmes vivant avec de graves problèmes de santé mentale, des itinérantes et des femmes qui ont des problèmes psychiatriques²⁰.

La violence sous toutes ses formes est l'un des thèmes les plus récurrents dans le matériel de recherche que nous avons recueilli auprès des intervenantes de nos groupes membres.

La détresse mentale peut être vue comme une réaction de révolte consciente ou inconsciente à une expérience d'injustice. Le pouvoir joue un tout aussi grand rôle dans la guérison, d'où l'importance capitale de l'*empowerment** dans l'intervention féministe.

Sans prise en compte des origines ou de la nature de ce qui peut affecter la santé mentale, la réponse médicale est en général l'établissement d'un diagnostic, puis la prescription d'un ou de plusieurs médicaments ou traitements, associés à ce diagnostic. Dans plusieurs situations, ce processus autoritaire représente une forme de violence. En effet, la médication n'est pas indiquée dans toutes les situations de difficultés émotionnelles ou psychiques²¹.

Pour le traitement de certaines carences hormonales dans le cerveau, l'industrie pharmaceutique, qui adopte une approche spécifique* de la santé, a mis au point des médicaments qui, lorsqu'ils sont appropriés, peuvent rendre une personne plus fonctionnelle. Toutefois, à tort ou à raison, certaines personnes prennent ces médicaments sur une longue période. Dans certains cas, les médicaments pourront avoir de graves effets secondaires, c'est-à-dire faire plus de mal que de bien.

Est-il approprié de médicaliser lorsque les causes des problèmes des personnes sont sociales? Ou même lorsque ces causes sont personnelles et psychologiques? Les connaissances sur lesquelles se base le personnel médical pour diagnostiquer et prescrire sont-elles toujours scientifiques, fiables? Les facteurs sociaux sont-ils pris en compte? Aujourd'hui, des voix s'élèvent pour contester cette surenchère du médical (voir Complément C, p. 29).

Selon Al Frances, principal directeur de la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, le DSM-IV, de l'American Psychiatric Association – APA : « Il ne saurait y avoir de définition d'un 'désordre mental'. C'est de la *foutaise*. Je veux dire, on ne peut tout simplement pas définir cela »²²

20 *Ibid.*

21 Dans ce rapport, les termes « psychologique » et « psychique » sont utilisés indifféremment. Ils renvoient au mental, à la pensée.

22 GREENBERG, G. (2010). « Inside the Battle to Define Mental Illness », *Wired* (19 janvier), http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/aw/1 (notre traduction).

B

COMPLÉMENT

Femmes et santé mentale, une histoire de pouvoir

Au XIX^e siècle, le corps des femmes était objet d'expérimentation pour la médecine en développement. On considérait que la biochimie et les hormones des femmes, différentes de celles des hommes, étaient la cause principale de leurs comportements et de leurs maux. Les débuts de la gynécologie, une science dont le but annoncé est de soigner les troubles féminins, ont été meurtriers. Des femmes ont perdu la vie lorsque les chirurgiens ont pratiqué les premières hystérectomies et les premières ovariectomies.

Pendant un demi-siècle (1850-1900), les membres d'une école de gynécologues et de psychiatres ont soutenu la thèse selon laquelle « des états et processus pathologiques au niveau des organes sexuels féminins pourraient être à l'origine de la folie »²³, rien de moins. Se pourrait-il que la « folie » des femmes de cette époque ait été la plupart du temps l'expression d'une révolte contre leur condition de subordonnées, ou une façon détournée d'exprimer un point de vue différent?

On connaît la suite : la thèse voulant que le système hormonal féminin soit source de troubles mentaux et physiques trouve encore de nombreux adeptes au XXI^e siècle. Elsimar Coutinho, spécialiste de la reproduction, a décrété que les menstruations sont non seulement inutiles, mais nuisibles à la santé des femmes, qu'il faut donc les éliminer, par exemple avec le DépoProvera*²⁴.

Pourquoi, au Québec, encore aujourd'hui, prescrit-on aux femmes environ deux fois plus de médicaments psychotropes qu'aux hommes²⁵? Sur quelles données fiables se base-t-on pour conclure que les femmes souffrent davantage de dépression que les hommes? Comment définit-on un état dépressif? Davantage de femmes pleurent, davantage d'hommes se soulent... Il est reconnu que les médecins diagnostiquent différemment la dépression chez un homme et chez une femme²⁶. Selon nous, les inégalités sociales et les rapports de pouvoir à la maison ou au travail, par exemple, expliquent en bonne partie les difficultés émotionnelles des femmes. Les avancées en ce qui a trait aux droits des femmes sont relativement récentes et elles demeurent fragiles.

23 BLECH, J. (2005). *Les inventeurs de maladies : Manceuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Actes Sud, p. 145.

24 *Ibid.*, p. 149-152; RQASF (2008), *op. cit.*, p. 55.

25 CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 9.

26 SERENI, C. et D. SERENI (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris, Odile Jacob, p. 51.

C

COMPLÉMENT

Enjeux scientifiques de la médicalisation

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA) est LA référence²⁷ en santé mentale. **Les diagnostics cités dans le DSM déterminent la médication prescrite.** Un examen des prétentions du DSM révèle les enjeux économiques, politiques et de santé de la médicalisation. Un nombre croissant de médecins et de psychiatres osent le dire : beaucoup de notions, dans la psychiatrie, relèvent de la croyance, non de la science.

La troisième édition du DSM a introduit en 1980 une méthode descriptive de diagnostic : la maladie est définie à partir d'une liste précise de symptômes (*a checklist approach*). Plusieurs problèmes de cette approche descriptive peuvent être soulevés, par exemple, les aspects arbitraires et discriminatoires concernant le sexe, l'ethnicité, la « race » et la classe sociale; comme cette liste est culturellement et géographiquement orientée, elle correspond à l'humeur de l'heure au sein des élites en psychiatrie aux États-Unis. Autre problème : par exemple, il suffit d'avoir cinq des neuf symptômes de la dépression pendant deux semaines pour sortir du cabinet médical avec un diagnostic de dépression majeure (et une prescription d'antidépresseurs), *peu importe la perception de la personne qui consulte en ce qui a trait aux symptômes et aux circonstances entourant sa condition*²⁸. Dans certains milieux de la recherche en santé mentale, on réclame une transformation totale du DSM, sans quoi, croit-on, il sera bientôt complètement dépassé.

Étant donné les controverses qui entourent la cinquième édition de cette bible des diagnostics psychiatriques, la mise à jour du DSM-IV, prévue pour 2012, a été reportée à 2013. Selon Lisa Cosgrove, professeure-chercheure en psychologie et en éthique (University of Massachusetts Boston), l'examen de la version préliminaire du DSM-V révèle trois ensembles de problèmes²⁹.

27 Cet ouvrage de plusieurs centaines de pages est même cité par des médecins européens comme un « manuel international de critères de diagnostic des maladies psychiatriques », SERENI, C. et D. SERENI (2002), *op. cit.*, p. 50.

28 GREENBERG, G. (2010), *op. cit.*

29 COSGROVE, L. (2010). « Diagnosing Conflict-of-Interest Disorder: Big Pharma Works in Subtle Powerful Ways Inside the Pages of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Academe Online*, American Association of University Professors, www.aaup.org/AAUP/pubsres/academe/2010/ND/feat/cosg.htm.

Premièrement, l'auteure relève des liens solides entre 70 % des membres des comités du DSM-V et l'industrie pharmaceutique, une augmentation de 20 % par rapport au DSM-IV.

Deuxièmement, elle constate que seulement 2 des 700 pages et plus de l'ouvrage sont consacrées aux effets secondaires négatifs des médicaments. Cosgrove critique notamment l'absence d'une mention des possibles effets indésirables graves de médicaments couramment prescrits tels que les antidépresseurs et les antipsychotiques de seconde génération, effets qui vont du diabète et autres problèmes du métabolisme à l'hyperglycémie, en passant par les problèmes cardiaques et la dysfonction sexuelle. La révision en cours préconise une médication encore plus systématique dans les cas de maladies psychiatriques. Les antidépresseurs sont également couramment prescrits pour traiter d'autres conditions que la dépression, par exemple les bouffées de chaleur de la ménopause, les maux de tête ou le mal de dos. De façon similaire, les antipsychotiques de seconde génération sont prescrits pour d'autres conditions que la schizophrénie, par exemple le trouble bipolaire et la dépression.

Troisièmement, l'auteure constate l'absence d'une politique de restriction obligeant la déclaration des fonds provenant de l'industrie, même si des centaines de millions de dollars sont en jeu. De même, aucune politique n'oblige la déclaration de fonds indirects accordés à la recherche dans les universités, les hôpitaux et les écoles de médecine.

En 2010, l'assemblée de l'APA a rejeté le rapport critique de l'ancien président de l'association, le docteur Paul Appelbaum³⁰. Les recommandations proposées par ce dernier visaient à limiter les conflits d'intérêts entre les psychiatres et les compagnies pharmaceutiques, en restreignant le plus possible les contacts et la distribution de « cadeaux » et d'échantillons gratuits de médicaments, et en exigeant la déclaration des liens des psychiatres avec l'industrie.

On estime que, avant l'épidémie actuelle de diagnostics psychiatriques (où le moindre changement d'humeur se voit accoler une étiquette de trouble bipolaire nécessitant une médication), partout dans le monde, le taux d'épisodes de schizophrénie était de 1 % et de trouble bipolaire de 0,5 % parmi la population. Aujourd'hui, pour ces deux affections seulement, environ 6 % de la population étatsunienne prennent des antipsychotiques autorisés sur prescription³¹. Le

30 CASSELS, C. (2010). « APA Assembly Rejects Proposed Conflict of Interest Recommendations », *Medscape Medical News*, www.medscape.com/viewartoc;e/723311_print.

31 LUCIRE, Y. « About 6 % of US Population are on Antipsychotic Licensed for Bipolar and Schizophrenia Alone », www.lucire.com.au.

nombre de diagnostics de dépression et, en parallèle, le nombre de prescriptions d'antidépresseurs, ne cesse de croître en Occident depuis les années 1980. Au Québec, on prescrit pour au-delà de 120 M\$ d'antidépresseurs par année : en 2005, le coût annuel des traitements délivrés aux 308 928 personnes utilisatrices d'antidépresseurs assurées par le Régime public d'assurance médicaments seulement s'élevait à 118,4 M\$. Ce coût était de 125,2 M\$ en 2006, de 133,4 M\$ en 2007, de 124,3 M\$ en 2008 et de 128,8 M\$ en 2009³². Que reste-t-il de la science dans cette valse de profits? Et de l'éthique, sachant que des effets secondaires ne sont pas pris en compte?

L'autorité des spécialistes en psychiatrie est depuis longtemps remise en question. Dès 1973, les féministes ont critiqué l'inclusion du syndrome prémenstruel (SPM) dans la liste des troubles mentaux du DSM, la même année où, enfin, l'homosexualité en était retirée. Les dernières controverses, dont celle concernant des millions de prescriptions d'antipsychotiques de nouvelle génération à des enfants, ont sérieusement terni l'image et la légitimité de la psychiatrie³³. Pourtant, on prescrit de plus belle, et la population continue de devoir prendre des médicaments supplémentaires pour contrer les effets secondaires des médicaments psychotropes; c'est un véritable cercle vicieux. Pendant ce temps, les compagnies engrangent les profits, souvent sans aviser des risques sanitaires de ces médicaments, que ce soit une prise de poids ou des problèmes cardiaques, quand ce n'est pas la mort ou le suicide³⁴.

Toute cette information suscite des questions au sujet de la place démesurée qu'occupe le médicament dans notre société. Prend-t-on en considération le fait que l'efficacité des médicaments elle-même est remise en question dans de nombreux cas? Les médicaments sont-ils la solution appropriée aux problèmes de notre société? En d'autres mots, peuvent-ils traiter la souffrance humaine, le manque de logement, la pauvreté...? Peuvent-ils remplacer les politiques de santé axées sur l'amélioration de la qualité de vie de la population? Peuvent-ils remplacer les actions gouvernementales visant l'amélioration de l'accès à des services de qualité en santé mentale? En somme, on compte sur les organismes communautaires pour pallier les immenses lacunes de notre système politique et social.

32 CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011). *op. cit.*, p. 24.

33 Des articles du *New York Times* rapportés sur le site Psychomédia (www.psychomedia.qc.ca) font état de cette controverse : « Liens entre psychiatres et cie pharmaceutiques, l'exemple des antipsychotiques » (12 mai 2007); « Liens entre l'American Psychiatric Association et l'industrie pharmaceutique » (14 juillet 2008); « Révision du DSM-V (bible des diagnostics psychiatriques) : transparence réclamée » (28 décembre 2008).

34 Voir ST-ONGE, J.-C. (2006). *Les dérives de l'industrie de la santé : Petit abécédaire*, Montréal, Éditions Écosociété, 238 p.

Contexte : communautarisation et professionnalisation

L'accroissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale des participantes, dont les causes sont à la fois sociales et politiques, n'explique pas à lui seul le surcroît de travail que nous avons constaté sur le terrain. Deux éléments de contexte d'importance inégale, qui se révèlent être des facteurs de déstabilisation des groupes de femmes, ont ressorti de l'information recueillie.

Premièrement, la communautarisation des services est apparue comme un facteur majeur de déstabilisation des organismes communautaires de femmes, à partir duquel s'articule notre analyse. Deuxièmement, un facteur interne au mouvement des femmes doit également être pris en considération : la professionnalisation des groupes depuis la fin des années 1990, c'est-à-dire le remplacement de plusieurs travailleuses de la génération du baby-boom par de nouvelles diplômées universitaires.

La communautarisation, d'hier à aujourd'hui

Dans l'esprit de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*³⁵, la communautarisation peut être présentée positivement comme l'engagement des communautés dans la prise en charge de leur destinée, ce qui implique leur participation aux décisions politiques qui ont un impact sur la santé. La prise en charge personnelle de sa santé (l'autosanté*) dans les organismes communautaires de femmes s'inspire de cette vision basée sur des valeurs d'inclusion sociale et de promotion de la santé globale. **Du point de vue de la Banque mondiale, toutefois, la communautarisation est plutôt un instrument au service de la privatisation des services publics, appuyée par des intérêts privés.** Ce sont deux visions complètement opposées. Quelques données historiques peuvent aider à les expliquer.

La Banque mondiale³⁶ a défini les six étapes du démantèlement des services publics et de la privatisation des services de santé : 1- la privation de ressources financières; 2- la décentralisation; 3- la tarification; 4- la déréglementation; 5- les privatisations; 6- la communautarisation.

35 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986), *op. cit.*

36 BANQUE MONDIALE (1997). *Rapport sur le développement dans le monde 1997 : L'État dans un monde en mutation*, Washington D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 296 p.

De 1965 à 1975, dans un contexte de remise en question de l'internement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, une première vague de désinstitutionnalisation* provoque la fermeture de 28 % des lits d'hôpitaux au Québec (voir Complément D, p. 36). Le déploiement de services dans la communauté et de services de soutien à la réintégration sociale peut permettre aux personnes sorties des institutions d'améliorer leurs conditions de vie. Mais la situation est difficile, les ressources communautaires étant peu développées à ce moment-là. On observe alors une hausse de l'itinérance, une plus grande judiciarisation de ces personnes réintégrant la communauté et un accroissement du fardeau des familles qui doivent s'occuper de leurs proches.

Les périodes de fort libéralisme économique (fin du XIX^e siècle, période actuelle) s'accompagnent souvent d'un souci de gérer les personnes jugées « inutiles » ou improductives. Les pauvres comme les personnes souffrant de maladie mentale se retrouvent alors davantage en prison. Par exemple, « aux États-Unis, la population carcérale a été multipliée par quatre en 25 ans... Et que l'on ne s'y trompe pas : ce sont les pauvres qu'on emprisonne »³⁷. On constate le même phénomène de judiciarisation au Canada et au Québec. Plusieurs groupes dénoncent le fait que les populations marginalisées ainsi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont de plus en plus de démêlés avec la justice³⁸.

Au début des années 1980, en pleine crise économique, le Québec connaît une seconde vague de désinstitutionnalisation³⁹, **cette fois justifiée surtout par des motifs financiers**. Avec la montée du courant néolibéral, l'idée que les services publics sont lourds à gérer, coûteux et inefficaces se répand dans toutes les sphères de la société.

En 1982, on assiste à un processus de reconnaissance et de légitimation des organismes communautaires. Au Québec et ailleurs, on valorise de plus en plus la communautarisation, c'est-à-dire le transfert vers la communauté des personnes antérieurement prises en charge par les services publics⁴⁰.

37 COUPECHOUX, P. (2008). « Un monde de fous », dans LECOMPTE, Y. ET AUTRES, *La pensée critique en santé mentale*, Montréal, Folie/Culture et Revue Santé mentale au Québec, p. 90.

38 RÉSEAU D'AIDE AUX PERSONNES SEULES ET ITINÉRANTES DE MONTRÉAL (RAPSIM) (2011). « Espace public et judiciarisation », <http://www.rapsim.org/100/Espacepublic.montreal>.

39 Au Québec, le nombre de lits, en psychiatrie, a chuté de 56 % en trente ans, selon LECOMPTE, Y. (1997). « De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2 (automne), p. 7-24, p. 7.

40 COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC; CORIN, E. et autres (1986). *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Québec, Publications du Québec, 480 p.

La Politique de santé mentale de 1989 vise à placer la personne et ses proches au centre des services dispensés dans le milieu de vie. Elle s'appuie clairement sur une approche biopsychosociale* de la santé mentale. Elle propose aussi de miser sur des solutions dans les milieux de vie des personnes et de modifier le système de santé afin de lui donner une structure qui soit davantage sociocommunautaire.

Créé en 1971 puis aboli en 2007, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a produit, à la demande du MSSS, une importante documentation sur différentes questions liées à la santé mentale. En misant sur la promotion de la santé et la prévention, le comité a contribué à la Politique de santé mentale de 1989. Pour faire entendre la « voix oubliée » des utilisateurs et des utilisatrices de services de santé mentale, il a recueilli leurs perceptions et leurs points de vue sur la qualité des services⁴¹.

Toutefois, cette politique ne reconnaît aucunement les spécificités des besoins des femmes en matière de santé mentale⁴². De plus, elle soumet les groupes communautaires à une logique de sous-traitance et de complémentarité du système public. Les actions qui découlent de cette politique sont aussi freinées, car les ressources humaines, matérielles et financières demeurent limitées et trop peu de financement est octroyé au milieu communautaire.

Depuis les années 1990, le gouvernement poursuit la communautarisation des services. Le réseau de la santé et des services sociaux doit tenir compte des importantes compressions budgétaires, et les soins en santé mentale ne sont pas épargnés.

Dans son discours, au départ, le gouvernement insiste sur la reconnaissance et la valorisation du milieu communautaire. Mais dans les faits, cela ne signifie pas grand-chose. Étant donné les compressions budgétaires, les groupes ne possèdent ni les ressources ni la latitude pour remplir leur mission.

41 Cette consultation s'est déroulée au début des années 2000. Un ouvrage présentant un cadre de référence de la qualité des services de santé mentale en est issu : RODRIGUEZ, L. et autres (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 307 p.

42 GUBERMAN, N. (1990). « Les femmes et la politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 62-84, <http://www.erudit.org/revue/smq/1990/v15/n1/031542ar.pdf>.

En 1999, le Comité de la santé mentale du Québec⁴³ critique les visées financières de la communautarisation, selon lui clairement employée comme un moyen détourné de diminuer les coûts des soins de santé. En 2003, la vérificatrice générale du Québec conclut à l'échec de la politique de santé mentale puisque certains services ne sont pas suffisamment développés et que l'accès aux soins est très difficile dans certaines régions⁴⁴.

Dans son rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal, publié à la fin des années 1990, le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal souligne que « le réseau ne veut plus assumer la charge des cas lourds ou encore de gens avec une multiplicité de problèmes, qui ne cadrent dans aucune des cases des formulaires »⁴⁵. Le rapport fait état des efforts des organismes communautaires pour intégrer les personnes souffrantes que le réseau de la santé leur envoie. Déjà à l'époque, le réseau de la santé ne dispose pas de ressources pour ces personnes, et il est question de « la lourdeur » du travail qui nécessite la dépense de « beaucoup plus d'énergie que ce que les groupes peuvent donner [même si on sait] combien ceux-ci sont généreux de ce côté »⁴⁶.

D'ailleurs, les organismes communautaires en santé mentale n'ont pas l'exclusivité de la demande d'aide en santé mentale, et « même les ressources communautaires en dehors du champ de la santé mentale [...] se retrouvent de plus en plus avec une partie de leur clientèle qui éprouve des problèmes importants de santé mentale »⁴⁷. Ainsi, l'intégration dans la communauté souhaitée par les instances politiques se traduit sur le terrain par davantage de personnes orientées vers les organismes communautaires, quels qu'ils soient⁴⁸. Les groupes de femmes n'échappent pas à la communautarisation, bien au contraire, ils y sont confrontés au quotidien.

43 COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Gouvernement du Québec, 264 p.

44 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003, tome II*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 15-16.

45 RIOCM, (1998), *op. cit.*, p. 46.

46 MARTINEAU, J. (1994). « Postface : 3. Évaluation de Jocelyne Martineau », dans ROBICHAUD, J.-B. et autres, *op. cit.*, p. 245.

47 POIRIER, M. (2000). « La santé mentale des intervenants », *Bulletin Équilibre en tête*, Association canadienne pour la santé mentale filiale de Montréal, vol. 14, n° 3, <http://www.fep.umontreal.ca/santementale/intervention.html>.

48 *Ibid.*

D

COMPLÉMENT

Communautarisation et médicalisation

Dans l'histoire, la définition de ce qui s'écarte de la norme, ce qu'on appelle la folie, a oscillé entre le médical et le social. Au Moyen-Âge, en France, seul le médecin pouvait diagnostiquer la « folie ». Les déviants et les déviantes étaient simplement intégrés aux familles. Puis, au XVII^e siècle, la déviance, établie par un juge, s'est rapprochée du crime. Le libertinage, la débauche, la pauvreté, le chômage, le vagabondage et la misère en général pouvaient entraîner une hospitalisation psychiatrique. La Nouvelle-France a suivi le même parcours, mais à retardement. Le premier asile psychiatrique apparaît dans le Bas-Canada (au Québec) au milieu du XIX^e siècle seulement. Avec la révolution industrielle, des valeurs nouvelles apparaissent, et l'intolérance à l'égard de la « folie » augmente, tout particulièrement en milieu urbain⁴⁹.

Au Québec, jusque dans les années 1960, les malades vivent dans des asiles, administrés traditionnellement par les communautés religieuses. Au cours de la Révolution tranquille, plusieurs facteurs favorisent un mouvement de désinstitutionnalisation, c'est-à-dire une réorganisation du système de soins qui entraîne le retour des personnes hospitalisées dans la communauté et la non-hospitalisation des personnes diagnostiquées⁵⁰. Dans plusieurs pays, la prospérité d'après-guerre et le développement des politiques sociales favorisent un courant humaniste et réformiste en psychiatrie, de même qu'une critique des asiles comme lieux d'exclusion des personnes déviantes, différentes ou malades. De plus, avec le développement de nombreux médicaments spécifiques permettant de contrôler le comportement et de rendre les personnes plus « normales », on considère que la maladie mentale est désormais curable.

En 1961, le livre témoignage de Jean-Charles Pagé, un ex-psychiatrisé, révèle les conditions de vie humiliantes qui prévalaient dans les asiles. Au même moment, le gouvernement Lesage institue une commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques composée des psychiatres Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles-A. Roberts. Dès 1962, le rapport Bédard met en lumière les conditions de vie des personnes internées, ce qui provoque

49 BOISCLAIR, G. (1996). « Les fous et la perception de la folie au 18^e siècle », dans LACHANCE, A. (dir.), *Les marginaux, les exclus et l'autre au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Montréal, Éditions Fides, p. 107-149.

50 DORVIL, H. et autres (1997). « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 (Annexe 1) » dans COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), p. 112.

des réflexions éthiques et cliniques. Suit une première vague de désinstitutionalisation.

Le champ habituellement couvert par la psychiatrie, celui des troubles et des maladies, s'étend jusqu'à envahir tous les états de mal-être, que celui-ci soit temporaire, circonstanciel ou lié à une étape de la vie (dysfonction sexuelle, timidité, ménopause, etc.). Cette nouvelle façon de gérer les problèmes de tous ordres par des médicaments s'appelle la médicalisation. La montée du pouvoir et du prestige de la profession médicale, la croyance dans le progrès de la science et dans sa rationalité, l'essor de l'individualisme, et le recul, en parallèle, de la religion et des solidarités sociales peuvent expliquer ce phénomène⁵¹.

Au moment où un courant humaniste permettait de mettre un terme à l'enfermement des personnes jugées marginales ou anormales, la pratique clinique de la médecine, paradoxalement, avait commencé à se déshumaniser. Selon David Servan-Schreiber, cette déshumanisation des soins remonte à l'introduction d'antibiotiques efficaces, dans les années 1940, qui a rendu l'engagement de la patiente ou du patient dans son traitement non essentiel, transformant de ce fait la relation « médecin-malade » : « pour peu que le malade prenne ses pilules, celles-ci le guérissaient même si le malade ne [...] parlait pas [à son médecin], même si le malade se nourrissait mal et même s'il restait complètement passif et indifférent à son traitement »⁵².

Aujourd'hui, l'histoire de la personne et son contexte de vie sont devenus secondaires, voire souvent ignorés. De plus, on ne lui laisse plus le temps de vivre les épreuves de la vie, elle doit en tout temps « fonctionner » comme les autres, être « normale ». Pour que la personne se conforme aux normes sociales en vigueur, pour qu'elle soit productive, on lui prescrit un antidépresseur⁵³. Sans même avoir pris la peine de l'écouter!

51 SUISSA, A. J. (2007). « Dépendances et médicalisation : Repères et enjeux psychosociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 95.

52 SERVAN-SCHREIBER, D. (2003). *Guérir : le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffont, p. 243.

53 MOREAU, N. et F. VINIT (2007). « Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 41-42.

Cette « approche purement mécanique du malade et de la maladie »⁵⁴ est l'approche médicale spécifique* enseignée dans les facultés de médecine et pratiquée dans les cliniques et les hôpitaux. Elle s'est répandue au point de devenir la norme, même en santé mentale.

Compte tenu de la privation de ressources financières dans les services publics, la prescription de médicaments souvent onéreux – et la médicalisation des problèmes sociaux, sous-jacente – remplace les soins dispensés aux personnes en détresse. Médicalisation et communautarisation – au sens que lui prête la Banque mondiale : un instrument au service de la privatisation et des intérêts privés – vont donc de pair.

54 SERVAN-SCHREIBER, D. (2003), *op. cit.*, p. 243.

La situation actuelle

Depuis le début des années 2000, la marchandisation de la santé, amorcée en douce au moins vingt ans plus tôt, s'accélère. Au Québec, des lois ont profondément transformé le réseau de la santé et des services sociaux. Le principal changement est la création de 95 réseaux locaux de services (RLS)⁵⁵ dont les acteurs sont notamment les regroupements de CLSC (Centres locaux de services communautaires), de CHSLD (Centres hospitaliers de soins de longue durée) et de CH (Centres hospitaliers), les centres jeunesse, les organismes communautaires, les ressources non institutionnelles et les ressources privées. Les organismes communautaires deviennent plus étroitement intégrés au réseau étatique.

Ces changements ont été opérés dans un objectif annoncé d'*amélioration de la continuité*, de *l'intégration* et de la *qualité des services*. Dans les faits, il s'agit d'une **décentralisation** du système de santé, deuxième étape de la privatisation selon la Banque mondiale, effectuée sans participation démocratique.

À l'heure des premiers bilans, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à une évaluation de l'implantation et des impacts des réseaux locaux de services⁵⁶. Le document ne conclut pas que les objectifs ont été atteints, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux services psychosociaux et de psychologie dans les CLSC, où les délais sont longs⁵⁷. Pour ce qui est de la population, l'évaluation révèle que les personnes elles-mêmes ne savent pas où s'adresser pour des consultations psychosociales (6 personnes/10)⁵⁸.

Dans le cadre de la réforme du système de santé, les CSSS (Centres de santé et de services sociaux), issus des anciens CLSC, ont été placés au centre de la réorganisation des services et sont devenus les instances de coordination des réseaux locaux de services. Une étude⁵⁹ montre que la « nouvelle gestion publique* », qui va de pair avec la réforme de la santé, a fait grimper le nombre de gestionnaires qui se consacrent à la gestion administrative impo-

55 Projet de loi n°25, loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

56 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 105 p. Dans le cadre de cette évaluation, 8 RLS ont été sélectionnés. Diverses techniques de collectes de données ont été utilisées. Pour chaque RLS, des données ont été recueillies auprès de gestionnaires et d'administrateurs en entrevues individuelles, puis auprès du personnel du CSSS, de médecins et de partenaires, en groupe de discussion. Un sondage auprès du personnel a été réalisé en 2004-2005 et en 2007-2008, ainsi qu'un sondage auprès de la population au début du processus évaluatif.

57 *Ibid.*, p. 75.

58 *Ibid.*, p. 73.

59 SAVARD, S. et autres (2011). *La réforme de la santé et des services sociaux de 2003 et la nouvelle gestion publique*, communication du 18 mars au séminaire du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Montréal.

sée par la reddition de comptes dans les CSSS. D'autres études⁶⁰ révèlent que le personnel professionnel en paie les frais : stress, contrôle excessif, harcèlement administratif, etc.

Dans la foulée de ces changements majeurs dans tout le réseau de la santé, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* réorganise le système de santé mentale. Une place importante est accordée à l'expertise professionnelle avec, en principe, l'implantation d'un « psychiatre répondant », d'une « équipe de santé mentale de première ligne », d'un « guichet d'accès* » aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne⁶¹ ainsi que d'un « intervenant pivot » et d'un « agent de liaison » dans chacun des CSSS⁶².

Le Plan d'action accorde un rôle important aux médecins généralistes pour les services de première ligne. Le problème, c'est qu'il y a pénurie de médecins généralistes au Québec. De plus, cette réorganisation des services se fait dans une optique biomédicale*, **qui ne tient pas compte de la santé globale et des conditions sociales**.

Dans ce plan d'action en santé mentale, on constate un silence quasi complet sur les réalités des femmes. En effet, on ne parle des femmes que lorsqu'il est question du suicide chez les hommes⁶³. Pour mémoire, nous vous rappelons qu'à la fin des années 1990, certaines initiatives avaient été mises sur pied au ministère de la Santé, comme l'instauration de l'**analyse différenciée selon le sexe** (l'ADS). Dans les faits, reléguée au rang de discours, l'ADS est peu appliquée.

L'**analyse différenciée selon le sexe** (ADS) est un processus qui vise à dégager de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socioéconomiques différentes qui caractérisent leurs réalités.

60 Voir LACHAPPELLE, R. et autres (2011). *Impacts de la création des CSSS sur les rapports de partenariat communautaire*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, séminaire du LAREPPS, Montréal, 18 mars; MALTAIS, D. et autres (2011). *La création des CSSS et ses impacts sur les pratiques des intervenants psychosociaux*, séminaire du LAREPPS, Montréal, 18 mars; SOARES, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord : La santé malade de la gestion*, Montréal, Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, Département d'organisation et ressources humaines, 33 p.

61 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 22-23.

62 *Ibid.*, p. 71.

63 MSSS (2005), *op. cit.*, p. 57.

Pourtant, une analyse non seulement différenciée, mais **intersectionnelle** s'impose. Parce que l'ADS ne considère pas nécessairement la diversité des personnes, nous lui préférons l'approche intersectionnelle qui tient compte non seulement des rapports entre les femmes et les hommes, mais aussi des rapports de pouvoir chez les femmes entre elles comme chez les hommes entre eux. À ce jour, à notre connaissance, aucune politique gouvernementale n'est élaborée à partir d'une telle vision complexe des rapports sociaux.

L'**analyse intersectionnelle** est plus approfondie que l'ADS. Elle permet de tenir compte de la complexité des rapports sociaux. Par exemple, cette approche aide à comprendre comment, particulièrement, une personne vit ses identités (sexe, orientation sexuelle, handicap, etc.) et ses expériences, compte tenu de l'intersection des discriminations auxquelles elle peut être confrontée⁶⁴.

Avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et la réorganisation des services, il devient encore plus difficile pour une femme de faire ses propres choix en matière de santé, car elle sera orientée dans un réseau intégré de services où c'est le personnel de la santé qui déterminera ses besoins. Des spécialistes traiteront ses problèmes tels qu'ils auront été diagnostiqués.

Le virage « milieu » mis de l'avant à partir des années 1960, manifeste dans certains documents ministériels et dans les avis du Comité de la santé mentale du Québec, proposait toute une gamme de services visant à répondre aux besoins des personnes : suivi dans la communauté, intervention en situation de crise disponible en tout temps, soutien aux besoins de subsistance (se loger, se vêtir, se nourrir), traitement dans la communauté, hospitalisation, entraide, soutien aux familles et aux proches, loisirs, éducation et développement des habiletés personnelles, intégration à l'emploi⁶⁵. Le mouvement de défense des droits en santé mentale a contribué à faire entendre la voix des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. La communautarisation a suscité de nombreux espoirs.

Cependant, jusqu'ici, la réorganisation des services en santé mentale n'a pas rempli ses promesses d'amélioration de la continuité, de l'intégration ou de la qualité des services. **Le gouvernement doit être mis au fait des conséquences de ses politiques sur la population et sur les organismes communautaires.** Notre recherche réalisée auprès des groupes membres

64 RQASF (2010). *L'intersectionnalité : Pour des pratiques plus égalitaires en santé*, Montréal, RQASF, 8 p.

65 RODRIGUEZ, L. et autres (2006), *op. cit.*, p. 83-84.

du RQASF veut mettre en lumière les conséquences sur les travailleuses et sur les organismes communautaires de femmes d'une politique de communautarisation qui ne prend pas en compte les besoins de la population.

La professionnalisation des groupes

L'arrivée de jeunes travailleuses dans les rangs des groupes de femmes est parfois une source de difficultés. Des travailleuses plus expérimentées se posent des questions sur l'engagement politique des plus jeunes et leur réelle volonté de poursuivre les luttes féministes. Elles se désolent du peu de résistance des plus jeunes aux conditions difficiles d'emploi; ces dernières quitteraient leur poste au moment où elles commencent à intégrer l'approche globale. Et cette intégration de l'approche ne se ferait pas toujours sans heurts. Les travailleuses plus expérimentées ont-elles le temps et les moyens de transmettre leurs savoirs aux plus jeunes et de les former à l'approche féministe?

Voici trois éléments d'explication des difficultés rencontrées, concernant l'intégration des travailleuses plus jeunes dans les organismes communautaires de femmes, qu'il vaudrait la peine d'analyser plus en profondeur.

D'abord, il semble y avoir un besoin de transmission non seulement des savoir-faire féministes, mais aussi de l'histoire du mouvement. Nul doute que des formations à l'approche globale de la santé pourraient en partie combler le fossé apparent entre les générations dans les organismes communautaires de femmes (voir Complément E, p. 44).

La professionnalisation* paraît paradoxale, difficile à concilier avec une approche *dé-professionnalisée* de la santé⁶⁶ – c'est-à-dire qui remet en question les rapports avec le personnel professionnel du système médical et qui préconise l'autosanté – qui constitue un point d'ancrage fondamental de l'action des groupes de femmes en santé.

Ensuite, il est clair que dans les programmes de formation professionnelle sont transmis des savoirs biomédicaux autrefois considérés masculins, mais aujourd'hui devenus la norme et qui constituent le discours dominant. Dans le Cadre de référence *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, nous avons discuté de la vision mécaniste, spécifique et uniformisante de la santé propre à l'approche biomédicale. Les savoirs biomédicaux transmis dans les programmes professionnels autant que dans les médias peuvent également influencer la conception et la perception du rôle d'intervention de certaines travailleuses dans les groupes de femmes.

⁶⁶ RQASF (2008), *op. cit.*, p. 95.

Enfin, ce que nous décrivons comme un facteur interne s'arrime au contexte global de l'évolution de la société vers l'individualisme et une vision marchande de la vie. On constate le changement de paradigme, ou de contexte, dans les écarts contenus dans le discours des travailleuses interrogées, notamment entre jeunes et moins jeunes. Les réactions du comité consultatif à la présentation des résultats préliminaires ont été éclairantes à ce sujet. Il ne s'agit pas de simples points de vue différents entre les générations, mais bien d'irritants qui peuvent déstabiliser les organismes au quotidien.

Des membres du comité ont été heurtées par le discours « clientèle » de certaines travailleuses. Des exemples : parler de « cas » et des « clientes », plutôt que des femmes, des personnes ou des participantes; parler de « prise en charge » des femmes (rapport d'autorité), plutôt que de leur accompagnement ou de leur propre démarche d'autosanté ou d'*empowerment* (rapport plus égalitaire). En fait, sans qu'on s'en rende compte, certains mots, certains modes de pensée sont devenus naturels : ils se sont imposés graduellement et ils sont maintenant partagés collectivement. Il semble que le vocabulaire de la nouvelle gestion publique s'est répandu presque partout, dans les services publics comme dans de nombreux organismes communautaires⁶⁷.

À première vue, certaines des tensions peuvent être attribuées à la professionnalisation des groupes. Mais il faut admettre aussi que tous ces changements se produisent dans un contexte social plus large, marqué par le retrait du politique au profit de l'économique, qui se manifeste par un recul du collectif et du spirituel au profit de l'individualisme et du matérialisme. De plus, on ne peut pas généraliser certaines attitudes ou certaines perceptions à des générations ou à des professions déterminées. L'adhésion à une approche ou l'engagement politique ne sont pas nécessairement fonction de l'âge ou du diplôme obtenu. Certes, les conflits intergénérationnels peuvent causer des turbulences dans les organismes communautaires de femmes, mais ils ne sont qu'un facteur de tension parmi d'autres dans le contexte de la détérioration des conditions de vie des femmes et de la communautarisation des services en santé mentale.

67 RQASF (2008), *op. cit.*, p. 30-31.

E**COMPLÉMENT****Principes fondateurs du mouvement pour la santé des femmes**

Aux États-Unis, il y a une quarantaine d'années, les travaux entourant la parution du livre phare du mouvement pour la santé des femmes, *Our Bodies, Ourselves*⁶⁸, déclenchaient un vaste mouvement d'appropriation de pouvoir des femmes sur leur corps et leur santé. Dans le contexte où a émergé le mouvement, de nombreuses femmes ont pris conscience de l'oppression des savoirs dits scientifiques et des pratiques médicales, notamment en matière de reproduction et de santé mentale. La dénonciation de l'exclusion des femmes des instances décisionnelles, la contestation de la norme masculine⁶⁹ en médecine et de la misogynie de ses savoirs autoritaires se sont répandues sur tout le continent nord-américain et même au-delà⁷⁰.

Les centres de santé des femmes, qui ont essaimé en Amérique du Nord et au Québec, proposent aux femmes une démarche collective d'*empowerment* face au système médical et dans leur vie personnelle, ainsi qu'une prise en charge de leur santé, ce qu'on appelle l'autosanté. L'autosanté vise la réappropriation de sa santé, par la recherche d'une information diversifiée et indépendante, par la mise en action de ses choix en faveur de sa santé et par l'instauration d'un rapport de collaboration, plus égalitaire, avec le personnel médical.

68 Ouvrage du Boston Collective for Women's Health. La première édition a paru en 1970; la première édition commerciale, en 1973. De nombreuses rééditions chez Simon and Shuster (la dernière remonte à 2005) et de nombreuses traductions ont suivi. Adaptation française : Collectif de Boston pour la santé des femmes (1977). *Notre corps, nous-mêmes, écrit par des femmes pour des femmes*, Paris, Albin Michel, 240 p. (À notre connaissance, il n'existe pas de réédition française.)

69 Citons à titre d'exemples les essais cliniques, pour la mise en marché des médicaments, qui excluent les femmes (y compris ceux pour la pilule contraceptive), la méconnaissance et la négation de la physiologie des femmes, concernant par exemple les maladies cardiovasculaires, la conception de la sexualité féminine calquée sur celle des hommes, etc.

70 RQASF (2008), *op. cit.*, p. 92-94.



CHAPITRE 2

SANTÉ MENTALE ET CONDITIONS DE VIE DES PARTICIPANTES, INACCESSIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DES SERVICES DE SANTÉ

Ce chapitre dresse un portrait des participantes de nos groupes membres à partir de la perception des travailleuses. Les données sont issues des réponses aux questions Q.8, Q.10, Q.13, Q.14, Q.15 et Q.16 du questionnaire ainsi que des entrevues de groupes. Nous avons demandé aux travailleuses de décrire en détail ce qui a changé chez les participantes, en ce qui concerne leur santé mentale, et de partager leurs points de vue sur les sources de ces changements. Tant les précisions fournies dans les questionnaires que les témoignages recueillis en entrevue ont confirmé que la dégradation des conditions de vie et l'inaccessibilité de l'aide dans le réseau de la santé et des services sociaux, de même que dans le réseau communautaire lui-même, sont des facteurs qui expliquent la hausse des demandes de services en santé mentale dans les groupes de femmes.

La santé mentale des participantes... Ce qui a changé

Les deux tiers des organismes ont remarqué une augmentation du nombre de participantes confrontées à des problèmes de santé mentale depuis quelques années (Q.14). La proportion des participantes qui vivent des problèmes de santé mentale serait supérieure à 40 % dans près du tiers des organismes (29 %, Q.8). En outre, les problèmes de santé mentale varient, mais globalement, ils sont de plus en plus lourds dans les trois quarts des organismes (75 %, Q.15).

La question Q.16 a trait à la diversité de problèmes qui touchent les participantes des organismes et on y demande de préciser si les problèmes sont en augmentation ou non. Nous avons regroupé les thématiques liées à des « problèmes de santé mentale » au sens large (par exemple : épisodes dépressifs, stress), à des « problèmes psychiatriques » (par exemple : diagnostics, situations de crise), à la « lourdeur » des problèmes (par exemple : abus d'alcool ou d'autres substances, abus de médicaments) et à des « facteurs de fragilisation de la santé mentale » (par exemple : agressions, pauvreté).

Selon 75 % des groupes, de plus en plus de femmes vivent du stress et de l'anxiété. Les manifestations physiques du stress sont multiples (fatigue, irritabilité, insomnie, etc.). Le tiers des organismes (33 %) relèvent une augmentation de l'insomnie chez les participantes.

Une majorité d'organismes (63 %) observent également une augmentation du nombre de femmes cumulant des problèmes différents. Il n'y a pas de portrait type de ces femmes, mais les travailleuses notent que la détérioration des conditions de vie amplifie les problèmes : problèmes de logements, problèmes de consommation, problèmes de violence, etc.

« Il y a des changements, nous voyons plus de femmes qui ont des multiproblématiques. Quand j'ai commencé à travailler [dans les groupes de femmes], on voyait davantage de femmes qui vivaient de la violence conjugale, mais qui vivaient seulement de la violence conjugale. Tandis que maintenant, on voit arriver des femmes en dépression ou bipolaires, des femmes qui ont des problèmes de consommation. » (une travailleuse d'une maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales)

Bien que les groupes privilégient une approche globale et ne s'attardent pas au diagnostic que reçoivent les femmes à l'hôpital ou à la clinique médicale, plus de la moitié d'entre eux (58 %) notent une augmentation des parti-

cipantes ayant des problèmes psychiatriques. Les groupes de femmes qui œuvrent en dehors du champ de la santé mentale (par exemple les services d'employabilité) observent également cette augmentation. Plusieurs travailleuses rencontrent davantage de femmes dites paranoïaques, bipolaires ou de personnalité limite.

Près de la moitié des groupes (48 %) signalent une augmentation des problèmes de dépendances aux médicaments, à l'alcool et aux drogues. Les problèmes de consommation s'ajoutent souvent à d'autres difficultés. La toxicomanie, l'alcoolisme, les problèmes de jeu ne sont pas une « maladie en soi »; ce sont des mécanismes de défense, inappropriés certes, mais aussi des moyens qui permettent à certaines femmes de rester « vivantes ». Plus du tiers des groupes (36 %) constatent qu'un plus grand nombre de femmes se présentent intoxiquées.

Plus du quart des organismes (27 %) constatent une augmentation du nombre de femmes qui font une consommation abusive de médicaments. Les comportements sont variés : certaines participantes s'échangent des médicaments, s'automédamentent ou surconsomment; d'autres cessent leur médication ou augmentent elles-mêmes leurs doses, sans avoir consulté ou faute de suivi.

Le nombre de femmes en situation de crise* est en hausse dans près de la moitié des organismes (47 %). Tous les organismes manquent de ressources pour aider ces femmes, et certaines d'entre elles ne veulent pas aller à l'hôpital parce que l'approche biomédicale ne leur convient pas ou parce que le spectre de l'internement leur fait peur (voir Complément D, p. 36). Dans certains cas, toutefois, l'hospitalisation est la seule solution qui leur reste étant donné le manque de ressources alternatives en région et à Montréal.

Des réactions normales aux difficultés temporaires de la vie sont de plus en plus considérées comme relevant du domaine médical. Les conséquences de la pauvreté, du manque de logements salubres et de l'isolement social deviennent des problèmes médicaux. On prescrit toutes sortes de médicaments à ces femmes, puis on les renvoie chez elles ou dans la rue, sans prévoir un suivi.

Les problèmes de santé mentale des participantes se manifestent donc de façons diverses. Ils se complexifient toujours davantage et augmentent depuis plusieurs années. Comment expliquer cette évolution?

Détérioration des conditions de vie

Certaines femmes vivent de plus en plus dans l'insécurité et la peur : la peur de manquer de nourriture, la peur de ne pas pouvoir payer les factures et acheter le minimum vital, la peur d'être expulsées de leur logement. Elles vivent de plus en plus d'isolement et subissent des abus de toutes sortes (Q.13). Une travailleuse d'un CALACS affirme « [qu'on sent] les femmes plus vulnérables. La pauvreté, la violence et tous les autres problèmes sociaux affectent leur santé mentale. »

« L'augmentation du nombre de femmes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui viennent chez nous a d'abord été liée à la désinstitutionnalisation* : les femmes nous étaient référées. Mais avec l'appauvrissement qui augmente, il y a plus de détresse chez les femmes, qui viennent demander de l'aide. »

La pauvreté augmente

Selon la très grande majorité des organismes (79 %), la pauvreté est le principal problème social qui s'aggrave (Q.16). Dans la liste des « facteurs de fragilisation de la santé mentale des participantes » suivent l'isolement social (71 % des organismes), l'endettement (70 % des organismes), les difficultés conjugales et la séparation (63 % des organismes), et l'insécurité alimentaire (63 % des organismes). Les problèmes de logement, de précarité d'emploi et d'insécurité financière touchent plus particulièrement les participantes des groupes. **L'appauvrissement** crée des conditions de vie extrêmes, ce qui pousse de plus en plus de femmes en détresse à frapper aux portes des organismes. Selon nous, la situation est liée à plusieurs facteurs dont les importantes compressions budgétaires dans les programmes sociaux des gouvernements au cours des 30 dernières années (voir Complément F, p. 56).

Des problèmes d'origine sociale tels que pauvreté, discriminations, violences, isolement social et inaccessibilité des soins et des services peuvent grandement éprouver la santé mentale d'une personne.

Manque de logements convenables

« Les logements sont souvent trop chers, trop petits, en mauvais état. Parmi les problèmes, il y a les appartements mal entretenus, infestés de coquerelles ou de souris, insalubres. En plus, cette année, il y a les punaises de lit! »

Au cœur de la pauvreté, on trouve la crise du logement et les problèmes qui y sont liés. En effet, plusieurs travailleuses voient la détresse psychologique que vivent les participantes comme étant due au **manque d'accès à un logement convenable** et dont le loyer est abordable. Un logement insalubre, exigü et trop cher par rapport au revenu peut amener les personnes à vivre des situations extrêmes et entraîner des problèmes de santé graves.

 Lorsqu'elles se présentent dans un groupe de femmes, certaines participantes n'expriment pas nécessairement un besoin d'aide psychologique ou de soutien, elles demandent plutôt qu'on les aide à trouver un toit.

Les groupes en région dénoncent l'augmentation du coût des loyers et réclament des investissements pour combler le manque de logements sociaux. En Abitibi-Témiscamingue, on souligne que la difficulté de trouver un logement se répercute directement sur les femmes, les plongeant dans la détresse.

Le manque de logements a des effets particulièrement tragiques pour les femmes victimes de violence conjugale. Elles se voient par exemple contraintes de demeurer dans le même logement que leur conjoint ou conjointe. D'autres sont en conflit avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), car elles n'arrivent pas à trouver un logement convenable pour elles et leurs enfants.

Dans les petites agglomérations, certaines femmes souffrant de problèmes de santé mentale sont plus systématiquement stigmatisées et les propriétaires hésitent à leur louer un logement. Ce problème de discrimination s'ajoute au problème de pénurie de logements sociaux.

Dans certains secteurs de la grande région de la Capitale-Nationale, comme celui de La Malbaie, les loyers sont inabordables alors que les emplois sont surtout saisonniers et que le chômage est élevé. De plus, les logements abordables sont souvent très éloignés des ressources et des commerces, ce qui oblige les femmes à avoir une voiture.

Il y a également pénurie de logements sociaux en Montérégie. À Longueuil, par exemple, de nombreuses personnes sont en attente, car des logements ont été détruits, et la reconstruction tarde.

À Montréal, la difficulté de se loger dans certains quartiers (notamment Pointe-Saint-Charles et Côte-des-Neiges) est une réalité bien connue. La ville connaît une hausse alarmante du nombre de femmes en situation d'itinérance, particulièrement depuis les deux dernières années. Pourtant, un grand nombre d'entre elles ont tout essayé pour ne pas se retrouver à la rue. Un organisme montréalais travaillant auprès de femmes en situation d'itinérance a refusé 3 020 demandes d'hébergement en 2009-2010, soit 24,5 % de plus qu'en 2008-2009 et 61,1 % de plus qu'en 2007-2008. Une travailleuse raconte que la fermeture d'un service d'un hôpital psychiatrique a entraîné une augmentation notable du nombre de personnes itinérantes dans le secteur où est situé son organisme.

 L'itinérance féminine découle du manque criant de logements sociaux, de la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux et dans les centres de soins de longue durée, de la montée en flèche des inégalités sociales; bref, des failles des politiques sociales.

Manque d'emplois, insécurité financière et alimentaire

Des travailleuses constatent une augmentation des problèmes de santé mentale liés au travail, que ce soit en raison de **conditions de travail précaires ou discriminatoires**, ou d'un **manque d'emplois**. Des conditions de travail minimales sont insuffisantes et nuisibles, car à ce degré de précarité, les femmes ne peuvent se permettre de prendre un congé de maladie sans solde. **Cette situation peut mener à la dégradation de la santé, tant mentale que physique.**

« Les femmes sont vraiment au bout du rouleau, elles sont épuisées physiquement. Certaines participantes font de l'insomnie, d'autres sont suicidaires. »

Plusieurs facteurs peuvent rendre la recherche d'un emploi difficile : l'absence d'un réseau social, la difficile conciliation travail-famille, la discrimination (voir Complément G, p. 57). Par exemple, pour les immigrantes récentes, sans famille au Québec et qui n'ont pas encore développé de réseau de contacts, se trouver un emploi est un grand défi. De plus, la **discrimination systémique** ne les épargne pas. Une intervenante en employabilité s'exprime à ce sujet : « On le voit dans les statistiques, chez Emploi-Québec. Selon l'ethnie ou la culture [d'origine], le taux de chômage est très différent. »

Par ailleurs, certaines femmes sont plus vulnérables économiquement. En 2005, le revenu moyen des femmes appartenant à des minorités était plus bas que le revenu moyen des femmes en général : celui des femmes immi-

grantes, 23 232 \$; celui des femmes autochtones, 18 627 \$. Quant au revenu moyen des femmes handicapées, il était inférieur à 15 000 \$ pour plus de la moitié d'entre elles.¹

D'autres femmes sont victimes d'**âgisme**. À ce sujet, une travailleuse explique : « J'ai plusieurs clientes qui sont dans la cinquantaine. On le voit, il y a une certaine discrimination liée à l'âge. » La recherche d'emploi peut être pesante et épuisante, néfaste pour leur estime de soi, notamment lorsqu'elles font face à une dévalorisation professionnelle et à **une chute importante de leur niveau de vie**.

La recherche d'emploi peut aussi devenir ardue pour des femmes qui ont des enfants (que les familles soient monoparentales ou non) étant donné leur disponibilité limitée lorsqu'elles n'ont personne pour garder.

L'insécurité financière due au manque d'emploi ou à une insuffisance de revenus permettant de vivre convenablement entraîne des situations stressantes. Dans plus de la moitié des groupes (56 %), la majorité des participantes reçoivent des prestations d'aide sociale (Q.10). Ces prestations, dont les montants se situent sous le seuil de la pauvreté, ne permettent pas à ces femmes de vivre décemment. En 2011, au Québec, la prestation d'aide sociale de base pour une personne apte à travailler (dite *sans contrainte*), est de 574 \$ par mois, ce qui, étant donné le coût actuel de la vie, ne suffit déjà pas au paiement d'un loyer et de l'électricité. Les femmes manquent même de l'essentiel.

« Avec l'aide sociale seulement, une femme n'y arrive pas. Elle se prive de tout et malgré ça, il lui reste 25 \$ pour se nourrir pendant un mois, ça n'a pas de bon sens. »

Au stress causé par le manque d'argent s'ajoute parfois la tension générée par le **harcèlement administratif**. Dans certains cas, les contraintes technocratiques font en sorte que les autorités ferment les yeux sur les besoins des prestataires de l'aide sociale. Déjà insuffisant, le montant de la prestation d'aide sociale est parfois révisé à la baisse. Certaines prestataires subissent des contrôles parfois injustifiés.

1 Sources : femmes immigrantes et autochtones : SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2010). *L'égalité entre les femmes et les hommes au Québec : Faits saillants*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 32-33 ; femmes handicapées : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec : Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, ISQ, p. 100.

« C'est un cercle vicieux : tu n'as pas de logement, alors tu vas vivre chez quelqu'un, mais tu n'as plus droit à l'aide sociale parce que tu n'as pas de logement loué à ton nom. »

Par ailleurs, **l'insécurité financière pousse certaines femmes à accepter l'inacceptable**. Certaines conservent un emploi où elles sont harcelées. D'autres continuent de vivre en couple pour des raisons financières et supportent des partenaires qu'elles n'aiment plus. Une travailleuse d'un centre de femmes remarque que, depuis trois ans, elle reçoit davantage de participantes qui vivent ce genre de situations.

D'autres participantes restent dans des relations où elles vivent des abus. Il devient alors urgent pour ces femmes de se trouver un travail. Une conseillère en emploi d'un centre de femmes explique comment le fait de trouver un emploi et de gagner un revenu suffisant peut permettre de se libérer d'un conjoint agresseur. Enfin, certaines femmes vivent des situations économiques extrêmement difficiles dans l'attente de leur conjoint, resté dans leur pays d'origine, et qui ne les soutient pas financièrement. Elles ne font pas de demande d'aide sociale de peur que leur conjoint perde le droit d'immigrer au Canada.

Le manque de revenu (aide sociale insuffisante, salaire trop bas, absence de revenu) pousse plus de femmes à se présenter dans les organismes : elles n'ont plus rien à manger. D'ailleurs, **l'insécurité alimentaire** chez les participantes est un phénomène en augmentation dans 63 % des organismes (Q.16). Comme le mentionne une intervenante d'un centre de femmes, « quand elles arrivent chez nous, les participantes sont stressées à cause de la pauvreté. C'est pour ça qu'on offre des dîners, qu'on fournit la soupe, des petits-déjeuners. On organise également des cuisines collectives parce que les femmes n'ont pas de quoi manger; on les programme à la fin du mois. » Certaines femmes se privent pour pouvoir nourrir leurs enfants, au risque de souffrir de carences et de tomber malade.

Dans certaines régions, des réalités socioéconomiques particulières affectent les femmes.² Prenons l'exemple de la crise forestière et agricole qui frappe actuellement le Témiscamingue³. Cette crise fait augmenter la détresse des femmes. En effet, des hommes quittent le domicile pour aller travailler dans une autre région, laissant leurs femmes seules avec les enfants et très peu de moyens. Ces femmes se retrouvent dans une grande insécurité financière, doublée parfois d'une insécurité alimentaire.

² Ces aspects propres aux régions ne sont que des exemples puisque la recherche ne porte pas spécifiquement sur les particularités socioéconomiques de chaque région.

³ Voir FORTIER, M. (2010). « Un pays à vendre en pièces détachées » et « Agriculteurs en péril », *Rue Frontenac* (Dossier « Le Témiscamingue sacrifié »), vol. 1 n° 4 (18 au 24 novembre), p. 2-3 et p. 4-5.

Isolement social

Les organismes « milieu de vie » travaillent à briser l'isolement des femmes. Celles qui les fréquentent viennent souvent y chercher un lieu d'appartenance, une présence, un réconfort. En effet, lorsqu'on a près de soi une personne pouvant écouter, épauler ou conseiller en période de difficulté, de stress important ou de crise, le niveau de détresse psychologique diminue⁴. Au contraire, le manque de soutien peut fragiliser la santé mentale. **L'isolement social** que vivent des participantes est un problème en augmentation selon 71 % des organismes (Q.16).

« Être lesbienne ici, c'est vivre de l'isolement, pas seulement à cause du manque d'argent. Promenez-vous dans la ville, il n'y a pas de drapeau arc-en-ciel. Il y a peu de lesbiennes dans la région. »

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'isolement. La pauvreté, avec son lot de discriminations et de carences, en est une. Vivre en région en situation de minorité en est une autre. Par exemple, en région, des lesbiennes peuvent souffrir d'isolement géographique, économique et identitaire, un cumul qui accroît le risque de détresse.

En plus de l'isolement, les discriminations et le manque de services adaptés peuvent fragiliser la santé mentale des femmes en situation de handicap. On fait le même constat en ce qui concerne les immigrantes nouvellement arrivées au Québec (voir Complément G, p. 57). Chez elles aussi l'isolement est une source de stress et de détresse psychologique. Elles sont loin de leur famille élargie et elles se retrouvent dans une société individualiste. Elles doivent s'adapter à un climat rude. Selon une travailleuse d'un centre pour femmes immigrantes, certaines femmes ont une vision « un peu cauchemardesque » de l'hiver; elles pensent qu'elles vont devoir vivre enfermées durant une saison entière.

 Les conditions socioéconomiques des femmes se détériorent partout au Québec. Pour corriger les lacunes du système qui amplifient les inégalités sociales et la détresse des femmes, les travailleuses réclament plus de logements sociaux et une majoration des prestations d'aide sociale.

4 RQASF (2010). « La détresse psychologique », dans *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé au milieu de la vie*, Montréal, RQASF, 20 p.

F

COMPLÉMENT

Pauvreté et santé mentale

Les effets de la pauvreté sur la santé mentale des femmes comme des hommes ont été démontrés; c'est la pauvreté qui mine la santé mentale, non l'inverse⁵. Selon De Gaulejac, « il n'y a pas de détermination simple et univoque entre ces deux termes : on peut être pauvre et en bonne santé mentale, on peut être riche et en mauvaise santé mentale »⁶. Il existe néanmoins un lien entre la pauvreté et la détresse émotionnelle et il est certain que la pauvreté joue un rôle important dans l'augmentation et la persistance des problèmes de santé mentale dans la population⁷.

Dans un contexte d'accroissement des inégalités sociales, la précarité économique touche davantage les femmes⁸. Un bilan gouvernemental révèle qu'en 2007, au Québec, le revenu moyen des femmes était nettement inférieur à celui des hommes : il était de 28 299 \$, leur revenu disponible étant de 24 244 \$, c'est-à-dire respectivement 73,8 % et 78,4 % des revenus correspondants des hommes⁹. De plus, on y apprend que plus de femmes que d'hommes étaient rémunérées au taux du salaire minimum (5,8 % de la main-d'œuvre féminine contre 3,5 % de la main-d'œuvre masculine)¹⁰.

La dégradation progressive des conditions de vie rime avec la détérioration de la santé des femmes. De nombreuses femmes, notamment, éprouvent des difficultés à se loger convenablement. La crise actuelle du logement atteint tout le Québec. La précarité du travail, les conditions d'emploi malsaines, les salaires insuffisants touchent également un nombre croissant de femmes. De plus, des recherches¹¹ montrent clairement les effets nocifs des difficultés de conciliation entre le travail et la famille sur la santé mentale.

5 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004). *Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS, 49 p. http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf; ROBICHAUD, J.-B., et autres (1994), *op. cit.*

6 DE GAULEJAC, V. (1994). « Postface : 3. Évaluation de Vincent de Gaulejac », dans ROBICHAUD, J.-B. ET AUTRES, *op. cit.*, p. 228.

7 RQASF (2001). *Femmes et santé mentale : grille thématique*, Montréal, RQASF, p. 1, <http://rqasf.qc.ca/files/santementale.pdf>.

8 MORROW, M., and M. CHAPPELL (1999). *Hearing Women's Voices, Mental Health Care for Women*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 89 p.; REID, C. (2002). *A Full Measure: Towards a Comprehensive Model for the Measurement of Women's Health*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 35 p.; FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (2010). *Femmes, logement et pauvreté, sortir du privé un enjeu de société*, Montréal, FRAPRU, 15 p.

9 SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2010), *op. cit.*, p. 19.

10 *Ibid.*, p. 20.

11 MESSING, K. (2000). « Les stressors émotionnels dans les emplois féminins », dans *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage/Toulouse, Octarès éditions, p.159-188.



COMPLÉMENT

Discriminations et santé mentale

La discrimination est une injustice peu reconnue, elle a pourtant d'importantes répercussions. Elle est insidieuse parce que systémique, c'est-à-dire fortement ancrée dans l'organisation de la société, les normes et les valeurs. Elle peut être indirecte, en ce sens qu'elle est le résultat d'un acte en apparence anodin, donc non explicitement planifié, tout comme elle peut être la manifestation brutale et directe de préjugés fortement enracinés dans l'histoire.

La discrimination n'est pas qu'une affaire de perception subjective, elle se constate également objectivement. L'état de santé d'une population est un bon indice de discrimination systémique. Par exemple, on constate chez les femmes autochtones un taux de suicide trois fois supérieur à celui observé chez les Canadiennes non autochtones¹². Aux États-Unis, le risque de suicide chez les jeunes lesbiennes est de 40 % plus important que chez les autres jeunes filles¹³. Les personnes immigrantes sont en bonne santé à leur arrivée au Québec et au Canada, mais leur santé se dégrade peu à peu dans les années qui suivent¹⁴. Les conditions de vie et les rapports inégalitaires expliquent en grande partie de tels pourcentages.

Les événements prémigratoires, le processus migratoire et l'installation dans le nouveau pays, de même que l'incertitude, le chômage, la pauvreté, l'isolement social et le stress de l'adaptation culturelle, notamment, fragilisent la santé mentale des immigrantes et causent dépression, toxicomanies ou autres troubles de santé; dans certains couples immigrants, ces facteurs font aussi croire la violence conjugale¹⁵. À cela s'ajoutent les barrières linguistiques, la discrimination, la déqualification professionnelle, les difficultés d'accès aux ressources. Tous liés, ces éléments sont souvent source de détresse psychologique chez les femmes immigrantes¹⁶.

- 12 GROUPE DE TRAVAIL *AD HOC* SUR LES FEMMES, LA SANTÉ MENTALE, L'UTILISATION DE SUBSTANCES ET LA TOXICOMANIE (2006; révision et mise à jour en 2008). *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon*, Winnipeg, RCSF, p.44, http://www.cwhn.ca/PDF/CWHN%20BackgrounderMentalhealth_updated_FR.pdf.
- 13 GROUPE DE TRAVAIL SUR LE SUICIDE DES JEUNES (2001). *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)*, Paris, Homosexualités et socialisme, p. i.
- 14 ZHAO, J. et autres (2010). *État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*, Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada, Recherche et Évaluation, p 10.
- 15 GROUPE DE TRAVAIL *ad hoc.*, (2008), *op. cit.*, p. 49.
- 16 SAVIDES, D. (2007). « Comment briser l'isolement? Femmes immigrantes et des communautés culturelles » dans TABLE DE CONCERTATION DE LAVAL EN CONDITION FÉMININE (TCLCF) (2008). *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde*, Laval, TCLCF, p. 34.

En ce qui concerne les lesbiennes, nous avons vu dans une précédente recherche¹⁷ que, malgré les avancées évidentes de la société québécoise en ce qui a trait à l'homosexualité, les lesbiennes continuent de vivre dans l'invisibilité sociale et doivent encore faire face à une pression à l'hétérosexualité. L'école et le travail demeurent des espaces où il est risqué pour une femme de dévoiler son attirance affective ou sexuelle pour une personne de même sexe. L'hétérosexisme et la lesbophobie ont un impact sur la santé des lesbiennes, on le constate en voyant le taux élevé d'épisodes de détresse psychologique, de dépendances ou de dépression dans cette population.

D'autres situations de vie peuvent fragiliser la santé mentale. Si le fait d'avoir une limitation fonctionnelle n'est pas toujours un facteur de fragilisation de la santé mentale, par contre, l'exclusion qui en découle souvent peut entraîner une plus grande détresse psychologique¹⁸. Il est aussi reconnu que, dans les familles monoparentales, la pauvreté et l'isolement social forment un cocktail explosif qui peut déclencher la détresse psychologique des mères. Ces femmes vivent un stress quotidien entre les soins à prodiguer aux enfants, les contraintes financières et la surcharge de travail, ce qui peut provoquer des situations de crise¹⁹.

S'occuper d'une personne proche malade n'est pas non plus sans répercussions; sur le plan financier, indéniablement, mais aussi sur le plan psychologique, ce qui est plus difficile à quantifier. La peine de voir une personne proche souffrir et s'affaiblir s'ajoute aux nuits sans sommeil, aux repas pris sur le pouce, au manque de répit. L'OMS constate que les femmes qui soignent une personne de leur famille ou de la communauté « sont la plupart du temps très peu aidées, et peu ou pas reconnues ni rémunérées. »²⁰

17 RQASF (2003). *Pour le dire... rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 222 p.

18 SERRADORI, C. (2007). « L'inclusion, la réponse à un environnement producteur de détresse psychologique (Femmes et limitations fonctionnelles) », dans TCLCF, *op. cit.*, p. 46-49.

19 CARREAU, C. (2007). « Femmes monoparentales, pauvreté et détresse psychologique », dans TCLCF, *op. cit.*, p. 24.

20 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, Genève, OMS, p. XV, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563856_fre.pdf.

La violence s'intensifie

Un contexte économique dans lequel les inégalités augmentent est un terrain propice à l'éclosion de violences de toutes sortes. Que disent les travailleuses de nos groupes membres au sujet de la violence que subissent les femmes? Assistent-elles à une augmentation de la violence?

Violences familiales et sexuelles

Des maisons d'hébergement et des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) notent une augmentation de la violence, qui a pour conséquence une plus grande détresse psychologique. Les femmes la subissent à tous les âges. Les réponses à la question Q.16 révèlent que 26 % des organismes constatent une augmentation de la violence vécue dans l'enfance, et que 32 % constatent une augmentation de la violence à l'endroit des femmes âgées. Selon une intervenante d'un CALACS pour victimes d'agressions sexuelles, la plupart des femmes plus âgées qui fréquentent l'organisme se sont tuées pendant des années; elles vivent les conséquences de traumatismes subis plus tôt dans leur vie.

« Ce sont des femmes qui n'ont jamais parlé, parce que c'est extrêmement tabou, les agressions sexuelles. Elles ont trainé les conséquences de ça pendant des années, elles ont vieilli et maintenant elles souffrent de dépression majeure et prennent beaucoup de médicaments. » (une travailleuse d'un CALACS)

Les organismes reçoivent aussi de plus en plus de jeunes femmes. Selon une travailleuse d'un CALACS, elles sont nombreuses à « geler » leurs émotions en consommant des drogues.

Les centres de femmes accueillent davantage de participantes victimes de violences conjugale, familiale, sexuelle ou de guerre. Généralement, ces femmes ne confient pas d'emblée ce qu'elles ont vécu. Elles ne fréquentent pas un centre de femmes nécessairement pour dénoncer ou pour fuir la violence. Ce n'est qu'une fois le lien de confiance établi qu'elles arrivent à parler des traumatismes qu'elles ont vécus.

Selon 51 % des organismes, la violence conjugale et familiale est en augmentation, alors que 43 % la juge persistante ou stable (Q.16). Selon certaines travailleuses, cette perception s'explique : les conditions socioéconomiques se dégradent et les services offerts par les groupes sont davantage connus. Ce qui ressort des entrevues comme de la compilation des questionnaires, néanmoins, c'est que les situations de violence s'aggravent.

« Il y a une augmentation de la gravité des cas; la violence conjugale, ça peut être psychologique, verbal. Mais quand la violence est physique, ça peut signifier avoir trois côtes cassées et être à moitié défigurée. »

👉 Les organismes en violence conjugale notent un cumul et une complexification des problèmes que vivent les femmes.

Violences multiples

La violence sévit dans toutes les couches de la société et peut être vécue par toutes les femmes. Cependant, parce qu'elles se trouvent là où convergent plusieurs types de discriminations et de rapports qui les infériorisent, certaines femmes subissent de multiples violences. Un peu plus du tiers des groupes membres du RQASF (34 %) soulignent l'augmentation des discriminations (Q.16).

Le tiers des organismes (33 %) constatent une augmentation de l'itinérance féminine (Q.16). Les femmes en situation d'itinérance sont souvent très affectées par des problèmes de santé physique et mentale. La plupart d'entre elles portent un lourd passé de violences et d'abus de toutes sortes, ce qui explique leurs difficultés relationnelles. Elles n'ont plus confiance ni en elles-mêmes, ni dans les autres. Souvent, elles se coupent de leurs émotions, notamment en abusant de l'alcool ou des drogues.

« On n'arrive pas à la rue pour rien [...]. Toutes ont vécu de la violence : les femmes ont été violées, «incestuées», battues. Quand on parle des femmes qui sont à la rue, on parle de violence extrême. » (une travailleuse d'une ressource en hébergement)

Selon 9 organismes sur 64 (14 %), les problèmes liés à l'industrie du sexe sont également en augmentation (Q.16). De ces organismes, 2 sont situés à Montréal, les 7 autres en région. Le phénomène de la traite des femmes à des fins sexuelles est signalé comme étant particulièrement préoccupant. Il touche des femmes venues d'ailleurs mais aussi des Québécoises, dont de nombreuses femmes autochtones. Les moyens employés pour pousser les femmes vers la prostitution sont terribles : duperie, viol, séquestration.

Les femmes autochtones vivent également de plus en plus de violence. Les travailleuses notent une dégradation de leurs conditions de vie. La pauvreté, l'itinérance, les problèmes liés à l'industrie du sexe sont aussi chez elles des phénomènes qui prennent de l'ampleur. En Abitibi-Témiscamingue, une travailleuse en maison d'hébergement le constate : le nombre de chambres occupées par des Autochtones a augmenté et la durée des séjours est plus longue.

Une autre travailleuse indique que les femmes handicapées sont victimes de violences sexuelles dans une proportion de 83 %²¹. Ces dernières sont souvent très réticentes à dénoncer la violence qu'elles vivent, particulièrement lorsqu'elles entretiennent un lien de dépendance avec leur agresseur, la plupart du temps une personne proche ou une personne intervenante. Elles ont peur de se retrouver à la rue ou de se voir refuser les services ou les soins de base.

Certaines participantes immigrantes ont vécu ou vu toutes sortes d'horreurs dans leur pays d'origine. Plusieurs sont réfugiées, ayant été victimes de conflits armés ou de guérillas. D'autres ont subi de la violence en arrivant au Québec : des conditions de vie stressantes liées aux problèmes économiques peuvent exacerber la violence conjugale, notamment lorsque le conjoint ne trouve pas d'emploi et que la femme devient la principale pourvoyeuse du revenu familial.

Certaines immigrantes en couple avec des Québécois vivent aussi de la violence. Des conjoints profitent de leur femme, par exemple lorsqu'elle ne parle pas la langue d'accueil ou qu'elle est une immigrante récente, ce qui amplifie l'inégalité entre les conjoints. Des femmes sont traitées comme des servantes, coupées de toute relation sociale, et la violence augmente lorsqu'elles commencent à s'affirmer. Généralement, cela prend du temps avant qu'elles apprennent l'existence des ressources qui peuvent leur venir en aide.

 Prendre en considération les différentes appartenances des femmes ou les différentes situations qu'elles vivent fait partie de l'approche des groupes de femmes (approche intersectionnelle). L'intervention est adaptée à la situation de chaque femme et un lien de confiance se tisse. Il ne s'agit pas de catégoriser, mais de prêter attention aux injustices liées aux différentes facettes de l'identité et aux différents aspects des conditions de vie.

21 Donnée confirmée par les statistiques disponibles : Agence de la santé publique du Canada (2008). *La violence envers les femmes handicapées*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisabus-fra.php>.

Services inaccessibles

« Ce sont des femmes qui passent par l'urgence, qui vont voir des généralistes et qui se retrouvent avec un diagnostic de dépression majeure, par exemple. On leur prescrit des Ativan et le tour est joué... Ces femmes se font dire que leur prochain rendez-vous est dans trois mois, dans quatre mois. Pendant tout ce temps-là, le problème de détresse s'alourdit. C'est nous qui les recevons, ces femmes. »

Le contexte politique, la restructuration des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la privation de ressources financières dans le réseau de la santé et des services sociaux ne favorisent pas l'essor des services en santé mentale. Une difficulté importante concerne précisément l'accès aux services, ce que disait vouloir corriger le ministère de la Santé et des Services sociaux avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. En effet, les services devraient non seulement être disponibles, mais également répondre, sans discrimination, aux besoins de la population et tenir compte de sa diversité et de ses particularités.

 L'inaccessibilité des services peut avoir des conséquences néfastes sur la santé.

Services publics insuffisants

Les travailleuses déplorent la pénurie de médecins de famille, alors que ce sont les généralistes, souvent, qui facilitent l'accès aux services de santé mentale. Sur l'ensemble des personnes qui ont consulté pour un problème de santé mentale au Canada en 2002, 45 % ont choisi un omnipraticien ou une omnipraticienne alors que seulement 25 % ont opté pour un ou une psychiatre²². Au Québec également, lorsqu'il est question de santé mentale, la population consulte le plus souvent les médecins généralistes²³. Une travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale confirme que plusieurs des participantes n'ont pas de médecin de famille. Sans accès aux services médicaux, celles-ci ne peuvent ni recevoir des soins appropriés ni bénéficier d'un suivi de leur prise de médicaments.

22 GAGNÉ, M.-A. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*, Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 19 p., http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/01_AdvancingtheAgenda_FR.pdf.

23 LESAGE, A. et autres (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 22 p., www.iccsm.ca.

Lorsque les participantes sont dirigées vers un service de psychologie du réseau public, il y a parfois un délai d'attente de plusieurs mois avant qu'elles puissent consulter en psychologie. Durant ce temps, leur détresse risque de s'aggraver.

« Dans un an, je vais être folle, je vais me suicider. Je ne peux pas continuer. »
(une travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes victimes de
violences conjugales rapportant les propos d'une participante)

Lorsqu'elles parviennent à obtenir un suivi, le nombre de consultations est limité et il ne suffit pas toujours à répondre aux besoins de ces femmes. Bien sûr, il est possible de consulter en cabinet privé. Cependant, pour de nombreuses femmes, le coût des services non couverts par le régime d'assurance maladie du Québec²⁴ est une barrière bien réelle.

Reste l'urgence d'un hôpital. En effet, qu'y a-t-il d'autre lorsqu'on n'a pas accès aux médecins ou aux psychologues? Même à l'hôpital, cependant, l'attente est longue. De plus, très souvent, les femmes sont renvoyées sans avoir pu consulter.

« Nous avons déjà envoyé une femme à l'hôpital parce qu'elle avait de gros problèmes de santé mentale, elle n'allait vraiment pas bien. Elle est revenue environ une heure plus tard; le personnel médical, avec l'aide d'un garde de sécurité, l'avait fait sortir de l'hôpital parce qu'elle dérangeait. Pourtant, elle ne pouvait pas aller ailleurs, c'était le dernier endroit où elle pouvait obtenir des soins. » (une travailleuse d'un CALACS)

Les services en psychiatrie demeurent également peu accessibles, particulièrement dans certaines régions. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, il n'y aurait qu'un psychiatre pour desservir une ville de plus de 12 000 habitants et ses environs. En ce qui concerne les lesbiennes, notre recherche effectuée en 2003 a démontré que peu d'entre elles optent volontiers pour les services en psychiatrie, souvent jugés hétérosexistes (voir Complément G, p. 57). Par la force des choses, des participantes sont contraintes de demander de l'aide aux ressources communautaires.

24 Voir VASILJADIS, H. M. (2011). « Accessibilité à la psychothérapie », *Réseau Qualaxia Network*, <http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/index.php?lg=fr>.

Enfin, malgré l'accroissement des troubles mentaux, moins de la moitié des personnes qui en souffrent utilisent les services de santé au Canada.²⁵

 Le *Plan en santé mentale 2005-2010* du Québec annonçait la mise sur pied de guichets d'accès afin de faciliter l'accès aux services et leur continuité pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Toutefois, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes, selon des groupes qui réclament que des moyens financiers et organisationnels soient accordés aux CSSS pour la mise en place d'un dispositif vraiment efficace.

Diminution ou absence de ressources communautaires

Si les participantes souffrent à cause d'un manque de services dans le réseau de la santé, elles font aussi les frais d'un manque de ressources en hébergement et en santé mentale dans la communauté. Elles sont parfois obligées de faire le tour des organismes. Selon une travailleuse, il arrive de plus en plus souvent qu'une femme en situation de violence conjugale se présente plus d'une fois dans une maison d'hébergement sans pouvoir y être accueillie, faute de place. Et les femmes qui désirent avoir accès à des ressources non mixtes sont souvent confrontées, elles aussi, au manque de places.

Une travailleuse d'un centre de femmes des Laurentides souligne le peu de ressources en hébergement dans la région, qui compte un seul centre de crise de quelques lits. Certes, il existe des ressources d'hébergement en violence conjugale, mais où peuvent se diriger les femmes qui vivent d'autres situations d'urgence et qui n'ont nulle part où aller? Le centre de femmes, qui ne peut les héberger car aucun lit n'est disponible, se voit contraint de les laisser à la rue.

Pour certaines femmes, les obstacles se multiplient et les ressources sont encore plus rares. Par exemple, les femmes en situation d'itinérance sont de plus en plus souvent refusées en raison d'un manque de places. Les femmes handicapées ont elles aussi besoin de maisons d'hébergement mais les ressources spécialisées en violence conjugale adaptées à leur situation sont rares. Selon l'Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale, dans 90 % des cas, les services d'hébergement ne sont pas adaptés.²⁶

25 LESAGE, A. et autres (2006), *op. cit.*

26 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*, Drummondville, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche, Office des personnes handicapées du Québec, p. 28.

Malgré des besoins évidents de services communautaires en santé mentale, plusieurs travailleuses signalent la fermeture de tels organismes. À Montréal, les impacts négatifs de la fermeture de services en santé mentale sont manifestes. Le manque de ressources non mixtes a aussi été souligné en Abitibi-Témiscamingue.

Lorsqu'après plusieurs refus une femme trouve un organisme qui l'accueille, c'est une lueur d'espoir qui jaillit en elle.

« Souvent, des femmes éclatent en sanglots et disent : « Mon Dieu! Enfin, enfin, j'ai de l'aide! » Ça peut être assez bouleversant parfois. »

Approche spécifique

L'approche spécifique découle du paradigme mécaniste de la santé qui a cours dans le réseau de la santé et des services sociaux (voir la section La professionnalisation des groupes, p. 42). Elle « compartimente » la personne. Le personnel professionnel de la santé dirige la femme vers un service spécialisé ou lui prescrit un médicament, selon sa perception de la situation ou selon les éléments cochés dans la liste de symptômes du DSM (voir Complément C, p. 29). Chaque problème doit entrer dans une petite case. Par exemple, on référera une femme en toxicomanie pour qu'elle règle un problème de dépendance... sans tenir compte de la violence conjugale qu'elle vit et qui est pourtant ce qui la pousse à consommer. À son arrivée dans un centre pour toxicomanes, elle sera orientée vers une maison d'hébergement du réseau de la santé où on lui dira : « Vous êtes victime de violence, [...] on va vous référer ailleurs. » Cette approche fait en sorte que la personne n'est pas considérée dans sa globalité. Certaines femmes préfèrent donc frapper aux portes des organismes de femmes. Elles s'y sentent plus valorisées et mieux accueillies.

 Chaque personne est unique et l'approche selon laquelle un médicament spécifique peut convenir à toute personne « correspondant » à une liste de critères précis n'est guère scientifique.

Médicalisation systématique

Dans le réseau de la santé, les femmes sont rarement considérées dans leur globalité; elles reçoivent un diagnostic et, dans bien des cas, elles sont médicamentées rapidement et de manière inadéquate.

Plusieurs groupes remarquent une augmentation du nombre de femmes diagnostiquées et médicamenteuses. Pour certaines d'entre elles, la médication est appropriée et indispensable, car elle leur permet de fonctionner, de se sentir mieux, voire de « rester en vie ». Pour d'autres, la médication est prescrite « en cinq minutes », n'améliore en rien la situation et provoque des effets secondaires indésirables, tels qu'une prise de poids ou une baisse de libido, par exemple. Comme il n'y a pas de suivi, la santé de ces femmes risque de se détériorer.

Bon nombre de travailleuses dénoncent le fait que les psychiatres posent des diagnostics rapides, sans prise en compte du vécu des femmes. Elles remarquent une hausse du nombre de participantes ayant reçu un diagnostic de bipolarité ou de personnalité limite. La dépression majeure est aussi diagnostiquée dans de nombreuses situations de vie où certaines émotions sont tout à fait justifiées. Comme si la colère, la tristesse, la douleur, etc. devaient être évacuées à tout prix, comme s'il n'était pas normal de souffrir à la suite de certains événements.

« «Personnalité limite», c'est le pire diagnostic,
mais ils mettent n'importe qui dans cette case-là... Une case fourre-tout, quoi. »

Recevoir un diagnostic a des conséquences multiples et parfois positives. Il arrive que mettre une étiquette sur ce qui ne va pas rassure. Certaines femmes s'accrochent au diagnostic reçu. Un nom est enfin mis sur une souffrance jusque-là difficile à cerner.

« Mettre un nom sur le bobo, ça sécurise,
mais ça ne veut pas dire que c'est vraiment ça le bobo. »

Pour d'autres femmes, au contraire, le fait qu'on leur appose une étiquette a un effet stigmatisant et accroît leur souffrance. Souffrir « officiellement » de trouble mental, c'est devoir affronter les préjugés, c'est devoir porter le poids de la stigmatisation. D'ailleurs, pour cette raison, certaines femmes n'aiment pas consulter en psychologie ou en psychiatrie dans le réseau de la santé. Elles préfèrent recevoir les services de ressources communautaires.

« Je le savais que je n'allais pas bien, mais quand on m'a mis l'étiquette, ça a été le début de mon calvaire, parce qu'on venait de me dire : ce n'est pas normal... »
(une travailleuse d'un centre de femmes rapportant les propos d'une participante)

En ce qui concerne les victimes de violences conjugales, les travailleuses dénoncent le fonctionnement du système médical qui, comme nous l'avons souligné, se limite aux symptômes, pose des diagnostics et médicamente les femmes, sans tenir compte de leur vécu et de leur traumatisme. Elles insistent sur la nécessité de s'attarder à l'histoire **de la personne plutôt qu'aux symptômes** et de comprendre les impacts de la violence (faible estime de soi, dépression, choc post-traumatique, crise suicidaire, etc.).

L'attention portée aux symptômes et la non-reconnaissance de la violence entraînent souvent des conséquences dramatiques, une victimisation secondaire* qui amplifie le mal-être et peut maintenir certaines femmes dans leur état de détresse. Selon l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), « la manière de réagir de l'entourage ou du système provoque des effets négatifs et douloureux pour la personne victime : on ne la croit pas, on minimise son traumatisme, on lui attribue une responsabilité pour ce qui s'est passé, on la blâme, on associe son malaise à son état de santé mentale, on la médicamente, on diminue son estime de soi, etc. Le fait d'avoir un diagnostic psychiatrique augmente également les risques de discrimination »²⁷. Ne pas prendre en compte la violence, cela constitue une forme supplémentaire de violence.

« Au lieu de travailler sur la violence conjugale, ils vont donner des médicaments à ces femmes, puis ils vont les traiter pour des dépressions. Ils ne parleront pas de violence conjugale, même s'ils savent qu'elles en ont vécue. »

Plusieurs travailleuses signalent le fait que le diagnostic peut parfois nuire aux femmes lorsque les histoires qu'elles racontent sont horribles et paraissent *incroyables*. La parole des femmes est plus souvent mise en doute lorsqu'on leur a déjà accolé une étiquette de maladie mentale. N'est-il pas plus facile de croire que c'est une malade qui parle que de reconnaître que la cruauté humaine, ça existe? Ainsi, dans certaines situations, il arrive que le diagnostic discrédite celle qui le porte. Les conséquences peuvent être dramatiques et irrémédiables, comme le montre l'histoire poignante de Sonia (voir la bulle).

27 AGIDD-SMQ (2010). *La victimisation secondaire : une question de droits*, Montréal, AGIDD-SMQ, p. 5, <http://www.agidd.org/>.

Immigrante, Sonia (prénom fictif) s'est installée au Québec avec son conjoint québécois. Elle se rend compte qu'il abuse sexuellement de leur petite fille. Elle n'a pas de preuve mais sa petite lui dit : « Maman, ça me fait mal ». Désespérée, elle décide de fuir en voiture avec ses enfants. Elle a un accident. En cour, le conjoint la fait passer pour folle : « Elle a failli se tuer avec les enfants! ». Elle, personne ne la croit, bien qu'elle parle très bien français. Sonia s'est suicidée. Son conjoint a obtenu la garde des enfants.

En outre, une prescription est souvent changée sans que soient expliqués les effets secondaires ou la raison du changement. Le personnel professionnel de la santé emploie son expertise et son autorité pour procéder de façon expéditive, ce qui laisse peu de place au dialogue. Une travailleuse raconte avoir accompagné une femme qui délirait chez un psychiatre. Celui-ci a changé la médication sans donner aucune explication.

 Des travailleuses souhaitent de meilleurs suivis en ce qui concerne la prise de médicaments.

« Ce que nous déplorons, c'est le manque de services, parce que nous pensons que oui, la femme peut prendre des médicaments, oui, ça peut l'aider, mais dans la mesure où il y a un suivi thérapeutique pour qu'éventuellement elle n'en ait plus besoin. »

« C'est important d'être suivie. « Est-ce que je prends la bonne dose? Est-ce que c'est la bonne médication pour moi? » Les femmes ne le savent pas, elles n'ont pas de suivi. »
(une travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales)

Pratiques de *dumping*

Le *dumping* est la conséquence directe des compressions budgétaires et du manque de services dans le réseau de la santé. Cette pratique consiste à diriger les personnes d'une ressource à l'autre, puis à finir par les référer presque systématiquement aux organismes communautaires, alors qu'elles devraient normalement recevoir des soins ou des services dans le réseau de la santé.

Le *dumping* s'ajoute donc aux autres problèmes des femmes : souvent, elles frappent à la porte des organismes à bout de souffle, découragées. **Se voir refuser l'accès à une ressource peut être vécu comme une exclusion de plus.** Pour certaines femmes, cela s'ajoute à un passé lourd en abandons et en rejets.

Nous avons vu que le diagnostic mène quasi automatiquement à la prescription de médicaments. En ne traitant pas les causes des problèmes, on encourage également la pratique du *dumping*. Et lorsque les femmes n'ont d'autre choix que de se présenter à l'urgence d'un hôpital, le personnel médical de garde a peu de temps pour examiner un problème; il se presse d'établir une prescription. Les femmes sont rapidement médicamentées et renvoyées chez elles ou dans un centre de femmes.

Le *dumping* touche encore davantage les femmes en situation d'itinérance. Stigmatisées, ces femmes sont écartées très rapidement sans avoir reçu de soins : « À l'hôpital, on montre très rapidement la sortie à une femme en situation d'itinérance. » Selon une travailleuse, les hôpitaux sont les principaux responsables du *dumping*. Ils « créent » l'itinérance, notamment lorsqu'ils donnent congé à une femme et la réfèrent à un organisme pour femmes itinérantes, ou la renvoient à la rue. Après avoir été rejetées plusieurs fois, certaines femmes ne veulent plus consulter dans le réseau de la santé. Une travailleuse d'une ressource en hébergement relate comment une femme, un soir, s'est faufilée dans le local puis s'est cachée sous l'escalier. Le lendemain, elle a été retrouvée au sous-sol, en détresse respiratoire profonde. « Ils me mettent à la porte », a dit la femme, expliquant pourquoi elle n'était pas plutôt allée à l'hôpital.

Le *dumping* peut entraîner des conséquences désastreuses, notamment pour des femmes en crise ou ayant des idées suicidaires. Ces femmes sont renvoyées trop rapidement de l'hôpital, alors qu'elles sont encore très fragiles, au bord du désespoir. La dernière porte se ferme derrière elles.

* * *

Les travailleuses des groupes membres du RQASF ont dressé un portrait détaillé des femmes qu'elles rencontrent sur le terrain. Selon elles, l'appauvrissement des participantes est de plus en plus perceptible. Les femmes vivent des problèmes de logement, d'insertion en emploi, d'isolement social. Elles subissent des violences dont personne n'est témoin et dont souvent elles ne parlent pas.

Cette dégradation des conditions de vie affecte leur santé. Lorsqu'elles ont besoin d'aide psychologique, elles ont de la difficulté à en trouver au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Cela pousse un plus grand nombre d'entre elles à frapper aux portes des centres de femmes, des maisons d'hébergement et d'autres organismes communautaires.

Mais on constate également un manque de ressources en santé mentale et en hébergement dans la communauté. En conséquence, les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou avec des difficultés dont les causes sont sociales, économiques et politiques sont ballottées.

La discontinuité des services, les problèmes d'accès aux ressources et le recours quasi systématique aux médicaments sans un suivi adéquat prouvent que l'approche globale n'est pas appliquée dans le réseau de la santé. Le troisième chapitre examine les conséquences de cette situation sur les organismes et sur leur personnel.



CHAPITRE 3

IMPACTS SUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE FEMMES DE L'INACCESSIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DES SERVICES DE SANTÉ

La vie associative et une vision globale de la santé qui leur sont propres caractérisent les organismes communautaires de femmes, que leur mission soit l'entraide, la promotion de la santé ou la défense des droits. La majorité des centres possèdent des chartes, des cadres de référence ou des documents d'orientations qui définissent leur rôle et balisent leurs actions (Q.2, Q.3 et Q.5).

Au cours des années, le milieu communautaire a démontré beaucoup de flexibilité et de rapidité d'intervention pour répondre aux besoins de la communauté. Toutefois, les transformations du système de santé et le *dumping* posent des défis majeurs aux organismes, qui deviennent souvent le dernier recours pour de nombreuses femmes.

À partir des réponses à l'enquête postale (Q.6.2, Q.12 et de Q.17 à Q.28) et des entrevues, ce dernier chapitre décrit les impacts de cette situation sur la mission et la vie interne des organismes, ainsi que sur leur personnel.

 Rappelons que la mission des groupes de femmes réside dans la prévention, la mobilisation, la promotion de la santé et le soutien aux femmes, et non dans les soins médicaux et spécialisés. L'intervention est faite selon une approche collective d'*empowerment* et non selon une approche individuelle.

La mission des organismes est menacée

À la question : « Est-ce qu'il arrive à l'organisme de se détourner de sa mission première? », 36 % des groupes répondent par l'affirmative (Q.25). Selon le comité consultatif de la recherche, ce pourcentage révèle une réalité contrastée. Le comité est convaincu de la volonté des groupes de **ne pas se détourner** de leur principale mission, mais il croit fermement qu'il est devenu difficile de lui donner la priorité. Les organismes éprouvent de véritables tiraillements, car la situation de nombreuses participantes les force à adopter une approche plus individuelle d'écoute et d'intervention.

« Dans une activité de groupe, il y a souvent 8 femmes sur 10 qui ont des problèmes de santé mentale. Même si nous réussissons à ne pas nous détourner de notre mission de base, nous ne pouvons pas nier que c'est plus difficile qu'avant, car les cas de détresse augmentent ».

Le *dumping*, les demandes en santé mentale (le nombre de femmes affligées de problèmes de santé mentale et de problèmes psychiatriques est en hausse), l'augmentation du nombre de participantes dont les besoins primaires ne sont pas comblés et la nécessité de faire plus de suivis individuels, tout cela fait en sorte que la mission originale des organismes est menacée.

...par le *dumping*

Étant donné la **privation de ressources financières**¹ dans le secteur public de santé, les listes d'attente pour accéder à des services de médecins de famille, de psychologues ou de psychiatres sont excessivement longues dans les CSSS. Par conséquent, de plus en plus de femmes ayant besoin de soins n'ont d'autre choix que de frapper à la porte des organismes communautaires. Ce sont autant de nouvelles participantes pour ces groupes.

Les réponses à l'enquête postale révèlent que 76 % des organismes acceptent, parfois ou régulièrement, des participantes qui n'auraient pas dû leur être référées (Q.27) et que ces références proviennent en premier lieu du réseau de la santé et des services sociaux (Q.12).

¹ Pour la Banque mondiale, c'est la première étape du démantèlement des services publics et de la privatisation des services de santé. Voir l'encadré, p. 32.

En outre, comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, des ressources alternatives en santé mentale ont fermé en raison des compressions budgétaires. Les femmes qui les consultaient se tournent maintenant vers les groupes de femmes, ce qui constitue une autre forme de *dumping*. **Des choix politiques expliquent cet affaiblissement du réseau de la santé autant que la fermeture d'organismes.**

« C'est vrai que nous avons une approche particulière. Auparavant, nous ne faisons pas le travail des ressources en santé mentale. Maintenant que ces ressources-là n'existent plus, nous vivons plus de pression. »

Réalités du dumping

Les organismes doivent composer avec de nouvelles réalités qui dépassent largement leur mission. Selon les travailleuses, la désorganisation du réseau de la santé prend différentes formes. Le réseau dirige **trop rapidement** vers les organismes des personnes fragiles qui auraient besoin de soins ou de services professionnels. Ainsi, des femmes ayant de lourds problèmes de santé mentale ou un cumul de plusieurs problèmes **sont référées aux groupes avant d'avoir reçu les soins de santé requis.**

« Parce que les listes d'attente sont trop longues, le CLSC nous réfère presque toutes les femmes en crise grave. Les femmes sont tellement mal en point qu'elles ne sont pas capables d'enlever leur manteau. Or, nous ne sommes pas la bonne ressource pour ces femmes-là. »

Des organismes offrant des services aux lesbiennes, aux immigrantes ou encore aux femmes en situation d'itinérance disent faire les frais de ce *dumping*. Selon une travailleuse d'un groupe qui accueille des lesbiennes, la moitié des appels reçus correspondent à du *dumping*. Dès qu'une femme prononce le mot « lesbienne » dans le réseau de la santé, « on l'envoie ailleurs », et elle est référée systématiquement à un centre pour lesbiennes.

Une travailleuse en région dénonce la rapidité avec laquelle les femmes immigrantes sont envoyées dans son organisme, spécialisé dans les problématiques liées à l'immigration, alors que certaines ont de graves problèmes de santé mentale. « Le réseau de la santé nous envoie ces femmes, sous prétexte que nous connaissons leur culture. » De la même manière, le réseau de la santé dirige vers les organismes d'aide et d'hébergement en violence conju-

gale des femmes qui ont vécu une situation de violence conjugale. Pourtant, leur état de santé mental requiert des soins professionnels et spécialisés.

Le personnel du réseau de la santé manque parfois de connaissances en ce qui a trait à certaines problématiques migratoires, ou encore n'a pas suffisamment d'interprètes, du moins dans les régions qui reçoivent encore peu de personnes immigrantes. Il semble en effet que ces lacunes sont moins importantes dans les quartiers de Montréal à forte population immigrante, où les CSSS possèdent l'expertise requise. Il est donc impératif que le réseau de la santé reconnaisse cette nouvelle réalité. Certaines femmes immigrantes ont des problèmes dont les organismes communautaires ne peuvent se charger.

Réactions face au dumping

De plus en plus d'équipes de travail font face à des dilemmes : doivent-elles répondre à toutes les demandes d'aide, au risque de s'éloigner de leur mission? Doivent-elles accepter, même indirectement, le délestage du réseau de la santé? Doivent-elles signer des ententes de services avec les CSSS et devenir complémentaires des services publics?

Ici apparaissent des tiraillements internes (voir la section La professionnalisation des groupes, p. 42), observables dans les rapports des groupes avec le réseau de la santé, plus particulièrement avec les CSSS. Bien qu'ils prennent plusieurs formes, ces rapports peuvent se résumer à trois choix que nous appellerons l'acceptation, le refus et la collaboration.

L'acceptation. Devant l'absence de ressources publiques, des groupes acceptent des femmes dont les problèmes excèdent leur champ d'intervention. Ils reportent à plus tard les grands débats d'idées... ou préfèrent ne pas trop y penser. Un nombre important de groupes se situent dans cette catégorie.

Le refus. Des groupes demeurent réticents à cultiver des liens avec le CSSS, soit qu'ils n'aient pas les ressources pour répondre à de nouvelles demandes, soit qu'ils ne veuillent pas dévier de leur champ d'intervention. Ce choix est moins fréquent, et nous supposons que les groupes le font lorsque les travailleuses sont épuisées, après avoir vécu une période d'*acceptation*.

La collaboration. Des groupes maintiennent de bonnes relations avec les CSSS. C'est le cas notamment d'un centre de femmes en région dont la collaboration avec le CSSS permet de mieux faire face à l'alourdissement des situations vécues par les femmes. Une travailleuse sociale du CSSS vient régulièrement au centre afin de définir les **limites des organismes** et les **pratiques de chacune des parties**.

« Nous sentons que les CSSS font du «pelletage dans notre cour». Nous nous sentons exploitées, nous sommes exploitées. Nous avons des suivis qui valent ceux d'un médecin ou d'un psychologue, mais ils coutent moins cher au Ministère. »

À première vue, la collaboration peut être le choix le plus profitable pour les participantes et même pour les groupes, dans la mesure où les ententes avec les CSSS prévoient une rétribution pour les services rendus. Chaque choix comporte probablement ses avantages et ses inconvénients, mais une analyse des enjeux globaux permettrait une vision à plus long terme.

Sous l'angle de l'approche globale et féministe, le choix d'accepter ou de collaborer peut avoir pour effet de cautionner la communautarisation des soins et la privatisation des services sociaux et des services de santé, volontairement ou non. Les organismes communautaires de femmes risquent de perdre leur autonomie et de ne plus pouvoir pratiquer l'approche globale de la santé qui leur est propre.

 Quel que soit leur choix, les groupes sentent que **la pression s'intensifie**.

...par la hausse des demandes en santé mentale

« Mon rôle dans un centre de femmes, ma mission, ce n'est pas d'accompagner les femmes qui vivent des problèmes de santé mentale. Je trouve que la situation devient difficile. Je veux bien être formée pour aider ces femmes, mais où est la limite? »

La hausse des demandes liées à des problèmes de santé mentale oblige aujourd'hui les groupes à se questionner sur la somme de connaissances spécifiques et spécialisées qu'ils doivent acquérir pour pouvoir accueillir les femmes et les accompagner dans la recherche de solutions aux multiples problèmes qu'elles vivent, même les plus lourds. En premier lieu, est-ce réaliste de donner aux travailleuses des **formations sur un nombre infini de problématiques**? En deuxième lieu, ces formations ne risquent-elles pas de favoriser un glissement vers une approche plus curative que préventive, et plus individuelle que collective, au détriment de l'approche globale de la santé?

En fait, l'acquisition de **connaissances très spécialisées** éloigne les groupes de leur **mission première**. Une travailleuse d'un centre de femmes nous confie : « Il est souhaitable d'avoir des connaissances de base sur tout

problème qui peut se présenter, pour qu'ensuite nous soyons en mesure de trouver les ressources pour combler certaines lacunes, mais à un moment donné, ça dépasse nos compétences! »

Les organismes qui se consacrent à une problématique sociale particulière (logement, emploi, etc.) sont également confrontés à des situations qui les détournent de leur mission. Il est normal qu'une travailleuse d'un service en employabilité ne dispose pas des outils pour intervenir auprès d'une participante qui lui confie qu'elle a subi des violences de guerre ou qu'elle en a été témoin.

« Parfois, j'ai des clientes qui ont fui la guerre. Par exemple, une femme me confie qu'elle a vu une bombe sauter à un coin de rue devant elle, elle a vu des cadavres. Elle me demande si c'est normal qu'elle fasse des cauchemars parce qu'elle a encore ces images dans la tête. Je ne suis pas formée pour traiter les chocs post-traumatiques. »

De plus, les ressources alternatives spécialisées en santé mentale se font plus rares. Rappelons que selon 58 % des groupes, de plus en plus de femmes ayant des problèmes psychiatriques se présentent dans les centres de femmes ou dans d'autres organismes qui œuvrent en dehors du champ de la santé mentale (Q.16).

Dans ce contexte, les organismes sont confrontés à un dilemme grave. D'un côté, il est difficile de refuser des femmes ayant des problèmes psychiatriques, voire parfois impossible lorsque l'organisme est leur dernier recours. De l'autre, les groupes ne disposent pas des outils ou des ressources pour traiter les femmes présentant ce type de problèmes. Il leur est donc impossible d'apporter l'aide ou de fournir le service dont ces femmes ont réellement besoin sans se détourner de leur mission.

Une travailleuse donne l'exemple d'une participante souffrant de schizophrénie qui déstabilise la vie interne de son organisme. Il est possible de soutenir cette femme minimalement, mais impossible de lui apporter les soins curatifs dont elle a besoin et de lui fournir de l'information sur sa médication.

« Je ne suis pas infirmière, je ne suis pas psychiatre, je ne suis pas psychologue; je suis une travailleuse dans un centre de femmes et, même si j'ai suivi des formations, je suis parfois dépassée. »

...par l'augmentation du nombre de participantes dont les besoins primaires ne sont pas comblés

Comme nous l'avons vu (section La pauvreté augmente, p. 50), de plus en plus de femmes se présentent aux organismes alors que leurs besoins de base ne sont pas satisfaits. L'urgence de leurs besoins fait qu'il faut reléguer au second plan les activités axées sur les déterminants de la santé et sur la promotion de la santé.

« Quand une femme n'a pas de quoi manger, je peux vous dire que l'estime de soi, ce n'est pas une priorité. Il faut d'abord qu'elle mange et qu'elle soit logée. »

Étant donné la crise du logement, les centres d'hébergement, telles les maisons pour femmes victimes de violence, et les organismes pour femmes itinérantes sont occupés à pleine capacité. Les travailleuses doivent concentrer leur énergie à trouver pour ces femmes un endroit où dormir et à leur offrir plus de services ponctuels, par exemple un dépannage alimentaire.

Parfois, les travailleuses puisent dans leurs ressources personnelles pour combler certains besoins de base des participantes : « Nous sommes impuissantes, nous voulons faire quelque chose mais l'organisme manque de moyens. J'ai déjà vu des travailleuses débourser de leur poche ou se servir de leur voiture pour les accompagner. »

« Nous ne pouvons pas accueillir les femmes qui ont besoin de logement parce que nous travaillons en violence conjugale, mais nous voyons qu'il y a un grave problème, parce que les appels sont plus nombreux et parce que les femmes qu'on héberge veulent rester plus longtemps : elles n'ont pas trouvé de logement. Ça alourdit la tâche. » (une travailleuse d'une maison d'aide et d'hébergement)

 Les organismes doivent pallier le désengagement de l'État et les lacunes criantes des programmes sociaux.

...par l'augmentation du nombre de suivis individuels

Avec la complexification des problèmes, les groupes sont confrontés à la question des suivis individuels, et ils sont obligés de prendre position. Le point de vue adopté dépend, entre autres, du type d'organisme (Q.5, Q.2, Q.3). Les groupes d'aide, qui accueillent des femmes vivant de plus grandes difficultés, ne peuvent éviter de faire des suivis individuels.

Il en va autrement des groupes « milieu de vie », où se font plus particulièrement sentir les effets perturbateurs de cette question. Dans les centres de femmes, les rencontres individuelles vont à l'encontre de l'approche collective visant à intégrer les femmes aux activités pour briser leur isolement. Plusieurs organismes refusent d'effectuer de tels suivis avec les participantes alors que d'autres considèrent qu'une augmentation du nombre de rencontres individuelles s'impose. La professionnalisation des travailleuses des groupes influe parfois sur les décisions prises. Mais il est certain que les travailleuses ne veulent pas jouer le rôle de psychologue ou de psychiatre². La position adoptée par un groupe dépend également du nombre de travailleuses dans l'équipe et du temps qu'elles peuvent allouer à chaque femme. En effet, 75 % des organismes ont une équipe restreinte, comprenant de 1 à 5 travailleuses à temps plein (Q.6.2).

« Nous ne voulons pas entrer dans le jeu du réseau de la santé : nous ne faisons pas de thérapie et nous n'avons pas de bureau où faire de l'individuel et de l'écoute. Une femme peut venir dans mon bureau, elle va me parler de ses problèmes, je vais l'écouter, je vais la référer, mais nous ne donnons pas de soins, nous ne faisons pas de thérapie. Nous n'avons pas de psychiatre, nous n'avons pas de psychologue. Nous ne sommes pas des travailleuses sociales, nous sommes des travailleuses du centre de femmes. »

² Noter que, normalement, les « suivis individuels » ne sont pas des suivis thérapeutiques au sens clinique du terme. Il s'agit de rencontres individuelles, répétées avec certaines femmes, avant qu'elles n'intègrent les activités de groupe.

La vie interne des organismes est perturbée

Sur le plan de la gestion, interagir avec des participantes ayant des comportements imprévisibles est un défi pour les organismes. En effet, ceux-ci doivent prendre des mesures pour que les comportements de certaines femmes ne perturbent pas la vie interne ou les activités de groupe, ou qu'ils ne provoquent pas la peur chez les participantes ou les travailleuses. De plus, ils doivent tenir compte de la médication des femmes. Enfin, étant donné l'urgence d'aider certaines femmes, la vie associative de l'organisme est aussi souvent mise de côté.

...par les crises

Bien que des participantes éprouvant des problèmes de santé mentale sévères s'intègrent parfois très bien aux groupes, plusieurs travailleuses soulignent la difficulté d'intervenir auprès de femmes qui ont des crises de panique ou des crises dues à la consommation de médicaments ou de substances, par exemple.

Une travailleuse donne l'exemple d'une intégration réussie : une femme schizophrène participe sans difficulté aux activités de son centre. Elle lutte quotidiennement pour se maîtriser. Cette participante entretient de bons rapports avec les autres femmes et demeure fonctionnelle au cours des activités. Elle parvient ainsi à briser sa solitude. Dans d'autres cas, néanmoins, la vie interne de l'organisme est bouleversée par les crises de certaines femmes.

« Le choix est déchirant; nous venons en aide à une femme, nous mettons tout en œuvre pour l'aider, mais nous le faisons au détriment de toutes les autres qui utilisent le service. »

« On se retrouve à faire de la gestion de conflit et de la gestion de crise plus souvent. Ça rend la vie de groupe plus difficile. »

Une autre travailleuse témoigne de ce que certaines participantes perturbent la dynamique de groupe : « Une femme a des accès de colère, des crises de larmes durant les ateliers, mais elle est convaincue d'avoir besoin de cet atelier dans sa vie. Et toutes les femmes, autour, sont un peu déstabilisées parce qu'elles ont des petits problèmes en comparaison des siens. »

Par ailleurs, l'augmentation du nombre de participantes entraîne également l'augmentation du potentiel de situations à risque. Un organisme a même engagé un gardien de sécurité en raison des scènes de violence qui se multipliaient.

Pour éviter que la vie interne ne soit constamment déstabilisée, certains groupes se dotent d'un « code de vie » qui met de l'avant le bien-être collectif et la sécurité des travailleuses et des participantes. Ce code de vie, que toutes doivent respecter, peut toutefois poser problème. En effet, des travailleuses se retrouvent dans des situations déchirantes, par exemple lorsqu'elles doivent demander à une femme de quitter l'organisme en sachant bien qu'il est son dernier recours. Dans certains groupes, par exemple ceux qui accueillent des femmes en situation d'itinérance, l'adoption d'un code de vie est impossible car trop difficilement applicable. Dans ces organismes, les policiers et les ambulanciers sont souvent appelés à intervenir.

La situation actuelle étant ce qu'elle est, l'augmentation des crises force les travailleuses à se poser une question importante : faut-il accorder plus de temps à une femme dont les problèmes semblent plus lourds que ceux des autres femmes? Un tiers des groupes considèrent y être parfois (32 %) ou régulièrement (4 %) contraints (Q.23). De plus, la gestion des crises plus nombreuses empiète sur le temps que l'organisme voudrait consacrer aux activités de promotion de la santé.

...par la peur

Les participantes adoptent rarement des comportements violents et plusieurs travailleuses affirment n'avoir jamais craint pour leur intégrité physique. Cependant, selon l'enquête postale, 61 % des organismes reconnaissent qu'il peut arriver à leurs travailleuses d'avoir peur lorsqu'elles interviennent auprès de participantes ayant des problèmes de santé mentale : parfois (57 %), régulièrement (4 %) (Q.21).

« Au centre, ça fait quelques années que nous avons un bouton d'alarme. La crainte d'être agressées, nous l'avons assez souvent, plusieurs fois par année. Parce que les femmes sont en détresse psychologique, parce qu'elles ne vont pas bien. Nous nous inquiétons pour leur santé. C'est une réalité, notre crainte augmente. »

Dans un grand nombre de groupes, particulièrement dans les ressources en hébergement, la crainte d'attaques à l'intégrité physique des travailleuses ou à celle des participantes est plus fréquente qu'avant. Cette peur est générée par les comportements imprévisibles, intimidants ou extrêmes de certaines femmes.

« En maison d'hébergement, le comportement de certaines femmes peut aller jusqu'à compromettre notre sécurité physique. Une femme qui ne va vraiment pas bien peut facilement s'en prendre à une travailleuse, à une autre femme hébergée ou encore à un enfant. » (une travailleuse d'une maison d'aide et d'hébergement)

Une travailleuse d'une maison d'hébergement raconte que le comportement d'une participante qui avait subi énormément de violence dans sa vie perturbait les travailleuses ainsi que les autres participantes et les enfants³. Le jour, cette femme était fonctionnelle et participait aux activités du mieux qu'elle pouvait, mais la nuit, elle se déguisait en fantôme et rôdait dans la maison; la peur qu'elle provoquait déstabilisait tout le monde.

Les organismes ont la responsabilité légale d'assurer la sécurité des personnes au sein de leur établissement⁴. Il leur faut protéger non seulement l'intégrité physique et émotionnelle des travailleuses, mais aussi celle des participantes. Plusieurs groupes se sont organisés de manière à faire face à certains comportements violents de femmes, par exemple en installant des boutons d'alarme pour pouvoir appeler les secours rapidement, ou en prenant des précautions pour ne pas laisser une travailleuse seule avec certaines femmes ou face à une situation dangereuse.

Les conséquences de l'exposition constante des travailleuses à des situations à risque élevé sont sérieuses. L'une d'elles est de **souffrir d'hypervigilance**. Sentir qu'il y a danger, que ce soit pour soi-même, pour son équipe de travail ou pour les participantes, joue évidemment sur le sentiment de sécurité. Devoir se tenir constamment sur ses gardes peut même assombrir les relations des travailleuses avec leur famille, leurs enfants et leurs connaissances. Les travailleuses sont aussi susceptibles de vivre une plus **grande anxiété** et de ne plus vouloir ou pouvoir avoir de contacts avec certaines femmes.

3 Plusieurs ressources d'aide et d'hébergement en violence conjugale accueillent également les enfants des participantes.

4 Selon la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, l'employeur « doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur » (L.R.Q., c. S-2.1).

« Certaines de nos travailleuses ont souffert d'hypervigilance. L'hypervigilance, c'est une réaction à la peur permanente. Ces employées qui avaient peur d'être attaquées ne pouvaient pas rester dans la maison quand il faisait noir, elles ne pouvaient pas y rester toutes seules ou en sortir les dernières. » (une travailleuse d'une maison d'aide et d'hébergement)

👉 La direction d'un organisme doit intervenir le plus rapidement possible auprès d'une travailleuse ayant vécu une situation traumatisante, pour qu'elle n'en subisse pas de conséquences psychologiques à long terme.

« À l'occasion, dans l'équipe, il y a des filles qui ont peur des femmes. Parfois, ça me fâche : « Voyons! Pourquoi tu as peur? » Mais elle est légitime, sa peur d'une femme très émotive. On essaie de faire attention à ça aussi. »

...par les effets de la médication

« Une personne qui prend plusieurs médicaments s'intègre mal à certaines activités. Elle est « engourdie »; c'est difficile pour elle de communiquer ou de suivre la conversation. »

Les effets secondaires des médicaments sur les participantes ont des impacts considérables sur le travail des groupes. Dans des commentaires transmis dans l'enquête postale, 26 groupes font état d'une attitude peu propice à une démarche d'*empowerment* chez certaines femmes surmédicamentées (Q.28). En effet, la prise de médicaments rend le rapport avec les participantes beaucoup plus complexe. Nous avons relevé quatre raisons pour lesquelles la surconsommation de médicaments nuit à l'intervention et plus largement aux relations entre travailleuses et participantes : une concentration moindre, des émotions inhibées, des comportements imprévisibles et des diagnostics envahissants.

Une concentration moindre

La capacité de concentration des femmes fortement médicamentées est altérée. « Une diminution de concentration nuit à l'intervention et rend plus difficile la participation des femmes aux activités », dit une travailleuse qui trouve que ces femmes ont parfois « une attitude moins réceptive ». Il est difficile d'animer un groupe quand des femmes se présentent à l'activité,

veulent y participer, mais qu'elles ne comprennent pas ce qui se déroule ou somnolent parce que leur médication les endort.

Les problèmes de concentration des participantes ont d'autres conséquences. Par exemple, certaines ne se présentent pas toujours aux activités auxquelles elles sont inscrites, ou il peut être nécessaire d'organiser les activités le matin pour accommoder les participantes, trop somnolentes l'après-midi en raison de leur médication.

De plus, les travailleuses doivent faire très attention aux mots qu'elles emploient car une femme dont le degré de concentration est faible peut mal interpréter leurs propos : « J'ai toujours trouvé ça très dangereux de travailler avec des femmes fortement médicamenteuses, parce qu'elles interprètent ce que nous disons. Il faut être très vigilantes, toujours revenir sur ce que nous avons expliqué. » Une membre du comité consultatif qualifie de « cul-de-sac » les interventions au cours desquelles certaines femmes sont trop passives et ne sont pas dans un état d'esprit favorable pour entreprendre une démarche d'autosanté.

{
« Les médicaments inhibent parfois les émotions des participantes et il devient difficile pour nous de les accompagner. » (une travailleuse d'un CALACS)
}

Des émotions inhibées

L'inhibition des émotions est un autre des effets secondaires des médicaments qui compromettent l'intervention ou les activités dans les groupes. Plusieurs victimes d'agression sexuelle développent un mécanisme de défense qui consiste à se couper de ses émotions. La prise de médicaments amplifie l'inhibition des sentiments. Une travailleuse a de la difficulté à entrer véritablement en communication avec la femme, à la faire parler de ses émotions et de sa souffrance et à apporter une aide réelle : « Pour ce qui touche les agressions sexuelles, notre travail est difficile parce que nous restons toujours en surface, nous voulons aller en profondeur mais parfois ça prend du temps. » La prise de médicaments des participantes peut donc rendre la relation d'aide délicate, voire impossible.

Les médicaments sont nécessaires pour traiter certains problèmes de santé, mais la surprescription* est néfaste, selon les travailleuses. Des femmes prennent une grande quantité de médicaments, dont certains servent à atténuer les effets secondaires des premiers. Il ne fait aucun doute que la surconsommation de médicaments entrave la pratique de l'approche adoptée par les organismes, une approche centrée sur l'histoire des femmes et sur leurs émotions.

Des comportements imprévisibles

Les comportements imprévisibles de femmes médicamentees peuvent briser le rythme d'une activité. Moins réceptives, ces femmes ont parfois des comportements désorganisés et deviennent dysfonctionnelles. Si elles interrompent brusquement la médication, certaines peuvent devenir désagréables ou exubérantes. Il est parfois nécessaire d'augmenter le nombre de travailleuses pour une activité, et celles-ci doivent redoubler de vigilance.

« Il est arrivé qu'une participante a décidé de ne plus prendre ses médicaments. Elle est devenue rapidement très volubile, elle avait des solutions pour les problèmes de chacune des femmes du groupe. »

Des diagnostics envahissants

La médication est liée à un diagnostic et ce diagnostic tend à devenir l'identité des femmes souffrantes. Certaines participantes se « cachent » derrière leur diagnostic et il faut alors travailler à « détacher » la femme de l'étiquette, à lui faire comprendre qu'« elle n'est pas sa maladie ».

Des travailleuses tentent de sensibiliser les participantes aux problématiques de la médicalisation et de la prise excessive de médicaments. Elles leur expliquent les dangers de l'échange de médicaments, les encouragent à ne pas recourir systématiquement aux médicaments, proposent des techniques contre l'insomnie, et suggèrent à certaines de rencontrer leur médecin pour réévaluer le dosage de leurs médicaments.

Enfin, les travailleuses veulent travailler avec les femmes dans une perspective positive, centrée sur leur prise en charge personnelle, plutôt que négative, c'est-à-dire avec en tête uniquement la maladie et ses symptômes.

« Les travailleuses ne savent pas toujours si la participante est médicamentee. Elles ne demandent pas aux femmes si elles ont reçu un diagnostic ou si elles prennent des médicaments. Par contre, il arrive assez fréquemment de voir des femmes dormir durant l'atelier, ou que leurs émotions sont inhibées. L'impact des médicaments sur les comportements varie selon le groupe, la dynamique s'en trouve chaque fois changée. »

...par des points de vue divergents au sein de l'équipe

Pour les organismes qui font des suivis individuels, quelles limites l'organisme doit-il fixer quant à l'aide à apporter aux participantes? Comment éviter de faire attendre une participante, comment faire en sorte qu'elle ne se sente pas lésée par le temps accordé à une autre femme? Ces questions et plusieurs autres font naître des tensions au sein de certaines équipes.

De plus, une équipe peut être divisée sur l'attitude à adopter avec une participante en particulier. Alors que certaines travailleuses veulent donner toute l'aide possible aux femmes ayant de lourds problèmes, d'autres tiennent à poser leurs limites afin d'accorder autant de temps à toutes les participantes. D'une femme agressive ou triste, et qui parle beaucoup, certaines travailleuses diront qu'elle « dérange le groupe », d'autres que non, qu'elle est « venue pour s'exprimer ». Certaines travailleuses veulent donner la priorité à la poursuite normale de l'activité, alors que d'autres veulent accorder de l'attention à toutes les « personnalités » et donner à chacune sa place.

Il y a quelques années, de tels débats dans un centre de femmes auraient été plutôt invraisemblables. Les réalités du quotidien font ressortir des divergences de points de vue sur la meilleure façon de réagir aux situations engendrées par les pressions du système de santé.

« Chez nous, avoir à donner la priorité à certaines participantes au détriment des autres, ça crée parfois des divisions dans l'équipe : les sauveuses contre les moins sauveuses. » (une travailleuse d'un CALACS)

...par la mise de côté de la vie associative

La mobilisation et l'action collective visant à sensibiliser la population à l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, de même que la promotion des droits de toutes les femmes, incluant celles issues de minorités, font partie intégrante de la mission des organismes. Ces éléments s'inscrivent dans le processus de réappropriation individuelle et collective du pouvoir des personnes.

En raison de leurs contacts directs avec la population, les groupes sont au courant de ses besoins, et particulièrement de ceux des femmes; il est donc important que ces organismes s'expriment sur la place publique. Or, la vie associative (activités de mobilisation, actions collectives, etc.) doit souvent être mise de côté en raison de la situation que nous décrivons dans ce rapport.

À la question « Est-ce que la vie associative de l'organisme ou certaines autres activités sont mises de côté à cause de la surcharge de travail? », la moitié (51 %) des groupes répondent par l'affirmative (Q.20b). Plusieurs travailleuses n'ont pas manqué de soulever un paradoxe : alors qu'elles sentent de plus en plus la nécessité de formuler des revendications et des recommandations aux gouvernements, elles en ont de moins en moins le temps.

3

Le personnel des organismes est débordé

Les relations d'aide peuvent être valorisantes et procurer aux travailleuses le sentiment d'agir pour la justice sociale. Aider n'en comporte pas moins d'importants revers, même quand on travaille pour un organisme dont c'est la mission. Les travailleuses des groupes de femmes, qui ne sont pas à proprement parler des ressources d'aide, sont affectées par ce qu'elles vivent.

Dans cette section, nous expliquons en quoi consiste la surcharge de travail et ses effets sur la santé du personnel des organismes. La nature même du travail, qui implique un contact quotidien avec des femmes vivant de la détresse, peut compromettre la santé. Cependant, les travailleuses désignent tout particulièrement le désinvestissement de l'État dans les programmes sociaux et dans le réseau de la santé comme facteur central affectant leurs conditions de travail. Précisons que nous ne tenons pas compte, dans cette recherche, des facteurs d'ordre organisationnel (mauvaise gestion, harcèlement, etc.) qui peuvent également expliquer divers problèmes de santé au travail.

Surcharge de travail

« Il a fallu, par exemple, ajouter une travailleuse dans l'équipe du centre de jour, augmenter les heures de travail et le temps d'accompagnement. Donc, surtout question budget, cela fait une différence. On n'y arrive pas. »

Plus de participantes, plus de complexité, plus de travail : ainsi pouvons-nous résumer la situation. Les réponses au questionnaire nous apprennent que dans plus de la moitié des groupes (58 %), les travailleuses font des **heures supplémentaires rémunérées ou compensées en temps** (Q.17) et que dans près du quart des groupes (24 %), elles font des **heures supplémentaires bénévoles** (Q.18).

Par exemple, des travailleuses effectuent des heures supplémentaires afin de s'assurer du bien-être de certaines femmes, en dehors de leurs heures de travail : « Ça m'est déjà arrivé d'appeler des participantes de chez moi, le soir, pour savoir si elles allaient bien. Cela ajoute énormément à ma tâche et à mon stress. »

L'augmentation du **nombre de participantes** confrontées à des difficultés émotionnelles ou à des problèmes de santé mentale est une des causes de la surcharge de travail (Q.14). Dans 71 % des organismes, les travailleuses se sentent parfois ou régulièrement dépassées par la quantité de travail qu'elles doivent accomplir (Q.19). Selon 86 % des organismes, les problèmes de santé mentale des participantes nécessitent plus de travail (Q.20a). Une travailleuse donne l'exemple de son groupe qui reçoit maintenant, en moyenne, 65 femmes en détresse par jour, alors qu'il en recevait auparavant de 40 à 45.

Cependant, la surcharge de travail n'est pas attribuable uniquement au nombre plus élevé de participantes en difficulté. Non seulement il y a multiplication des tâches à accomplir, mais on constate aussi que certaines de ces tâches sont de plus en plus complexes.

Démystifier les problèmes

Accueillir, écouter et comprendre toutes les femmes, peu importe qui elles sont, fait partie intégrante de l'intervention féministe. Toutefois, le temps nécessaire pour démystifier les problèmes des femmes s'est multiplié pour diverses raisons. La dégradation des conditions de vie, l'augmentation de l'itinérance chez les femmes et la toxicomanie (incluant la surconsommation de médicaments) modifient nécessairement la démarche d'écoute. Une travailleuse d'un CALACS explique que saisir l'histoire de vie de certaines femmes et comprendre leurs problèmes multiples exigent souvent un temps fou. Le lien de confiance, nécessaire à l'entraide, ne s'établit pas facilement lorsqu'une femme a été abusée, violentée et qu'elle arrive au Centre meurtrie.

« Il faut des intervenantes polyvalentes! Il faut connaître toutes les problématiques, pouvoir régler tous les problèmes, avoir réponse à tout. J'ai des capacités, mais j'ai aussi des limites. »

Effectuer des suivis individuels

Bien que tous les organismes n'acceptent pas d'effectuer des suivis individuels avec des participantes, plusieurs travailleuses se retrouvent régulièrement dans l'obligation d'en faire, ce qui demande, encore une fois, du temps et une réorganisation des activités. Par exemple, une travailleuse d'un organisme en employabilité reçoit maintenant des femmes qui éprouvent d'importants problèmes communicationnels et relationnels. Un plus long processus s'impose : des rencontres individuelles portant sur la communication et l'estime de soi doivent être effectuées avant que ces femmes puissent intégrer les activités de groupe.

Référent

Les travailleuses ont mentionné à maintes reprises devoir passer plus de temps à faire des références. En effet, la plupart des organismes doivent parfois (59 %) ou régulièrement (39 %) guider vers d'autres ressources certaines participantes qui ont des problèmes de santé mentale (Q 26). Plus des trois quarts des organismes affirment recevoir, parfois ou régulièrement, des femmes qui n'auraient pas dû leur être référées (Q.27).

Trouver une ressource adaptée pour une participante demande beaucoup de temps. La travailleuse doit d'abord s'assurer de bien comprendre l'ensemble des problèmes, trouver ensuite une ressource appropriée, expliquer la nature des problèmes et enfin, veiller à ce que la femme soit accueillie. Certaines travailleuses soulignent que lorsqu'elles doivent référer une femme à un CSSS, le processus est encore plus long, puisqu'il leur faut expliquer la situation à plusieurs personnes avant de trouver la bonne personne-ressource.

De plus, la difficulté d'accéder à des services d'hébergement pose un véritable problème. Certaines travailleuses signalent qu'elles passent beaucoup plus de temps qu'auparavant au téléphone pour trouver des lits disponibles lorsque des femmes ont besoin d'être hébergées.

Accompagner

Les travailleuses passent plus de temps à accompagner des femmes qui ont besoin de soins ou de services dans le réseau de la santé. L'inaccessibilité des services sociaux et des services de santé explique en grande partie la nécessité des accompagnements.

Par exemple, comme nous l'avons vu, on refuse à certaines femmes l'accès à l'urgence d'un hôpital, parfois la seule option pour obtenir des soins de santé. Il arrive que la travailleuse doive accompagner une participante plusieurs fois à l'urgence et ait même à intervenir pour que la femme reçoive les services dont elle a besoin. Étant donné la difficulté d'accéder aux services sociaux et aux services de santé, des participantes comptent sur les groupes communautaires pour obtenir de l'information et pour être accompagnées à leurs rendez-vous médicaux. Certaines participantes éprouvent de la difficulté à s'exprimer, et le personnel médical dispose de peu de temps pour saisir l'ensemble de leurs problèmes. Voilà des tâches qui « demandent beaucoup ».

Certains organismes ne peuvent offrir des services d'accompagnement, notamment lorsque l'équipe de travail est réduite. Néanmoins, certaines travailleuses aident les femmes à préparer leur consultation médicale (à faire la liste de questions à poser, par exemple).

Effectuer davantage de suivis juridiques

Dans l'enquête postale, 27 % des groupes affirment que les participantes ont plus de problèmes judiciaires qu'avant (Q.16). Certains groupes doivent prendre le temps d'accompagner les femmes en cour ou d'effectuer les démarches pour elles. Or, les processus judiciaires peuvent s'avérer très longs et comporter de nombreux obstacles pour les femmes⁵.

Pour une travailleuse, ce n'est pas tant le nombre de suivis juridiques qui pose problème que le fait d'avoir à expliquer aux autorités et à l'entourage de la femme ce qu'est la violence conjugale, et de devoir les sensibiliser aux impacts de celle-ci sur la santé. On assiste à une recrudescence de la banalisation de la violence que vivent les femmes, voire même à une non-reconnaissance de cette violence, ce qui, selon cette même travailleuse, est lié à la montée des discours masculinistes.

Tenir compte de la consommation de médicaments

Une majorité de groupes (60 %) considèrent que la consommation de médicaments des participantes ayant des problèmes de santé mentale interfère avec leur travail (Q.28). Des changements structurels doivent être effectués. Dans les maisons d'hébergement, les travailleuses doivent se doter d'un système de gestion des médicaments des participantes. Dans de nombreux groupes, les travailleuses prennent le temps de chercher de l'information pour comprendre la médication et ses effets secondaires, et sensibilisent les femmes aux dangers de la surconsommation de médicaments. Ces démarches exigent du temps et beaucoup de vigilance. Les travailleuses sont-elles toujours conscientes des risques qu'elles courent en prenant de telles responsabilités?

Se tenir à jour sur de multiples problématiques

Finalement, les travailleuses doivent effectuer énormément de recherches pour être bien informées sur la grande diversité des problèmes rencontrés. L'actualisation des connaissances fait partie du travail des groupes, mais ces recherches demandent maintenant beaucoup de temps puisqu'elles portent sur un nombre infini de problématiques de plus en plus complexes.

En bref, de plus en plus de participantes éprouvent des problèmes souvent plus lourds et plus complexes que par le passé, ce qui constitue une surcharge de travail quotidienne pour les travailleuses.

5 REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS, RCALACS (2011). 4^e phase de la Campagne de sensibilisation gouvernementale en matière d'agressions sexuelles, <http://www.rqcalacs.qc.ca/public/news>.

Du sentiment d'impuissance à l'épuisement professionnel

Dans cette section, nous examinons les effets de la surcharge de travail sur la santé des travailleuses, et les initiatives des groupes pour y remédier.

Aider, mais à quel prix?

Sentiment d'impuissance, dévalorisation, frustration, épuisement professionnel, ce sont des conséquences de la surcharge de travail et des exigences de tâches de plus en plus complexes. Plusieurs travailleuses témoignent de leur fatigue : « [...] c'est parfois épuisant de faire face à l'alourdissement des problématiques que vivent les femmes : de plus en plus de femmes viennent nous voir, et chacune d'elles arrive avec plusieurs problèmes. »

À la question : « Les travailleuses de l'équipe se sentent-elles impuissantes devant l'impossibilité d'amener une aide complète à certaines participantes? », 82 % répondent par l'affirmative (Q.24).

Voilà un effet très concret de la communautarisation. Il est clair que les groupes accueillent des femmes qui n'auraient pas dû leur être référées. Ces participantes ne sont pas prêtes pour des activités d'éducation populaire ou pour une intervention féministe axée sur l'*empowerment*.

L'impuissance ressentie témoigne aussi des effets paradoxaux de la professionnalisation des groupes. Certains groupes acceptent de sortir du cadre traditionnel de l'intervention féministe et se soumettent à des ententes de services qui les obligent à une approche plus individualisée. Ont-ils le choix?

{ « J'ai remarqué une augmentation du sentiment d'impuissance chez les travailleuses. Elles craignent que leur travail perde son sens et que le découragement les gagne en ce qui concerne leur efficacité professionnelle. » }

Certes, le travail d'intervention comporte un risque que la travailleuse s'investisse trop sur le plan affectif. Or, le risque s'amplifie avec l'accroissement des problèmes sociaux et des difficultés des femmes. Cet investissement crée un type d'épuisement appelé **fatigue de compassion**, traumatisme vicariant **ou syndrome vicariant**. Le syndrome vicariant se définit par « des changements profonds subis par le ou la thérapeute, le ou la

travailleuse qui établit des rapports d'empathie avec les survivantes ou les survivants de traumatismes et est exposé à leurs expériences. »⁶

Le syndrome vicariant avait d'abord été observé chez le personnel qui travaille dans des services d'urgence (policiers, infirmières à l'urgence, pompiers, etc.), mais on a constaté que le personnel intervenant auprès des victimes d'agressions sexuelles ou de violence était également à risque⁷. Il est plus grave que le stress secondaire que l'on peut vivre lorsqu'on veut aider une personne souffrante, et ses effets physiques et psychologiques sont dévastateurs.

Les effets de ce syndrome varient beaucoup selon les travailleuses. Certaines s'identifient à la femme en détresse alors que d'autres s'en détachent complètement et doivent s'abstenir de travailler avec elle. « Il y a une membre de l'équipe qui a travaillé 15 ans ici, elle a développé le syndrome vicariant. Nous essayons de faire attention à la fatigue de compassion. Travailler avec des femmes qui ont vécu des histoires dramatiques et subi des chocs post-traumatiques, comme nous le faisons toutes ici, c'est difficile. Il faut que nous soyons vigilantes, sinon c'est nous qui risquons d'avoir des problèmes de santé mentale. »

« Je me suis rendu compte que je souffrais du syndrome vicariant. C'est comme un stress post-traumatique : tu ne subis pas toi-même l'agression ou l'événement traumatisant, mais à force d'écouter les femmes te confier ce qu'elles ont vécu... Je n'étais plus capable d'entendre parler d'abus, je me sentais abusée tout le temps. Je pleurais tout le temps. Alors, j'ai fait des recherches et je me suis aperçue qu'il fallait que je cesse d'aider les femmes abusées, je n'en pouvais plus, il fallait que je me protège. »

La fatigue accumulée, surtout dans le contexte d'un travail en relation d'aide, peut aussi mener au **stress chronique**, à l'**épuisement professionnel**, à la **dépression**, aux **problèmes physiques**, etc. Des travailleuses ont conscience qu'elles ne pourront pas travailler indéfiniment dans de telles conditions. L'une d'entre elles dit : « J'aime encore mon travail, mais parfois, je me dis que je ne ferai pas ça toujours; voir la souffrance des gens tous les jours, c'est dur pour le moral. »

6 SAAKVITNE, K. W. and L. A. PEARLMAN, (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Client*, New York, Norton & Company Inc., 120 p. (notre traduction).

7 SANTÉ CANADA (2001). *Le Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Ottawa, Santé Canada, 129 p., http://www.rsfs.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf.

 Plusieurs travailleuses affirment avoir constaté une plus grande prise de médicaments chez les membres de leur équipe.

« Nous ne pourrions pas continuer à travailler comme ça pendant bien des années, parce que les problématiques sont multiples et tellement lourdes. Les femmes sont si mal en point que ça déteint sur nous. »

Les congés de maladie se multiplient et il se produit un roulement de personnel étonnant dans plusieurs groupes, une situation qui a d'ailleurs compliqué la collecte de l'information⁸. Selon certaines travailleuses, les directions et les équipes s'épuisent à trouver des solutions alors qu'elles ont trop peu de moyens. D'autres travailleuses vont même jusqu'à remettre en question la survie des organismes communautaires.

Stratégies des groupes pour éviter l'épuisement

Plusieurs groupes tentent de prévenir l'épuisement des travailleuses. Certains ont des supervisions cliniques pour prévenir l'épuisement professionnel chez les travailleuses. Dans d'autres groupes, l'équipe bénéficie d'un suivi psychologique : un ou une psychologue de l'extérieur est présente quelques heures par semaine ou sur demande, et offre du soutien aux travailleuses.

 Pour prévenir des problèmes de santé chez les travailleuses, faire appel à du soutien venant de l'extérieur est une solution positive, voire essentielle pour certains groupes.

Cependant, la plupart des organismes ne disposent pas de ressources financières pour s'offrir une aide externe professionnelle. La communication entre les membres de l'équipe s'avère alors importante. Disposer d'un espace pour que l'équipe échange, se consulte ou se défoule est essentiel. Plusieurs équipes prévoient des moments (réunion, heure du midi) pour ventiler, exprimer leurs émotions et échanger de l'information entre collègues. Ce temps de défoulement et d'échanges est bénéfique pour la santé des travailleuses (la pression se relâche, elles se comprennent, brisent le sentiment d'isolement, etc.). Il permet aussi de s'outiller, par exemple, pour mieux référer les femmes et partager des connaissances.

⁸ Voir Annexe II, 3. Déroulement de la collecte de l'information, participation.

Rencontrer des travailleuses dans d'autres organismes, échanger avec elles, aide aussi à prévenir les impacts nocifs d'un travail stressant. En Abitibi-Témiscamingue, les travailleuses de différentes ressources se rencontrent sur une base régulière pour échanger de l'information et pour exprimer leurs émotions. Elles constatent alors que d'autres vivent les mêmes réalités, et elles en profitent pour partager leurs solutions.

Enfin, il est parfois possible, pour un organisme, de recourir aux services d'une ressource en santé mentale du même quartier afin d'apprendre à mieux gérer les crises des participantes et à protéger les travailleuses contre un trop grand investissement affectif.

L'organisation de telles rencontres demande du temps et certains organismes ne peuvent se les permettre étant donné la surcharge de travail. La majorité des groupes sont néanmoins à la recherche de solutions, car la situation est devenue critique.

« Nous avons de la chance : au centre, tous les deux mois, nous nous réunissons pour discuter de nos cas spéciaux. Toutes les travailleuses du département sont présentes, et s'il y a des cas, justement, pour lesquels nous ne savons pas quoi faire ou si nous-mêmes, comme intervenante, nous vivons des difficultés, nous pouvons en discuter. »

« Des intervenantes, chez nous, ont souffert d'épuisement professionnel. Nous avons maintenant des supervisions cliniques, parce que nous avons besoin de beaucoup de support, de beaucoup d'aide, et de vacances. »

* * *

En somme, les organismes sont forcés de suppléer aux manques des programmes sociaux et à l'inaccessibilité des services du réseau de la santé. Leur mission, leur vie interne, leurs pratiques et leurs activités ainsi que la santé des travailleuses, qui sont à bout de souffle, s'en trouvent grandement affectées. Les enjeux sont de taille : il en va de l'avenir des groupes.

Les travailleuses vivent au quotidien des tiraillements intolérables entre le désir d'aider et le sentiment d'être utilisées par un système et un gouvernement qui, par ses politiques de communautarisation, piège les groupes communautaires et tient pour acquis les efforts des femmes.

Et cet appel au travail des femmes, note à juste titre Francine Saillant, naturalise (essentialise) leurs savoirs, car chaque fois qu'une aide est requise, ou un service, « on suppose une forme de gratuité et de sollicitude »⁹ ...celles des femmes. Ce qui revient à dire que le principe de gratuité est utilisé de telle manière qu'il produit de l'inégalité entre les sexes¹⁰.

Le problème n'est pas ce désir d'aider – le fondement de l'approche féministe n'est-il pas d'accueillir toutes les femmes, comme elles sont, qui qu'elles soient, et de les accompagner dans une démarche d'appropriation du pouvoir dans leur vie? – mais bien « son détournement à des fins politiques indésirables »¹¹.

Le moment est-il venu pour le mouvement de renouveler son adhésion à ses principes fondateurs (voir Complément E, p. 44) et de mobiliser ses énergies pour y parvenir?

9 SAILLANT, F. (2003). « Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs », dans SAILLANT, F. ET M. BOULJANNE, *Transformations sociales, genre et santé : Perspectives critiques et comparatives*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval/Paris, L'Harmattan, p. 277.

10 *Ibid.*

11 *Ibid.*, p. 278.

CONCLUSION

Fortes d'une participation élevée à la recherche, nous avons pu rendre compte des problèmes sociaux auxquels sont confrontées les participantes de nos groupes membres partout au Québec, ainsi que de leurs problèmes de santé mentale et de leurs difficultés d'accès aux services de santé qui ont augmenté ces dernières années. Nous avons également été à même de constater les effets de cette situation sur les groupes et sur les travailleuses.

Il nous faut sonner l'alarme : les conditions de vie des femmes qui fréquentent des organismes communautaires de femmes se détériorent et l'accès aux services sociaux et aux services de santé est de plus en plus réduit, sinon impossible, ce qui fait vivre aux plus démunies des situations inacceptables qui minent leur santé. De plus en plus de femmes vivant de multiples problèmes demandent l'aide des organismes communautaires de femmes. Ceux-ci remarquent un alourdissement des problèmes souvent complexes : situations de crise, problèmes psychiatriques, médication excessive, consommation de drogues et d'alcool, etc. Quel que soit le type d'organisme, maisons d'hébergement ou centres de femmes, le constat est le même pour la majorité des groupes, et il est frappant.

Vivre un stress constant, lié à la violence, à la précarité d'emploi ou au manque de logement, cela a des répercussions négatives sur la santé. Le manque d'accès aux services médicaux et psychologiques, résultat des réformes effectuées dans un contexte de compressions budgétaires, a des conséquences tout aussi négatives sur les participantes comme sur les travailleuses des groupes de femmes.

Les travailleuses des groupes de femmes font les frais des lacunes du système : leurs tâches se multiplient. Elles réfèrent, accompagnent les femmes à l'hôpital, font des suivis juridiques et individuels, répondent de plus en plus aux besoins de base; leur charge de travail est exponentielle. Rien d'étonnant à ce qu'elles soient exposées à l'épuisement professionnel, à l'anxiété, à la dépression, au syndrome vicariant. Ces risques sont inhérents à la profession, mais les groupes constatent une augmentation marquée de ces phénomènes.

L'alourdissement des problèmes sociaux et de santé mentale des femmes, combiné aux pressions indues qu'exerce la communautarisation sur les organismes et aux tensions internes que celle-ci provoque, contribue à la dégradation de la santé des travailleuses.

Plusieurs groupes mettent sur pied des stratégies pour tenter de prévenir cet épuisement. Des soutiens psychologiques externes s'imposent parfois, mais plusieurs organismes ne peuvent se les permettre. Favoriser une bonne communication entre les membres de l'équipe, prévoir un moment pour se réunir et ventiler en équipe et avec les travailleuses des autres organismes sont des pratiques permettant de s'entraider, mais pour combien de temps?

Les tiraillements vécus et les questions qui se posent au quotidien dans la plupart des équipes sont majeurs. Jusqu'où les travailleuses peuvent-elles s'investir avec certaines participantes sans que ce ne soit au détriment des autres femmes et du bon fonctionnement de l'organisme? Comment les travailleuses doivent-elles réagir devant des femmes fortement médicamenteuses dont l'attitude devient nuisible à la dynamique de groupe? Les organismes doivent-ils augmenter l'offre de suivis individuels, même si ceux-ci contredisent leur mission? Doivent-ils former les travailleuses à plusieurs problématiques spécialisées qui ne font pas partie de l'approche de promotion de la santé? Finalement, est-il souhaitable de mettre la vie associative de côté en raison des demandes d'aide pressantes de certaines participantes? Dans les circonstances que nous avons décrites, toutes ces questions placent les organismes dans des positions délicates.

Que faire?

Il est absolument nécessaire de s'attaquer aux causes de tous ces problèmes¹, à tout ce qui favorise la « production de la maladie », et aux contradictions devant lesquelles sont placées les travailleuses des groupes de femmes.

Nous pouvons aussi examiner les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui presse les gouvernements de s'attaquer aux inégalités de santé : **« Il faut agir maintenant pour instaurer une plus grande équité entre les sexes et donner plus d'autonomie aux femmes si l'on veut réduire les inégalités sanitaires en l'espace d'une génération. »**²

1 Des pays d'Europe du Nord ont commencé à le faire, par exemple le Danemark qui investit massivement dans l'éducation, et où la santé est à la charge du secteur public.

2 COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final*, OMS, p. 16.

Selon la Commission, les politiques gouvernementales peuvent contribuer à nuire à la santé des populations et à l'équité en santé autant qu'à les améliorer. Surtout, insiste-t-elle, « la **cohérence des politiques** est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire. »³

Selon les experts de la Commission, **trois principes d'action** doivent guider les États :

1. « Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. »
2. « Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local. »
3. « Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé. »⁴

Concrètement, pour améliorer les conditions de vie des femmes, il faut en priorité une hausse des prestations d'aide sociale et la mise en place des mesures nécessaires pour que des logements de qualité et abordables soient accessibles.

Il est essentiel et urgent que le Québec se donne les moyens d'une politique en santé mentale clairement engagée en faveur des personnes qui en ont besoin, parmi lesquelles de nombreuses femmes de toutes origines et de toutes conditions. Le guichet unique d'accès aux services, qui n'a pas tenu ses promesses, doit être mis de l'avant ou réformé. Par exemple, l'accès à une aide de première ligne doit être facilité et les services doivent être simples à utiliser. Le personnel en travail social et en psychologie doit être davantage présent dans les CSSS et ce, dans toutes les régions. Contrer les effets nocifs de la surprescription de médicaments devrait également être une priorité gouvernementale en santé mentale. Les femmes devraient être mises au courant des effets secondaires possibles de leur médication.

3 *Ibid.*, p. 110.

4 *Ibid.*, p. 2.

En ce qui concerne les rapports entre les groupes de femmes et le réseau de la santé, il importe bien sûr de clarifier les rôles de chacun, afin d'éliminer le *dumping*. Redonner aux CLSC un rôle en matière de promotion de la santé est essentiel : il faut que le système de santé retrouve sa capacité à promouvoir la santé. Et, bien sûr, il faut que les organismes communautaires de femmes assument en toute liberté leur mission en ce sens. Pour ce qui est des femmes marginalisées ou minoritaires (itinérantes, handicapées, immigrantes, lesbiennes, etc.), le réseau de la santé doit se doter de politiques d'accessibilité des services, par exemple en sensibilisant et en formant le personnel. Les services publics doivent être accessibles à *toutes* les femmes.

Quant aux organismes de femmes, qui accomplissent un énorme travail de promotion de la santé, leur apport doit être reconnu. Leur approche et leur expertise en font des lieux uniques d'humanité, d'appartenance et d'entraide indispensables à notre société. Leurs pratiques novatrices offrent une option distincte et complémentaire de l'approche curative et standardisée du système de santé. Ces organismes devraient bénéficier de ressources financières suffisantes leur permettant de bonifier les conditions de travail et de réaliser leur véritable mission. Une réflexion s'impose pour améliorer leur situation : le soutien gouvernemental est urgent, il en va de la survie de certains organismes communautaires. Les groupes ne peuvent pas se substituer au système public de santé et ne doivent pas être forcés de le faire.

*L'avenir de l'approche globale de la santé,
enjeu majeur du mouvement pour la santé des femmes*

Le mouvement pour la santé des femmes est à la croisée des chemins : les impacts de la pauvreté, des problèmes sociaux et de l'inaccessibilité des services sur la santé des femmes, d'une part, et ceux de la communautarisation des services sur la mission des organismes et sur la santé des travailleuses, d'autre part, sont **sans précédent dans l'histoire du mouvement**.

Les avancées sociales des femmes, particulièrement en ce qui concerne l'éducation et l'accès au marché du travail, ne doivent pas faire oublier la persistance d'inégalités en matière de santé, ni la pertinence de poursuivre les luttes des premières heures du mouvement pour la santé des femmes. Prendre acte des transformations de la société et du mouvement permet de cerner les enjeux qui se posent actuellement.

Les mouvements sociaux, pas plus que les sociétés, ne sont unanimes. Des contradictions les traversent. Rappelons qu'au moment où naissaient les centres de santé des femmes dans les années 1980, au Québec, alors que les approches holistiques de la santé se développaient, la médecine spécifique continuait sa progression fulgurante, sous la pression d'une industria-

lisation de la santé aujourd'hui bien implantée⁵. On observait, en parallèle, la montée d'un mouvement de conservatisme économique et social, avec la globalisation des marchés et le virage à droite des élites politiques⁶.

Aujourd'hui, les effets structurants du néolibéralisme, qui agit sur tous les fronts, sont manifestes. Le travail de sape des solidarités sociales, qui fait croître l'individualisme, et les politiques de privatisation planifiées de longue date sont des exemples probants du triomphe de cette philosophie politique devenue pratique économique mondiale.

Sans doute en raison de leurs liens avec une vision positiviste* de la science et une approche spécifique de la santé, l'ultra-libéralisme et l'ultra-biomédecine se sont alliés. Leurs actions conjuguées ont mené à une marchandisation croissante de la santé et de la vie, qui peut s'observer d'au moins trois points de vue.

D'abord, du **point de vue des connaissances scientifiques légitimes ou socialement acceptées**, on constate que l'hégémonie des savoirs biomédicaux dans les médias et la culture, qui constitue la pierre d'assise de cette alliance, entraîne une surprescription de médicaments, notamment. Ensuite, du **point de vue de l'éthique**, on remarque la cupidité derrière les pratiques des compagnies pharmaceutiques, à la limite de la fraude et du stratagème, qui vont jusqu'à inventer des maladies pour vendre des médicaments et des traitements; et on découvre, également, l'ampleur des investissements dans la haute technologie, la génétique et les nanotechnologies, au mépris des questions moins rentables. Enfin, du **point de vue des droits et de la démocratie**, on note des reculs du droit au consentement éclairé*, une médicalisation des problèmes sociaux et une tendance de plus en plus nette vers l'eugénisme (par exemple en ce qui a trait aux handicaps)⁷.

Face à la marchandisation croissante de la santé, la clé est le savoir. Si nous savons, nous pouvons... à condition de vouloir en tirer les conclusions. La première de nos actions doit être l'expression publique de notre indignation contre les mensonges et les connivences d'affaires.

Sans un éveil de la pensée critique, les privatisations, la médication abusive et la médicalisation des problèmes sociaux continueront à favoriser l'individualisme, à exacerber le cynisme politique et à rendre la population malade.

5 JURDANT, M. (1988). *Le défi écologiste*, Montréal, Boréal, 432 p.

6 Voir GÉLINAS, J.-B. (2008), *op. cit.*; GÉLINAS, J.-B. (2003). *Le virage à droite des élites politiques québécoises : Du libre-échange au néolibéralisme*, Montréal, Éditions Écosociété, 247 p.; RQASF (2008), *op. cit.*

7 MILLER, F. (1999). « La génétisation », entrevue avec Abby Lippman, site du Réseau canadien pour la santé des femmes : <http://www.cwhn.ca/fr/node/39718>; VANDELAC, L. (1996). « Technologies de la reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre », *Sociologie et Sociétés*, vol. 28, n° 2 (automne), p. 59-75, <http://www.erudit.org/revue/socsoc/1996/v28/n2/001819ar.pdf>.

Nous ne sommes pas seules. Le personnel du réseau de la santé fait les mêmes constats, la population fait les mêmes constats : de nombreuses personnes qui se croient isolées ne le sont pas. Partout, ici, ailleurs, les mêmes besoins s'expriment. En 2009, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui a fait le tour du monde, lançait un vibrant appel, pressant les gouvernements d'agir en faveur de la santé. Le mouvement pour la santé des femmes du Québec, auquel participe le RQASF, répond : présent!



CONTEXTE

La recherche du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, a été amorcée en 2010 dans un contexte de privation de ressources financières dans les services publics de santé, de décentralisation du système de santé et de médicalisation des problèmes sociaux.

Le RQASF a voulu comprendre les conséquences, sur ses groupes membres, de la réforme du système de santé ainsi que de l'accroissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale de leurs participantes.

Ont participé à la recherche 81 % des groupes membres admissibles (75 organismes /92), soit des organismes communautaires de femmes intervenant directement auprès de femmes partout au Québec.

Le 9 mai 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait, par voie de communiqué, l'élaboration d'un nouveau plan d'action en santé mentale. Le communiqué cite le ministre Yves Bolduc, qui dresse un bilan du plan d'action 2005-2010, arrivé à échéance :

« Pour notre gouvernement, la santé mentale est un axe prioritaire d'intervention. Le nouveau plan d'action que nous élaborons s'inscrit dans la continuité du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Ce dernier a entraîné des changements majeurs dans les services offerts en santé mentale. En plus de proposer une restructuration importante du réseau et une nouvelle structuration des services, notre plan d'action a mis l'accent sur la nécessité des services de proximité qui sont rapidement accessibles. Les résultats sont concluants, c'est pourquoi nous poursuivons sur cette lancée ».

Toutefois, selon les analyses mêmes du Ministère, dans *l'Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, les résultats du plan d'action en santé mentale 2005-2010 ne sont pas si « concluants »; on constate plutôt « Des délais importants [...] observés à maintes reprises pour l'accès à des services de consultation psychosociale ou psychologique... » (p. 75).

Par ailleurs, le communiqué précise que la « mise en application du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* a nécessité un investissement de 80 millions de dollars » et affirme que le « développement de liens entre les établissements de santé ainsi que l'expérimentation de modes de collaboration novateurs entre les différents intervenants a eu un impact significatif ».

FAITS SAILLANTS DE LA RECHERCHE

La situation de la santé mentale des participantes des groupes membres du RQASF est préoccupante partout au Québec. Nous avons constaté une détérioration de leurs conditions de vie ainsi que de nombreuses situations de détresse qui échappent aux services publics actuels. Notre recherche nous amène donc à dresser un bilan fort différent des conclusions du Ministre quant au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

Six constats majeurs se dégagent de la recherche :

1 les conditions socioéconomiques des participantes des organismes communautaires de femmes se détériorent partout au Québec, ce qui compromet leur santé mentale; les travailleuses des organismes communautaires de femmes constatent :

- un appauvrissement des femmes de plus en plus perceptible;
- une augmentation de l'isolement social, de l'insécurité alimentaire, de l'endettement et des problèmes financiers, et une augmentation des difficultés conjugales et de la violence sexuelle, conjugale et familiale;
- une pénurie de logements sociaux;

2 la santé mentale des participantes des organismes communautaires de femmes se détériore partout au Québec :

- les deux tiers des organismes ont remarqué depuis quelques années une augmentation du nombre de participantes confrontées à des problèmes de santé mentale;
- les problèmes de santé mentale sont de plus en plus lourds dans les trois quarts des organismes : femmes ayant des problèmes psychiatriques, femmes ayant plusieurs diagnostics, femmes vivant de multi-problématiques, etc.;
- les problèmes suivants sont en augmentation chez les participantes : manque d'estime de soi, stress, anxiété, épisodes dépressifs;

3 sur le terrain, l'accessibilité aux services sociaux et aux services de santé s'amenuise de plus en plus, malgré la promesse de services de proximité « rapidement accessibles » :

- l'accès à un ou une médecin de famille ne s'est pas amélioré;
- les services de première ligne en santé mentale ne sont pas accessibles : par exemple, consulter en psychologie dans les CSSS exige de nombreux mois d'attente et nécessite de correspondre à des critères très spécifiques;
- des services ou ressources communautaires en santé mentale ont fermé leurs portes ces dernières années;
- ce sont les femmes les plus démunies qui en souffrent le plus;

4 les rapports entre les organismes communautaires de femmes et le réseau de la santé sont parfois difficiles et la collaboration souvent déficiente, malgré la restructuration du réseau et les « modes de collaboration novateurs » mis en place :

- 76 % des organismes considèrent recevoir des participantes qui n'auraient pas dû leur être référées (ce que les travailleuses appellent le *dumping*);

5 l'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale des participantes menace la santé des travailleuses :

- dans 82 % des organismes communautaires de femmes, les travailleuses se sentent impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes;
- dans 71 % des organismes, les travailleuses se sentent dépassées par le travail à accomplir;
- dans 60 % des organismes, les travailleuses éprouvent des difficultés à composer avec la surconsommation de médicaments des participantes (animation de groupe difficile, vie interne perturbée);
- de nombreuses travailleuses s'épuisent et les congés de maladie se multiplient dans les organismes;

6 l'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale menace la survie des organismes :

- la vie interne des organismes est perturbée par les crises de femmes éprouvant des problèmes de santé mentale, par la peur que certaines de ces femmes engendrent, par les difficultés d'animation et d'intervention que pose la surmédication de nombreuses participantes, par les tensions que ces bouleversements provoquent au sein des équipes de travail et par la mise de côté de la vie associative;
- la mission des organismes communautaires de femmes est menacée par le *dumping*, par la hausse des demandes en santé mentale, par le nombre de participantes dont les besoins primaires ne sont pas comblés et par l'augmentation du nombre de suivis individuels¹.

Dans le communiqué précité, le Ministère annonce que les principales lignes directrices du prochain plan d'action seront la « bonification des services de première ligne en santé mentale, le maintien des services offerts dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés, le développement d'une offre de services pour les clientèles marginalisées, l'amélioration du réseautage entre les professionnels de la santé concernés, la mise sur pied d'un processus de dépistage rapide pour les troubles d'apprentissages et les troubles mentaux, et ce, tant pour les enfants que les adultes, le déploiement d'outils de prévention ainsi que la poursuite de la lutte à la stigmatisation ».

CONSIDÉRANT la représentativité du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) dans le mouvement pour la santé des femmes au Québec

CONSIDÉRANT la situation critique que nous avons constatée sur le terrain, dans toutes les régions du Québec

CONSIDÉRANT qu'il est impossible, selon nous, de conclure que le gouvernement a réussi à rendre les services de proximité en santé mentale « rapidement accessibles »

CONSIDÉRANT que les 80 millions investis pour le plan d'action 2005-2010 n'ont pas entraîné d'améliorations significatives dans les services de première ligne

¹ Rappelons que la mission des organismes communautaires de femmes réside dans la prévention, la mobilisation, la promotion de la santé et le soutien aux femmes, et non dans les soins médicaux et spécialisés. L'intervention est effectuée selon une approche collective d'empowerment et non selon une approche individuelle.

NOUS RECOMMANDONS

A] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **reconnaisse qu’il y a détérioration des conditions de vie et de la santé mentale d’un nombre croissant de femmes fréquentant les organismes communautaires de femmes**, dans toutes les régions du Québec.

B] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **revoie le cadre théorique biopsychologique²** avec lequel il évalue l’ensemble de la problématique de la santé mentale au Québec :

qu’il prenne en compte l’ancrage biopsychosocial de la santé mentale, puisque la santé mentale ne se définit pas seulement par l’absence de maladie mentale, mais bien par un état d’équilibre et de bien-être qui résulte d’un tissu complexe de causes et de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui agissent en interaction;

qu’il reconnaisse dans l’ensemble de ses politiques en santé mentale l’impact des déterminants sociaux sur la santé;

qu’il reconnaisse que l’amélioration de la santé mentale de la population passe par l’amélioration de ses conditions de vie, notamment :

- en faisant pression sur le ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale pour que soit adopté un revenu minimum garanti assurant aux personnes les moyens de subvenir à leurs besoins de base;
- en faisant pression sur la Société d’Habitation du Québec, principale conseillère du gouvernement du Québec en matière d’habitation et sur le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l’Occupation du territoire, pour que soient investis des fonds dans les logements sociaux, communautaires et coopératifs.

² Le paradigme biopsychologique cible exclusivement les déterminants biologiques et psychologiques de la santé et de la maladie, sans tenir compte de l’ensemble des déterminants sociaux. Il s’agit d’une approche individuelle, centrée sur les gènes et les comportements, qui pave la voie aux discriminations et aux iniquités de traitement. Nous lui préférons une approche biopsychosociale, selon laquelle l’ensemble des facteurs tant psychologiques et sociaux que biologiques ont un impact sur la santé et la maladie.

C] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **intègre dans son plan d'action en santé mentale 2012-2017 :**

1. l'amélioration de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale par :

la mise en place de guichets d'accès fonctionnels, comme prévu dans le *Plan d'action 2005-2010 en santé mentale*;

l'allocation de ressources additionnelles pour l'embauche de personnel en travail social et en psychologie dans le réseau de la santé, y compris en région;

l'octroi de fonds additionnels aux ressources alternatives en santé mentale et la création de telles ressources en région;

la formation d'équipes interdisciplinaires au sein du réseau public de la santé;

la formation du personnel du réseau de la santé aux réalités des lesbiennes et à l'approche interculturelle, à travers tout le Québec;

l'octroi de fonds aux organismes communautaires qui souhaitent améliorer l'accessibilité de leurs installations aux personnes à mobilité réduite;

2. des mesures pour contrer la médicalisation des problèmes sociaux et la médication excessive des femmes qui en résulte, notamment par :

la formation du personnel professionnel de la santé à une **approche globale** de la santé;

la révision des protocoles d'intervention du personnel professionnel de la santé intervenant auprès de femmes qui présentent des signes de détresse psychologique;

3. des mesures pour répondre aux besoins immédiats des personnes plus démunies et des femmes aux prises avec de grandes difficultés, par :

la formation du personnel du réseau de la santé à la problématique de la violence sexuelle, conjugale et familiale;

la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires de femmes et de leurs besoins en ressources additionnelles lors d'ententes de collaboration formelles ou informelles avec le réseau de la santé;

l'augmentation du nombre de logements sous supervision médicale (en lien avec les hôpitaux) et du nombre de suivis post-hébergement auprès des personnes, pour contrer l'itinérance;

l'octroi de fonds pour améliorer l'offre de ressources d'hébergement supervisé;

l'octroi de fonds pour des ressources d'hébergement de courte durée pour des femmes en situation de crise.

D] Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **prévoie une étape de consultation** des organismes communautaires de femmes dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de son **plan d'action en santé mentale 2012-2017**.

BIBLIOGRAPHIE

- ABERMAN, A. (2003). « Projet de loi 25 : Le démantèlement des CLSC, une approche alternative qui disparaît », *Le Devoir*, 5 décembre.
- ACTION AUTONOMIE (2000). *Un monstre aux multiples couleurs, Rapport synthèse du sondage : l'impact de la violence sur la santé mentale des femmes*, Montréal, Action Autonomie, Comité des femmes, 14 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *La violence envers les femmes handicapées*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisabus-fra.php> (17 mai 2011).
- ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX (ACTS) (2006). *La détérioration de l'État de santé et du mieux-être des femmes à faible revenu au Canada : une tragédie évitable*, Ottawa, ACTS, 42 p, http://www.casw-acts.ca/advocacy/lowincome_f.pdf.
- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2010). *La victimisation secondaire : une question de droits*, Montréal, AGIDD-SMQ, 23 p., <http://www.agidd.org/>.
- ASSOCIATION POUR LA TAXATION DES TRANSACTIONS FINANCIÈRES POUR L'AIDE AUX CITOYENS (ATTAC) (2003). *Quand les femmes se heurtent à la mondialisation*, Paris, Mille et une nuits, 188 p.
- BANQUE MONDIALE (1997). *Rapport sur le développement dans le monde 1997 : L'État dans un monde en mutation*, Washington D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 296 p.
- BERGHMANS, L. (2009). « Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité », *Éducation santé*, n° 245, p. 34.
- BERNIER, J. and M. DALLAIRE (n.d.). *The Price of Health Care Reform for Women: The Case of Quebec*, Montréal, Centre of Excellence for Women's Health/Consortium Université de Montréal, 84 p., <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/quebec-reformen.pdf>.
- BESNER, V. (2008). « Lutter contre l'appauvrissement de la pensée : Petite histoire d'un mouvement social », *Revue du CRÉMIS*, vol. 1, n° 1, p. 810.
- BLECH, J. (2005). *Les inventeurs de maladies : Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Actes Sud, 281 p. (Coll. Babel).
- BOISCLAIR, G. (1996). « Les fous et la perception de la folie au 18^e siècle », dans A. LACHANCE (dir.), *Les marginaux, les exclus et l'autre au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Montréal, Éditions Fides, 327 p., p. 107-149.
- BONNEVILLE, M. et J.-G. LACROIX (2006). « Une médication intensive des soins au Québec (1975-2005) », *Recherches sociographiques*, vol. 47, n° 2 (mai-août), p. 321-334.
- CARREAU, C. (2007). « Femmes monoparentales, pauvreté et détresse psychologique », dans TABLE DE CONCERTATION DE LAVAL EN CONDITION FÉMININE (TCLCF), *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde*, Laval, TCLCF, 64 p., p. 24-27.
- CASSELS, C. (2010). « APA Assembly Rejects Proposed Conflict of Interest Recommendations », *Medscape Medical News*, www.medscape.com/viewartoc;e/723311_print (15 mars 2011).
- CENTRE D'AIDE AQUA-R-ELLE et CALACS VICTORIAVILLE (2003). *Femmes handicapées ayant un vécu d'agression à caractère sexuel*, Une revue de littérature, 95 p.
- COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Virage ambulatoire et transformation du réseau. Attention! Virage dangereux pour la santé des femmes*, Rapport des forums interrégionaux sur le virage ambulatoire et la transformation du réseau, coordonné par l'IR des centres de femmes du Québec, 34 p.
- COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Cahiers de revendications, 78 p.

- COLLIN, J. et A. J. SUISSA (2007). « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2 (printemps), p. 25-33.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Gouvernement du Québec, 264 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, BIBEAU, G. et autres (1992). *La santé mentale et ses visages : Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin, 289 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, CORIN, E. et autres (1986). *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Québec, Publications du Québec, 480 p.
- COMITÉ ORGANISATEUR DES 12 JOURS D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION DE LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES (2010). *Ce que nous savons de la violence envers les femmes, Argumentaire pour les 12 jours d'action pour l'élimination de la violence envers les femmes*, <http://www.ffq.qc.ca/wp-content/uploads/2010/11/Ce-que-nous-savons-de-la-violence-envers-les-femmes-2010.pdf>.
- COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2009). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final*, Genève, OMS, 236 p.
- CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.
- CONCERTATION DES LUTTES CONTRE L'EXPLOITATION SEXUELLE (CLES) (2009). *Le plus vieux mensonge du monde*, Réalisation d'Ève Lamont, Montréal, <http://www.lacles.org>.
- COSGROVE, L. (2010). « Diagnosing Conflict-of-Interest Disorder: Big Pharma Works in Subtle Powerful Ways Inside the Pages of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Academe Online*, American Association of University Professors, www.aaup.org/AAUP/pubsres/academe/2010/ND/feat/cosg.html (20 février 2011).
- COUPECHOUX, P. (2008). « Un monde de fous », dans Lecompte, Y., et autres. *La pensée critique en santé mentale*, Montréal, Folie/Culture et Revue Santé mentale au Québec, 149 p.
- DECIMA RESEARCH (2008), *Public Views on Mental Health and Resilience, 2007 Public Opinion Survey*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, cité dans INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Améliorer la santé des Canadiens : Explorer la santé mentale positive*.
- DESLAURIERS, J.-P. et R. PAQUET (2003). *Travailler dans le communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 140 p. (Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales).
- DE GAULEJAC, V. (1994). « Postface : 3. Évaluation de Vincent de Gaulejac », dans ROBICHAUD, J.-B. ET AUTRES, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSSMQ). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin, 247 p., p. 228.
- DORVIL, H. et autres (1997). « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 (Annexe 1) » dans COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), p. 107-175, [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/\\$FILE/97_155a1.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/$FILE/97_155a1.pdf).
- DUHOUX, A. (2009). « Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales à la promotion de la santé mentale », *Quintessence*, vol. 1, n° 2, 2 p.
- FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (FMI) (2008). *Perspectives de l'économie mondiale 2007*, New York, FMI, 322 p.
- FORTIER, M. (2010). « Un pays à vendre en pièces détachées » et « Agriculteurs en péril », *Rue Frontenac* (Dossier « Le Témiscamisque sacrifié »), vol. 1 n° 4 (18 au 24 novembre), p. 2-3 et p. 4-5.
- FOURNIER, L. (2010). *L'approche populationnelle en santé mentale : résonances et implications pour les centres de santé et des services sociaux*, communication du 10 mars, Colloque *Implanter des interventions éprouvées en santé mentale*, Journées annuelles de la santé publique (JASP), <http://jasp.inspq.qc.ca/>.
- FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (2010). *Femmes, logement et pauvreté, sortir du privé un enjeu de société*, Montréal, FRAPRU, 15 p.

- GAGNÉ, M.-A. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*, Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 19 p., http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/01_AdvancingtheAgenda_FR.pdf.
- GALABUZI, G. E. (2001). *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalisation of Racialized Groups*, Toronto, CSJ Foundation for Research and Education, 128 p.
- GÉLINAS, J.-B. (2003). *Le virage à droite des élites politiques québécoises : Du libre-échange au néolibéralisme*, Montréal, Éditions Écosociété, 247 p.
- GÉLINAS, J.-B. (2008). *Dictionnaire critique de la globalisation : les mots du pouvoir, le pouvoir des mots*, Montréal, Éditions Écosociété, 303 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). *Budget 2010-2011 : Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, Québec, Finances Québec, 61 p.
- GRAY, J. (2010). *State of the Evidence: The Connection Between Breast Cancer and the Environment*, Sixth Edition, San Francisco, Breast Cancer Fund, 127 p.
- GREENBERG, G. (2010). « Inside the Battle to Define Mental Illness », *Wired* (19 janvier), http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/all/1 (20 mars 2011).
- GRENIER, G. et M. J. FLEURY (2009). « Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 101-126.
- GRENIER, G. et M. J. FLEURY (2004). « Historique et enjeux du système de santé mental au Québec », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, p. 21-38.
- GROUPE DE TRAVAIL AD HOC SUR LES FEMMES, LA SANTÉ MENTALE, L'UTILISATION DE SUBSTANCES ET LA TOXICOMANIE (2006, révision et mise à jour en 2008). *Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon*, Winnipeg, RCSF, 59 p., http://www.cwhn.ca/PDF/CWHN%20BackgrounderMentalhealth_updated_FR.pdf.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LE SUICIDE DES JEUNES (2001). *Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuels, gais)*, Paris, Homosexualités et socialisme, 57 p.
- GUBERMAN, N. (1990). « Les femmes et la politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 62-84, <http://www.erudit.org/revue/smq/1990/v15/n1/031542ar.pdf>.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : Explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 94 p., http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/mh_report_13Feb2009_f.pdf.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec : Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, ISQ, 349 p.
- JEKOVSKA, M. et COMITÉ RÉGIONAL EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL CENTRE DU QUÉBEC (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence*, document de travail, Drummondville, CRDS, 50 p., <http://www.crds.centre-du-quebec.qc.ca/client/uploads/36/185509170154622.pdf>.
- JURDANT, M. (1988). *Le défi écologiste*, Montréal, Boréal, 432 p.
- KOVESS-MASFÉTY, V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous - Rapport du groupe de travail présidé par Viviane Kovess-Masféty*, Paris, Documentation Française, 272 p., http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_Sante_mentale_version_18nov09validdqs2.pdf.
- LACHAPELLE, R. et autres (2011). *Impacts de la création des CSSS sur les rapports de partenariat communautaire*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Séminaire du LAREPPS, Montréal, 18 mars.
- LALIBERTÉ, D., et I. TREMBLAY (2007). *L'organisation du travail et la santé mentale dans les organismes communautaires en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale : regard sur une situation méconnue!*, Beauport, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 96 p.
- LAMARRE, B. et autres (2006). « Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994 », *Recherches sociographiques*, vol. XLVII, n° 2, p. 227-251.
- LECOMPTE, Y. (1997). « De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2 (automne), p. 724.

- LECOMTE, Y. (2009). *Comment le milieu communautaire peut-il survivre au plan d'action en santé mentale?*, conférence du colloque *Où en sommes-nous en santé mentale?* (Perspectives communautaires), Montréal, 24 avril 2009.
- LECOMTE, Y. et autres (dir.) (2008). *La pensée critique en santé mentale*, Montréal, Folie/Culture et Revue Santé mentale au Québec, 149 p.
- LESAGE, A. et autres (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 22 p., www.iccsm.ca.
- LUCIRE, Y. « About 6 % of US Population are on Antipsychotic Licensed for Bipolar and Schizophrenia Alone », www.lucire.com.au.
- MALTAIS, D. et autres (2011). *La création des CSSS et ses impacts sur les pratiques des intervenants psychosociaux*, séminaire du LAREPPS, Montréal, 18 mars.
- MARTINEAU, J. (1994). « Postface : 3. Évaluation de Jocelyne Martineau », dans Robichaud, J.-B. et autres, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin, Comité de la santé mentale du Québec (CSSMQ), 247 p.
- MARTINEAU, S. (2007). « L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion », *Recherches qualitatives*, Hors série n° 5, p. 70-81.
- MERCIER, C. et D. WHITE (1995). « La politique de santé mentale et la communautarisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, n° 1, p. 17-30.
- MERRIEN, F.-X. (1999). « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et politiques*, n° 41, p. 96-103.
- MESSING, K. (2000). « Les stressés émotionnels dans les emplois féminins » dans *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage/Toulouse, Octarès éditions, 305 p., p. 159-188.
- MILLER, F. (1999). « La généticisation », entrevue avec Abby Lippman, site du Réseau canadien pour la santé des femmes : <http://www.cwhn.ca/fr/node/39718>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1992). *La santé des femmes démunies, mieux comprendre pour mieux intervenir*, Québec, MSSS, 55 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, MSSS, 97 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 105 p.
- MOISAN, M. (1999). « Les effets du virage sur les femmes comme travailleuses » dans *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 119 p., <http://www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/fichier-32-235.pdf>.
- MOREAU, N. et F. VINIT (2007). « Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 35-45.
- MORROW, M., and M. CHAPPELL (1999). *Hearing Women's Voices, Mental Health Care for Women*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 89 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*, Drummondville, Service des communications, Office des personnes handicapées du Québec, 152 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 6 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004). *Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS, 49 p., http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, Genève, OMS, 87 p., http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563856_fre.pdf.
- PAMPALON, R. et D. HAMEL (2008). *Les inégalités sociales et de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 19 p.
- POIRIER, M. (2000). « La santé mentale des intervenants », *Bulletin Équilibre en tête*, Montréal, Association canadienne pour la santé mentale filiale de Montréal, vol. 14, n° 3, <http://www.fep.umontreal.ca/sante-mentale/intervention.html>.
- POIRIER, M. (2007). « Santé mentale et itinérance : Analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2 (printemps), p. 76-91.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) (2005). *Rapport mondial sur le développement humain 2005*, New York, PNUD, 385 p.
- PROVENCHER, D. et A. RAINVILLE (2010). *Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques*, communication présentée au Barreau du Québec dans le cadre du Colloque *La protection des personnes vulnérables*, Montréal, Barreau du Québec, 39 p., http://www.agidd.org/Mythes_2010.pdf.
- REGROUPEMENT DE L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC (RAIQ) et REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION 03 (RGF03), L. Gélinau, N. Brisseau, M. Loudahi, F. Bourgeois, R. Potin, L. Zundi (2008). *Sommaire exécutif de la recherche qualitative, La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, Québec, RAIQ et RGF-03, 12 p., <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=432>.
- REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (RGF-CN), ROC 03, AGIR (2008). *Ma santé mentale, j'y tiens!*, Rapport du forum tenu le 18 mars 2008 au Centre Horizon, 20 p.
- REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03-ROC 03 (1997). *Le pelletage des établissements publics... Les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!*, Mémoire sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de Québec, Québec, ROC 03, 41 p.
- REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03-ROC 03 (2010). *Portrait des organismes communautaires en santé et services sociaux de la région 03. Une histoire qui évolue! Une culture et des pratiques qui se distinguent!* », Québec, ROC 03, 82 p.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2004). *Sans priorité aux personnes plus défavorisées, il n'y a pas de justice possible*, mémoire présenté à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec sur le projet de loi 57 (loi sur l'aide aux personnes et aux familles), Montréal, RRASMQ, 10 p.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2005). *Mémoire portant sur le document de consultation du MSSS sur le Plan d'action en santé mentale*, Montréal, 11 p.
- REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL (RIOCM) (1998). *Leur équilibre, notre déséquilibre, Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal*, Montréal, RIOCM, 94 p.
- REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS, RCALACS (2011). *4^e phase de la campagne de sensibilisation gouvernementale en matière d'agressions sexuelle*, <http://www.rqcalacs.qc.ca/public/news>.
- REID, C. (2002). *A Full Measure Towards a Comprehensive Model for the Measurement of Women's Health*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 35 p.
- RENÉ, J. F. et autres (2001). *Les organismes communautaires au Québec : Des pratiques à la croisée des chemins*, Rapport de recherche sur la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et les transformations dans les pratiques des organismes communautaires, Montréal, Centre de formation populaire et Relais-femmes, 201 p.
- RÉSEAU D'AIDE AUX PERSONNES SEULES ET ITINÉRANTES DE MONTRÉAL (RAPSIM) (2011). *Espace public et judiciarisation*, <http://www.rapsim.org/100/Espacepublic.montreal>.
- RÉSEAU DES FEMMES DES LAURENTIDES (2009). *La santé mentale des femmes, une richesse pour la région*, Actes du colloque intersectoriel tenu le 19 novembre 2009, <http://www.femmeslaurentides.org/>.
- ROBICHAUD, J.-B. et autres, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSSMQ) (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin, 247 p.

- RODRIGUEZ, L. et autres (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : changer de perspective*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 307 p. (Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales).
- RQASF (2001). *Femmes et santé mentale*, grille thématique, Montréal, RQASF, 4 p., <http://rqasf.qc.ca/files/santementale.pdf>.
- RQASF (2003). *Pour le dire... rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 222 p.
- RQASF (2008). *Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé*, Montréal, RQASF, 168 p.
- RQASF (2009). *Résultats préliminaires de sondage*, document de travail, 18 p.
- RQASF (2010). *L'intersectionnalité : Pour des pratiques plus égalitaires en santé*, Montréal, RQASF, 8 p.
- RQASF (2010). « La détresse psychologique » (point 3.4.4), dans *Notre soupe aux cailloux*, Montréal, RQASF, 20 p.
- RQASF (2011). *Femmes et inégalités de santé : le devoir de cohérence, Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens, sur le document intitulé Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait - Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Montréal, RQASF, 45 p.
- RUE DES FEMMES (LA) (2008). *Mémoire de La rue des femmes de Montréal à la Commission des affaires sociales sur les consultations particulières et auditions publiques sur le phénomène de l'itinérance au Québec*, Montréal, La Rue des Femmes, 43 p.
- RUE DES FEMMES (LA) (2008). *Entendre la souffrance, comprendre la blessure, Accueillir et soigner... Pour que cesse l'itinérance*, document présenté à la Commission permanente du Conseil municipal sur le développement culturel et de la qualité du milieu de vie de Montréal (Ville de Montréal), 12 p.
- SAAKVITNE, K. W. and L. A. PEARLMAN (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Client*, New York, Norton & Company Inc., 120 p.
- SAILLANT, F. (2003). « Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs », dans SAILLANT, F. et M. BOULIANNE, *Transformations sociales, genre et santé : Perspectives critiques et comparatives*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval/Paris, L'Harmattan, p. 261-281 (Coll. Sociétés, cultures et santé).
- SAILLANT, F. et M. BOULIANNE (2003). *Transformations sociales, genre et santé : Perspectives critiques et comparatives*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval/Paris, L'Harmattan, 311 p. (Coll. Sociétés, cultures et santé).
- SANTÉ CANADA (2001). *Le Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Ottawa, Santé Canada, 129 p., http://www.rsfs.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf.
- SAVARD, S. et autres (2011). *La réforme de la santé et des services sociaux de 2003 et la nouvelle gestion publique*, présentation au séminaire du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Montréal, 18 mars, 15 p.
- SAVIDES, D. (2007). « Comment briser l'isolement? Femmes immigrantes et des communautés culturelles » dans TABLE DE CONCERTATION DE LAVAL EN CONDITION FÉMININE (TCLCF) (2008). *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde*, Laval, TCLCF, 64 p., p. 34-36. <http://tclcf.qc.ca/site/2007/11/la-dtresse-psyc.html>.
- SEARS, B. (2006). *Le régime anti-inflammatoire : comment vaincre ce mal silencieux qui détruit votre santé*, Montréal, Éditions de l'Homme, 408 p.
- SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2010). *L'égalité entre les femmes et les hommes au Québec : Faits saillants*, Québec, Gouvernement du Québec, 44 p.
- SERENI, C. et D. SERENI (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris, Odile Jacob, 198 p.
- SERRADORI, C. (2007). « L'inclusion, la réponse à un environnement producteur de détresse psychologique (Femmes et limitations fonctionnelles) », dans TABLE DE CONCERTATION DE LAVAL EN CONDITION FÉMININE (TCLCF) (2008). *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde*, Laval, TCLCF, 64 p., p. 46-49.

- SERVAN-SCHREIBER, D. (2003). *Guérir : le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Éditions Robert Laffont, 301 p. (Coll. Réponses).
- SOARES, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord : La santé malade de la gestion*, Montréal, Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, Département d'organisation et ressources humaines, 33 p.
- ST-ONGE, J.-C. (2004). *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Éditions Écosociété, 228 p.
- ST-ONGE, J.-C. (2006). *Les dérives de l'industrie de la santé : Petit abécédaire*, Montréal, Éditions Écosociété, 238 p.
- SUISSA, A. J. (2007). « Dépendances et médicalisation : Repères et enjeux psychosociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 92-110.
- TABLE DE CONCERTATION DE LAVAL EN CONDITION FÉMININE (TCLCF) (2008). *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde*, Laval, TCLCF, 63 p., <http://tclcf.qc.ca/files/actescolloquetclcf%C3%A9tressepsychologiquefemmeslaval14novembre2008final.pdf>.
- TABLE DES GROUPES DES FEMMES DE MONTRÉAL (2009). *Avis sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, 19 p.
- TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (Secteur santé et services sociaux) (2000). *Pour un virage « social » du système de santé au Québec : non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux*, mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 48 p.
- TEW, J. (2005). « Power Relations, Social Order and Mental Distress », in TEW, J., Ed., *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 240 p.
- VALLÉE, C. et autres (2009). « Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 35-53.
- VANDELAC, L. (1996). « Technologies de la reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre », *Sociologie et Sociétés*, vol. 28, n° 2 (automne), p. 59-75, <http://www.erudit.org/revue/socsoc/1996/v28/n2/001819ar.pdf>.
- VAN der SPEK, V. (2009). *Nutrition et bien-être mental : Pourquoi et comment notre alimentation influence notre cerveau?*, Bruxelles, Éditions De Boeck, 359 p.
- VASILIADIS, H. M. (2011). « Accessibilité à la psychothérapie », *Réseau Qualaxia Network*, <http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/index.php?!g=fr> (mars 2011).
- VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, tome II, Québec, Gouvernement du Québec, 260 p.
- WILLIAMS, J. (2005). « Women's Mental Health: Taking Inequality into Account », in TEW, J., Ed., *Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*, London and Philadelphia (PA), Jessica Kingsley Publishers, p. 151-167.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2009). *Mental Health-Depression*, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- ZHAO, J. et autres (2010). *État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*, Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada, Recherche et Évaluation, 27 p.

ANNEXE I

ENQUÊTE POSTALE

N. B. Nous avons corrigé une erreur de terminologie présente dans le questionnaire. Dans le questionnaire envoyé aux groupes, le terme « problématique » a été utilisé à plusieurs reprises au sens de « problème ». Nous corrigeons ici cette erreur et lorsque pertinent, nous modifions l'expression « alourdissement des problématiques » utilisée dans le questionnaire par « alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale ».

PARTICIPATION

Un total de 92 organismes étaient admissibles, 73 d'entre eux, soit 79 %, ont participé au volet « Enquête postale » de la recherche.

Taux de réponse à l'enquête postale, par région du Québec

Région	Nombre de groupes admissibles	Nombre de questionnaires reçus	Taux de réponse
01 Bas-Saint-Laurent	12	10	83,3 %
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	0	0 %
03 Québec	8	7	87,5 %
04 Mauricie	2	1	50 %
05 Estrie	4	3	75 %
06 Montréal	16	14	87,5 %
07 Outaouais*	0	N.A.	N.A.
08 Abitibi-Témiscamingue	7	6	85,7 %
09 Côte-Nord	8	8	100 %
10 Grand-Nord	2	1	50 %
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	7	5	71,4 %
12 Chaudière-Appalaches	5	4	80 %
13 Laval	1	0	0 %
14 Lanaudière	3	3	100 %
15 Laurentides	5	4	80 %
16 Montérégie	8	5	62,5 %
17 Centre du Québec	3	2	66,6 %

* Noter qu'à quelques reprises, nous avons discuté de manière informelle avec la coordonnatrice du regroupement de groupes de femmes de l'Outaouais (groupe membre n'offrant pas de services directs); celle-ci a corroboré nos résultats préliminaires, pour sa région.

RÉSULTATS

Profil des organismes

Q.1 Date de fondation des organismes

Réponse	Nombre de groupes
Avant 1970 (1875)*	2/73 (3 %)
De 1970 à 1979	10/73 (14 %)
De 1980 à 1989	42/73 (57 %)
De 1990 à 1999	14/73 (19 %)
De 2000 à 2005	5/73 (7 %)

Nombre de réponses : 73/73

* Il s'agit des YWCA de Québec et de Montréal, fondés en 1875 afin de prévenir toutes les formes de violence et d'améliorer les conditions de vie des femmes.

Q.2 et Q.3 Mission et Objectifs

Les réponses aux questions 2 et 3 ont été fusionnées en raison des recoupements. De plus, pour dégager un résumé cohérent des réponses à ces deux questions, nous avons retenu la typologie des organismes de la question 5 (type de ressource : Aide/Entraide, Défense de droits, Hébergement temporaire, Milieu de vie).

- Les organismes « milieu de vie » ont pour mission première l'amélioration des conditions de vie des femmes. Leurs objectifs sont principalement de briser l'isolement et de favoriser l'autonomie (ex. : activités de croissance personnelle, activités de groupe).
- Les organismes d'aide et d'entraide soutiennent les femmes dans leurs démarches pour accéder à une plus grande autonomie (ex. : entraide mutuelle, écoute, dépannage).
- Les organismes de défense de droits font valoir les droits et les intérêts des femmes concernant les problématiques pour lesquelles ils se spécialisent (ex. : femmes handicapées, femmes ayant vécu des agressions sexuelles, femmes vivant de la discrimination).
- Les maisons d'hébergement aident et hébergent des femmes victimes de violence conjugale ou en difficulté, avec ou sans enfants.

Il ressort que les organismes, bien que spécialisés dans des problématiques touchant les femmes et habilités à leur porter assistance, **ne sont pas des organismes spécialisés en santé mentale**. Aucun d'entre eux, par exemple, ne pourrait être considéré comme une « ressource alternative en santé mentale ».

Q.4 Mandat

Réponse	Nombre de groupes
(a) Local	42/72 (58 %)
(b) Sous-régional	18/72 (25 %)
(c) Régional	9/72 (13 %)
(d) Provincial	0/72 (0 %)
Tout (a, b, c, d)	2/72 (3 %)
Multiple (a, b, c)	1/72 (1 %)

Nombre de réponses : 72/73

Q.5 Types de ressources

Cette typologie fondée sur la mission des organismes communautaires vise à favoriser l'équité dans le financement. Elle est toutefois relative, car les organismes offrent un éventail de services qui peuvent se classer dans plusieurs catégories.¹

Réponse	Nombre de groupes	
Milieu de vie	51/72 (71 %)	La majorité des organismes se classent dans la catégorie « milieu de vie ».
Aide/Entraide	37/72 (51 %)	
Défense de droits	25/72 (35 %)	
Hébergement	16/72 (22 %)	

Nombre de réponses : 72/73

(Le nombre total de groupes excède 72 étant donné que certains groupes ont coché plusieurs types de ressources; 7 organismes ont coché tous les types.)

1 REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03-ROC 03 (2010). *Portrait des organismes communautaires en santé et services sociaux de la Région 03. Une histoire qui évolue! Une culture et des pratiques qui se distinguent!*, Québec, ROC-03, 82 p.

Q.6 Nombre total de travailleuses

Au cours de l'année de référence 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.
(n'incluant pas les bénévoles)

Réponse	Nombre de groupes
2 à 5 travailleuses	42/72 (58 %)
6 à 10 travailleuses	14/72 (19 %)
11 à 15 travailleuses	5/72 (7 %)
16 à 20 travailleuses	4/72 (4 %)
21 à 25 travailleuses	3/72 (3 %)
26 à 30 travailleuses	2/72 (3 %)
+ de 30 travailleuses	2/72 (6 %)

Nombre de réponses : 72/73

Q.6.1 Nombre total de travailleuses pour la même année

À temps plein

Réponse	Nombre de groupes
1 à 5 travailleuses	57/71 (75 %)
6 à 10 travailleuses	9/71 (16 %)
11 à 15 travailleuses	4/71 (7 %)
16 à 20 travailleuses	0/71 (0 %)
21 à 25 travailleuses	1/71 (2 %)

Nombre de réponses : 71/73

À temps partiel

Réponse	Nombre de groupes
Aucune travailleuse	26/37 (5 %)
1 à 5 travailleuses	6/37 (70 %)
6 à 10 travailleuses	2/37 (16 %)
11 à 15 travailleuses	1/37 (3 %)
15 à 20 travailleuses	1/37 (3 %)
+ de 20 travailleuses	1/37 (3 %)

Nombre de réponses : 37/73

Contractuelles

Réponse	Nombre de groupes
Pas de contractuelles	1/40 (5 %)
1 à 5 contractuelles	36/40 (88 %)
6 à 10 contractuelles	2/40 (5 %)
Ne sait pas (variable)	1/40 (2 %)

Nombre de réponses : 40/73

Bénévoles

Réponse	Nombre de groupes
Aucune bénévole	2/38 (5 %)
1 à 5 bénévoles	9/38 (24 %)
6 à 10 bénévoles	1/38 (3 %)
11 à 20 bénévoles	12/38 (31 %)
21 à 30 bénévoles	7/38 (18 %)
31 à 40 bénévoles	2/38 (5 %)
41 à 50 bénévoles	1/38 (3 %)
51 à 60 bénévoles	1/38 (3 %)
+ de 60 bénévoles	3/38 (8 %)

Nombre de réponses : 38/73

Q.7 Services ou activités offerts

La majorité des organismes offrent à leurs participantes une gamme de services et d'activités très diversifiée.

Ateliers d'éducation populaire	69/73 (95 %)
Action collective	63/73 (85 %)
Activités de socialisation	60/73 (82 %)
Soutien psychosocial	57/73 (78 %)
Ateliers de croissance personnelle	56/73 (77 %)
Défense de droits	56/73 (77 %)
Intervention de crise	51/73 (70 %)
Service d'accompagnement (juridique, chez le médecin)	48/73 (66 %)
Activités de loisirs	40/73 (55 %)
Suivi et accompagnement dans la communauté	35/73 (48 %)
Ateliers pour jeunes	25/73 (34 %)
Évaluation et orientation	25/73 (34 %)
Aide à l'intégration* (immigration récente)	18/73 (25 %)
Insertion, réhabilitation au travail	17/73 (23 %)
Hébergement	16/73 (22 %)
Services haltes-garderies	10/73 (14 %)
Thérapie	7/73 (10 %)
Autres **	13/73 (18 %)

* 18 groupes sur 66 ont indiqué qu'ils font de l'aide à l'intégration : 8 groupes de Montréal (Région 06), 3 du Bas-Saint-Laurent (Région 01), 3 de Québec (Région 03), 1 de l'Abitibi-Témiscamingue (Région 08), 1 de la Côte-Nord (Région 09), 1 de Lanaudière (Région 14) et 1 des Laurentides (Région 15).

** Les autres activités ou services offerts mentionnés sont : services d'accueil, écoute téléphonique, écoute individuelle, alphabétisation, animation et conscientisation scolaires et dans la communauté, centre de jour, logement de transition, cuisine collective, dépannage alimentaire et vestimentaire, repas communautaires, groupe d'entraide, centre de documentation, clinique juridique, clinique infosanité, programme de prévention scolaire, référence, accès à des outils informatiques.

Q.8 Nombre approximatif de participantes

Au cours de l'année de référence 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.

Il est difficile de traiter cette question, étant donné que les organismes n'y ont pas répondu de manière homogène. Certains ont inclus dans leurs réponses les appels et les visites, tandis que d'autres ont indiqué uniquement le nombre de participantes. De plus, chaque type d'organisme reçoit un nombre de participantes selon sa capacité. Ce nombre va de 14 à 401 pour les organismes offrant de l'hébergement, et de 60 à plus de 2 000 pour les organismes « milieu de vie ».

Pourcentage approximatif des participantes vivant des problèmes de santé mentale
(selon la définition suggérée)

Réponse	Nombre de groupes
1 à 20 % des participantes	28/69 (41 %)
21 à 40 % des participantes	11/69 (16 %)
41 à 60 % des participantes	8/69 (12 %)
61 à 80 % des participantes	7/69 (10 %)
81 à 100 % des participantes	5/69 (7 %)
NSP-NA*	10/69 (14 %)

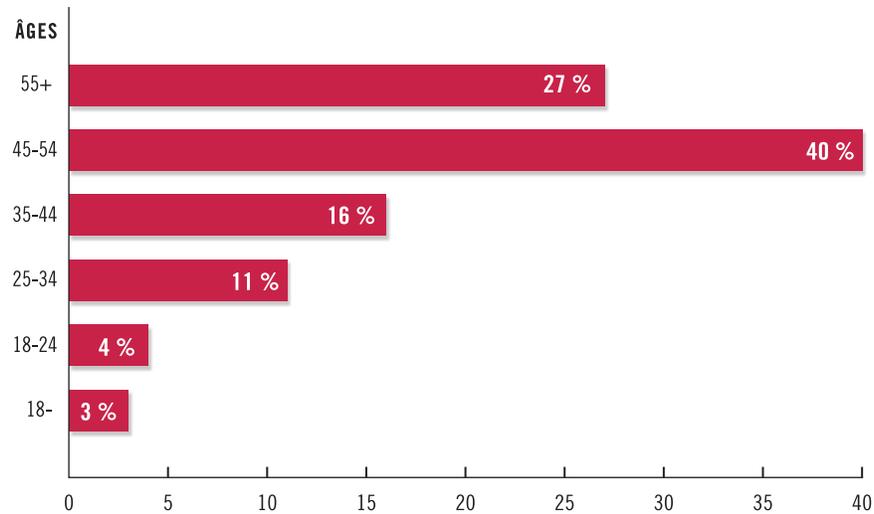
Nombre de réponses : 69/73

* Ne savent pas, n'ont pas les données.

Les réponses à cette question sont de l'ordre de la perception, si bien que les résultats révèlent davantage la diversité des conceptions de la santé mentale qu'une évaluation effective du nombre de personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Q.9 Représentativité des groupes d'âge des participantes qui fréquentent les groupes

Les principaux groupes d'âge des participantes ont été numérotés sur une échelle de 1 à 3 où 1 est le groupe d'âge prépondérant. Noter que certains organismes ont coté plusieurs groupes d'âge comme les plus représentés.

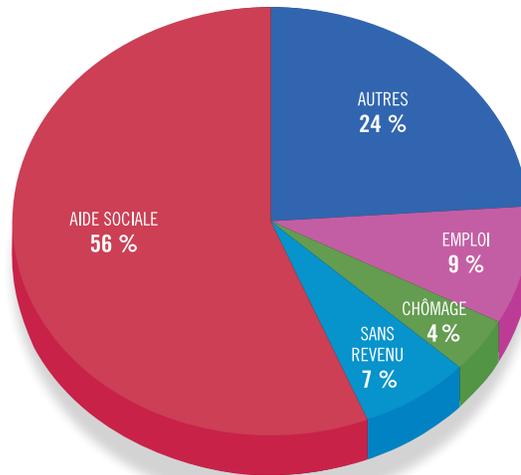


Nombre de réponses : 69/73

Dans 40 % des réponses, les 45-54 ans sont le principal groupe d'âge dans lequel se retrouvent les participantes; il est suivi par le groupe des 55 ans et plus dans 27 % des réponses, des 35-44 ans dans 16 % des réponses, des 18-24 ans dans 4 % des réponses et des 18 ans et moins dans 3% des réponses.

Q.10 Situation économique des participantes principalement représentée dans les groupes

Les principales situations économiques des participantes ont été numérotées sur une échelle de 1 à 4 où 1 est la situation économique prépondérante. Noter que certains groupes ont coté plusieurs situations économiques comme les plus représentées.



Nombre de réponses : 71/73

La principale situation économique des participantes est *l'aide sociale* (56 % des réponses), suivie par la catégorie *Autres* (24 % des réponses). Dans cette catégorie, les groupes ont mentionné :

- les revenus de retraite (régime des rentes, pension de vieillesse) (13 groupes sur 16)
- le revenu du conjoint (1 groupe)
- les prestations de maternité (1 groupe)
- les prêts et bourses (1 groupe)

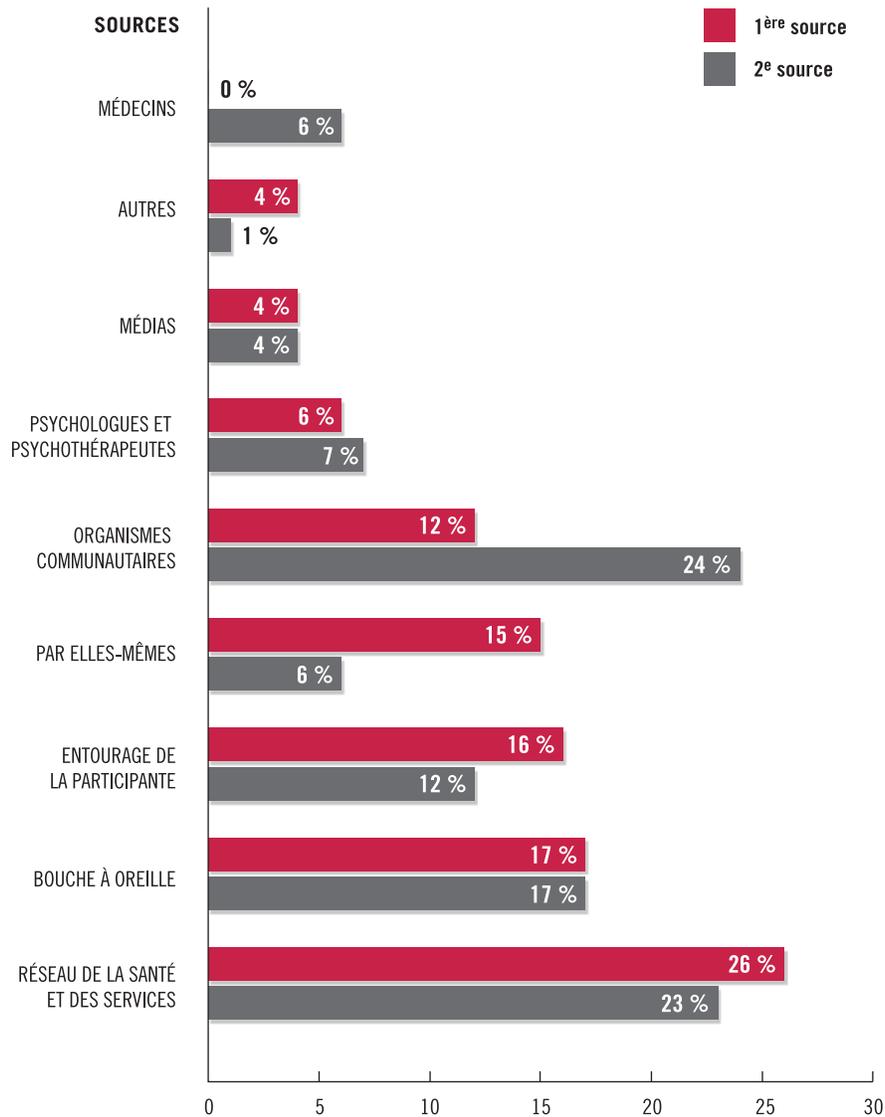
Q.11 Pourcentage d'immigrantes parmi les participantes qui fréquentent les groupes

Réponse	Nombre de groupes
0 % d'immigrantes	17/68 (25 %)
0,01 à 5 % d'immigrantes	35/68 (52 %)
6 à 25 % d'immigrantes	6/68 (9 %)
26 à 50 % d'immigrantes	3/68 (4 %)
+ de 50 % d'immigrantes	3/68 (4 %)
NSP (ne savent pas)	4/68 (6 %)

Nombre de réponses : 68/73

Des 6 groupes qui comptent plus de 25 % de participantes immigrantes, 5 proviennent de la région de Montréal (06) et 1 de la région de Québec (03); 3 des 6 groupes sont spécialisés en immigration.

Q.12 Sources d'information et de référence des participantes vivant avec des problèmes de santé mentale



Nombre de réponses : 71/73

Dans 26 % des réponses, le réseau de la santé et des services sociaux est la principale source de référence; dans 17 % des réponses, c'est le bouche-à-oreille, et dans 16 % des réponses, c'est l'entourage des participantes.

Les organismes communautaires sont les plus représentés (24 %) comme deuxième source de référence. Ils sont suivis par le réseau de la santé (23 %) et par le bouche-à-oreille (17 %).

Santé mentale des participantes

Q.13 Les besoins des participantes ont-ils changé ces dernières années?

Réponse	Nombre de groupes
Oui	51/71 (72%)
Non	18/71 (25%)
NSP	2/71 (3%)

Nombre de réponses : 71/73

La plupart des questionnaires contenaient des **commentaires** sur cette question. Nous les avons regroupés selon les facteurs expliquant le changement des besoins des participantes et les impacts de ces changements sur le travail des intervenantes.

Facteurs expliquant les changements :

- augmentation de la pauvreté (16 organismes)
- problèmes plus lourds, multiples et complexes (14 organismes)
- hausse du nombre de participantes (7 organismes)
- besoin de briser l'isolement (5 organismes)
- problèmes d'accès au réseau de la santé et des services sociaux (5 organismes)
- dumping (5 organismes)
- désengagement de l'État (4 organismes)
- hausse des problèmes de santé mentale (4 organismes)
- apparition de nouveaux visages parmi les participantes (4 organismes)
- femmes de plus en plus diagnostiquées et médicamenteuses (3 organismes)
- augmentation de la violence (2 organismes)

Impacts de ces changements sur le travail des intervenantes :

- charge de travail accrue (6 organismes)
- nécessité d'adapter les activités et les interventions (4 organismes)
- nécessité d'effectuer plus d'accompagnement (3 organismes)
- difficultés accrues dans les rapports et la collaboration avec les organismes en santé mentale (1 organisme)

Q.14 Selon vous, depuis plusieurs années, est-ce que le nombre de participantes vivant avec des problèmes de santé mentale et cherchant de l'aide auprès de votre organisme est en augmentation, stable ou en diminution?

Réponse	Nombre de groupes
Augmentation	47/71 (66 %)
Stable	22/71 (31 %)
Diminution	1/71 (1,5 %)
NSP	1/71 (1,5 %)

Nombre de réponses : 71/73

Q.15 Selon vous, est-ce que la lourdeur des problèmes que vous rencontrez s'accroît (augmentation), se stabilise (stable) ou s'allège (diminution)?

Réponse	Nombre de groupes
Augmentation	53/71 (75 %)
Stable	18/71 (25 %)
Diminution	0/71 (0 %)

Nombre de réponses : 71/73

Q.15.1 Si votre réponse est « augmentation », est-ce que cela affecte la nature de vos activités?

Réponse	Nombre de groupes
Oui	47/53 (89 %)
Non	6/53 (11 %)

Nombre de réponses : 53/53

La plupart des questionnaires contenaient des **commentaires** sur cette question, qui portaient sur les impacts sur les travailleuses, sur l'intervention et sur l'organisme.

Impacts sur les travailleuses :

- santé physique ou psychologique affectée (10 groupes)
- nécessité d'être polyvalentes (1 groupe)

Impacts sur l'intervention :

- nécessité d'adapter les outils et les activités (19 groupes)
- charge de travail accrue (9 groupes)
- accompagnements accrus (4 groupes)
- nécessité de refuser des participantes (2 groupes)

Impacts sur l'organisme :

- activités de groupe perturbées (18 organismes)
- vie interne et activités de groupe affectées, plus de gestion de crise (9 groupes)
- régie interne affectée (1 groupe)
- mission première mise de côté (1 organisme)

Q.16 Pour chacun des problèmes et des facteurs de fragilisation de la santé mentale énoncés dans les tableaux qui suivent, les organismes devaient indiquer le niveau de changement correspondant à leur réalité.

Q.16.1 Problèmes de *santé mentale* des participantes

Problèmes observés	Niveau de changement observé					Nombre de réponses
	Augmentation	Stable	Diminution	Ne sait pas	Non applicable	
Dépression	5/67 (7 %)	12/67 (18 %)	1/67 (2 %)	13/67 (19 %)	36/67 (54 %)	67/73
Épisodes dépressifs	38/68 (56 %)	22/68 (32 %)	2/68 (3 %)	4/68 (6 %)	2/68 (3 %)	68/73
Manque d'estime	35/68 (51 %)	30/68 (44 %)	1/68 (1 %)	1/68 (1 %)	1/68 (3 %)	68/73
Phobies	5/66 (8 %)	29/66 (44 %)	1/66 (1 %)	21/66 (32 %)	10/66 (15 %)	66/73
Stress, anxiété	50/67 (75 %)	13/67 (19 %)	0/67 (0 %)	3/67 (4 %)	1/67 (2 %)	67/73
Stress post-traumatique	19/66 (46 %)	2/66 (5 %)	1/66 (3 %)	10/66 (24 %)	9/66 (22 %)	66/73

Pour plus de la moitié des groupes, la dépression n'est pas un problème de santé mentale facilement identifiable (non-applicable, N/A). Cela s'explique notamment par le fait qu'ils ne travaillent pas avec le diagnostic des participantes. Le stress et l'anxiété des participantes est en augmentation pour 75 % des groupes répondants.

D'autres problèmes de santé mentale ont été cités. Sont en augmentation : l'épuisement professionnel (*burnout*) (1 organisme), la désorganisation (1 organisme), les problèmes suicidaires (1 organisme). Par ailleurs, 54 % des groupes reçoivent davantage de femmes non diagnostiquées qui semblent avoir besoin d'une intervention adaptée.

Q.16.2 Problèmes psychiatriques des participantes

Problèmes observés	Niveau de changement observé					Nombre de réponses
	Augmentation	Stable	Diminution	Ne sait pas	Non applicable	
Femmes ayant un suivi thérapeutique	28/65 (43 %)	25/65 (38 %)	1/65 (2 %)	9/65 (14 %)	2/65 (3 %)	65/73
Femmes en situation de crise	31/66 (47 %)	26/66 (39 %)	4/66 (6 %)	2/66 (3 %)	3/66 (5 %)	66/73
Femmes non diagnostiquées qui semblent avoir besoin d'une intervention adaptée	36/66 (54 %)	19/66 (29 %)	2/66 (3 %)	7/66 (11 %)	2/66 (3 %)	66/73
Femmes qui ont été diagnostiquées	34/66 (52 %)	24/66 (36 %)	0/66 (0 %)	4/66 (6 %)	4/66 (6 %)	66/73
Femmes suivies par un psychiatre	27/66 (41 %)	25/66 (38 %)	1/66 (1 %)	9/66 (14 %)	4/66 (6 %)	66/73

Q.16.3 Lourdeur des problèmes des participantes

Problèmes observés	Niveau de changement observé					Nombre de réponses
	Augmentation	Stable	Diminution	Ne sait pas	Non applicable	
Femmes avec des problèmes psychiatriques	38/65 (58 %)	17/65 (26 %)	0/65 (0 %)	7/65 (11 %)	3/65 (5 %)	65/73
Femmes ayant une consommation abusive de médicaments	17/65 (27 %)	15/65 (23 %)	1/65 (2 %)	20/65 (31 %)	11/65 (17 %)	65/73
Femmes ayant plusieurs diagnostics	21/66 (32 %)	15/66 (23 %)	1/66 (1 %)	21/66 (32 %)	8/66 (12 %)	66/73
Femmes consommant des médicaments non appropriés (échange de médicaments, etc.)	10/65 (15 %)	12/65 (18 %)	1/65 (2 %)	29/65 (45 %)	13/65 (20 %)	65/73
Femmes qui cumulent des problèmes multiples (multiproblématiques)	42/67 (63 %)	14/67 (21 %)	1/67 (2 %)	5/67 (7 %)	5/67 (7 %)	67/73
Femmes se présentant à l'organisme sous l'effet de l'alcool, de médicaments ou d'autres substances	24/67 (36 %)	26/67 (39 %)	5/67 (8 %)	5/67 (7 %)	7/67 (10 %)	67/73

Dans 63 % des groupes, de plus en plus de femmes se présentent avec des problèmes multiples.

Q.16.4 Facteurs de fragilisation de la santé mentale des participantes

Problèmes observés	Niveau de changement observé					Nombre de réponses
	Augmentation	Stable	Diminution	Ne sait pas	Non applicable	
Agressions	28/64 (44 %)	27/64 (42 %)	3/64 (5 %)	6/64 (9 %)	0/64 (0 %)	64/73
Dépendance à une ou des substances (médicaments, alcool, drogues)	31/65 (48 %)	22/65 (34 %)	1/65 (1 %)	8/65 (12 %)	3/65 (5 %)	65/73
Dépendance au jeu	14/64 (22 %)	16/64 (25 %)	2/64 (3 %)	18/64 (28 %)	14/64 (22 %)	64/73
Difficultés à concilier famille/travail	24/63 (38 %)	16/63 (25 %)	1/63 (2 %)	9/63 (14 %)	13/63 (21 %)	63/73
Difficultés conjugales, séparation	40/63 (63 %)	21/63 (33 %)	1/63 (2 %)	1/63 (2 %)	0/63 (0 %)	63/73
Discrimination et harcèlement	22/65 (34 %)	26/65 (40 %)	3/65 (4 %)	11/65 (17 %)	3/65 (5 %)	65/73
Endettement, problèmes financiers	46/66 (70 %)	11/66 (17 %)	0/66 (0 %)	5/66 (7 %)	4/66 (6 %)	66/73
Événements traumatisants (guerre, deuil, etc.)	13/64 (18 %)	38/64 (52 %)	0/64 (0 %)	7/64 (22 %)	6/64 (8 %)	64/73
Insécurité alimentaire	41/65 (63 %)	15/65 (23 %)	2/65 (3 %)	5/65 (8 %)	2/65 (3 %)	65/73
Insomnie	21/64 (33 %)	27/64 (42 %)	1/64 (2 %)	8/64 (12 %)	7/64 (11 %)	64/73
Instabilité des liens familiaux	34/64 (53 %)	16/64 (25 %)	3/64 (2 %)	8/64 (12 %)	3/64 (5 %)	64/73
Isolement social	46/65 (71 %)	16/65 (25 %)	0/65 (0 %)	3/65 (4 %)	0/65 (0 %)	65/73
Itinérance	21/64 (33 %)	10/64 (15 %)	5/64 (8 %)	7/64 (11 %)	21/64 (33 %)	64/73
Maladies chroniques (diabète, etc.)	25/60 (41 %)	22/60 (36 %)	2/60 (3 %)	9/60 (15 %)	3/60 (5 %)	60/73
Manque de ressources	34/64 (53 %)	18/64 (28 %)	0/64 (0 %)	7/64 (11 %)	5/64 (8 %)	64/73
Monoparentalité	26/65 (40 %)	29/65 (45 %)	1/65 (1 %)	7/65 (11 %)	2/65 (3 %)	65/73
Pauvreté (situation économique précaire)	54/68 (79 %)	10/68 (15 %)	0/68 (0 %)	2/68 (3 %)	2/68 (3 %)	68/73
Problématiques liées à l'industrie du sexe (prostitution, proxénétisme, etc.)	9/64 (14 %)	21/64 (33 %)	2/64 (3 %)	14/64 (22 %)	18/64 (28 %)	64/73
Problèmes d'adaptation sociale	25/64 (41 %)	27/64 (44 %)	0/64 (0 %)	7/64 (12 %)	5/64 (3 %)	64/73
Problèmes d'image corporelle	33/65 (51 %)	25/65 (38 %)	3/65 (5 %)	2/65 (3 %)	2/65 (3 %)	65/73
Problèmes judiciaires (criminalité, etc.)	17/62 (27 %)	23/62 (37 %)	4/62 (7 %)	7/62 (11 %)	11/62 (18 %)	62/73
Troubles alimentaires	18/65 (28 %)	30/65 (47 %)	1/65 (2 %)	9/65 (14 %)	6/65 (9 %)	65/73
Viellissement	30/65 (46 %)	26/65 (40 %)	2/65 (3 %)	5/65 (8 %)	2/65 (3 %)	65/73
Violence à l'endroit des femmes âgées	20/64 (32 %)	22/64 (35 %)	0/64 (0 %)	15/64 (24 %)	6/64 (9 %)	64/73
Violence (conjugale, familiale)	34/67 (51 %)	29/67 (43 %)	1/67 (2 %)	2/67 (2 %)	1/67 (1 %)	67/73
Violence vécue dans l'enfance	17/65 (26 %)	36/65 (55 %)	1/65 (2 %)	8/65 (12 %)	3/65 (5 %)	65/73

La pauvreté des participantes est en augmentation dans 79 % des groupes. D'autres facteurs de fragilisation de la santé mentale ont été cités. Sont en augmentation : la violence liée au fait d'être une femme handicapée (1 organisme), la fibromyalgie (1 organisme), les préjugés (1 organisme), le harcèlement au travail (1 organisme).

Note méthodologique : La question 16 invitait également les organismes à nommer les outils dont ils disposaient pour intervenir sur les différents problèmes observés. Ces données n'ont pas été compilées, notamment parce qu'elles nous en apprennent peu sur le cœur de la problématique (nous voulions savoir si les travailleuses sont outillées *adéquatement*).

En effet, certains organismes disposent de toute une gamme d'outils, ce qui ne signifie pas que ces outils sont suffisants pour répondre aux besoins des femmes. Le commentaire d'un organisme est particulièrement éclairant à ce sujet : « Répondre [à ce volet] de la question 16 a été difficile parce que notre évaluation nous semblait très arbitraire, subjective et approximative. De plus, nous nous sommes beaucoup questionnées sur la définition du terme *outil*, nous ne sommes donc pas certaines d'avoir inclus tous les outils que nous possédons. Par ailleurs, *la présence d'outils spécifiques est-elle toujours nécessaire en intervention féministe? La question se pose.* » (nos italiques)

À ce propos, un autre organisme a mentionné qu'il était difficile de cibler des outils spécifiques pour chaque problème énuméré; il a précisé que leur premier objectif d'intervention est de créer un lien de confiance avec les femmes. Par conséquent, l'intervention est essentiellement d'ordre informel.

Nous avons supposé que certains organismes manquent d'outils pour faire face à l'alourdissement des problèmes, mais le terme *outil* n'est peut-être pas le terme juste (il s'applique mal au manque d'argent, de travailleuses, de temps, etc.). Étant donné que la partie qualitative de la recherche a permis de recueillir un matériel de recherche beaucoup plus riche sur la question des outils, nous avons fait le choix de ne pas traiter la colonne « Outils » du tableau, et d'utiliser plutôt les réponses obtenues lors des entrevues.

Impacts des problèmes en santé mentale sur l'intervention et sur l'organisme

N. B. Pour les questions (Q.17 à Q.27) les réponses « Souvent » et « Régulièrement » ont été regroupées.

Q.17 Est-ce que le travail avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale exige que les travailleuses fassent des heures supplémentaires rémunérées ou compensées en temps?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	37/71 (52 %)	Pour 58 % des groupes, le travail avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale exige que les travailleuses fassent des heures supplémentaires rémunérées ou compensées en temps.
Souvent/Régulièrement	4/71 (6 %)	
Non	30/71 (42 %)	

Nombre de réponses : 71/73

Q.18 Est-ce que le travail avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale exige que les travailleuses fassent des heures supplémentaires bénévoles?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	14/71 (20 %)	Pour 24 % des groupes, le travail avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale exige que les travailleuses fassent des heures supplémentaires bénévoles.
Souvent/Régulièrement	3/71 (4 %)	
Non	54/71 (76 %)	

Nombre de réponses : 71/73

Q.19 Est-ce que les travailleuses se sentent dépassées par la quantité de travail qu'elles doivent accomplir en lien avec les participantes ayant des problèmes de santé mentale?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	33/70 (47 %)	Pour 71 % des groupes, les travailleuses se sentent dépassées par la quantité de travail à accomplir à cause des problèmes de santé mentale des participantes.
Souvent/Régulièrement	17/70 (24 %)	
Non	20/70 (29 %)	

Nombre de réponses : 70/73

Q.20 Est-ce que le travail avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale peut occasionner plus de travail?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	33/71 (47 %)	Selon 86 % des groupes, accueillir des participantes ayant des problèmes de santé mentale occasionne plus de travail.
Souvent/Régulièrement	28/71 (39 %)	
Non	10/71 (14 %)	

Nombre de réponses : 71/73

Q.20.1 Dans l'affirmative, est-ce que la vie associative de l'organisme ou certaines autres activités sont mises de côté à cause de la surcharge de travail?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	24/61 (39 %)	Pour plus de la moitié des groupes (51 %) dans lesquels accueillir des participantes ayant des problèmes de santé mentale occasionne plus de travail, la vie associative de l'organisme ou certaines autres activités sont mises de côté à cause de la surcharge de travail.
Souvent/Régulièrement	7/61 (12 %)	
Non	30/61 (49 %)	

Nombre de réponses : 61(33+28)/61

Q.21 Est-ce que les travailleuses ont peur, dans certaines situations, lorsqu'elles travaillent avec des participantes ayant des problèmes de santé mentale?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	40/70 (57 %)	Dans 61 % des groupes, les travailleuses ont parfois ou souvent peur dans certaines situations.
Souvent/Régulièrement	3/70 (4 %)	
Non	27/70 (39 %)	

Nombre de réponses : 70/73

Note méthodologique : Cette dernière question, ajoutée après la première rencontre du comité consultatif, visait à savoir si les travailleuses avaient parfois peur que soit compromise leur intégrité physique ou psychologique. À la deuxième rencontre, les membres du comité consultatif ont soulevé le fait que le terme « peur » peut porter à confusion. En effet, parlons-nous d'une peur que l'intégrité physique des travailleuses soit en danger, ou d'une peur des travailleuses de mal faire leur travail ou de ne pas aider suffisamment la femme en détresse? Il peut s'agir également d'une peur d'être mal outillée ou d'une peur que des comportements « débordent » lors de certaines activités.

Q.22 Est-ce que l'organisme doit refuser certaines participantes ayant des problèmes de santé mentale?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	38/69 (55 %)	59 % des groupes doivent refuser certaines participantes ayant des problèmes de santé mentale.
Souvent/Régulièrement	3/69 (4 %)	
Non	28/69 (41 %)	

Nombre de réponses : 69/73

Principales raisons relevées :

- lourdeur des problèmes, participantes non suffisamment autonomes (15 organismes)
- attitudes ou comportements des participantes (15 organismes) :
 - activités de groupe ou vie interne de l'organisme perturbées (12 organismes)
 - incapacité des participantes de fonctionner en hébergement (3 organismes)
- problèmes de santé mentale en dehors de la mission de l'organisme (8 organismes)
- participantes représentant un danger pour elles-mêmes ou pour les autres (7 organismes)
- participantes suivies en santé mentale ailleurs (2 organismes)
- participantes redirigées vers une autre ressource correspondant à leurs besoins (2 organismes)
- raisons structurelles comme le manque de place (1 organisme)

Q.23 L'équipe se voit-elle obligée de prioriser certaines participantes vivant des problèmes de santé mentale urgents au détriment d'autres participantes dont les situations sont moins critiques?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	22/70 (32 %)	Dans 36 % des groupes, il arrive aux travailleuses de donner la priorité à certaines participantes vivant des problèmes de santé mentale.
Souvent/Régulièrement	3/70 (4 %)	
Non	45/70 (64 %)	

Nombre de réponses : 70/73

Q.24 Les travailleuses de l'équipe se sentent-elles impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	25/70 (36 %)	Dans 82 % des groupes, les travailleuses se sentent impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes.
Souvent/Régulièrement	32/70 (46 %)	
Non	13/70 (18 %)	

Nombre de réponses : 70/73

Q.25 Est-ce qu'il arrive à l'organisme de se détourner de sa mission première?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	20/69 (29 %)	Dans 36 % des groupes, il leur arrive de devoir se détourner de leur mission première.
Souvent/Régulièrement	5/69 (7 %)	
Non	44/69 (64 %)	

Nombre de réponses : 69/73

Principales raisons données :

- divergences entre les besoins des femmes et la mission de l'organisme (5 groupes)
- rôle complémentaire ou de substitut au réseau de la santé et des services sociaux (4 groupes)
- besoins urgents des femmes (3 groupes)
- souci de donner une aide complète (3 groupes)
- nécessité d'accompagnement dans des démarches à l'extérieur ou de plus d'interventions que prévues (3 groupe)

Q.26 Est-ce que les travailleuses doivent référer certaines participantes avec des problèmes de santé mentale à d'autres organismes?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	41/69 (59 %)	Dans 98 % des groupes, il leur arrive de référer des participantes ayant des problèmes de santé mentale à d'autres organismes.
Souvent/Régulièrement	27/69 (39 %)	
Non	1/69 (2 %)	

Nombre de réponses : 69/73

Principales raisons données :

- besoins spécifiques (36 organismes)
- demande dépassant la mission de l'organisme (11 organismes)
- manque de ressources et d'outils (7 organismes)
- problèmes trop lourds (6 organismes)
- collaborations et références entre organismes (4 organismes)
- impossibilité pour les participantes de fonctionner en groupe, ou suivi individuel requis (2 organismes)

Q.27 L'organisme reçoit-il des participantes ayant des problèmes de santé mentale qui n'auraient pas dû lui être référées?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	44/70 (63 %)	76 % des organismes reçoivent des participantes qui n'auraient pas dû leur être référées.
Souvent/Régulièrement	9/70 (13 %)	
Non	17/70 (24 %)	

Nombre de réponses : 70/73

Q.28 La consommation de médicaments des participantes ayant des problèmes de santé mentale interfère-t-elle dans le travail des intervenantes?

Réponse	Nombre de groupes	
Parfois	34/68 (50 %)	Pour 60 % des organismes, la consommation des médicaments interfère dans leur travail.
Souvent/Régulièrement	7/68 (10 %)	
Non	27/68 (40 %)	

Nombre de réponses : 68/73

Principales raisons données :

- difficulté des femmes de participer aux activités de groupe et attitudes peu favorables aux démarches d'autonomisation (29 organismes)
- augmentation du temps requis avec les femmes sous médication (3 organismes)
- augmentation des suivis individuels (2 organismes)
- adaptation nécessaire des outils d'intervention (1 organisme)
- nécessité de la prise en compte de la médication lors de l'intervention (1 organisme)

Q.29 Y a-t-il d'autres conséquences sur le travail des intervenantes découlant de l'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale?

Réponse	Nombre de groupes
Oui	48/64 (75 %)
Non	16/64 (25 %)

Nombre de réponses : 64/73

Principales conséquences dont les groupes font état :

Impacts sur les travailleuses elles-mêmes

- sentiment d'impuissance (20 groupes)
- fatigue, épuisement physique et psychologique, stress (18 groupes)
- sentiment d'être utilisées par le système (2 groupes)
- besoin accru de ventiler (1 groupe)

Impacts sur leur travail

- manque d'outils pour faire face à l'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale (14 groupes)
- surcharge de travail (8 groupes)
- complexification du travail de groupe (2 groupes « milieu de vie »)
- adaptation nécessaire des outils (2 groupes)
- augmentation des mesures de sécurité (1 groupe)
- impossibilité d'apporter une aide complète, augmentation du temps accordé aux besoins de survie au détriment des besoins d'écoute et d'accompagnement (1 organisme)

N. B. Les commentaires concernant la méthodologie sont intégrés à l'annexe II et certains sont présentés à l'intérieur du rapport.

Q.30 Commentaires

Concernant les besoins et la santé des travailleuses	Concernant les organismes	Concernant les participantes
<p>besoin de ressources ou d'ajustement des outils pour faire face aux nouveaux besoins des femmes (10 organismes)</p> <p>impuissance et épuisement des travailleuses (4 organismes)</p>	<p>besoin d'outils (2 organismes)</p> <p>détournement de la mission première (1 organisme)</p> <p>collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux (1 organisme)</p>	<p>description de la lourdeur des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale des femmes (8 organismes)</p> <p>difficulté pour les participantes d'accéder aux ressources (6 organismes)</p> <p>médicalisation de la santé des femmes (2 organismes)</p>

ANNEXE II

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche, élaborée en conformité avec la Politique de la recherche du RQASF (2010), vise à répondre à des besoins exprimés par les groupes membres de l'organisme. Un comité consultatif, composé de travailleuses des groupes membres, s'est réuni à trois reprises : les 20 mai et 10 novembre 2010, et le 23 février 2011. Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) du RQASF, composé de cinq personnes indépendantes de l'organisme, s'est réuni le 7 juin 2010 et a accordé un permis d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche a participé aux rencontres des deux comités.

Cette recherche combine une enquête postale (Volet 1) et des entrevues, individuelles et de groupe (Volet 2).

1 Critères de participation et d'exclusion

Deux critères de participation à la recherche ont été retenus :

- 1) être membre du RQASF au 30 septembre 2010.
- 2) intervenir directement auprès des femmes.

Des 122 membres associatifs du RQASF au 30 septembre 2010, les tables de concertation, les syndicats et les regroupements d'organismes ont été exclus, de même que les groupes qui se consacrent à la diffusion d'information sur des questions de santé précises, par exemple la grossesse ou le cancer, auprès du public.

2 Outils de collecte de l'information

Lors de sa première rencontre, le comité consultatif a examiné les outils de collecte de l'information pour discuter de leur contenu et de leur pertinence. Les outils ont ensuite été remaniés puis présentés au comité d'éthique de la recherche pour validation. Ce double processus nous a permis de les raffiner.

Enquête postale

Afin d'en assurer la pertinence et la validité, l'enquête postale a fait l'objet d'un prétest auprès de deux groupes membres, une maison d'hébergement pour immigrantes et un centre de femmes, situés dans deux régions différentes. Le questionnaire a ensuite été adapté à la réalité sur le terrain.

Le questionnaire se divise en trois sections. La première section vise à recueillir des données générales sur l'organisme (date de fondation, mission, etc.), sur le profil des participantes (le statut d'immigration, l'âge, le statut économique, etc.) et sur les principales sources de références. Nous voulons savoir quels parcours les femmes suivent jusqu'aux organismes communautaires de femmes, afin de nous faire une idée plus juste de la communautarisation des services.

La deuxième section porte sur la santé mentale des participantes. Nous interrogeons les groupes afin de savoir s'ils considèrent que, depuis quelques années, les besoins des participantes ont changé et si les femmes se présentent en nombre de plus en plus grand. Dans l'affirmative, nous demandons si ces changements influent sur leurs activités. Des espaces sont réservés pour des explications supplémentaires sur la nature des changements. Nous demandons ensuite, dans un tableau qui dresse une liste de facteurs de fragilisation, de problèmes sociaux ou de santé et de problèmes psychiatriques, si les cas sont plus lourds, s'ils sont en diminution, stables ou en augmentation, et si les groupes disposent des outils adéquats pour aider les femmes.

Dans la troisième section, nous voulons déterminer quels sont les impacts de l'état de santé mentale des participantes sur le travail des intervenantes et sur le fonctionnement des organismes. Les questions portent sur la charge de travail que peuvent occasionner les problèmes de santé mentale de certaines participantes, sur la vie associative et la mission d'un organisme, sur la peur que peuvent ressentir certaines travailleuses face à des participantes, sur le refus d'un organisme d'accepter certaines femmes, sur la nécessité de donner la priorité à certaines participantes, sur le sentiment d'impuissance généré par le fait de manquer de temps pour apporter une aide complète, et sur la consommation de médicaments des participantes.

Entrevues

Les rencontres, individuelles ou de groupe, ont pour but d'approfondir les thématiques abordées dans le questionnaire (Volet 1). Le guide d'entrevue a été adapté aux spécificités des organismes rencontrés (lesbiennes, immigrantes, régions). Il reprend les trois axes de la recherche:

- Les travailleuses ont-elles constaté un alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale de leurs participantes? Si oui, comment le perçoivent-elles?
- Cet alourdissement a-t-il un impact sur le travail des intervenantes?
- A-t-il également un impact sur l'organisme?

3 Déroulement de la collecte de l'information, participation

Enquête postale

À la mi-juin 2010, nous avons posté le questionnaire à 99 groupes membres qui avaient jusqu'à la fin septembre 2010 pour remplir le questionnaire et le renvoyer par la poste dans l'enveloppe-réponse affranchie. Sept groupes, n'offrant pas de services directs aux femmes, n'étaient pas admissibles. Au cours de l'été et des premiers mois de l'automne, nous avons reçu 39 questionnaires remplis (un peu plus du tiers des questionnaires envoyés). Nous avons tenu compte de la faible disponibilité des groupes à cause du rassemblement national de la Marche mondiale des femmes en octobre 2010 et repoussé l'échéance de remise des questionnaires à la mi-décembre. Du 11 novembre au 8 décembre, nous avons relancé par téléphone les organismes qui n'avaient pas encore participé. La relance systématique a permis de recevoir 34 autres questionnaires. Plusieurs des organismes (21) nous ont remis leur questionnaire au moment de participer aux entrevues de groupe au cours de l'automne.

Des 19 organismes dont nous n'avons pas reçu le questionnaire, 18 ont exprimé leur regret de ne pouvoir participer, en raison d'un manque de ressources : absence de travailleuses, processus d'embauche en cours, nouvelles travailleuses en formation. Un refus a été attribuable au fait que le questionnaire a été jugé inadapté à la réalité de l'organisme.

Au total, 73 des 92 organismes admissibles, soit **79 %**, ont répondu à l'enquête postale, Volet 1 de la recherche.

Entrevues

Nous avons organisé des entrevues de groupe dans 3 régions où la santé mentale avait été retenue comme préoccupation principale lors d'un sondage réalisé en 2009¹, et où nous comptons plusieurs groupes membres, soient l'Abitibi-Témiscamingue, la Montérégie et Montréal. À la demande d'un organisme qui souhaitait participer au deuxième volet de la recherche, une autre entrevue a été réalisée, par téléphone, avec une intervenante de la région de Québec.

Étant donné que la problématique propre à l'immigration pouvait avoir été évacuée dans les entrevues de groupe portant sur des problématiques plus générales, une entrevue de groupe et deux entrevues individuelles ont été organisées à Montréal avec des groupes membres du RQASF travaillant auprès de participantes immigrantes.

Dans un même ordre d'idées, afin de nous assurer que les femmes appartenant à diverses minorités étaient représentées, nous avons mené une entrevue de groupe avec des organismes travaillant auprès de lesbiennes.

Participation

En plus des 73 organismes admissibles sur 92 (**79 %**) qui ont répondu à l'enquête postale, deux groupes ont participé à une entrevue de groupe sans nous remettre le questionnaire, ce qui porte à **81 %** (75 sur 92) **le pourcentage de membres qui ont participé à la recherche.**

1 RQASF (2009). *Résultats préliminaires de sondage*, document de travail, 18 p.

4 Échantillon

Nous devons préciser que la classification des organismes correspond au mode d'étiquetage institutionnel; dans les faits, ces organismes remplissent différents mandats dans plusieurs domaines. Par exemple, 2 organismes de l'échantillon se spécialisent officiellement dans la défense de droits, mais pas moins de 25 organismes comptent la défense de droits parmi leurs mandats (ANNEXE I, question Q.5). De même, certains centres de femmes situés en région offrent des services d'hébergement afin de répondre aux besoins qui se manifestent. Enfin, notons que chaque ressource est indépendante et possède ses propres orientations.

Enquête postale

Nous avons reçu 73 questionnaires remplis de différents types de ressources, soit de 4 organismes venant en aide aux victimes d'agressions sexuelles (un CAVACS, deux CALACS et un CAPAS²), 54 centres de femmes (dont 1 centre de femmes pour lesbiennes et 2 centres de femmes pour immigrantes), 1 centre venant en aide aux femmes sourdes, 2 organismes en employabilité, 2 organismes de défense de droits (1 pour femmes autochtones et 1 pour femmes handicapées), et 9 maisons d'aide et d'hébergement (8 pour femmes victimes de violence conjugale, 1 pour femmes immigrantes victimes de violence conjugale) et 1 ressource pour femmes en situation d'itinérance.

Entrevues

En tout, **26 groupes** ont participé aux entrevues. Parfois, plus d'une travailleuse représentait le groupe.

Nous avons mené deux entrevues thématiques :

- Une entrevue portait sur les lesbiennes et réunissait un centre de femmes pour lesbiennes et deux centres de femmes qui reçoivent régulièrement des lesbiennes.
- Une entrevue thématique portait sur les femmes immigrantes. Deux centres de femmes pour immigrantes ont participé, l'un de la région de Québec et l'autre de Montréal. Deux autres organismes de Montréal, un centre de femmes qui accueille entre autres des femmes immigrantes et un centre qui ne reçoit que des femmes immigrantes, ont aussi accordé des entrevues individuelles.

Nous avons également mené trois entrevues de groupe réunissant des ressources de trois régions.

- Une entrevue a été effectuée avec des organismes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Notez que, exceptionnellement, des groupes non membres du RQASF se sont joints à l'entrevue afin d'enrichir la discussion. Au total, trois centres de femmes, deux maisons d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et deux

² Les CAVACS sont des centres d'aide aux victimes d'actes criminels, quels qu'ils soient (vol par effraction, agression sexuelle, etc.). Leurs services s'adressent à toute la population (hommes, femmes et enfants). Leurs subventions proviennent du ministère de la Justice. Ces centres travaillent en étroite collaboration avec ce ministère et occupent les fonctions de ressources alternatives. Les CALACS sont des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. Parmi les CALACS qui font partie du Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RQCALACS), on trouve également des CAPACS et des CAPAS, soit des centres d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel et des centres d'aide et de prévention des agressions sexuelles. Ces organismes sont subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services d'aide directe s'adressent uniquement aux femmes et aux adolescentes. Les services de prévention et de lutte sont destinés à toute la population.

organismes venant en aide aux victimes d'agressions sexuelles ont participé à l'entrevue en tant que groupes membres. Un centre de femmes, deux maisons d'aide et d'hébergement en violence conjugale et un CALACS qui n'étaient pas membres du RQASF ont également participé à l'entrevue.

- Une entrevue a eu lieu en Montérégie où deux groupes membres ont été interviewés, un centre de femme et une maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale.
- Une entrevue a eu lieu à Montréal avec trois centres de femmes et un organisme d'aide et d'hébergement pour femmes vivant une situation d'itinérance.
- Une entrevue individuelle a eu lieu avec un centre de femmes dans la grande région de Québec.

Enfin, nous avons retenu certaines interventions des membres du comité consultatif, étant donné leur participation à la recherche.

5 Traitement de l'information et analyse

Enquête postale

La compilation des réponses aux questions fermées (données quantitatives) et ouvertes (données qualitatives) s'est déroulée de la mi-juin à la mi-décembre 2010.

Un outil de compilation, défini à la suite des prétests, a été conçu avec le logiciel Excel. Les données ont été compilées au fur et à mesure de la réception des questionnaires. Un code a été alloué à chaque question fermée.

En ce qui concerne les réponses inscrites dans les sections réservées aux explications (données qualitatives), nous avons conçu deux types d'outils de compilation : des fiches, une par organisme, sur lesquelles ont été notées toutes les réponses, et des tableaux, un par question, regroupant toutes les réponses de chaque organisme. Nous avons par la suite croisé les réponses par question pour en faire ressortir les grands axes.

Les résultats détaillés des données quantitatives du premier volet sont présentés à l'Annexe I Enquête postale. Ils ont permis d'établir un profil des participantes des groupes membres du RQASF et de dresser un portrait global de l'impact de l'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale sur le travail des intervenantes.

Entrevues

Les entrevues se sont déroulées de la mi-septembre au début décembre 2010. Après chaque entrevue de groupe, des réflexions et un résumé ont été notés par les chercheuses en vue d'une analyse. Les entrevues ont été transcrites et codifiées. Cela fait, des grilles thématiques transversales ont été construites pour faciliter l'analyse. Dans les deux volets, une analyse transversale a permis de croiser les réponses des organismes.

L'analyse de notre matériel de recherche (Volets 1 et 2) a été réalisée de la mi-décembre 2010 à la fin mars 2011. Nous avons constaté une forte congruence entre les volets quantitatif et qualitatif de la recherche. L'analyse est présentée dans les chapitres 2 et 3.

6 Questions éthiques

Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) est intervenu sur demande au cours du processus de recherche. Les principales questions éthiques auxquelles nous avons été confrontées concernaient le recrutement des groupes, de même qu'une situation survenue à la suite d'une entrevue de groupe.

Lors du recrutement, la responsable d'un membre relais que nous avons contactée pour savoir si son groupe était en contact direct avec des femmes nous a demandé de lui envoyer le questionnaire, le résumé du projet ainsi que le lien Internet permettant de devenir membre du RQASF. Elle souhaitait transmettre l'information à ses membres. Il faut mentionner que ce membre relais est le seul membre du RQASF dans cette région. Après consultation du comité d'éthique, nous avons conclu que nous devons contacter uniquement les groupes membres du RQASF et nous en tenir au protocole. Pour ce qui est des groupes non membres intéressés par la recherche, nous avons noté leurs coordonnées pour une éventuelle liste d'envoi des résultats.

Une participante à une entrevue de groupe avec qui nous avons pris contact par téléphone pour un détail administratif nous a laissé entendre que la rencontre lui avait fait revivre des souvenirs pénibles. Après réflexion, nous avons décidé d'envoyer un courriel à toutes les participantes aux entrevues. Nous les informions que si leur participation à la recherche les avait bouleversées et si elles avaient de la difficulté à gérer certaines émotions, elles ne devaient pas hésiter à communiquer avec la personne ayant mené l'entrevue, ou avec une membre de l'équipe de recherche, afin d'être aidée. Nous n'avons reçu aucun appel.

7 Limites méthodologiques

Une limite méthodologique à laquelle nous avons été confrontées concerne la définition de la santé mentale, *domaine aux frontières imprécises* comme le notent Bibeau et autres³. La santé mentale peut être définie différemment par chaque groupe. C'est pourquoi, après les prétests, nous avons inclus notre définition de la santé mentale dans nos documents.

Toutefois, au moment de nous engager dans le deuxième volet de la recherche, nous nous sommes rendu compte que l'expression « problèmes de santé mentale », employée dans notre définition, pouvait aussi prêter à confusion. Comme nous ne pouvions pas modifier la définition une fois le questionnaire envoyé aux organismes (d'autant plus que 30 d'entre eux y avaient déjà répondu), nous avons précisé notre définition lors du second volet, en introduction de chaque entrevue de groupe :

L'emploi de l'expression « problèmes de santé mentale » peut prêter à confusion. Selon notre définition, cette expression englobe la détresse et le stress accru que vivent les femmes, et ne réfère pas nécessairement à un diagnostic médical. Selon une approche globale, la santé mentale se définit comme un équilibre psychologique et mental qui permet à la personne de s'adapter dans sa vie. Les « problèmes de santé mentale » incluent le stress et la détresse et, dans ces situations, la personne peut se désorganiser dans un ou plusieurs domaines de sa vie.

3 COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE, BIBEAU, G. et autres (1992). *La santé mentale et ses visages : Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin, p.17.

L'autre principale limite méthodologique concerne le fait que certains organismes ne tiennent pas de statistiques et ont eu de la difficulté à répondre à certaines questions.

N. B. Des notes méthodologiques sont intégrées dans l'annexe I, aux questions Q.16 et Q.21.

ANNEXE III

GLOSSAIRE

autosanté : ensemble des pratiques qui consistent à prendre en main sa santé, ce qui implique une démarche personnelle pour comprendre les liens entre son état de santé, ses conditions de vie, et les situations ou événements de sa vie

biomédical : qui définit l'approche de la médecine centrée sur la dimension biologique de la santé ou de la maladie

biopsychosocial : qui renvoie à la fois au biologique, au psychologique et au social

communautarisation : transfert dans la communauté de services antérieurement offerts par le secteur public. La communautarisation peut être vue comme un moyen que les communautés se donnent pour s'engager collectivement dans la promotion de la santé ou, dans une optique plus économiste, comme un moyen, pour un gouvernement, de privatiser les services publics.

consentement éclairé : obligation du personnel médical, dans une relation thérapeutique, de présenter l'information la plus complète possible sur les risques et les effets d'un procédé thérapeutique, de même que des choix de traitements alternatifs possibles

DépoProvera : contraceptif en injection intramusculaire longue durée (3 mois) qui fait l'objet de controverses en raison de ses effets secondaires néfastes sur la densité osseuse

désinstitutionnalisation : réorganisation du système de soins, déshospitalisation des personnes diagnostiquées et non-institutionnalisation des personnes présentant des problèmes d'ordre psychiatrique

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'American Psychiatric Association (APA)

empowerment : terme anglais cher au mouvement des femmes signifiant autonomisation, processus d'acquisition d'un pouvoir sur sa vie

femme en situation de crise : femme qui perd la conscience de ses émotions et de ses actions et peut réagir violemment (verbalement ou physiquement) en raison d'une situation d'extrême détresse ou d'un vécu de violence, et qui peut menacer d'attenter à sa vie, par exemple

guichet d'accès, guichet unique : élément de la structure de la gamme de services en santé mentale où les personnes sont évaluées par l'équipe de première ligne afin de déterminer vers quels services on doit les orienter (services généraux, services de première ligne de santé mentale, ou services de deuxième ligne)

judiciarisation : tendance à privilégier la voie judiciaire pour régler des problèmes qui pourraient l'être autrement; recours à la justice pour traiter des problèmes sociaux; en résultat, notamment, une augmentation du nombre de personnes démunies dans les prisons.

médicalisation : action de médicaliser, c'est-à-dire de définir ce qui est social ou biologique comme étant un problème médical nécessitant un traitement médical. Par exemple, médicaliser la timidité c'est la considérer comme une maladie ou, du moins, comme une condition nécessitant une médication.

nouvelle gestion publique (NGP) : traduction de *New Public Management*, une gestion recommandée à partir des années 1970 pour démanteler l'État providence, mise en pratique en Grande-Bretagne sous Margaret Thatcher et aux États-Unis sous Ronald Reagan

participante : femme qui participe aux activités des organismes communautaires de femmes, qui utilise leurs services; ce n'est pas une travailleuse qui participe à la recherche

positiviste : relatif au positivisme, une croyance en la capacité de la science de résoudre tous les problèmes humains

production de la maladie : processus complexe dans lequel une population est susceptible de développer des maladies ou des problèmes de santé. Ce processus est à la fois *social*, parce que lié aux rapports sociaux, *politique*, parce que déterminé en partie par des choix de nature politique, et *économique*, parce que découlant en partie du système économique qui agit sur l'environnement social et physique

professionnalisation : arrivée, dans les organismes communautaires de femmes, de nouvelles employées souvent plus jeunes et plus scolarisées que les anciennes, qui n'ont pas vécu les luttes féministes des 20 à 30 dernières années et ne sont pas toujours familières avec l'approche et l'intervention féministes

spécifique (approche) : le terme *spécifique* s'oppose à *global*. L'approche spécifique ne fait pas de liens entre les différents facteurs qui peuvent influencer sur la santé; elle voit la maladie comme une lésion (trouble ou blessure) précise, dont la cause est unique et qui peut être traitée par un médicament précis; une approche spécifique de la santé ne considère pas la personne comme un tout, elle la compartimente.

surprescription : recours quasi aveugle ou systématique à la prescription de médicaments pour traiter des problèmes, dans des cas où d'autres options auraient pu être considérées. La surprescription est une conséquence directe de la médicalisation.

victimisation secondaire : ensemble des conséquences négatives ou douloureuses de la manière de réagir des proches ou du système, qui ne croient pas la personne victime. Lorsque la victime n'est pas crue, on la culpabilise, lui fait subir de la discrimination, etc.

