



ACTES DU COLLOQUE

La détresse psychologique des femmes :

À Laval,
c'est l'affaire de
tout le monde!

précarité économique
Conciliation travail -famille
environnement de travail
aide aux proches...
Violence

Colloque organisé par La Table de
concertation de Laval en condition féminine

Laval, le 14 novembre 2007





Table de concertation de Laval
en condition féminine

Agir ensemble, prendre sa place !

Actes du colloque

***La détresse psychologique des femmes :
À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!***

-Laval, le 14 novembre 2007-

Actes du colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!* - Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF)

Participation à la rédaction du contenu

Louise Baron, Groupe Action-Autonomie

Marie-Stéphane Bérubé, TCLCF

Isabelle Dicaire, Université du Québec à Montréal

Eva Leblond, TCLCF

Fernande Ménard, formatrice en santé mentale

Sandrine Ricci, Université du Québec à Montréal

Mercédès Baillargeon, Université du Québec à Montréal

Irène Tapsoba, Université du Québec à Montréal

Julie Théroux-Séguin, Université du Québec à Montréal

Participation à la révision du contenu

Carmen Fontaine, Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal

Évelyne Fortin, Conseil du statut de la femme

Eva Leblond, TCLCF

Illustration

Mirna Saffouri

La TCLCF permet, sans autorisation particulière, l'utilisation du contenu du présent document à des fins privées, éducatives et non commerciales à la condition de bien indiquer la source des images et des textes. Toute autre utilisation ou reproduction, sous quelque forme que ce soit, dont le téléchargement, la publication, la reproduction, la diffusion sur Internet ou l'utilisation à des fins publiques ou commerciales est interdite à moins d'avoir obtenu l'autorisation écrite préalable de la TCLCF.

**ACTES DU COLLOQUE *LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES :
À LAVAL, C'EST L'AFFAIRE DE TOUT LE MONDE!***

© Table de concertation de Laval en condition féminine

1450, boul. Pie-X, local 203

Laval (Québec) H7V 3C1

Téléphone : (450) 682-8739

Télécopieur : (450) 682-9057

Courriel : tclcf@bellnet.ca

Site Internet : www.tclcf.qc.ca

Dépôt légal-2008. Bibliothèque nationale du Québec; Bibliothèque nationale du Canada

**Actes du colloque *La détresse psychologique des femmes :
À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!***

Table des matières

Introduction_____ **Page 3**

Réalisation du colloque_____ **Page 4**

Présentation de la problématique

La détresse psychologique : de quoi parle-t-on?

Diane Demers, Agence de la santé et des services sociaux de Laval_____ **Page 5**

Synthèse des conférences

Et si bien-être rimait avec égalité

Évelyne Fortin, Conseil du statut de la femme_____ **Page 7**

Regard sociologique sur la détresse psychologique des femmes

Catherine des Rivières-Pigeon, Université du Québec à Montréal_____ **Page 12**

Et maintenant que les femmes travaillent...

Francine Burnonville, Conseil régional de la FTQ du Montréal métropolitain_____ **Page 15**

*L'impact de l'organisation des services de santé et des services sociaux
chez les femmes utilisant des services en santé mentale*

Groupe Action Autonomie : Louise Baron,

Suzanne Despaties et Manon Gagner_____ **Page 18**

*Au-delà de la psychiatrie : approche féministe et intervention auprès
des femmes en détresse psychologique*

Fernande Ménard, formatrice en santé mentale des femmes_____ **Page 21**

Synthèse des ateliers

Femmes monoparentales, pauvreté et détresse psychologique

Céline Carreau, Regroupement des familles monoparentales

et recomposées de Laval_____ **Page 24**

Femmes, violences et santé mentale : quand la raison s'emmêle
Lucie Hénault, directrice à la Maison La Source
L'intervention féministe en maison d'hébergement : de l'analyse à la pratique
Anne-Marie Mercier, intervenante à la Maison Le Prélude _____ **Page 28**

La réalité des personnes aidantes
Lily Tremblay, directrice de l'Association lavalloise
des personnes aidantes (ALPA) _____ **Page 32**

Comment briser l'isolement? (Femmes immigrantes et des communautés culturelles)
Danae Savides, Carrefour d'intercultures de Laval _____ **Page 34**

La toxicomanie, facteurs de vulnérabilité à la détresse psychologique
À la toxicomanie des femmes, une solution toute féminine : l'intervention féministe
Paulette Guinois, directrice de la Maisonnée Paulette Guinois de Laval
Nancy Bélanger, coordonnatrice à la Maisonnée Paulette Guinois de Laval _____ **Page 37**

Le traitement alternatif, une réponse à la souffrance des femmes
Pauline Lacroix, L'Entre-Deux _____ **Page 42**

L'inclusion, la réponse à un environnement producteur de détresse Psychologique (Femmes et limitations fonctionnelles)
Chloé Serradori, Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) _____ **Page 46**

Résumé des recommandations _____ **Page 50**

Conclusion et remerciements _____ **Page 53**

Annexe
Liste des organismes participants _____ **Page 55**

Introduction

La Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF) est un regroupement régional travaillant avec ses membres à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des femmes, tant au plan social, qu'économique et politique. Elle veille à ce que les droits et les intérêts des femmes, particulièrement des Lavalloises, soient respectés. Espace de solidarité et de militance animé par des valeurs féministes, la TCLCF agit pour que les réalités des femmes soient connues, reconnues et prises en compte. De plus, elle initie des actions collectives qui mèneront à une véritable égalité et équité entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes.

Implantée dans la communauté depuis vingt ans, la TCLCF représente plus d'une vingtaine d'associations, de groupes communautaires, d'organisations syndicales et d'organismes parapublics qui oeuvrent dans divers secteurs (éducation, employabilité, famille, immigration, jeunesse, santé et services sociaux, etc.) et qui rejoignent au quotidien plus de 30 000 femmes d'âge, de religion, d'orientation sexuelle et d'origine divers.

Parmi les dossiers que porte la TCLCF, celui de la santé des femmes représente à ses yeux une priorité d'action, notamment en ce qui a trait à la détresse psychologique des femmes de Laval. Bien que la situation économique de la région de Laval en soit une des plus prospères au Québec, les données présentées par le Conseil du statut de la femme¹ font état d'un haut taux de « détresse psychologique élevée » chez les femmes de Laval. En effet, 25,1 % des Lavalloises, soit plus du quart d'entre elles, souffrent d'un niveau catégorisé élevé de détresse psychologique, comparativement à 22,8 % de l'ensemble des femmes du Québec.

Préoccupée par cette problématique chez les Lavalloises, la TCLCF a entrepris d'organiser un colloque qui s'est tenu le 14 novembre 2007 à Laval. Le colloque, intitulé *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde*, visait à informer et à sensibiliser la population lavalloise à la détresse psychologique et aux facteurs pouvant l'expliquer, à mobiliser les principaux acteurs du milieu et à réfléchir à des pistes de solutions et d'actions. Le colloque a été présenté sous la forme de conférences grand public et d'ateliers thématiques, et la problématique a été abordée dans une perspective sociale et non biomédicale.

Vous trouverez dans les pages suivantes l'information relative à la réalisation du colloque, les synthèses des conférences et des ateliers, ainsi que les recommandations issues du colloque. Les textes présentés dans ce document ont été écrits par différentes collaboratrices : secrétaires d'ateliers, conférencières, travailleuses de la TCLCF, etc. Puisque la très grande majorité des participantes au colloque étaient des femmes, le féminin sera employé dans le présent document.

¹ Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, *Les conditions de vie des femmes de la région de Laval: faits saillants du recensement*, 2001, juin 2004, p. 29.

Réalisation du colloque

L'organisation du colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde !* a été entreprise à l'intérieur du Comité santé des femmes de la TCLCF. Parmi les partenaires et membres de la TCLCF s'étant impliquées dans l'organisation du colloque on retrouve les organismes suivants : l'Association féminine d'éducation et d'actions sociales (AFEAS), l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (AREQ), l'Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA), le Centre des femmes de Laval, la Maison Le Prélude de Laval, la Maisonnée Paulette Guinois de Laval, le Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval (RFMRL), le Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval (ROPPHL) et le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal. L'organisation du colloque s'est échelonnée d'octobre 2006 à novembre 2007.

Plusieurs partenaires financiers ont permis à la TCLCF de réaliser le colloque : l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, la Conférence régionale des élus de Laval et la Ville de Laval, dans le cadre de l'Entente de partenariat, le programme de Support à l'action bénévole, le ministère de la Famille et le ministère des Communications, de la Culture et de la Condition Céminine. Aussi, plusieurs commanditaires se sont joints à la réalisation du colloque en offrant des commandites en biens.

Le colloque s'est tenu le 14 novembre 2007 à la salle de réception le Château Royal, situé sur le boulevard du Souvenir à Laval et a accueilli 160 des 180 personnes inscrites provenant principalement des milieux communautaire et syndical, ainsi que du réseau de la santé et des services sociaux. Bien que les participantes provenaient majoritairement de la région de Laval, une forte représentation de régions avoisinantes, dont les Laurentides, a été notée au nombre des inscriptions. Quant aux présentations du colloque, celles-ci ont revêtu deux formes essentiellement : des conférences grand public et des ateliers thématiques. Les deux modes de présentation se sont échelonnés toute la journée.

Afin d'enrichir son expérience, la TCLCF a demandé par écrit aux participantes leur appréciation de l'événement. Les commentaires se sont avérés très positifs dans l'ensemble, tant en ce qui concerne le contenu des conférences et des ateliers, qu'en ce qui concerne la logistique de l'événement. Par contre, plusieurs participantes auraient souhaité bénéficier de plus de temps pour échanger et réfléchir collectivement à la problématique de la détresse psychologique des femmes et à ses enjeux.

Les pages suivantes présentent le résumé des conférences et des ateliers présentés au cours du colloque. Les actes du colloque de la TCLCF ont été réalisés grâce à la participation de plusieurs auteurs. Il s'agit donc d'une réalisation collective. La révision du document a été effectuée par un comité de révision composé de représentantes de la TCLCF, du Conseil du statut de la femme et du Service aux collectivités de l'UQAM.

Présentation de la problématique

La détresse psychologique : de quoi parle-t-on?

-Texte extrait de la présentation de Mme Diane Demers, coordonnatrice des programmes clientèles à l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval-

Les écrits sur la détresse psychologique réfèrent le plus souvent à l'indice de détresse psychologique. Cet indice permet de mesurer chez des sujets donnés les symptômes de dépression et d'anxiété. Il permet de situer des personnes sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie mentale. Il s'agit d'une conception très médicale de la santé.

En 1988, selon une enquête de Santé Québec, 23 % des lavallois présentaient un niveau élevé à cet indice de détresse psychologique qui n'est pas réparti également dans la population : les femmes sont plus nombreuses à en souffrir, et ce dans tous les groupes d'âge.

En 2005, selon une enquête dans les collectivités canadiennes, 3,8 % des femmes lavalloises âgées de 15 ans et plus ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme passable ou mauvais, ce qui représente environ 5 720 femmes. En 2005, près de 5 900 résidents de Laval âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois et de ce nombre 3 900 étaient des femmes, donc plus de 66 %.

Au cours des cinq dernières années, on a enregistré 10 suicides annuellement chez les femmes de Laval. On a enregistré 40 suicides annuellement pour cette même période au sein de la population de Laval. En 2005, 28,2 % des femmes lavalloises âgées de 15 à 65 ans ont déclaré éprouver un stress quotidien élevé au travail, ce qui veut dire environ 40 385 femmes.

Ce dont je viens de vous parler, c'est de l'angle épidémiologique de la détresse psychologique. Ce sont des données chiffrées, la description statistique par laquelle la Santé publique peut énoncer des avis sur les besoins de la population. Il nous faut cependant élargir cet angle, ce que vous allez faire aujourd'hui : établir des corrélations socio-économiques, afin de comprendre la signification de ces chiffres, de ces données statistiques.

En regard d'une telle réflexion, on ne peut ignorer l'impact de l'hypersexualisation et de sa médiatisation sur la perception qu'ont les femmes de leur image corporelle. On peut, à titre d'exemple, référer au documentaire réalisé par des étudiantes du Collège André-Laurendeau en 2005 et qui s'intitule *Salopettes*. Ce sont des jeunes femmes de 19 et 20 ans qui s'inquiètent de leurs petites sœurs, des fillettes de 12 ans qui se disent : «Bah! Faire une pipe, c'est pas grave!»

On ne peut non plus ignorer les violences faites aux femmes : violence verbale, psychologique, physique et sexuelle, dont on parle peu, même en 2007. On ne peut ignorer les violences conjugales, les agressions à caractère sexuel, l'inceste.

On ne peut par ailleurs ignorer les femmes qui ont des déficiences intellectuelles et qui sont plus susceptibles d'être exploitées. Il en est de même pour les femmes ayant une déficience physique.

On ne peut ignorer les femmes immigrantes qui ne trouvent peut-être pas aussi facilement les ressources dont elles ont besoin. On ne peut ignorer l'état de la précarité des femmes âgées, seules et pauvres.

Enfin, on ne peut ignorer les impacts sur la santé de trois facteurs fréquemment liés : la monoparentalité, la pauvreté, l'isolement. Ces trois situations prises isolément sont déjà porteuses de souffrances; mises ensemble, elles peuvent facilement entraîner la détresse psychologique.

Le Réseau de la santé et des services sociaux peut en partie accompagner ces adolescentes, ces jeunes femmes, ces femmes adultes et âgées. Il faudrait sortir de la relative bonne conscience que donnent parfois le diagnostic médical et la prescription. Il faut que les femmes se permettent de dire autrement que par le symptôme physique, acceptable socialement, que leur vie ne va pas bien et qu'aucune résonance magnétique, aucune analyse de laboratoire ou aucun comprimé ne peut favoriser leur rétablissement. Encore faut-il que l'interlocuteur entende, veuille entendre, soit en mesure d'entendre malgré ses propres souffrances et son sentiment d'impuissance.

La présence des organismes communautaires à Laval représente une force vive à laquelle le Réseau doit s'associer pour apprendre et les organismes communautaires doivent s'associer au Réseau pour l'accompagner. Aujourd'hui, gage de réussite pour les femmes lavalloises, le Réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires sont réunis. Nous saluons cette heureuse initiative de la Table de concertation de Laval en condition féminine.

Synthèse des conférences

Et si bien-être rimait avec égalité

Évelyne Fortin, Conseil du statut de la femme

Sociologue de formation, Évelyne Fortin s'est récemment jointe à l'équipe du Conseil du statut de la femme. Elle a auparavant travaillé dans le milieu de la recherche dans le domaine de l'évaluation sociale de la science et de la technologie avec comme trame de fond une préoccupation de leur impact sur la vie des femmes.

-Texte extrait de la présentation de Madame Évelyne Fortin-

L'objectif de ma communication est de faire ressortir quelques conditions de vie des femmes qui peuvent influencer leur santé psychologique et, par le fait même, leur participation à titre de citoyenne à part entière. Pour ce faire, je propose de regarder certains atouts de la Ville de Laval et de considérer parallèlement la situation des femmes.

Voici, pour commencer, une publicité qui fait état de la modernité et de la vitalité de la Ville de Laval :

« LAVAL, c'est un bon moyen de rentabiliser une entreprise. Vous y trouverez des espaces bien situés, un environnement économique stimulant et des partenaires qui travaillent efficacement à la réussite des entreprises de Laval »²

Examinons quelques éléments qui témoignent généralement de la qualité de vie d'une région.

Laval en croissance

Au point de vue de la démographie, Laval prend de plus en plus de poids dans la province³. De 1996 à 2006, la région a connu un accroissement démographique important de 12,5 %, soit plus du double de ce qui était observé dans l'ensemble du Québec (5,6 %). Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population devrait continuer de croître à un rythme semblable d'ici 2026. On peut raisonnablement envisager que ses rôles économique et social prendraient, par conséquent, de l'importance au sein de la province.

La population de jeunes à Laval est un peu plus élevée que dans l'ensemble du Québec : sa proportion d'enfants de 0-14 ans est de 17,5 % (16,2 % pour l'ensemble du Québec)⁴. En contrepartie, il faut considérer le vieillissement de la population lavalloise et être conscient que la population âgée continuera à compter une bonne proportion de femmes.

² Publicité Laval Technopole, *Le Devoir*, 7 novembre 2007, p. B3

³ Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2007. *Bulletin statistique régional – Laval*, vol. 4, no 1, p.3

⁴ Institut de la statistique du Québec, *Coup d'œil sur les régions – 13-Laval. Fiche synthèse*, [En ligne].

[www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil13] (Consulté du 24 octobre au 6 novembre 2007)

À l'instar de l'ensemble du Québec, la population lavalloise est composée de plus de femmes (51 %) que d'hommes⁵. À Laval, 14 % de la population est âgée de 65 ans et plus et l'âge moyen des femmes (40,4 ans) est plus élevé que celui des hommes (38,2 ans). Par ailleurs, l'espérance de vie des femmes (82 ans) est supérieure à celle des hommes (78 ans).⁶

Laval- Économie

Le PIB de Laval connaît une croissance soutenue : le taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 2001 à 2005 est 5,4 %, un des meilleurs au Québec (4e rang)⁷. Or, la vitalité économique de la Ville ne semble pas avoir des effets sur l'entière population. Le pourcentage des familles lavalloises à faible revenu augmente depuis 2002 et atteint 7,7 % en 2004 et le pourcentage de familles monoparentales à faible revenu dépasse de beaucoup celui de familles comptant un couple (21,7 % versus 5,3 %)⁸. Considérant que la proportion de familles monoparentales dirigées par une femme est de 80 % à Laval⁹, il y a donc un risque que plusieurs femmes vivent avec un faible revenu

En 2005, Laval présentait le revenu personnel le plus élevé au Québec, soit 31 160\$¹⁰. Malgré que la population de Laval jouisse d'un bon revenu, on constate qu'il y a toutefois un écart important entre celui des Lavalloises et celui des Lavallois : le revenu moyen d'emploi des travailleuses (25-64 ans) de Laval correspondait, en 2004, à 71 % de celui des hommes¹¹.

Laval- Éducation

Les données de 2001 indiquent que 53,3 % des Lavallois ont un niveau de scolarité supérieur au certificat d'études secondaires (3e rang au Québec)¹². Malgré cela, les Lavalloises accusent un retard de scolarisation par rapport aux hommes : 38,8 % des femmes ont fait des études postsecondaires contre 40,6 % des hommes et 12,6 % des femmes ont un grade universitaire versus 14,6 % des hommes.

⁵ ISQ, 2007, *op.cit.* p. 3

⁶ ISQ, site Web *Coup d'œil sur les régions – 13-Laval*. Tableau *Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Laval et ensemble du Québec, 1980-1982, 1990-1992, 1995-1997 et 2000-2002*, [En ligne].

[www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil13] (Consulté du 24 octobre au 6 novembre 2007)

⁷ ISQ, 2007, *op.cit.* p. 7

⁸ ISQ, 2007, *op.cit.* p. 15

⁹ Statistique Canada, *Profil de la communauté de Laval. Certaines caractéristiques de la famille*, [En ligne].

[www12.statcan.ca/english/census06/data/profiles/community/Details]- Consulté en novembre 2007.

¹⁰ Institut de la statistique du Québec, Tableau *Indicateurs du revenu par habitant, régions administratives et ensemble du Québec*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/econm_finnc] (Consulté les 15 et 24 octobre et le 9 novembre 2007)

¹¹ Institut de la statistique du Québec, Tableau *Revenu d'emploi moyen des travailleurs de 25-64 ans, selon le sexe, territoire équivalent à une MRC, Laval, 2002-2004*, [En ligne].

[www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil13] (Consulté le 6 novembre 2007)

¹² Institut de la statistique du Québec, Tableau *Indicateurs du revenu par habitant, régions administratives et ensemble du Québec*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe] (Consulté novembre 2007)

En 2003-2004, le taux de décrochage des jeunes filles de Laval était de 21 % alors que le taux pour l'ensemble du Québec était de 19 %.¹³

Laval- Santé physique¹⁴

La santé physique est sûrement un facteur appréciable pour maintenir la croissance de la région. Or, on constate qu'il y a eu, au cours des années, une baisse importante du nombre de personnes s'estimant en très bonne santé. Le pourcentage de personnes de Laval se percevant en excellente ou en très bonne santé (58,6 %) en 2003 est légèrement supérieure à celui de l'ensemble du Québec (56,5 %), mais ce pourcentage marque toutefois une baisse importante comparativement aux données de 1987 selon lesquelles 70,5 % des Lavallois se percevaient en excellente ou en très bonne santé. Ceci peut s'expliquer en grande partie par le vieillissement de la population. À cet égard, il faut considérer la plus grande proportion de femmes qui composent et qui composeront la population vieillissante à Laval et dans l'ensemble du Québec. Pour ce qui est de la proportion de Lavalloises et celle de Lavallois se percevant en santé moyenne ou mauvaise, celui-ci est similaire (8,6 % c. 8,4 %).

Laval- Santé mentale

Parmi les facteurs contribuant au dynamisme d'une région, il faut certes considérer la santé mentale de sa population. En 2003, le pourcentage des habitants de Laval (12 ans et plus) qui ne se percevait pas en bonne santé mentale est semblable à celui des habitants de l'ensemble du Québec (3,5 % c. 3,6 %)¹⁵. Cette même année, 43,3 % des travailleuses disaient éprouver un stress quotidien élevé au travail. La proportion de travailleurs dans cette situation était de 39,5 %¹⁶. Les données 2000-2001 indiquent que 8,2 % des Lavalloises (12 ans et plus) avaient vécu un épisode dépressif majeur. Quoique parmi les plus faibles au Québec, ce pourcentage demeure passablement plus élevée que chez les Lavallois (5,1 %)¹⁷.

¹³ Institut de la statistique du Québec, Tableau *Taux de décrochage (sorties sans qualification ni diplôme) du secondaire, en formation générale des jeunes, selon le sexe, Laval et ensemble du Québec, 1999-2000 à 2003-2004*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil13] (Consulté le 6 novembre 2007)

¹⁴ Institut de la statistique du Québec, Tableau *Perception de l'état de santé selon le sexe, population de 15 ans et plus, Laval et ensemble du Québec, 1987, 1992-1993, 1998, 2000-2001 et 2003*, [En ligne]. [www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil13] (Consulté le 6 novembre 2007)

¹⁵ Éco-santé, Figure *Proportion de la population de 12 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé mentale, régions et Québec, 2003*, [En ligne]. [www.ecosante.fr/QUEBFRA] (Consulté du 24 octobre au 8 novembre 2007)

¹⁶ Éco-santé, Tableau *Proportion de travailleurs de 15 à 74 ans éprouvant un stress quotidien élevé au travail selon le sexe, régions et Québec, 2000-2001 et 2003*, [En ligne]. [www.ecosante.fr/QUEBFRA] (Consulté du 24 octobre au 8 novembre 2007)

¹⁷ Éco-santé, Tableau *Proportion de la population de 12 ans et plus ayant vécu un épisode dépressif selon le sexe, régions et Québec, 2000-2003*, [En ligne]. [www.ecosante.fr/QUEBFRA] (Consulté du 24 octobre au 8 novembre 2007)

En 1998, le pourcentage de Lavalloises vivant un niveau élevé de détresse psychologique était de 25,1 %, comparativement à 23,2 % pour l'ensemble des Québécoises¹⁸.

Selon Louise Guyon¹⁹, chercheuse au MSSS, les enquêtes sociales et de santé mettent à jour les situations sociales ou économiques qui ont un impact sur la santé psychologique des femmes, notamment, la pauvreté, la monoparentalité, la solitude et l'isolement de femmes âgées. Ces situations augmentent le stress, la détresse psychologique et la symptomatologie physique, et ce, à divers degrés. Les données sur la situation des femmes à Laval sonnent l'alarme.

Les symptômes de la détresse psychologique²⁰

La détresse psychologique a de graves conséquences personnelles, familiales et sociales et les symptômes de la détresse psychologique sont des plus graves. Voici quelques exemples de leurs impacts :

- Autodévalorisation
 - Mettre en doute ses compétences professionnelles, sociales et psychologiques; profonde autocritique; perte d'estime de soi; se blâmer et se culpabiliser.
- Irritabilité / agressivité
 - Gestes ou paroles violentes, propos blessants envers son entourage, impatience, colère; peut venir en partie de l'autodévalorisation.
- Anxiété / dépression
 - Profonde tristesse, sentiment de démoralisation, de mélancolie, de nostalgie : l'avenir est un trou noir, les personnes sont abattues, détruites et moralement fatiguées.
- Désengagement social
 - Baisse de productivité au travail, démotivation, abandon des loisirs, négligences de ses responsabilités personnelles, familiales et sociales.

À la lumière des impacts de ces symptômes, on comprend facilement qu'une personne qui vit de la détresse ne peut contribuer à la vie et à la croissance de sa communauté.

Les signes du bien-être psychologique

À l'opposé des symptômes de détresse, il existe des signes qui témoignent d'un bien-être psychologique :

- Estime de soi

¹⁸ Éco-santé, Tableau *Proportion de la population de 15 et plus se situant dans la catégorie élevée de détresse psychologique, régions et Québec, 1987, 1992-1993 et 1998*, [En ligne].

[www.ecosante.fr/QUEBFRA] (Consulté du 24 octobre au 8 novembre 2007)

¹⁹ Guyon, Louise, 1996, « Chapitre 5 La santé psychologique », pp. 79-95 in Guyon, Louise et al., *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, [En ligne]. [www.wens.uqac.ca/jmt-sociologue/www/projets/387_235_CH] (Consulté le 12 octobre 2007)

²⁰ RRSSS de Montréal-centre, 1998, « Mesure de la santé mentale – Deux nouveaux outils », *Rapport synthèse*, Direction de la santé publique, vol. 2, no 2, septembre

- Équilibre
- Engagement social
- Sociabilité
- Contrôle de soi et des événements
- Bonheur

Il y a donc lieu de demeurer vigilantes et vigilants pour assurer des conditions de vie favorisant le bien-être de toutes et de tous et d'assurer ainsi un plein potentiel de croissance et de vitalité Laval, région éco-citoyenne.

Regard sociologique sur la détresse psychologique des femmes

Catherine des Rivières-Pigeon, Université du Québec à Montréal

Catherine des Rivières-Pigeon est professeure au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Détentrice d'un doctorat en Santé Publique de l'Université de Montréal elle se spécialise dans l'étude des déterminants sociaux de la santé. Elle est l'auteure de plusieurs écrits scientifiques sur la détresse psychologique des mères de jeunes enfants. Ses recherches actuelles portent sur l'analyse du discours « populaire » sur la dépression postnatale, et sur l'expérience des mères de jeunes enfants autistes.

-Texte extrait de la présentation de Madame Catherine des Rivières-Pigeon-

Cette communication met en lumière l'apport des théories sociologiques à l'analyse de la détresse psychologique des femmes. Cet apport se veut nécessaire à la pratique pour comprendre ce qui se produit lorsqu'on développe des analyses sur la détresse psychologique des femmes.

Un des premiers apports de la sociologie à l'étude de la détresse psychologique touche à la sociologie de la connaissance, soit la façon dont sont générées nos connaissances sur un sujet donné. Il s'agit de questionner nos connaissances. La connaissance varie dans le temps et dans l'espace. On peut avoir une opinion voulant que l'on passe de façon linéaire de la méconnaissance à la connaissance ou on peut avoir une perspective différente de la connaissance que les sociologues appellent socioconstructiviste. Selon cette perspective, ce que l'on sait est quelque chose de construit socialement, donc quelque chose en lien avec notre société et notre culture. Notre connaissance est aussi liée à des enjeux de pouvoir : ce que l'on sait et ce que l'on connaît sur un sujet donné est développé par des individus ayant du pouvoir dans la société. Ce regard critique que l'on peut développer sur la santé est utile pour susciter des remises en question. Ne pas tenir pour acquis ce que l'on nous dit sur la santé permet de développer de nouvelles solutions.

L'intention derrière une analyse sociologique de la détresse peut être de vouloir remettre celle-ci dans son contexte. La santé peut avoir aussi des causes sociales. Il est possible de vivre de la détresse à cause de notre environnement immédiat et du contexte dans lequel on vit : condition de pauvreté, travail stressant, etc.

La particularité aussi de la sociologie de la santé est de s'intéresser au contexte plus large dans lequel s'insère cet environnement immédiat. Le fait de vivre dans des conditions de pauvreté représente un contexte de détresse, mais il importe aussi de comprendre pourquoi il y a autant de femmes qui vivent dans ces conditions de pauvreté et d'établir les facteurs structurels qui vont expliquer cette réalité, notamment les rapports sociaux de sexes.

Un autre élément de la sociologie de la santé vise à s'intéresser au lien entre la société et la santé, et le lien entre le discours social, soit la construction sociale de la connaissance. Dans le cas de la détresse psychologique, ce qu'on en dit socialement (le discours social) va déterminer ce qu'on en fait. Par exemple, si on dit que la détresse psychologique est un problème médical, les traitements apportés seront d'ordre médical.

Le discours dominant à l'heure actuelle est le discours biomédical, notamment dans le domaine de la santé. Il y a des éléments intéressants dans ce discours en ce qui concerne la détresse psychologique :

- Dualité entre le corps et l'esprit : la santé physique et la santé mentale sont prises séparément, alors qu'elles sont pourtant très liées. La santé mentale est tout à fait physique et vice et versa. L'être humain est à la fois biologique, psychologique et social et de ce fait, la dépression ne se passe pas uniquement dans la tête.
- Vision dichotomique entre la santé et la maladie : soit on est malade, soit on ne l'est pas. Soit on fait une dépression, soit on n'en fait pas. Tout comme la santé physique, la frontière est très intéressante dans l'étude de la santé mentale. On retrouve plusieurs éléments dans le continuum entre la santé et la maladie qui peuvent être intéressants, notamment en ce qui concerne la détresse psychologique.
- Diagnostic porté par une tierce personne (médecin) et regard porté de l'extérieur : On ne sait pas si on est malade, c'est le médecin qui nous le dit et qui pose un diagnostic. Cela met au rancart l'expérience des personnes et ce qu'elles ressentent face à leur condition, alors que les femmes, par exemple, peuvent être les propres expertes en ce qui concerne leur santé.

Qu'en est-il des discours actuels sur la détresse psychologique? La campagne de sensibilisation sur la dépression au Québec illustre bien les deux discours actuels sur la détresse/dépression et met en parallèle ce qu'est la détresse/dépression et ce qu'elle n'est pas.

- Ce qu'elle n'est pas :
 - Faiblesse
 - Paresse
 - Excuse pour prendre des vacances
- Ce qu'elle est :
 - Maladie
 - Quelque chose de grave
 - Qui nécessite de l'aide et de la compréhension
 - Involontaire

Le discours actuel dit que la détresse/dépression est une maladie, donc quelque chose d'involontaire et regarder la détresse/dépression d'un angle involontaire peut être déculpabilisant. Par contre, en parler en termes de maladie ramène la détresse/dépression à un problème médical et met en lumière les causes médicales du problème: biologie, biochimie du cerveau, hormones, etc. Donc, si la dépression est un problème biologique dû, par exemple, à un dérèglement chimique du cerveau, le traitement pourrait être la prise d'antidépresseur. Le défaut de cette vision est d'évacuer le contexte social de la détresse et donne une vision très individuelle du problème. On oublie que les changements sociaux peuvent être une solution possible. Il ne s'agit toutefois pas d'opposer les deux visions, car l'être humain est à la fois un être biologique et social. Il est important de regarder le pont entre les aspects biologique, psychologique et social de l'être humain.

Au sujet de la médicalisation, il s'agit d'un processus par lequel on définit l'expérience humaine comme étant un problème médical. Ce qui touche à l'expérience féminine est souvent traité comme un problème médical, par exemple, tout ce qui a trait au système reproducteur, à la grossesse, à l'accouchement, aux menstruations, à la ménopause, etc. est abordé dans une vision très médicale, alors qu'il s'agit pour les femmes d'étapes de vie tout à fait sociale.

Il y a des effets positifs au fait de médicaliser un problème : ça le rend réel. Nous vivons dans une société voulant que ce que l'on voit existe, alors que le contexte social et le stress, même si on ne les voit pas, existent aussi. Un aspect négatif au fait de médicaliser un problème peut être de rendre stigmatisant le fait d'être constamment considérés malades. Aussi, le fait de médicaliser un problème peut faire perdre le contrôle de l'individu sur son problème, puisqu'il doit relever nécessairement de médecins et de spécialistes. Cela nous laisse dépendantes de solutions médicales.

Quant aux modèles psychologiques, qui, contrairement au modèle médical, offrent différentes approches, ceux-ci peuvent avoir le défaut de ramener exclusivement aux facteurs individuels et de jeter un regard très individuel sur le problème. Un exemple de modèle psychologique est le modèle Diathesis-stress. Selon ce modèle, la détresse est causée par le style cognitif d'interprétation de la réalité de l'individu. Il s'agit donc d'intervenir sur l'individu pour qu'il change sa façon de voir sa réalité et sa pauvreté, par exemple. Le modèle est intéressant dans la mesure où il peut être parfois plus facile de changer sa perception de la réalité que la réalité elle-même. Par contre, une critique de ce modèle serait que la réalité n'est pas seulement le fait de l'individu mais doit aussi être replacée dans son contexte social.

Dans le cas des femmes, si on regarde leurs événements de vie, dont la double tâche, la pauvreté et le chômage, il s'agit de réalités qui affectent plus souvent les femmes et qui représentent des sources de stress pour elles. Lorsqu'on parle de perception de la réalité et de structure de personnalité, dans le cas de la violence et des abus physiques et sexuels, ce sont des événements qui n'ont rien à voir avec ces notions et qui très certainement vont changer la perception de la réalité d'une personne.

Les femmes sont aussi socialisées de manière à être les spécialistes des émotions et sont responsables des relations et du maintien des bonnes relations. Les relations peuvent donc être au cœur de leur vie, ce qui peut expliquer bien des choses. En ce qui concerne le « coping style » (façon de faire face à quelque chose), les femmes n'ont pas toujours les moyens d'aller dans l'action étant responsables, par exemple, des enfants. Ce n'est pas elles qui ne sont pas dans l'action, c'est plutôt leur environnement qui les force à être autrement.

Cette réflexion critique, que Mme des Rivières-Pigeon propose, permet de réfléchir à de nouvelles perspectives et d'avoir une approche multidisciplinaire (différents modèles) et de trouver des solutions créatives.

Et maintenant que les femmes travaillent...

Francine Burnonville, Conseil régional de la FTQ du Montréal métropolitain

Francine Burnonville est détentrice d'un doctorat en sociologie et a été chargée de cours durant 20 ans à l'Université de Montréal. Depuis maintenant 13 ans, elle est conseillère en formation au Conseil régional de la FTQ du Montréal métropolitain et coordonnatrice du réseau des déléguées et délégués sociaux.

-Texte extrait de la présentation de Madame Francine Burnonville-

Même si le nom de la présentation est *Et maintenant que les femmes travaillent...*, celles-ci ont toujours travaillé, mais n'étaient pas payées en argent pour le travail fourni. Les femmes ont intégré le marché de l'emploi il y a déjà 50 ans. Désormais, l'autonomie financière des femmes apparaît comme un impératif absolu, mais on tient encore pour acquis que les femmes apportent un salaire d'appoint au ménage et qu'elles peuvent être prises en charge par leur conjoint.

Au niveau du travail, les femmes occupent encore des emplois dits féminins et la pénétration et la rétention dans les métiers non traditionnels pour les femmes sont difficiles. Quant à la conciliation travail-famille, en 2004 on notait que 70 % des femmes qui travaillaient avaient des enfants âgées de moins de 5 ans²¹.

Quant à la santé mentale au travail, trois facteurs perturbateurs peuvent causer de la détresse : le manque de reconnaissance, la surcharge de travail et l'insécurité, tant physique, que mentale, au travail.

Le manque de reconnaissance est la première cause de frustration. Selon une enquête menée dans les milieux de travail auprès de 5 000 répondantes et répondants, 90 % ont affirmé avoir le sentiment d'être sous-estimé. Les personnes qui font un travail routinier ou des tâches de service sont moins valorisées que les personnes qui font un travail dit spécialisé.

Or, il se trouve que ce sont majoritairement les femmes qui accomplissent ce genre de travail. Le travail de soin peut apparaître comme facile et naturel pour les femmes à cause de la proximité avec les tâches domestiques. Cette expertise acquise dans la sphère privée n'est pas reconnue dans le monde du travail, mais demeure très utile et pertinente pour effectuer les tâches liées aux soins (s'occuper des enfants, changer les couches, etc.). On remarque que peu d'hommes occupent ses emplois liés aux soins et aux services (expérience acquise dans la sphère privée).

Un autre facteur de non-reconnaissance découle du fait de travailler dans le « détail » et non dans le « spectaculaire », ce dernier étant plus visible, concret et mesurable. La réduction de la visibilité du travail représente aussi un facteur de non-reconnaissance avec l'intégration, entre autres, toujours plus grande de la technologie dans le monde de l'emploi (l'ordinateur fait le travail de la secrétaire).

²¹ Statistique Canada. 2005. *Les femmes au Canada: rapport statistique fondé sur le sexe*, 5^{ème} édition, Gouvernement du Canada, 300 pages.

Donc, tout ce qui relève de l'intelligence pratique est une dimension méconnue du travail : qui va valoriser la manière dont le travail est accompli? Le sociologue français spécialiste de la psychodynamique du travail, Christophe Dejour, parle de jugement de beauté et de jugement d'utilité du travail, c'est-à-dire lorsqu'on se fait dire qu'on fait un beau travail et un travail utile. Lorsque la personne n'a pas cette reconnaissance nécessaire, c'est son identité qui est en jeu. Les femmes, tout comme les hommes, s'identifient beaucoup à leur travail, c'est une question d'humanité et non pas de sexe.

En ce qui a trait à la surcharge de travail en tant que perturbateur de la santé mentale au travail, la question fondamentale pour les femmes est la conciliation famille/travail. Aussi, la compression des journées de travail amène un essoufflement des travailleuses et une altération de la sociabilité, c'est-à-dire de la capacité à coexister avec l'une et l'autre dans son environnement de travail. Cette compression du travail entraîne aussi une contrainte à mal travailler, qui est une source de souffrance importante pour les travailleuses et qui a un impact sur la reconnaissance du travail.

On peut aussi parler de la fatigue de compassion, ce qu'on appelle aussi le traumatisme vicariant, c'est-à-dire lorsque les problèmes des autres nous envahissent. Cette fatigue de compassion touche les personnes qui s'occupent des humains malades ou psychologiquement souffrants, y compris les aidantes naturelles. Or, il appert que le soutien psychologique dans les milieux d'emploi est réservé aux professionnels et non aux personnes accomplissant des emplois liés aux soins et aux services. Quant au soutien lié à la formation, on note un manque d'investissement, en temps et en argent, de la part des employeurs, ce qui crée une démotivation chez l'employée.

Pour ce qui est de l'insécurité au travail comme autre facteur perturbateur de la santé mentale au travail, on constate qu'elle est renforcée par des préjugés voulant que les femmes travaillent pour leur argent « de poche ». Encore aujourd'hui, le fait d'avoir un conjoint apparaît comme une protection financière pour les femmes ; les impacts liés à la précarité d'emploi pour celles-ci (perte d'emploi, diminutions des heures, retraite moindre, etc.) sont sous-estimés. Toujours en lien avec la précarité d'emploi, le travail à temps partiel et atypique demeure le lot des femmes encore majoritairement aujourd'hui. Le fait de travailler à temps partiel est parfois vu comme une solution à l'épuisement professionnel et à la conciliation travail/famille pour les femmes. Or, on ne prend pas en considération les risques de cette précarité d'emploi pour les femmes, ses conséquences à très long terme sont considérables et expliquent en partie la pauvreté des femmes âgées.

Enfin, quelles sont les solutions à cet environnement de travail néfaste pour la santé mentale des femmes au travail? Voici quelques recommandations :

- Évaluer la charge psychosensorielle du travail;
- Reconnaître la contribution et l'implication de la personne;
- « Désindividualiser » les problèmes;
- Se parler et se protéger collectivement;
- Syndicalisation = meilleure protection : les femmes sont davantage syndiquées que les hommes au Canada;

- Former les femmes pour qu'elles connaissent bien leurs droits et qu'elles les fassent respecter;
- Combattre l'isolement et resserrer les liens sociaux au travail;
- Miser sur l'entraide plutôt que la compétition;
- Refuser de faire la « guerre des places »;
- Se donner de la reconnaissance entre pairs et ne pas attendre celle des gestionnaires;
- Se mobiliser collectivement contre le harcèlement psychologique (ex. formations) car le harcèlement est un produit toxique pour la santé mentale;
- Utiliser la médiation pour régler les conflits;
- Se référer à des groupes de défense de droit des travailleuses et travailleurs (ex. Au bas de l'échelle, pour les non-syndiquées).

En conclusion, la santé mentale est aussi importante que la santé physique et la relaxation ne suffit pas à la préserver. Il faut aussi prendre le temps de se parler et d'intervenir collectivement sur nos conditions de travail.

L'impact de l'organisation des services de santé et des services sociaux chez les femmes utilisant des services en santé mentale

Groupe Action Autonomie : Louise Baron, Suzanne Despaties et Manon Gagner

Collectif pour la défense des droits en santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal, Action Autonomie a comme mission la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale. C'est un organisme communautaire à but non lucratif, qui a été mis sur pied par des personnes ayant utilisé des services de santé mentale et convaincues de la nécessité de se regrouper pour faire valoir leurs droits.

-Texte rédigé par Madame Louise Baron-

Cette communication présente d'abord les constats de femmes qui sont membres ou qui ont côtoyé le collectif Action Autonomie relativement à l'organisation et à la qualité des services de santé et des services sociaux. Deuxièmement, elle présente une analyse critique concernant les réformes au niveau des services de santé et des services sociaux et, enfin, elle fait état de suggestions visant à améliorer l'organisation de ces services.

Constats relatifs à l'organisation et à la qualité des services de santé et services sociaux et aux interventions et aux attitudes du personnel du réseau de ces services

- Il y a peu de reconnaissance accordée à l'impact sur la santé mentale des femmes ayant subi des agressions physiques et psychologiques (viol, inceste, violence conjugale, familiale, pauvreté...).
- Les conditions sociales et économiques des femmes (mères monoparentales, travail peu rémunéré...) ne sont pas considérées.
- Des femmes sont infantilisées, non écoutées et non entendues par le personnel.
- Les difficultés émotives d'une femme sont souvent considérées comme faisant partie d'une maladie mentale.
- Les causes (qui sont rarement investiguées) de la détresse psychologique consistent en des situations réelles et perturbantes (violence conjugale, deuil, condition sociale et économique...).
- Le personnel soignant a de la difficulté à croire à ce que la femme vit (au niveau : de la violence, des difficultés économiques...).
- Le personnel nie la spécificité des femmes en psychiatrisant les cycles normaux de leur vie (ménopause, menstruations, émotions...)
- La situation de la femme n'est pas considérée.
- On véhicule des préjugés envers les femmes ayant un diagnostic en santé mentale.
- Les spécificités des femmes provenant des communautés culturelles ne sont pas reconnues.
- L'équipe multidisciplinaire d'un établissement public va souvent prendre en charge la vie d'une femme et, ce faisant, ne respectera pas ses besoins et ses demandes.
- On nie toute capacités aux femmes ayant un diagnostic en santé mentale lors d'une maternité.
- Souvent les services offerts ont une durée limitée dans le temps. Les problèmes de santé mentale ne seront pas nécessairement résorbés dans un si court laps de temps.

- Les femmes se font prescrire plus de médicaments que les hommes, surtout des tranquillisants et ce, sur une plus longue période.
- Les femmes sont souvent considérées comme les seules responsables de leurs problèmes.
- Les préoccupations des femmes vivant des problèmes de santé mentale ne sont pas également reconnues par toutes les instances du réseau de la santé et des services sociaux.
- Il y a un manque de personnel dans les établissements publics. Cette situation restreint l'offre d'une panoplie de services de qualité.
- Les services de santé et les services sociaux ne sont pas toujours sécuritaires et exempts de violence.
- Le 911 n'est pas toujours le meilleur soutien dans les situations de crises.
- Une femme qui s'affirme peut subir des représailles (attendre pour avoir des services, être hospitalisée en psychiatrie...)
- Les droits des femmes ne sont pas respectés (intégrité, vie privée, confidentialité, consentement aux soins...)
- Un diagnostic en santé mentale est stigmatisant et à un impact s'échelonnant bien au-delà de la période de crise.

Les réformes au niveau de l'organisation des services de santé et des services sociaux

Dernièrement, plusieurs réformes ont eu lieu concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux (modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, création des Centres de santé et des services sociaux, modification de la Loi sur l'accès à l'information, nouveau plan d'action en santé mentale...)

Dans les dédales des nouvelles structures qui ont été créées, il sera difficile pour une femme utilisant des services en santé mentale de faire un véritable choix au niveau de ses traitements car elle sera orientée dans un réseau intégré de services où différents intervenants, intervenantes de la santé travailleront en partenariat et détermineront ses besoins.

De plus, les informations médicales circuleront facilement entre les différents intervenants et intervenantes et faciliteront la circulation d'informations personnelles, ce qui aura des conséquences quant au respect de la confidentialité et de la vie privée.

Toutes les sphères de la vie quotidienne d'une personne pourront de plus en plus être considérées dans un problème de nature psychosociale ou de santé mentale (maternité, garde des enfants...). Souvent la crédibilité des femmes s'en trouvera ébranlée et il sera encore plus difficile pour elles de recevoir des services en santé physique, le personnel médical ayant tendance à facilement prétendre que ces symptômes font partie de la « maladie mentale ».

De même, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, instauré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, propose une organisation de services dans une vision biomédicale, axée sur le dépistage et le traitement, où la hiérarchisation des services est au centre des préoccupations. On se dirige vers la standardisation et la spécialisation des services et on ne tient pas compte de la santé globale des femmes et de leurs conditions sociales. Ainsi, il y aura un plus grand risque de « surmédicaliser » et de « surdiagnostiquer » de nombreuses femmes, surtout si elles sont âgées, pauvres... Les problèmes sociaux et le corps des femmes seront davantage médicalisés. Les femmes ayant un diagnostic en santé mentale seront de plus en plus perçues et traitées d'une façon différente de celles qui n'en n'ont pas.

Ces différentes réformes s'éloignent de plus en plus du concept de la personne au centre de ses soins. Elles limitent davantage les droits fondamentaux dont le droit à la confidentialité, le droit à consentir, le droit au libre-choix de l'établissement, du professionnel et des traitements.

Suggestions pour l'amélioration de l'organisation des services de santé et des services sociaux

Voici les suggestions proposées par les femmes consultées à Action Autonomie afin d'améliorer l'organisation des services de santé et des services sociaux.

- Promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.
- Reconnaître la spécificité des femmes sur le plan physique et psychologique.
- Reconnaître la diversité des femmes et respecter leurs choix.
- Prendre en considération les solutions, les moyens et les propositions des femmes concernant leur rétablissement.
- Encourager les femmes à dénoncer les abus qu'elles subissent.
- Rendre disponibles les ressources pour les mères devant utiliser des services en santé mentale afin qu'elles puissent en toute sécurité confier temporairement la garde de leurs enfants.
- Que le personnel du réseau reconnaisse les conséquences des traumatismes et n'infantilise pas les femmes.
- Utiliser l'analyse différenciée selon les sexes afin de mettre de l'avant des moyens concrets pour corriger la situation.
- Offrir de la formation au personnel du réseau sur la santé mentale des femmes, concernant le sexisme, l'analyse différenciée selon les sexes, la diversité des femmes (jeunes, femmes âgées, femmes provenant de communautés culturelles...) la non-violence, la stigmatisation et les droits.
- Offrir des services de santé et des services sociaux sécuritaires et exempts de violence.
- Offrir de la formation concernant leurs droits aux femmes utilisant des services du réseau.
- Assurer que les politiques, les programmes et l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux soient ajustés pour répondre adéquatement aux besoins des femmes devant utiliser des services en santé mentale.

Au-delà de la psychiatrie : approche féministe et intervention auprès des femmes en détresse psychologique

Fernande Ménard, formatrice en santé mentale des femmes

Fernande Ménard est une militante oeuvrant dans le domaine de la santé des femmes depuis la fin des années 60. Parmi ses nombreuses occupations elle a, entre autres, dirigé la Fédération du Québec pour le planning des naissances de 1979 à 1985, ainsi que la Maison l'Entre-deux de 1986 à 1994 en plus d'avoir été présidente du Regroupement des ressources alternatives du Québec durant 3 années. Elle œuvre ainsi dans le domaine de la santé mentale des femmes depuis plus de 20 ans. Semi-retraîtée et grand-maman engagée, Madame Ménard a reçu en 1997 le prix Simone Monnet Chartrand pour son travail auprès des femmes.

-Texte rédigé par Madame Fernande Ménard-

Cette communication ne se prétend pas scientifique puisque qu'elle s'appuie sur l'écoute et l'observation par le cœur de centaines de femmes en détresse, connaissances analysées lors de la préparation *D'écoute-moi quand je parle*, étude à laquelle j'ai participé. Mes propos sont donc parfaitement contestables puisqu'ils ne prétendent pas à LA VÉRITÉ. Mais je pense qu'ils sont une intéressante piste de réflexion.

L'ÉDUCATION DES FILLES

De par leur éducation et leur conditionnement social, les femmes sont encouragées à devenir douces, gentilles et souvent soumises. Toutes ces belles qualités les poussent vers la passivité. Encore aujourd'hui elles sont les filles de, sœurs de, épouses de, mère de... (ce dernier titre sans vilain jeu de mots...). Dans ce contexte, difficile pour elles de se bâtir une estime de soi bien à elles puisque cette dernière est façonnée par l'image que leur renvoie les autres. Lorsque les femmes vivent une détresse psychologique, cette passivité augmente souvent, diminue d'autant leur estime d'elles mêmes et favorise leur isolement.

L'ACTION

L'approche féministe propose plusieurs stratégies pour aider les femmes à diminuer leur détresse qui les empêchent parfois de fonctionner et d'avancer dans leur vie. Aujourd'hui nous n'en aborderons qu'une seule, la plus importante à notre avis, l'action et une de ses manifestations, la colère.

Dès le début des années 1980 l'action a été considérée comme l'outil féministe privilégié pour faire face à la détresse psychologique des femmes. Cependant, à ce moment-là, l'approche féministe ne voyait le salut des femmes que dans l'action collective et politique. Presque trente ans ont passé depuis et beaucoup de travail a été fait suite au développement des ressources pour femmes. Et l'action peut encore être considérée comme un moyen thérapeutique privilégié pour travailler avec les femmes en détresse.

Par ailleurs, l'expérience nous montre qu'il est utopique de penser que les femmes très souffrantes peuvent passer de l'isolement et du mépris de soi à l'action sociale et politique. Ces femmes doivent se trouver d'abord; apprendre qui elles sont, ce qu'elles veulent, ce à quoi elles croient, ce qu'elles veulent faire de leur vie. On peut alors privilégier une démarche individuelle qui les amènera à poser des gestes positifs pour elles-mêmes.

Pour que ce travail soit valable toute action doit être déterminée par la femme elle-même. Attention aux recettes!!! Elles ne valent que pour la personne qui la suggère. Chacune doit trouver l'ACTION, SI PETITE SOIT-ELLE, qui lui convient, qui lui permettra de commencer à se bâtir ou à se rebâtir. Et cette action prendra autant de formes qu'il y a de femmes. C'est ainsi que pourra se former ce que je qualifie de 'cercle bénéfique' ... une action augmente, un tant soit peu, l'estime de soi qui, à son tour permet une action positive plus importante qui, à son tour, amène une plus grande estime de soi, et ainsi de suite.

Pour ce qui est de l'action socio-politique, avouons qu'elle est le fait d'un bien petit nombre de personnes – alors de quel droit pouvons-nous l'exiger des femmes en difficulté émotionnelle?

L'EXPRESSION DE LA COLÈRE

Avec leur conditionnement, vient aux femmes le droit d'exprimer toute la gamme des émotions possibles – ce qui serait leur nature - sauf une et j'ai nommé la colère. Gare à celles qui ne sont ni douces ni gentilles. Et ce, quels que soient les sévices, maltraitements et abus dont elles peuvent être victimes. Or, un bon nombre de femmes ont toutes sortes de raisons d'accumuler de la colère, beaucoup de colère qu'elles refoulent de crainte d'être jugées et punies (exemple de l'isolement en psychiatrie).

Qu'est-il possible de faire devant cette situation? D'abord et avant tout, il faut tenter de réfléchir pour définir certains termes dont trois nous semblent fondamentaux : la colère, l'agressivité et la violence. Il est à noter que ces définitions sommaires sont des produits « maison » qui n'engagent que la responsable de cette présentation.

La colère : reconnaissance intérieure et expression extérieure des sentiments, émotions négatives, bouleversements personnels que vit une personne. Celle qui l'exprime parle en JE, parle de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle vit. Cette décharge amène possiblement l'appropriation du pouvoir d'une personne sur sa vie. Il s'agit par contre, malgré les apparences, de l'action la plus difficile à poser car elle ne fait pas partie des habitudes de vie.

L'agressivité : ici la colère est dirigée vers l'autre; elle devient accusation; elle est un signe de victimisation qui garde la personne enfermée dans son problème. Elle est le contraire de l'appropriation du pouvoir, car elle entretient l'idée que le pouvoir appartient à l'autre.

La violence : à ce moment-là, la colère et l'agressivité passent aux gestes. La personne attaque pour faire mal. C'est souvent l'aboutissement d'une colère refoulée depuis longtemps et qui doit sortir à un moment ou à un autre. ENFIN. C'est souvent le seul modèle que les femmes ont vu et subi durant leur vie.

Il faut également savoir que la colère refoulée mène presque obligatoirement vers la détresse, la dépression, les tentatives de suicide avant de devenir de la violence envers les autres. Souvent, les femmes retournent la colère contre elles-mêmes; elles se considèrent coupables des abus subis, elles se puniront donc par de multiples moyens allant de l'auto dénigrement au suicide – réussi ou manqué- en passant par l'automutilation et j'en passe.

Dans une formation offerte à des groupes engagés dans un travail en santé mentale, il était demandé aux participantes de nommer l'outil qui leur avait manqué lors de moments difficiles dans leur vie plusieurs ont spontanément répondu : un lieu pour exprimer ma colère. Vous comprendrez alors pourquoi nous pensons que la colère des femmes puisse avoir le droit de s'exprimer et de se libérer.

LES MÉFAITS DE LA NON-EXPRESSION DE LA COLÈRE

Nous l'avons dit, la souffrance existe; au mieux elle est désagréable, au pire elle est mortelle. Maladie physique ou maladie de l'âme, elle souhaite être soulagée ou guérie. Certains médicaments réussissent à guérir mais la plupart ne réussissent qu'à soulager, mais qui s'en plaindra. Ceci est vrai pour la souffrance (ou détresse) psychologique. Et comme nous vivons dans une ère d'élimination de la souffrance à tous les niveaux, on retrouve cette tendance en psychiatrie. On ne peut plus dénigrer toute médication de l'âme; certaines sont utiles, voire nécessaires, à court ou à long terme. Mais les effets sont les mêmes que pour tous les autres médicaments; s'ils n'enlèvent pas la douleur, souvent ils l'anesthésient. Ceci est combiné avec le fait qu'une ordonnance de psychotropes vient rarement seule. On prescrit souvent aux femmes un cocktail de pilules parfois pour le restant de leurs jours.

Malheureusement, comme on endort la douleur, on ralentit également le besoin de trouver d'autres mécanismes pour s'en sortir. Or, ces mécanismes, tels l'action et l'expression de la colère, ne peuvent s'exercer que dans une grande lucidité et une grande volonté de faire face. En diminuant les symptômes de la souffrance la prise excessive de médicaments freine donc la volonté d'agir et de s'exprimer. Le défi à relever consisterait donc à trouver un juste équilibre entre une médication adéquate et des stratégies de travail adaptées aux femmes.

CONCLUSION

Cette approche d'aide dans les cas de détresse psychologique peut sembler simpliste, voire facile. Or, il s'agit de la plus difficile car les intervenantes doivent s'oublier, faire fi de leur formation, de leurs façons de travailler. Elles doivent se mettre entièrement à l'écoute et au service des femmes aidées et favoriser les actions que chacune porte en elle sans le savoir. Devenir vraiment écoutante, c'est surtout oublier la performance car celle-ci est à l'opposé de l'écoute puisque qui est souvent un long processus.

Synthèses des ateliers

Femmes monoparentales, pauvreté et détresse psychologique

Céline Carreau, Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval

Céline Carreau est travailleuse sociale de formation. Au cours des 20 dernières années, elle s'est impliquée socialement et politiquement au sein de divers groupes communautaires et mouvements sociaux travaillant dans une perspective de changement social et engagés dans la lutte contre les inégalités sociales et économiques entre les hommes et les femmes et les nantis et les personnes démunies de notre société. C'est entre autres au sein du Collectif québécois de conscientisation (CQC); du Réseau féministe populaire de la Fédération des femmes du Québec (FFQ); du Regroupement des camarades du Vallon; du Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ) et du milieu des coopératives d'habitation que son militantisme s'est actualisé. Entre les années 1994 et 2003, Céline Carreau a par ailleurs travaillé auprès de femmes victimes de violence conjugale dans deux maisons d'hébergements situées à Montréal. Récemment embauchée au sein du Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval, elle oeuvre à titre d'intervenante auprès de familles vivant l'éclatement de la cellule familiale et/ ou vivant une recomposition familiale.

-Texte rédigé par Madame Isabelle Dicaire-

PORTRAIT DE LA SITUATION

Monoparentalité + pauvreté + isolement social => détresse psychologique

L'étude de William Avison (1997) réalisée auprès de 49 000 personnes en Ontario établit que le niveau de détresse psychologique est beaucoup plus élevé chez les femmes monoparentales; cette détresse serait encore plus importante chez celles qui sont aussi en situation de pauvreté. Les jeunes femmes monoparentales comptent parmi les plus pauvres : le revenu moyen annuel des mères monoparentales habitant Laval, âgées entre 15 et 24 ans est de 12 900\$²² soit bien en-dessous du seuil de pauvreté²³. Également, Avison et le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) montrent également que la monoparentalité et la pauvreté chez les femmes contribuent à l'isolement social dans la mesure où ces mères auraient accès à un plus faible système de support social (que celles pouvant compter sur un conjoint) parce qu'elles «sont confrontées à des difficultés financières, et à une surcharge des rôles (conciliation travail/famille, aidantes naturelles) ». Bref, pauvreté, monoparentalité et isolement social forment un cocktail explosif qui déclenche la détresse psychologique chez les mères monoparentales²⁴.

²² UQAM et TCLCF *Les femmes et la pauvreté à Laval*, 2004.

²³ Tommy Chouinard et Kathleen Lévesque, *Le Devoir*, 10 novembre 2003. Au niveau fédéral, le seuil de pauvreté est établi à 20 651\$ pour une personne avec un enfant.

²⁴ William Avison, sociologue, psychiatre et professeur à l'Université Western (Ontario) *La Presse*, (1997) ; RQASF «Femmes et pauvreté».

Le RQASF rappelle d'ailleurs qu'« *au Québec, plus de la moitié des mères cheffes de famille monoparentales vivent dans la pauvreté, prennent plus de médicaments que les autres mères et le niveau de leur détresse psychologique est particulièrement élevé* ».

Les facteurs déterminants dans la détresse psychologique sont l'absence ou la précarité de l'emploi, à laquelle s'ajoutent les responsabilités liées à l'éducation des enfants, la part importante du revenu consacré au loyer et les conditions de logement²⁵, le stress dû au manque d'argent (manque de nourriture au milieu du mois, endettement, etc.), la sous-scolarisation, l'isolement dû à la difficulté de se déplacer sur le grand territoire de Laval, et une vie de quartier inexistante, l'accessibilité restreinte aux services, l'absence de loisirs, auxquels s'ajoutent d'autres facteurs de vulnérabilité (séparation, histoire familiale difficile, problèmes relationnels, problèmes liés à la violence conjugale, la coparentalité, les difficultés mère-enfant, etc.)²⁶.

IMPACTS SUR LES FEMMES

Détresse psychologique liée au non-respect des droits

Dans ce contexte, les femmes monoparentales vivent un stress au quotidien : elles ont « trop de choses à gérer » (ex: enfants, finances et surcharge de travail), ce qui déclenche à certains moments des situations de crise. Dans ce contexte, des femmes ont recours à des « échappatoires », tels la consommation de médicaments ou l'endettement (exacerbé par l'accès facile au crédit), qui ne changent toutefois pas le contexte familial, économique et social.

De l'avis de participantes de l'atelier, la réalité actuelle des femmes monoparentales serait plus difficile que celle qui prévalait pour les mères cheffes de famille au cours des années 1980, car ces dernières auraient bénéficié davantage de moyens pour s'en sortir. Actuellement, on assiste à des histoires d'horreurs et ce qui est présenté comme de l'aide gouvernementale correspond davantage à du contrôle: longs délais pour recevoir de l'aide sociale (dans un contexte de séparation) et harcèlement des agents d'aide sociale qui réclament ensuite des dettes contribuent à l'appauvrissement dramatique des femmes; insuffisance, voire même refus, de mesures favorisant le retour aux études par le Centre local d'emploi sans compter le problème lié à l'inaccessibilité aux services de garde. L'ensemble de ces conditions explique le processus qui conduit les femmes à un sentiment d'« avenir bouché » et à la consommation d'antidépresseurs ; ceci hypothèque non seulement leur santé, mais aussi celle de leur(s) enfant(s). Dans ce processus, la personne est dépouillée de ses droits : « *on lui a enlevé les ressources au fur et à mesure* ».

²⁵ 51, 6% des mères monoparentales lavalloises consacrent 30% et plus de leur revenu pour se loger, alors qu'un pourcentage de 28,2% consacrent 50% et plus de leur revenu au loyer.

²⁶ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

Dans le contexte d'un net recul des droits, les démarches que doivent faire les femmes sont beaucoup plus exigeantes qu'il y a une vingtaine d'années, tant au niveau des compagnies d'assurance, de la CSST, de l'aide sociale, de l'assurance-emploi, etc., ce qui amène une double, triple, quadruple victimisation. L'accès aux services est restreint: « pour avoir accès aux services, il faut déplacer mer et monde ».

ENJEUX SUR LES CAUSES ET LE POUVOIR DES FEMMES

Le discours dominant vs le discours féministe

Céline Carreau, du Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval cite l'étude du RQASF, *Femmes santé et pauvreté*, qui compare les visions du discours dominant et de celui féministe et met en lumière leurs impacts respectifs sur l'identification des causes (individuelles vs collectives) et le pouvoir des femmes. Dans un premier temps, l'animatrice, à l'aide d'un schéma²⁷ représentant le cycle de la violence institutionnelle, montre comment l'État et ses institutions exercent à travers ses structures politiques et économiques une violence envers les femmes monoparentales en situation de pauvreté et créent les conditions risquant d'entraîner une détresse psychologique. Dans un deuxième temps, l'animatrice présente les approches et revendications féministes visant à contrer ce courant, et à permettre aux femmes la prise de pouvoir sur leur propre vie.

- Dans la première étape, l'étape de la tension, l'État et ses institutions relient la situation de pauvreté et de détresse à des causes individuelles : cette vision est perceptible dans les approches médicales utilisées (ex. approche bio-psychiatrique) et les approches moralisatrices ou paternalistes²⁸ qui ne tiennent pas compte des rôles sociaux, des conditions de vie, de la situation économique et de la violence conjugale. **Ceci instaure un climat d'anxiété chez les femmes.**
- Dans la deuxième étape du cycle, celle de l'agression, l'État et ses institutions créent les conditions qui entretiennent la détresse psychologique, notamment par la surmédicalisation des femmes, et dont l'effet pervers est un risque élevé de dépendance à certains médicaments. **Ceci a pour effet de stigmatiser ces femmes, de susciter chez elles un sentiment de honte et de diminuer leur estime de soi.**
- Dans la troisième étape, l'étape de la justification, l'État justifie ses pratiques en employant un discours économique²⁹. **L'impact en est que les femmes développent des sentiments de doute, de culpabilité et elles en viennent à se sentir responsables de leur condition.**
- Enfin, la dernière étape, l'étape de la rémission, a lieu lorsque l'État rectifie le tir en offrant des services via le réseau des CSSS, ce qui entretient chez les femmes utilisatrices de ces services «l'espoir de s'en sortir». Cette dernière étape, comme les autres, fait partie d'une roue qui tourne...

²⁷ Ce schéma s'inspire de l'analyse développée par le RQASF et d'une grille d'analyse structurelle.

²⁸ Particulièrement envers les femmes pauvres et sous scolarisées qui ont des «comportements à risque».

²⁹ Ce discours d'«assainissement du fardeau fiscal et de la dette nationale» permet aux gouvernements, d'un côté, de faire des coupures dans les programmes sociaux et, de l'autre, d'octroyer des subventions ou des avantages fiscaux, notamment aux multinationales et aux compagnies pharmaceutiques.

De leur côté, les féministes revendiquent la conciliation du travail-famille-vie privée, la reconnaissance financière du travail familial, le logement social, l'amélioration des conditions de travail et du salaire minimum, des prestations décentes, une approche globale (communautaire et féministe) en matière de santé mentale, des alternatives à la surconsommation de médicaments par les femmes, l'accessibilité et la qualité des services publics de santé et les services implantés dans la communauté. L'objectif visé est **l'appropriation du pouvoir des femmes sur leur propre vie** : diminution du stress et de l'épuisement, donner aux femmes des moyens de répondre à leurs besoins de base et l'espoir de sortir de la pauvreté, leur redonner le pouvoir sur leur corps et la confiance en leurs capacités de s'occuper de leur santé psychologique; leur donner les moyens d'agir sur leurs conditions de vie.

PISTES DE SOLUTION

Certaines participantes préconisent plus de services et une meilleure connaissance des services existants (par exemple, mieux faire connaître le programme du CLSC «Naître égaux, grandir en santé» pour les mères monoparentales dites «à risque»³⁰, programmes de recherche d'emploi pour les mères, etc.), tandis que d'autres revendiquent des actions socio-politiques pour transformer le contexte économique, social et familial des femmes.

Parmi ces pistes d'action les participantes relèvent :

- Il faut d'abord *«être de toutes les batailles contre toutes les violences, toutes les formes de violence»*. Les femmes doivent aussi prendre la place qui leur revient.
- Dans un contexte d'épuisement des centres de femmes et d'autres organismes communautaires, *«il faut développer de la créativité, des façons de faire nouvelles et différentes, où on développe des choses ensemble, des solidarités»*.
- Les participantes appellent à bâtir des résistances : en collaboration avec la Table de concertation de Laval en condition féminine, une action concrète pour améliorer la situation des femmes devrait être proposée.
- Il est proposé que la Table de concertation de Laval en condition féminine fasse non seulement connaître le contenu du colloque aux instances politiques concernées, mais qu'elles les interpellent relativement aux réalités discutées.
- *«Le fait d'être structuré et organisé aide les personnes»*. Pour avoir plus de force de frappe, il est important de se regrouper et être plus nombreuses : on invite les organismes non-membres à se joindre à la Table, et on suggère une alliance entre les groupes communautaires et les groupes syndicaux.

³⁰ Les jeunes mères, les femmes en situation de pauvreté, sous scolarisées et/ou ayant un parcours migratoire fragilisé. Ce programme a rejoint 330 familles, soit la moitié des femmes qui répondent aux critères sur nombre de 15 260 familles monoparentales à Laval.

Femmes, violences et santé mentale : quand la raison s'emmêle

Lucie Hénault, directrice à la Maison La Source

Bachelière en criminologie, Madame Hénault est la directrice générale de la Maison La Source du Richelieu. Elle est aussi formatrice pour le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale auprès des centres hospitaliers de la Montérégie pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie depuis 1998. Elle a aussi été formatrice pour le protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale dans les CHSCD de la Montérégie et les CLSC du Québec, projet de recherche CLSC St-Hubert et Centre de Recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes subventionné par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec de 1998 à 2000. Elle est maintenant membre du comité aviseur pour la recherche 'Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe du CRI-VIFF et membre du comité aviseur pour la recherche sur la victimisation secondaire de l'AGIDD-SMQ et du Collectif de défense des droits de la Montérégie Formation de formatrice en intervention féministe.

L'intervention féministe en maison d'hébergement : de l'analyse à la pratique

Anne-Marie Mercier, intervenante à la Maison Le Prélude

Bachelière en travail social, Anne-Marie Mercier travaille depuis 1985 à La Maison Le Prélude, centre d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants. Au cours des ans, Anne-Marie a développé une expertise au niveau de l'intervention féministe auprès des femmes victimes de violence conjugale et une grande expérience au niveau de la sensibilisation et de la formation. Elle a récemment ajouté une corde à son arc en assumant la supervision clinique d'une équipe d'intervenantes. Croyant en leur potentiel, Anne-Marie fait preuve d'empathie et d'un grand respect à l'égard des femmes qu'elle côtoie.

-Texte rédigé par Madame Sandrine Ricci-

Deux ateliers regroupant chacun une quarantaine de participantes se sont intéressés à la violence comme source de détresse psychologique, s'attardant particulièrement au problème de la violence conjugale. L'atelier matinal, « Femmes, violences et santé mentale : quand la raison s'emmêle », de même que celui présenté en après-midi, « L'intervention féministe en maison d'hébergement : de l'analyse à la pratique », étaient animés par deux intervenantes d'expérience : Lucie Hénault et Anne-Marie Mercier.

Résumé de la problématique

D'un point de vue global et malgré les avancées, la situation socioéconomique des femmes reste préoccupante au regard des discriminations qui perdurent et des violences que subissent les femmes. La prise en charge et l'analyse de la violence conjugale s'avèrent toujours problématiques. Les inquiétantes réalités présentées en 1981 dans l'ouvrage-référence *Va te faire soigner, t'es malade*, de la psychologue Louise Nadeau, demeurent d'actualité :

- Emplois précaires et pauvreté
- Monoparentalité

- Violences : sexuelle, conjugale, inceste, prostitution
- Définition de l'adulte sain basée sur les caractéristiques de l'*homme* sain
- Médicalisation des problèmes sociaux des femmes
- Surmédication (quantité et durée)
- Les conditions de vie qui, souvent, ne sont pas prises en compte alors qu'elles sont un déterminant majeur de la santé
- Les mythes et préjugés persistants (comme celui de la femme masochiste qui reste avec son conjoint violent « parce qu'elle aime ça »)

De plus, le poids de la socialisation, à grands renforts de stéréotypes sexistes, pèse lourd dans la balance des inégalités. En 1978, le Conseil du statut de la femme donnait cette intéressante définition du concept de socialisation : « La socialisation est la manière dont les membres d'une collectivité apprennent les modèles de leur société, les assimilent et s'en font des règles de vie personnelle [...]. Et par suite de cette intériorisation des modèles, la "contrainte" qu'ils imposent n'est plus ressentie par les sujets qui la subissent. » [cité sans source par Lucie Hénault, *ndlr.*]

À l'heure actuelle, la socialisation sexiste prend de nouvelles formes, notamment en laissant penser aux filles qu'elles ont toute liberté de faire ce qu'elles désirent de leur corps. On constate néanmoins qu'elles sont maintenues au service sexuel de l'*autre* (en lien avec le phénomène de l'hypersexualisation). La violence envers les femmes doit être appréhendée en tant que manifestation de rapports de pouvoir. Dans le cas de la violence conjugale, Lucie Hénault remarque que le déséquilibre du pouvoir dans le couple se caractérise par une triple dynamique : le non-respect, la non-négociation et la non-collaboration. L'intervenante conçoit le cycle de la violence comme un carrousel qui ne s'arrête pas et duquel on hésite à descendre parce que « l'espoir, dit-elle, c'est une grande chandelle : tant qu'il reste un petit bout de mèche... ». Plus souvent qu'autrement, la victime est confrontée au dilemme de rester ou de quitter son agresseur : *Damn if you do, damn if you don't*, comme le dit l'adage populaire. Elle subit de nombreuses pressions sociales (en lien avec le rôle d'aidante attendu des femmes) : on leur conseille tantôt de quitter leur conjoint, tantôt de rester avec, tantôt de retourner avec. Les femmes immigrantes, âgées, homosexuelles, handicapées, etc. connaissent des obstacles qui s'ajoutent à cette situation. D'autant que c'est l'isolement physique et social qui permet à l'abuseur de violenter sa conjointe. Toutefois, il ne faut pas oublier que le cycle de la violence ne se manifeste pas de la même manière chez toutes les femmes.

Conséquences psychologiques de la violence conjugale

Si la violence a des conséquences évidentes sur la santé physique de la victime, cette dernière vit également des malaises bien réels en regard des émotions ressenties et qui ont un impact jusque dans le corps parce qu'il n'y a pas beaucoup de place pour les exprimer, surtout dans le couple. Comme le pose l'une des animatrices : « Les femmes sont blessées parfois physiquement, toujours moralement ». Il importe néanmoins de rappeler qu'il s'agit bien d'un problème social et non individuel et que l'alcoolisme, l'automutilation, la dépendance aux drogues, etc. sont généralement les conséquences et non les causes de la situation de violence.

En plus de se retourner contre elles et d'augmenter leur détresse, ces comportements développés pour résister à la souffrance contribuent à alimenter les préjugés à l'endroit des femmes violentées et à les ostraciser.

Lorsque les femmes victimes de violence conjugale cherchent de l'aide auprès du corps médical, elles se retrouvent trop souvent avec un diagnostic de dépression parce qu'elles en présentent effectivement les symptômes. **Diagnostiquer un problème de santé dans une situation de violence conjugale aggrave la détresse psychologique des victimes parce qu'on s'attarde aux symptômes et non aux causes du véritable problème.** Cela peut, par exemple, amener la victime à se culpabiliser : « Si je ne suis plus dépressive, ça ira mieux dans mon couple » ou « C'est parce que je suis déprimée que ça ne va pas ». On doit impérativement éviter de travailler en mode introspectif car le conjoint a déjà tendance à la blâmer pour la situation. On vise ainsi à dépasser les étiquettes du type « Je suis dépendante affective, c'est pour ça que je tombe sur des gars comme ça ». La femme doit se recentrer sur elle-même et ne pas essayer de changer l'autre, d'expliquer son comportement violent. Elle doit seulement se demander si c'est comme ça qu'elle veut être aimée. La prise en charge de la violence par le corps médical et, ce faisant, la médicalisation de leur détresse soulèvent, en outre, le problème de la marchandisation de la souffrance des femmes. Cette prise en charge explique que les femmes consomment davantage de médicaments que les hommes, particulièrement des antidépresseurs.

Pistes d'actions

Les intervenantes en maison d'hébergement accueillent un grand nombre de femmes victimes de violence conjugale ayant des diagnostics de santé mentale. Lucie Hénault propose de retenir les quatre D du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes pour guider l'intervention :

- Dé-médicaliser (sortir du carcan des approches pharmacologiques psychiatriques)
- Dé-professionnaliser (être à l'écoute sur une base égalitaire)
- Dé-victimiser (outiller de façon concrète pour redonner du pouvoir aux femmes)
- Dé-sexiser (déconstruire les stéréotypes sexuels hérités de la socialisation)

Parmi les grands principes de l'intervention féministe, on considère en premier lieu que les femmes et les enfants victimes de violence ne sont pas responsables de la situation. Selon Anne-Marie Mercier, il est crucial que les travailleuses en maison d'hébergement adhèrent profondément à cette ligne de pensée, même si les femmes se culpabilisent et disent par exemple avoir mauvais caractère : la violence conjugale est injustifiable.

Autre grand principe : les femmes ont droit à leur autonomie, au respect et à la liberté. Elles doivent donc prendre leurs propres décisions et les intervenantes doivent se souvenir de ça en tout temps. Il ne s'agit pas de faire les efforts à leur place, ni de les sauver, et encore moins d'être leur amie, mais bien de « marcher à côté d'elles ». L'intervenante doit établir clairement le contrat avec les femmes pour éviter la dépendance de celle-ci, cibler les objectifs qu'elle se fixe et combien de temps elle se donne pour les atteindre. Ce contrat doit être régulièrement réévalué.

Les victimes de violence conjugale ont aussi le droit de retourner auprès de leur conjoint et il est préférable de soutenir les femmes dans cette démarche. On peut par exemple les aider à déterminer ce qui est à négocier ou à prévoir un plan B si ça ne fonctionne pas.

En effet, une dimension fondamentale de l'intervention féministe est que les femmes reprennent du pouvoir sur leur vie par le biais de la solidarité, d'alliances et de partage entre femmes. Pour cela, il faut que la relation soit la plus égalitaire possible. On s'attache donc à démystifier les rapports de spécialistes : les victimes sont les vraies expertes de leur situation.

Se réfugier dans une maison d'hébergement représente une démarche de dernier recours difficile à entreprendre. C'est aussi un défi d'y vivre et d'en accepter les règles de vie commune. Mais le quotidien partagé dans la maison offre une multitude d'opportunités d'intervention. La vie de groupe est un excellent laboratoire pour apprendre à s'affirmer, par exemple en ce qui a trait au partage des tâches. Les intervenantes deviennent le miroir dans lequel la femme voit ses forces, ses faiblesses, ses rêves et ses aspirations : ce n'est plus le conjoint qui détient ce rôle. Lorsque les femmes arrivent, elles sont en crise, il faut les aider à se recentrer sur elles-mêmes, c'est-à-dire à identifier *leurs* besoins et ceux de leurs enfants. Parallèlement, les travailleuses s'efforcent de valoriser les femmes lorsqu'elles font des bonnes interventions auprès de leurs enfants. On leur a tellement dit qu'elles n'étaient pas de bonnes mères... De plus, les femmes immigrantes ou issues des communautés culturelles ont, parfois, à vivre le jugement des autres au sein des maisons d'hébergement, il est donc important d'intervenir aussi par rapport à ces questions en faisant preuve de souplesse, de polyvalence et de créativité.

Lors de la période d'échange, plusieurs participantes insistent sur l'importance de l'écoute, particulièrement en situation de violence psychologique parce qu'elle est plus difficile à identifier, ayant beaucoup à voir avec les perceptions. En ce qui concerne les victimes de viol, on doit être à l'écoute des mots et des maux tels qu'identifiés par les victimes elles-mêmes. On souligne aussi la nécessité, pour l'intervenante, de questionner ses propres attentes, par exemple lorsque la femme « y retourne » et que ça peut sembler décourageant. Ce que les femmes veulent, quand elles cherchent de l'aide, c'est qu'on comprenne leur souffrance, sans les juger, qu'on les aide à prendre un peu de recul sur leur situation et qu'on les voit comme des personnes entières, avec des rêves. À ce chapitre, une stratégie intéressante consiste à demander à la femme victime de violence d'écrire sur une feuille de papier où elle veut être dans un an et de ressortir le papier un an plus tard. Souvent, affirme Lucie Hénault, la personne est la première surprise de voir qu'elle a accompli bien des objectifs qu'elle s'était fixés !

La réalité des personnes aidantes

Lily Tremblay, directrice de l'Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)

Lily Tremblay a une Formation en gérontologie du Collège Marie-Victorin et de l'Université de Montréal et pratique de plus de trente ans auprès de retraités, d'ainés, de bénévoles et maintenant depuis deux ans auprès de proches aidants. Des expériences de travail variées dans divers milieux, que ce soit en loisirs, en centre communautaire pour aînés, ou en Centre hospitalier de longue durée (CHSLD). S'ajoute à cela une vie familiale qui permet de rester connectée aux diverses réalités des générations. Directrice de L'Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA) et présidente depuis peu du Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ), nous souhaitons avant toute chose une reconnaissance sociale des proches aidants qui se concrétise au-delà des mots.

-Texte rédigé par Madame Marie-Stéphane Bérubé-

Mise en contexte

Tout d'abord, nous ne sommes pas étonnées d'apprendre que la majorité des personnes aidantes est constituée de femmes. Ces femmes n'ont pas nécessairement fait le choix délibéré d'incarner le rôle « d'aidante ». Reconnues depuis toujours pour prendre soin des autres, pour soigner et pour aider, c'est donc dans la continuité des choses que lorsque vient le temps de prendre soin d'un ou d'une proche malade, cette responsabilité incombe aux femmes.

De nombreux facteurs sociologiques, économiques et démographiques tels que le vieillissement de la population, la chute du taux de natalité, les familles recomposées, l'augmentation des coûts de santé, la diminution de places dans les centres de santé de longue durée, le manque de médecins de famille, etc., ne font qu'accroître le nombre de personnes ayant besoin de soins. De plus, les gouvernements se fient dorénavant à ces ressources peu coûteuses pour pallier le manque d'effectifs dans les hôpitaux et les centres de santé à long terme.

La moyenne d'âge des proches aidantes oscille autour de 44 ans. On appelle cette génération les « femmes sandwich » car ces elles s'occupent à la fois de leurs enfants, de leurs parents et, souvent, aussi de leurs petits-enfants. De plus, ce triple emploi du temps est accompagné généralement d'un boulot à temps plein. Il faut noter le fait que les aidantes ne sont pas rémunérées pour les tâches accomplies à ce titre. Aussi, selon les statistiques, il est démontré que les femmes, qu'elles soient en bonne santé ou non, ont un revenu annuel moindre que les hommes.

Une caractéristique propre à la région de Laval, qui pourrait faire hausser le taux de détresse psychologique chez les femmes, serait l'isolement. Il est difficile, à Laval, en raison de la configuration urbaine, d'avoir une véritable vie de quartier, un sentiment d'appartenance, un réseau de solidarité entre les femmes. L'addition des facteurs d'isolement et la surcharge de travail, amène la question suivante : comment une proche aidante peut-elle réussir à concilier toutes ces sphères de sa vie sans se sentir exténuée, en perte de contrôle et indéniablement coupable de ne pas réussir à faire tout correctement ?

Or, il en résulte que l'on retrouve un niveau de détresse psychologique chez les aidantes naturelles 25%³¹ plus haut que chez les autres femmes.

La disponibilité et la capacité de prodiguer des soins envers ses proches, où le lien affectif est très important, fait appel à des ressources et des qualités intérieures comme le calme, la sérénité, l'empathie et l'écoute. Il est certain qu'au début de la relation «aidante-aidé», les aidantes sont munies de ces ressources et se dévouent corps et âme envers la personne malade.

Lorsqu'on considère que la durée de la fin d'une vie à la maison pour une personne malade se situe entre 3 et 5 ans (parfois encore plus longtemps), nous en arrivons vite à nous demander : « Comment fait-elle ? » et « comment le faire sans y perdre la motivation et le moral ? ».

Pistes de solution

Tout d'abord, selon Lily Tremblay, il est primordial que les aidantes naturelles ne se sentent pas isolées. Pour que leur expérience soit valorisante, ces personnes ont besoin de reconnaissance. Le travail qu'elles accomplissent doit être soutenu et reconnu autant par l'entourage immédiat que par la société et les gouvernements. Souvent à bout de souffle, les aidantes doivent prendre aussi en considération leur propre état de santé physique et mentale. Un répit s'impose donc quand il y a cas de surmenage et de stress. La recherche de l'équilibre doit être placée au même niveau que l'importance des soins à apporter à la personne malade. La création en 2002 de l'ALPA (Association lavalloise des personnes aidantes) est un bel exemple d'action concrète qui a pour but de donner une voix aux personnes qui prennent soin d'un proche. Ce type d'organisme devrait exister un peu partout au Québec afin de soutenir la cause des aidantes naturelles et promouvoir leur reconnaissance.

³¹ *Vieillesse et santé fragile, un choc pour la famille?* Avis du Conseil de la Famille et de l'enfance, 2004, page 58.

Comment briser l'isolement?

Femmes immigrantes et des communautés culturelles

Danae Savides, experte en ethnopsychiatrie et présidente du Carrefour d'interculture de Laval

Madame Savides est détentrice d'un baccalauréat et d'une maîtrise en travail social, ainsi que d'un baccalauréat en droit. Elle a été membre du Conseil du statut de la femme et est présidente du Carrefour d'Interculture de Laval depuis 5 ans. Au niveau professionnel, elle a travaillé près de 20 ans pour les Centres jeunesse où elle était co-thérapeute pour le service d'ethnopsychiatrie du Centre jeunesse de Laval.

-Texte rédigé par Madame Irène Tapsoba-

Résumé de la problématique

L'atelier a porté sur quatre principaux thèmes dont deux inhérents aux femmes immigrantes (le choc culturel et les barrières linguistiques) et deux autres inhérents à la société (la discrimination systémique et le problème d'accessibilité aux ressources). Toutefois, il faut noter que ces thèmes sont interreliés et sont souvent cause de détresse psychologique chez les femmes immigrantes.

Le choc culturel et l'isolement sont reconnus chez les femmes immigrantes comme les premières cause de la détresse psychologique à laquelle peuvent s'ajouter la violence conjugale et systémique. La société québécoise est une société pleine de valeurs et à leur arrivée, les femmes immigrantes ne s'y retrouvent pas, leurs valeurs étant souvent différentes de celles de la société d'accueil. On assiste donc très souvent à une perte d'identité, de repères. À cela s'ajoutent les barrières linguistiques qui font, entre autres, que les femmes n'arrivent pas à suivre le cheminement de leurs enfants à l'école. Elles sont souvent tiraillées par le simple fait qu'à l'école on enseigne à leurs enfants des valeurs différentes de celles de leur pays d'origine. De plus, la difficulté à parler la langue du pays d'accueil fait qu'il y a un problème de communication et rend difficile l'intégration économique et sociale des femmes immigrantes. Ce handicap les empêche d'aller vers les ressources que la société québécoise offre pour les aider.

Les discriminations basées sur certains aspects (physiques et autres), comme la couleur de la peau, le port du voile, l'origine ethnique, la perception de la sexualité et des agressions sexuelles, la non-reconnaissance des diplômes et des acquis constituent un choc culturel pour les femmes immigrantes.

Sur le plan privé, les femmes doivent concilier travail et famille. Faisant parties de l'héritage culturel, les tâches ménagères sont souvent perçues comme un rôle dédié à la femme et vouloir s'en émanciper est souvent source de conflit au niveau familial.

Les femmes peuvent être à la fois très combatives et très compréhensives. Elles s'arrangent souvent pour préserver leur foyer mais la quête de liberté aussi demeure présente chez ces femmes.

Enjeux pour les femmes

Gardiennes des traditions, les femmes immigrantes cherchent souvent à préserver ses valeurs et se faisant, elles peuvent être victimes de préjugés, comme il peut en être le cas avec le port du voile. Par exemple, on pense très souvent que le simple fait de porter le voile est un signe de soumission, d'aliénation, alors que celles qui le portent peuvent en penser tout autrement. En outre, les femmes issues des communautés noires sont souvent perçues comme des personnes vivant dans des conditions difficiles et ce, à cause de certaines images de pauvreté fortement médiatisées par certains organismes comme Vision Mondiale.

Par ailleurs, la perception des femmes immigrantes face à la sexualité n'est souvent pas la même que celle de la société québécoise. Pour plusieurs d'entre elles, ce sujet est tabou et elles en parlent très peu, alors qu'au Québec ce sujet est abordé auprès des enfants dès l'école primaire, ce qui provoque parfois un malaise chez ces femmes. De plus, ce qui est considéré comme étant une agression sexuelle ici peut être perçu autrement selon les perceptions. Aussi, les violences infligées aux enfants, comme le fouet, sont vues par certaines comme un effort pour corriger ceux-ci, alors que cet agissement est inacceptable ici. En général, le choc culturel influence le vécu des femmes et peut même les amener à s'isoler ou à rester dans leur propre communauté sans s'ouvrir aux autres.

Quelques participantes ont relevé que le problème de l'isolement n'était pas vécu seulement par les femmes immigrantes et que chez la plupart des Québécoises de plus de 50 ans ce phénomène est très présent. Elles ont souligné aussi le fait que l'on catégorise certains pays de barbares, de sauvages, et que certaines communautés culturelles sont perçues comme étant plus violentes, alors que la violence envers les femmes est un fait de société qui est vécu partout. L'expression d'un problème est souvent différente d'une culture à l'autre mais le fond reste le même et se résume le plus souvent à la souffrance. Selon les participantes, les femmes ont un dénominateur commun et il faut chercher à comprendre ce qui nous unit. Le degré de souffrance peut être différent parce que les femmes immigrantes sont souvent doublement discriminées en raison de leur origine ethnique. L'origine ethnique ne devrait pas être une entrave à la valorisation des traditions et des connaissances de ces femmes. Elles doivent être fières de transmettre leurs connaissances et leurs valeurs à leurs enfants et à leur entourage.

Malgré leur volonté, les femmes immigrantes sont souvent impuissantes face aux violences systémiques et certaines subissent de la violence au sein de leur famille sans faire appel à des ressources pour les aider.

Impacts sur la détresse psychologique des femmes

La discrimination systémique, la violence conjugale et le choc culturel sont des aspects qui influencent la santé mentale des femmes immigrantes. La quête de liberté et le besoin d'argent les amènent souvent à faire des travaux qui sont de nature très physique sans oublier qu'elles doivent conjuguer avec les tâches ménagères et l'éducation des enfants. La surcharge de travail devient souvent insupportable, affectant ainsi leur santé.

À cela s'ajoute, la détresse morale qui affecte les femmes quand elles exercent un métier qui n'est pas à la hauteur de leurs diplômes ou de leurs expériences professionnelles acquises dans leur pays d'origine.

Pistes de solution/ d'action

Au cours de l'atelier, les participantes ont dégagé plusieurs solutions pour favoriser un épanouissement des femmes issues des communautés culturelles.

La solidarité :

La plupart des participantes ont noté que pour briser l'isolement et pour aider les femmes victimes de violence, il faut développer un esprit de solidarité. Il faut que les femmes se créent des liens par le réseautage. Elles doivent se créer un bottin de ressources et apprendre à conjuguer avec la collectivité. Pour cela, il faut une interaction entre les cultures. Cette interaction permet d'avoir une connaissance de la culture de l'autre. Pour favoriser les échanges de culture, il est opportun de se créer des espaces, tels que des réunions et des dîners-rencontres. Pour les dîners-rencontres, chaque participante doit amener un plat de son pays d'origine et le faire connaître aux autres, par exemple. Le groupe doit être hétérogène (Québécoises d'origines et femmes immigrantes et issues des communautés culturelles) et toutes doivent se sentir à l'aise de poser des questions sur la culture de l'autre et doivent le faire avec beaucoup de respect. Il faut briser les barrières et apprendre à composer ensemble.

Par rapport aux femmes victimes de violence, il faut avoir de l'empathie pour ces dernières. Il faut mettre de côté son cadre de référence et regarder celui de l'autre. Enfin, il faut suivre le rythme de ces femmes, surtout en ce qui concerne les agressions sexuelles, parce qu'il s'agit souvent d'un sujet tabou pour elles.

La sensibilisation

Pour un Québec plus égalitaire, il faut montrer la richesse des communautés culturelles et ne pas montrer uniquement les aspects négatifs; les communautés culturelles ne doivent pas être étiquetées comme vecteurs de problèmes. En somme, il faut briser les préjugés à l'égard des communautés culturelles et les intervenantes et intervenants du milieu scolaire et du réseau de la santé et des services sociaux doivent être formés en ce sens. Pour répondre aux besoins des femmes en détresse et permettre à ces dernières de se sentir en sécurité et de briser les barrières linguistiques, il faudrait privilégier l'embauche de personnels issus des communautés culturelle. À cet effet, le gouvernement doit renforcer les programmes d'accès à l'égalité pour les femmes immigrantes.

La toxicomanie, facteurs de vulnérabilité à la détresse psychologique et À la toxicomanie des femmes, une solution toute féminine : l'intervention féministe

Paulette Guinois, directrice de la Maison Paulette Guinois de Laval

Paulette Guinois œuvre dans le domaine de la toxicomanie depuis plus de trente ans. Elle exerce d'abord sa profession comme infirmière en centre hospitalier puis auprès d'une clientèle toxicomane pour se diriger ensuite vers l'intervention. Elle s'intéresse à la psychologie, spécifiquement aux approches humanistes et suit une formation en Gestalt, en Analyse transactionnelle, en thérapie familiale (approche systémique) puis en programmation neuro-linguistique et enfin en thérapie d'impact. Elle fonde en 1982. La Maisonnée d'Oka qui accueille une population mixte de toxicomanes. Féministe dans l'âme, en 1986, elle ouvre un programme spécifique pour femmes dans un deuxième pavillon donnant ainsi sa caractéristique à la Maisonnée d'un exclusif pour hommes et pour femmes

Nancy Bélanger, coordonnatrice à la Maison Paulette Guinois de Laval

Nancy Bélanger travaille actuellement à titre de coordonnatrice à la Maisonnée Paulette Guinois de Laval où elle y œuvre en tant qu'intervenante depuis cinq ans. Madame Bélanger est détentrice d'un Baccalauréat ès Sciences et a travaillé douze années comme instructrice pour Ambulance St-Jean où elle était officière à la formation.

-Texte rédigé par Madame Julie Thérout-Séguin

Résumé de la problématique

La Maisonnée Paulette Guinois de Laval est une ressource d'hébergement pour les femmes et les hommes qui font face à des problèmes de toxicomanie et à d'autres dépendances (alcool, médicaments, jeu). Après une brève présentation de la Maisonnée, les intervenantes ont fait un exposé en deux parties. La première est une réflexion sur les facteurs de vulnérabilité rencontrés spécifiquement chez les femmes puis sur les conséquences de la dépendance. En deuxième partie (après-midi), les intervenantes ont approfondi les solutions féministes mises en place par la Maisonnée et les objectifs poursuivis par le traitement de 21 jours. Cet atelier aura permis de mieux connaître les enjeux spécifiques à la dépendance chez les femmes et ses impacts sur leur détresse puis sont abordées les pistes de solutions proposées par les intervenantes.

Enjeux pour les femmes

Les intervenantes rappellent d'abord qu'il existe peu de modèles positifs auxquels peuvent se référer les femmes en situation de dépendance. Pourtant, ces modèles favoriseraient l'estime de soi et orienteraient leur vie autrement. Ces femmes ne veulent pas reproduire la vie de leur mère qui représente un des seuls modèles auxquels elles peuvent s'identifier; de plus, elles ont souvent des relations conflictuelles avec elle. L'absence de modèle nuit à l'estime que ces femmes ont d'elles-mêmes. L'absence de figures positives les amène à croire que le contexte difficile dans lequel elles évoluent est le seul qu'elles peuvent connaître et qu'elles ne peuvent espérer une vie meilleure.

Si, par ailleurs, elles n'ont jamais eu de relations significatives (un conjoint/conjointe aidante, un parent proche, un/une professeure, une intervenante...) elles n'ont rien à quoi s'accrocher. Elles sont alors à la poursuite de quelque chose afin de satisfaire un manque, sans toutefois avoir la possibilité d'identifier quel est véritablement ce manque.

Pour bien comprendre cette quête et ce qu'elle entraîne, il faut d'abord expliciter le cercle vicieux engendré par la toxicomanie. Les femmes qui arrivent à la Maison Paulette Guinois sont souvent des femmes ayant de multiples dépendances. Ce sont des toxicomanes ayant des problèmes de santé mentale, qui consomment à la fois des drogues, des médicaments, de l'alcool et qui ont souvent des dépendances affectives. Elles ont besoin d'argent pour se payer drogue et alcool ce qui souvent les amène vers la prostitution, milieu où il y a beaucoup de consommation. Elles sont prises dans un engrenage qui fait perdurer leurs dépendances.

Un élément qu'il est important de souligner est que les femmes arrivent souvent dans des états physiques et psychologiques beaucoup plus graves que les hommes. Elles arrivent plus malades, plus épuisées et leur réseau social s'est complètement effrité. Ainsi, le chemin de la guérison est plus long à parcourir et le jugement extérieur est d'autant plus lourd à porter. Les femmes toxicomanes vont aller vers des ressources d'aide beaucoup plus tardivement que les hommes et elles vont recevoir très peu de support de la part de leur entourage pour entamer ces procédures. Ce qui signifie aussi qu'il n'y a personne pour leur fournir un support matériel (venir les reconduire ou les chercher, s'occuper de leur appartement, prendre en charge les enfants...). De plus, la dépendance est jugée beaucoup plus sévèrement pour les femmes. Elles sont par conséquent plus isolées et leur réseau social semble s'être complètement morcelé au moment où elles viennent chercher de l'aide.

Le jugement qu'on leur porte entraîne une diminution des rapports avec leur entourage, leur stigmatisation et une réduction extrême de leur personnalité. La plupart des gens – famille, voisinage, intervenants des services de santé – ne les considèrent que comme des « putes », des « droguées » ou des « alcooliques ». Cela ne permet pas à ces femmes de regagner une confiance en elles et de voir les autres facettes de leur personnalité. Cette stigmatisation semble être spécifique aux femmes puisque les hommes jouissent, de façon générale, de la fidélité de leur réseau social, même dans les cas de fortes dépendances aux drogues. Leurs conjointes vont habituellement s'occuper des enfants, s'il y en a, de leur vie matérielle, et vont favoriser leur réinsertion dans la société. Ce qui n'est pas le cas pour les femmes. L'entourage, signalait Nancy Bélanger, attend que la femme revienne à la maison pour reprendre son rôle de mère ou d'épouse, qu'elle redevienne comme avant pour refaire les tâches qu'on lui attribue.

Ainsi, les attentes envers les femmes sont très différentes de celles envers les hommes, ce qui accentue le sentiment de culpabilité des femmes et la difficulté à accepter de prendre du temps pour elles-mêmes. Cette culpabilité n'émerge pas seulement en raison des difficultés que les femmes n'arrivent pas à surmonter, elle est souvent le fruit d'un apprentissage social inculqué aux femmes en général. Le désir d'accomplir le rôle traditionnel des femmes est aussi un couteau à double tranchant selon les intervenantes.

Si elles ne peuvent plus s'occuper de leurs enfants et, comme les conjoints sont absents la majorité du temps, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) prendra en charge les enfants. Le fait de perdre la garde de ses enfants est le dernier élément qui sape la confiance de ces femmes, d'autant plus qu'une fois les enfants placés en famille d'accueil, les femmes vont très rarement en recouvrer la garde. Elles voient donc comme un échec leur incapacité à jouer leur rôle de mère puis elles se sentent incapables de se projeter dans un quelconque autre rôle social ou une réussite individuelle.

Impacts sur la détresse psychologique des femmes

Les impacts sur la détresse psychologique des femmes sont multiples. Le jugement social très lourd auquel elles font face est un élément clé pour la compréhension de la détresse psychologique des femmes toxicomanes. Le peu d'estime qu'elles ont d'elles-mêmes les pousse à accepter l'inacceptable. Considérant qu'elles ne peuvent espérer mieux, elles s'enlisent dans des relations étouffantes mais qui leur permettent d'éviter la solitude. De plus, elles vont souvent nier les problèmes qui sont à la source de leurs dépendances ce qui ne leur permet pas de déconstruire leur conception de la réalité et de se sortir des relations humiliantes qu'elles subissent.

En plus de vivre une forte dépendance à l'alcool ou aux drogues, ces femmes se voient trop souvent prescrire des médicaments. Dans de nombreux cas, les professionnels de la santé posent des diagnostics hâtifs sur la santé mentale de ces femmes sans nécessairement prendre en considération la situation de toxicomanie. Il va sans dire que ces diagnostics vont les suivre toute leur vie. Plusieurs d'entre elles ont effectivement des troubles de santé mentale, toutefois, un diagnostic inadapté risque fort de ne pas stabiliser leur état tout en leur imposant une médication inadéquate et parfois puissante. Il semble aussi que les professionnels de la santé portent un lourd jugement sur les femmes toxicomanes ce qui fait qu'elles sont souvent laissées à elles-mêmes très longtemps avant que l'on ne s'occupe d'elles et ce, malgré leur évidente souffrance. Par contre, on va leur fournir des prescriptions assez rapidement, comme pour « *s'en débarrasser* », nous faisait remarquer une participante. Pourtant, plusieurs femmes toxicomanes ont des idées suicidaires et font face à de graves dépressions qu'il est urgent de traiter adéquatement. Ces dépressions sont souvent dues à leur incapacité à voir une autre réalité que celle dans laquelle elles sont plongées depuis de nombreuses années, ce qui leur donne très peu d'espoir sur leurs possibilités d'avenir.

Le manque de coordination entre les services de soins de santé soulève un autre point d'importance soit celui qu'une femme toxicomane est le plus souvent envoyée dans une des maisons de désintoxication mais ces dernières ne sont pas outillées pour faire face aux troubles de santé mentale. Inversement, les services s'adressant particulièrement aux femmes en situation de détresse psychologique n'assureront pas nécessairement de suivi au niveau de la toxicomanie. Ce qui fait qu'elles sont souvent ballottées d'une institution à l'autre sans qu'il n'y ait un suivi adéquat. La plupart du temps l'antidote proposé dans les cas de détresse psychologique, nous dit Mme Guinois, est la surmédicalisation ce qui fait entrer les femmes une fois de plus dans le cercle de la consommation et de la négation des problèmes fondamentaux.

Finalement, la honte et la culpabilité causées par la consommation de drogue, d'alcool et de médicaments et l'incapacité de « *consommer comme tout le monde* » font en sorte que les femmes elles-mêmes vont couper les ponts avec leur entourage et se retrouver seules. L'isolement semble à la fois être un des enjeux pour les femmes et aussi avoir un impact sur leur détresse psychologique. Se retrouvant seules, elles n'envisagent pas de meilleures situations et n'ont personne pour les aider ou les référer à des ressources d'aide. Elles ont un sentiment de rejet qui provient parfois de situations antérieures à leur situation actuelle.

Pistes de solution, pistes d'action

La Maison Paulette Guinois favorise une approche féministe afin d'encadrer les femmes toxicomanes qui arrivent au centre. Cela signifie d'abord que les interventions sont faites uniquement par des femmes et ce, dans des groupes non mixtes. On évite ainsi la réitération de rapports hommes/femmes pré-existants où les femmes vont accorder plus d'importance à la parole masculine ce qui n'encourage pas forcément la réflexivité. La dynamique à l'intérieur des groupes mixtes les entraîne le plus souvent dans des relations paternalistes qui répètent les *patterns* de la dépendance et n'encouragent ni l'autonomisation, ni l'accroissement de leur confiance en elles. Pour éviter les rapports paternalistes entre intervenants et clientes, la Maisonnée offre un espace non mixte où les femmes peuvent partager leur vécu et discuter de leurs réalités communes sans attendre une réponse extérieure. L'approche féministe de la Maisonnée amène aussi les femmes à prendre conscience de leur propre pouvoir, de leur potentiel et aussi des multiples rôles qu'elles peuvent jouer au quotidien.

Cette approche est jumelée à un espace qui veut favoriser la solidarité entre femmes dans une ambiance d'ouverture. La Maisonnée les accueille sans jugement et le séjour de 21 jours est surtout axé sur l'encadrement des femmes afin de leur permettre d'avoir de meilleures habitudes de vie au quotidien (cuisiner, bien manger, dormir à des heures régulières, faire de l'exercice...). Le but de ce type de traitement est avant tout de favoriser une réhabilitation globale et de briser le cycle de la consommation en vivant dans une atmosphère de respect et de partage. Dans cet espace de partage, les femmes peuvent exprimer librement leur vécu et, souvent, la violence qu'elles ont subi. Cela leur permet, dans un premier temps, de se libérer de la culpabilité et de la honte qui les habitent. Et, dans un deuxième temps, elles sont inévitablement amenées à briser leur isolement grâce au partage avec d'autres femmes et avec les intervenantes. « *On est pas là pour les prendre en charge mais pour les encadrer afin qu'elles se prennent en charge elles-mêmes et qu'elles deviennent autonomes* » nous dit clairement Paulette Guinois.

Pour ce faire, les intervenantes vont surtout questionner les désirs des femmes plutôt que de leur donner des conseils ou leur faire part de leur opinion sur telle et telle situation. Le rôle des intervenantes est de leur faire prendre conscience de leurs capacités en les encourageant dans leurs petites réussites quotidiennes. Cette approche va être utilisée aussi bien dans les interventions individuelles que dans les ateliers de groupe et dans la vie communautaire de la Maisonnée.

Au niveau individuel, les femmes bâtissent avec l'intervenante un plan d'intervention qui va leur permettre de faire de petits changements et les entraîner à faire des choix dans leurs activités quotidiennes. Le plan d'intervention permet aux femmes de construire des projets qui leur ressemblent vraiment. Cela les amène à dépasser l'image d'elles-mêmes que leur renvoyait jusqu'ici la société. Ce plan assure aussi un suivi de deux ans auprès des résidentes; la durée de la démarche permet aux femmes de bien voir les changements qui se sont opérés dans leur vie depuis le début du séjour.

Dans les rencontres de groupes, les intervenantes vont favoriser la remise en question des rôles féminins traditionnels comme unique façon pour les femmes de se réaliser et faire en sorte qu'elles soient partie prenante dans la construction de leur propre identité. Ces rencontres ont aussi pour but d'identifier et de démystifier les rôles ou les *patterns* qu'elles incarnent - comme celui du sauveur/victime ou du persécuteur/victime- et qui leur nuisent. En identifiant ces rôles, il leur est alors possible de s'en distancier puis d'éviter de telles relations. Cette démarche de groupe privilégie l'approche par petits pas, c'est-à-dire une prise de conscience effectuée au rythme des femmes. Finalement, la vie communautaire favorise le règlement des conflits par la discussion plutôt que d'essayer de les contourner. Ce faisant, elles se reconnaissent la capacité d'affronter certaines situations de désaccord sans confrontation ou de sentiment d'échec.

L'approche féministe est vraiment tout indiquée pour les femmes toxicomanes et permet non seulement de briser le cercle de la consommation, mais d'approcher certaines des problématiques qui peuvent être au cœur de la détresse psychologique des femmes. En terminant, Paulette Guinois nous faisait part de la particularité de l'intervention à Laval comparativement à d'autres centres urbains. Sa réflexion portait sur l'image que veut avoir Laval soit celle d'une banlieue riche. Cette image pèse sur les femmes toxicomanes; elles se sentent davantage marginalisées et rejetées dans cette ville où, dit-on, il n'y aurait pas de pauvreté. Ainsi, la négation de certaines réalités touche ces femmes de Laval qui font face à ce tabou.

Le traitement alternatif, une réponse à la souffrance des femmes

Pauline Lacroix, directrice générale de la ressource alternative L'Entre-Deux

Pauline Lacroix est, depuis 1994, directrice générale de la ressource alternative l'Entre-Deux, une maison de thérapie avec hébergement pour femmes souffrant de dépression, située à Longueuil. Titulaire d'un baccalauréat en psycho-sociologie et formée dans diverses approches psychothérapeutiques, elle a été psychothérapeute, en bureau privé, durant plus de dix ans et a été formatrice au cégep Maisonneuve dans les années 1990. De 1996 à 2002, elle a participé à un comité Femmes et santé mentale du RRASMQ et a contribué à l'élaboration du document « Les balises pour une intervention respectueuse des femmes » en 1998. Depuis 1998, elle participe au comité traitement du RRASMQ qui a comme mandat, entre autre, de faire reconnaître le traitement alternatif. Elle a rédigé en 2001 un chapitre sur l'Entre-Deux dans un ouvrage intitulé « Les ressources alternatives de traitement » sous la direction de Yves Lecomte et Jean Gagné.

-Texte rédigé par Madame Mercédès Baillargeon-

Cet atelier a réuni une trentaine de femmes désireuses d'en apprendre davantage sur les modes de traitement alternatif de la détresse psychologique. La présentation a eu lieu sous la forme d'une discussion au cours de laquelle Madame Pauline Lacroix, directrice générale de la ressource alternative l'Entre-deux, nous a présenté les particularités de sa maison d'hébergement fondée en 1983.

La clientèle

La majorité des femmes reçues à la maison l'Entre-deux souffrent d'une dépression majeure. Plusieurs d'entre elles ont tenté de s'enlever la vie et ce, souvent, à plus d'une reprise. Elles sont suivies en psychiatrie et prennent des médicaments. La plupart du temps, un CLSC ou un-e spécialiste de la santé mentale les réfère à l'organisme. Cependant, il est important que ces femmes aient choisi librement de venir séjourner à l'Entre-deux afin d'être capables de s'investir pleinement dans leur guérison. Il arrive aussi que l'organisme accueille des femmes qui n'ont jamais été diagnostiquées en psychiatrie, mais qui souffrent du mal de vivre. Bref, L'Entre-deux reçoit toutes les femmes qui ont besoin de travailler sur elles-mêmes afin de reprendre leur vie en main. Par contre, les femmes fortement médicamentées et ayant perdu le contact avec la réalité ne sont pas admises ainsi que celles qui ont des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues; ce type de clientèle exige une démarche différente que celle que l'organisme propose. En outre, il est important que ces femmes soient capables de cohabiter et de s'intégrer à un groupe puisque le centre leur propose avant tout un milieu de vie.

Le programme

Il s'agit d'un programme de trois mois à l'interne avec un suivi d'un mois à l'externe. La maison a la capacité d'accueillir douze femmes à la fois, en continu. Il en coûte 130\$ par semaine incluant les frais pour la thérapie, l'hébergement et la nourriture.

La plupart des femmes viennent de la région de la Montérégie, mais il arrive à l'occasion que quelques places se libèrent; Pauline Lacroix fait alors appel à une liste d'attente pour la région de Montréal. En effet, il s'agit de la seule ressource alternative en santé mentale au Québec à offrir une thérapie intensive en maison d'hébergement exclusivement réservée aux femmes. La directrice de l'établissement tient d'ailleurs à offrir des services non mixtes, la majorité de leur clientèle ayant vécu des relations abusives avec certains hommes. De plus, il serait néfaste pour la thérapie qu'un rapport de séduction se développe entre résidents. Par contre, il n'est pas question d'un isolement *ad vitam æternam*; selon Pauline Lacroix, ces femmes ont besoin de se retrouver entre elles afin de reprendre des forces. Au surplus, les femmes et les hommes partagent deux réalités distinctes, si ce n'est qu'en raison de leur éducation différente. L'approche de l'Entre-deux tient donc compte de nos connaissances sur l'expérience sexuellement différenciée des femmes et de leurs blessures plus spécifiques.

La cohabitation de douze femmes en thérapie de groupe peut être très bénéfique puisqu'elle favorise des liens d'entraide et d'amitié. Cependant, mettre en relation ces femmes vulnérables, issues de milieux différents et possédant toutes leur propre personnalité peut aussi générer des conflits. Il est évident que les résidentes portent toutes en elles une grande colère; malgré cela, elles doivent apprendre à gérer ce genre de situation et à faire la différence entre la colère, l'agressivité et la violence. Ainsi, les intervenantes les encouragent à s'affirmer et à le faire de façon positive.

La thérapie

Au niveau de la thérapie proprement dite, l'organisme privilégie une approche psychologique prenant en compte aussi certains aspects sociaux. Les intervenantes cherchent à donner la parole à ces femmes afin qu'elles s'expriment sur ce qu'elles vivent. Leur rôle est de les aider à se comprendre; souvent, les résidentes sont dans un état dépressif, et elles ont tendance à se blâmer et à se culpabiliser pour la situation dans laquelle elles se trouvent. À travers l'histoire personnelle de chacune, il est possible de réaliser quelles blessures elles ont subies. La thérapie accorde une attention particulière à la petite enfance, qui permet souvent de comprendre les failles dans le développement de leur identité, ces femmes étant blessées dans tout leur être, tant au plan physique et psychique. Selon l'animatrice, leurs blessures continueront de s'accumuler tant qu'elles ne s'arrêteront pas pour regarder ce qui se passe dans leur vie ainsi que leurs propres comportements et réactions. En somme, l'Entre-deux priorise une démarche qui se situe au niveau de l'analyse, de la compréhension et de l'introspection afin que les femmes prenant part à cette thérapie puissent comprendre ce qui les pousse à adopter tel ou tel comportement.

Le programme comporte plusieurs volets qui, au fur et à mesure, amènent les femmes à s'ouvrir sur leur expérience personnelle et à réfléchir sur elles-mêmes. Il existe, entre autres, un atelier centré sur la parole. Cette activité se fait en deux sous-groupes de six personnes afin de favoriser l'ouverture.

Les autres ateliers ont lieu en groupe de douze : l'*art-thérapie* permet aux femmes de s'exprimer à travers différents médiums afin d'apprendre sur elles-mêmes; l'*écriture-thérapie* est une autre façon de travailler sur soi et de bâtir une bonne estime à travers des talents artistiques cachés; la *drama-thérapie* permet aux femmes, à travers des mises en situation, d'apprendre sur elles-mêmes; l'atelier de conscience corporelle leur permet de se rapprocher de leur corps et de leurs perceptions physiques. Il s'agit d'un exercice difficile pour la plupart des résidentes puisque plusieurs d'entre elles ont été physiquement blessées et battues et ont plus de mal à se concentrer sur les sensations de leur corps. Finalement, les femmes doivent assister tous les soirs à un atelier de relaxation.

Le suivi

Depuis quelques années, l'organisme offre aussi une période de suivi d'un mois à l'externe. Lorsque les femmes quittent l'Entre-deux après leur séjour, elles sont encore très fragiles : par exemple, plusieurs sont encore médicamenteuses et le fait de rentrer seules chez elles étaient un choc beaucoup trop grand. Grâce à une subvention, l'Entre-deux peut maintenant offrir une aide sur une période beaucoup plus longue pouvant aller jusqu'à huit mois. Cela permet aux femmes d'intégrer dans leur quotidien tous les apprentissages qu'elles ont faits en maison d'hébergement. D'ailleurs, la clientèle apprécie beaucoup ce suivi en externe, qui diminue le nombre de rechutes. Cependant, il s'agit d'une subvention non récurrente alors il est difficile de savoir s'il sera possible de continuer à offrir ce service.

L'équipe

Pour ce qui est des intervenantes, il est important pour elles d'avoir un bon esprit d'équipe. L'intervention se faisant 24 heures sur 24 et sept jours par semaine, chaque résidente travaille auprès de plusieurs thérapeutes; il est donc nécessaire d'avoir une certaine cohésion dans le groupe. Par ailleurs, les thérapeutes étant l'outil principal en intervention, Pauline Lacroix se soucie aussi de leur santé mentale. Ainsi, un consultant externe rend visite à l'équipe deux fois par mois pour éviter le phénomène du contre-transfert. Afin de pouvoir évoluer comme thérapeute, elles ont besoin de rester en contact avec leurs propres émotions pour que la limite entre soi et l'autre ne se brouille pas. Il est fréquent de voir des intervenantes s'identifier aux femmes avec lesquelles elles travaillent et vouloir vivre certaines expériences à travers elles; ce genre de situations peut être périlleux et mener à l'épuisement professionnel. Il est donc nécessaire de bien encadrer l'équipe et de lui offrir un bon support psychologique afin de s'assurer de son bien-être.

Feed-back

Les réactions par rapport au programme offert à l'Entre-deux sont très positives. Lorsqu'elles quittent la maison d'hébergement, les résidentes sont invitées à remplir un questionnaire dans le but d'évaluer leurs propres progrès ainsi que les services qu'elles ont reçus pendant leur thérapie. Par la suite, l'équipe d'intervenantes utilise ces résultats afin de s'adapter à la demande des femmes.

En somme, il en ressort que peu importe l'énergie et le temps que peuvent donner les intervenantes, ces femmes auraient voulu en avoir encore plus. Par contre, il nous faut admettre que les intervenantes ont leurs propres limites. De plus, il faut garder en tête qu'il n'y a pas de solution magique qui leur enlèvera leur souffrance; l'objectif de l'Entre-deux est d'aider ces femmes à faire un apprentissage afin qu'elles comprennent leur passé et qu'elles apprennent à vivre avec elles-mêmes. Il est donc évident qu'un tel travail ne se fait pas sans accrocs ni frustrations.

En somme, les femmes lavalloises ont montré un grand intérêt pour ce type d'initiatives et souhaiteraient beaucoup voir une telle ressource alternative implantée dans leur région. Or, ce ne sera pas sans devoir surmonter plusieurs difficultés, particulièrement pour ce qui est de sensibiliser les sphères du pouvoir au réel besoin d'une telle initiative. Malgré ce constat, les participantes demeurent optimistes en faisant valoir que ce type de projets doit nécessairement prendre racine dans l'expérience très concrète des intervenantes sur le terrain. En outre, chaque lutte gagnée par le passé l'a été grâce à des femmes comme elles qui se sont battues avec succès pour défendre leurs idées et pour améliorer la situation de l'ensemble des femmes.

L'inclusion, la réponse à un environnement producteur de détresse psychologique

Femmes et limitations fonctionnelles

Chloé Serradori, directrice générale de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Chloé Serradori est directrice générale de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN). Elle milite depuis plus de 25 ans pour l'inclusion et la défense individuelle et collective des droits des personnes. Ses premiers engagements sociaux ont été faits auprès d'enfants maltraités, de personnes toxicomanes, de jeunes, de personnes vivant avec une « déficience intellectuelle » et de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Depuis ces 9 dernières années, elle travaille avec des personnes ayant des limitations fonctionnelles motrices, organiques, neurologiques, troubles d'apprentissage, intellectuelles, visuelles, auditives, parole et langage et santé mentale afin que celles-ci exercent leur participation citoyenne pleine et entière. L'expertise des personnes ayant des limitations fonctionnelles, leur participation, leur représentation et la mobilisation de celles-ci face aux grands enjeux de la société ainsi que l'éducation populaire autonome sont des moyens permettant à la fois, de lutter contre les discriminations directe, indirecte, systémique et intersectionnelle qu'elles vivent mais également de créer un mouvement de transformation sociale permettant une réelle inclusion basée sur le droit à l'égalité.

-Texte rédigé par Madame Mercédès Baillargeon-

Trouver la cause réelle de la détresse psychologique

La Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) est un organisme chapeautant les activités des groupes régionaux et provinciaux de défense des droits des personnes handicapées. La COPHAN milite en faveur d'interventions sur l'environnement – au sens large du terme – de façon à inclure dans les activités de la société les personnes avec des limitations fonctionnelles. En effet, il est question d'inclusion et non d'intégration. Généralement, le fonctionnement de la société est planifié en tenant compte de la réalité des personnes dites « normales », celles avec des limitations y sont ensuite intégrées; plutôt, nous devrions plutôt aborder cette question différemment et permettre à la société d'accueillir tous ses citoyens sans compromis.

Quant aux femmes avec des limitations fonctionnelles plus spécifiquement, nous avons souvent tendance à penser qu'elles vivent une plus grande détresse psychologique. Il est clair que le fait d'avoir des limitations fonctionnelles peut amener des obstacles supplémentaires qui, eux-mêmes, peuvent entraîner l'exclusion de ces femmes. Dans cette perspective, le fait d'avoir une limitation fonctionnelle n'est pas toujours un facteur de vulnérabilité; par contre, l'exclusion pouvant découler de la limitation pourrait, elle, entraîner une plus grande détresse psychologique. De plus, les formes de discriminations dont sont victimes ces femmes sont de plus en plus nombreuses, car malgré les obstacles sont toujours présents et que la société en crée de nouveaux. C'est ainsi qu'elles se retrouvent dans une situation de handicap qui occulte le fait qu'elles sont d'abord et avant tout des femmes à part entière.

Identifier certains facteurs de vulnérabilité

Les femmes avec des limitations fonctionnelles vivent, dans bien des cas, une situation de précarité et elles sont donc plus vulnérables à de nombreux facteurs de détresse psychologique : la majorité d'entre elles ont moins d'une neuvième année de scolarité; leur taux de monoparentalité est plus important; elles vivent davantage dans la pauvreté; et ont un accès limité au marché du travail³². La détresse psychologique se manifeste souvent chez ces femmes par l'isolement, la souffrance, la difficulté à accomplir des tâches quotidiennes, la toxicomanie, des problèmes de santé mentale, de violence, de pauvreté, etc.

Agir sur l'environnement pour trouver des solutions

Pour Chloé Serradori, il est important de supprimer les obstacles environnementaux – sociaux, familiaux, politiques, culturel, professionnels – présents dans notre société qui sont autant de facteurs de détresse psychologique. Non seulement faut-il trouver une solution aux obstacles déjà existants, mais il faut aussi s'assurer que les décideurs n'en créent pas d'autres, consciemment ou non. Nous pourrions dire que nous avons une « obligation d'accommodement » envers les femmes avec des limitations fonctionnelles. D'ailleurs, cette stratégie avait été utilisée par les femmes dans leur lutte pour l'égalité des sexes afin de mettre en place des services facilitant leur accès à la sphère publique et au marché du travail. En outre, il est évident que l'inclusion des femmes avec des limitations fonctionnelles entraîne des coûts supplémentaires; or, nous avons le devoir d'inclure ces femmes dans toutes les sphères de la société tandis que, présentement, nous leur refusons, de manière implicite, le droit l'exercice d'une pleine citoyenneté. Il s'agit là du prix à payer pour le droit à l'égalité, comme le note l'animatrice.

Mieux informer pour mieux comprendre

Selon Chloé Serradori, il est nécessaire de sensibiliser la population en général mais aussi les différents organismes sociaux et communautaires à la réalité que vivent les femmes avec des limitations fonctionnelles. En effet, la société en général – que ce soit le monde du travail, les syndicats, le milieu académique, etc. – a besoin d'être informée afin de mieux comprendre les besoins de ces femmes. Une participante soulève le fait que beaucoup de préjugés et de mythes subsistent à l'endroit des femmes avec des limitations fonctionnelles. Lorsqu'elle se trouve en public avec sa sœur paraplégique elle sent le regard des gens autour d'elle qui, inconsciemment peut-être, ne peuvent s'empêcher de la regarder différemment, ce qui crée une pression sociale importante. Selon Chloé Serradori, la société entretient deux clichés sur la femme avec des limitations fonctionnelles : soit elle est l'héroïne ou soit celle qui fait pitié. Si elle parvient à passer outre sa limitation et réussit à assumer son rôle de femme, le poids de son handicap diminuera.

³² Les personnes avec des limitations fonctionnelles sont deux fois moins actives sur le marché du travail que la moyenne de la population. Cette proportion est encore plus importante chez les femmes.

D'une autre façon, comme le font remarquer certaines participantes, plusieurs préjugés subsistent aussi dans le milieu communautaire. Pour plusieurs intervenantes, il est difficile de percevoir les femmes avec des limitations fonctionnelles comme des femmes à part entière; elles ont l'impression de perdre leurs moyens lorsqu'elles sont en leur présence. Une participante, qui travaille dans un centre d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale soulève le fait que les intervenantes sont très mal informées des besoins de ces femmes et qu'elles sont très mal outillées pour y répondre. Par exemple, elle a accueilli dernièrement une femme accompagnée d'un enfant autiste et elle ne savait pas du tout quoi faire pour rendre l'environnement sécuritaire pour lui. Chloé Serradori renchérit : en effet, il est important que les intervenantes travaillant dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) reçoivent de l'information sur les différentes limitations fonctionnelles et ce, tant au niveau de leurs études universitaires qu'en formation continue. D'ailleurs, la CPHAN travaille présentement à la préparation d'un guide pour les CALACS afin de faciliter l'accueil des femmes avec des limitations fonctionnelles.

Faciliter l'accès physique des lieux

Une autre manière de favoriser l'inclusion des femmes avec des limitations fonctionnelles est de leur assurer l'accès physique aux lieux. Une participante, qui travaille dans une maison d'hébergement assez récente raconte qu'au moment de la construction du bâtiment, on a dû couper dans les coûts alors on a décidé d'éliminer la rampe d'accès pour les fauteuils roulants. Comme le fait remarquer Chloé Serradori, il serait possible, par exemple, de concevoir les plans d'un édifice en mettant une petite pente à l'entrée plutôt que trois marches. De plus, cela faciliterait l'accès pour d'autres femmes, comme celles avec des poussettes et les personnes âgées. Dans cette perspective, il est nécessaire d'ajouter à toutes les demandes de subvention qu'une partie du financement sera dédiée à l'accommodement et à l'accessibilité universelle afin de s'assurer d'avoir les ressources financières nécessaires. Cependant, cela ne garantit rien puisque le gouvernement a tendance à accorder ce genre de subventions seulement aux organismes s'adressant aux personnes handicapées, ce qui peut avoir un effet très pervers et ne fait que renforcer l'exclusion des femmes avec des limitations fonctionnelles.

Travailler en partenariat

Chloé Serradori suggère que les différentes instances gouvernementales travaillent en partenariat afin de faciliter l'accès aux ressources pour les femmes avec des limitations fonctionnelles. En effet, le fait que les ministères et les services fonctionnent en silo vient créer d'autres facteurs pouvant augmenter la détresse psychologique. Les différents partenaires doivent absolument communiquer entre eux afin d'assurer une certaine harmonisation des services offerts et des endroits qui accueillent ces femmes. De plus, les femmes avec des limitations fonctionnelles partagent des réalités fort différentes : certaines sont issues des communautés culturelles, d'autres sont lesbiennes, elles sont plus jeunes ou plus âgées, etc. Même à l'intérieur d'une même limitation, il existe d'importantes variations. Ainsi, elles peuvent vivre des situations très variées qui les obligent à recourir à différentes ressources oeuvrant toutes isolément.

Par contre, les femmes avec des limitations fonctionnelles sont, dans tous les cas, le plus souvent référées à un organisme travaillant auprès des personnes handicapées. L'animatrice nous met en garde : en prenant toujours les voies d'évitement de cette manière, par exemple en passant par le centre d'intégration des personnes handicapées au lieu du centre local d'emploi, ces femmes n'accéderont jamais au marché du travail par la porte traditionnelle ce qui les place dans une situation d'exclusion dès le départ. Au total, la représentation en terme d'embauche et dans les lieux de pouvoir, comme les conseils d'administration et les comités, ne sont-ils pas les meilleurs exemples d'inclusion.

Écouter les femmes avec des limitations fonctionnelles

Chloé Serradori nous rappelle que l'amélioration de la qualité de vie des personnes avec des limitations fonctionnelles se trouve au coeur de la mission de la COPEN. Selon elle, il est important pour nous d'adopter une attitude d'ouverture favorisant le dialogue. En effet, nous devons prendre le temps de les écouter et respecter leurs besoins. Compte tenu de l'hétérogénéité des différentes limitations, il est d'autant plus important de se fier à leur expertise; elles seules peuvent nous décrire leur réalité afin que nous soyons plus aptes à les aider. En somme, il importe que toute personne souffrant de détresse psychologique se sente accueillie et respectée.

Au final, Chloé Serradori nous rappelle que les femmes avec des limitations fonctionnelles sont avant tout des femmes qu'il leur arrive, comme toute les femmes, de vivre de la détresse psychologique. Par contre, plutôt que de focaliser sur les limitations fonctionnelles en tant que facteurs de détresse psychologique, nous devons modifier notre perspective afin de voir de quelle manière cette détresse psychologique est créée par différents obstacles environnementaux. Ce n'est qu'en effectuant ce changement au niveau de notre perception que nous parviendrons à inclure toutes les personnes avec des limitations fonctionnelles dans notre projet de société.

Résumé des recommandations

Le résumé des recommandations est regroupé par conférence et atelier.

Et maintenant que les femmes travaillent...

- Évaluer la charge psychosensorielle du travail
- Importance de la reconnaissance de la contribution et de l'implication de la personne
- Reconnaître que la personne n'est pas la seule responsable de ses problèmes
- Se parler et se protéger collectivement
- Syndicalisation = meilleure protection
- Formations pour que les femmes connaissent bien leurs droits et les fassent respecter
- Combattre l'isolement et resserrer les liens sociaux au travail
- Miser sur l'entraide plutôt que la compétition
- Refuser de faire la « Guerre des places » pour prendre le poste d'une autre
- Ne pas attendre la reconnaissance des gestionnaires, s'en donner entre pairs
- Se mobiliser collectivement pour éliminer le harcèlement psychologique
- Utiliser la médiation pour régler les conflits
- Référer aux groupes de défense de droits des travailleuses et travailleurs

L'impact de l'organisation des services de santé et des services sociaux chez les femmes utilisant des services en santé mentale

- Faire la promotion de l'égalité homme-femme
- Reconnaître la spécificité des femmes sur le plan psychologique et physique
- Reconnaître la diversité des femmes et le respect de leur choix
- Reconnaître le traumatisme que vivent les femmes ayant un problème de santé mentale
- Former le personnel du milieu de la santé sur la santé mentale des femmes, leurs droits et leurs spécificités
- Ajuster les politiques et programmes gouvernementaux pour qu'ils répondent aux besoins des femmes
- Appuyer financièrement les ressources qui viennent en aide aux femmes
- Prendre en considération l'expérience des femmes dans leur processus de rétablissement

Femmes immigrantes et des communautés culturelles

- Développer la solidarité en créant des repères grâce au réseautage (métissage des cultures, bottin de ressources, rencontres interculturelles, etc.)
- Amener le gouvernement à sensibiliser la population au vécu des personnes immigrantes et à favoriser l'accès à l'égalité (programme de discrimination positive, par exemple)
- Favoriser le parrainage entre les femmes pour briser l'isolement et les barrières linguistiques

Violence faite aux femmes

- Dé-médicaliser (sortir du carcan des approches pharmacologiques-psychiatriques)
- Dé-professionnaliser (être à l'écoute sur une base égalitaire)
- Dé-victimiser (outiller de façon concrète pour redonner du pouvoir aux femmes)
- Dé-sexiser (déconstruire les stéréotypes sexuels hérités de la socialisation)

Toxicomanie et dépendances chez les femmes

- Privilégier une approche de non mixité dans les groupes pour permettre l'autonomisation et l'accroissement personnels des femmes
- Favoriser la solidarité entre les femmes (espace de partage, vie communautaire au quotidien, etc.)
- Susciter le regard sur soi en questionnant les femmes toxicomanes plutôt que de leur donner des conseils (en intervention individuelle)
- Favoriser le questionnement des rôles féminins traditionnels en lien avec la construction identitaire (en intervention de groupe)
- Défaire les mythes sur la région de Laval faisant que celle-ci est perçue comme une banlieue cossue (marginalisation des femmes toxicomanes)

Femmes et limitations fonctionnelles

- Travailler à supprimer les obstacles (physiques et psychologiques) environnementaux (sociaux, familiaux, politiques, culturel, professionnels, etc.)
- S'assurer que les instances décisionnelles favorisent le droit à la pleine participation des femmes vivant avec des limitations fonctionnelles (obligation d'accommodement)
- Sensibiliser les différents organismes sociaux et communautaires, ainsi que la population en général, à la réalité que vivent les femmes ayant des limitations fonctionnelles (défaire les préjugés, comprendre les besoins de ces femmes, etc.)
- Travailler en partenariat et favoriser le dialogue entre les instances (permettre l'accès au centre local d'emploi, plutôt que référer la personne à un centre d'intégration des personnes handicapées)

Femmes monoparentales et pauvreté

- Faire connaître les programmes de soutien aux mères monoparentales (RFMRL, CLSC, etc.)
- Favoriser des actions sociopolitiques pour transformer le contexte économique, social et familial des femmes
- Bâtir des résistances en collaboration avec la TCLCF pour améliorer la situation des femmes
- Que la TCLCF fasse connaître le contenu du colloque aux instances politiques et qu'elle les interpelle face aux réalités des femmes
- Solliciter les organismes non membres à joindre la TCLCF pour avoir une plus grande force de frappe

Proches aidantes

- Reconnaître le travail accompli par les proches aidantes (besoin de reconnaissance de la part de l'entourage et des instances gouvernementales)
- Soutenir les proches aidantes pour éviter qu'elles se sentent isolées (organisme comme l'ALPA)
- Permettre des instants de répit pour les proches aidantes (pour éviter l'épuisement et pour leur donner du temps à elles)

Dépression chez les femmes

- Développer à Laval une ressource semblable à la ressource l'Entre-Deux (Maison d'hébergement pour femmes en dépression)
 - Sensibiliser les instances lavalloises au besoin de voir une telle ressource s'implanter à Laval
 - Favoriser une approche de non mixité pour les femmes, afin d'éviter les rapports de séduction et les dépendances affectives (plusieurs femmes ayant vécu des relations abusives avec des hommes)
 - Favoriser la co-habitation entre femmes, lors de l'hébergement, pour tisser des liens d'entraide et d'amitié et amener les femmes à s'affirmer de façon positive (pour éviter la violence et l'agressivité)
 - Favoriser une démarche se situant au niveau de l'analyse, de la compréhension et de l'introspection (pour comprendre la provenance de leur état) et amener les femmes à s'exprimer à travers l'art et l'écriture (expression par la créativité et par le corps)
 - Permettre l'accompagnement des femmes après la période d'hébergement pour éviter les rechutes (retour graduel)
 - Veiller à la bonne santé mentale et morale des intervenantes (éviter l'épuisement professionnel)
-

Conclusion

Le colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!* aura permis de regarder la problématique de la détresse psychologique des femmes lavalloises selon une perspective sociale et d'ouvrir la réflexion sur des pistes d'action et de solution.

En prenant connaissance des recommandations émises par les participantes au cours du colloque, nous pouvons conclure que les solutions à la problématique de la détresse psychologique des femmes peuvent se retrouver à trois niveaux : individuel, collectif et institutionnel. Il importe que ces trois niveaux soient considérés et impliqués dans la recherche de solutions et dans la mise sur pied d'actions.

À cet effet, le colloque aura aussi permis aux différents acteurs et actrices de la région de Laval de se mobiliser et de réfléchir ensemble, d'une part, aux facteurs pouvant représenter des sources de détresse psychologique pour les femmes et, d'autre part, aux solutions pouvant être envisagées. La Table de concertation de Laval en condition féminine espère que cette réflexion se poursuivra au cours des prochaines années et souhaite que toutes et tous continue de se sentir interpellés afin de pouvoir agir collectivement sur cette problématique.

Remerciements

La Table de concertation de Laval en condition féminine désire remercier chaleureusement toutes celles et ceux qui ont pris part de près ou de loin à l'organisation du colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!*

- Les participantes et participants au colloque (voir liste des organismes participants en annexe)
- Les partenaires financiers : l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval; le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, dans le cadre de son entente de partenariat avec la Conférence régionale des élus de Laval et la Ville de Laval; le Programme de soutien à l'action bénévole; le ministère de la Famille; et le ministère de la Culture des Communications et de la Condition féminine.
- Les commanditaires : Librairie Raffin; Body shop; Restaurant Osaka Sushi; Yves Rocher; Jardin direct; Centre de massothérapie Liane Dufresne; Chocolaterie Pour l'amour du chocolat.
- Les collaboratrices : le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal; l'Association féminine d'éducation et d'actions sociales; l'Association lavalloise des personnes aidantes; l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec; le Centre des femmes de Laval; la Maison Le Prélude; la Maisonnée Paulette Guinois de Laval; le Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval; et le Regroupement des organismes de promotion des personnes handicapées de Laval.

- L'équipe de travail de la TCLCF : Marie-Stéphane Bérubé, contractuelle, Eva Leblond, agente de recherche et de développement; Marie-Eve Surprenant, coordonnatrice; et Emi Togo, agente de projet.
 - L'animatrice : Lise Gervais de Relais-Femmes.
 - Les panélistes (selon l'ordre de présentation): Diane Demers, Agence de la santé et des services sociaux de Laval; Évelyne Fortin, Conseil du statut de la femme; Catherine des Rivières-Pigeon, Université du Québec à Montréal; Francine Burnonville, Conseil régional de la FTQ du Montréal métropolitain; Louise Baron, Manon Gagner et Suzanne Despaties, Action Autonomie; Fernande Ménard, formatrice en santé mentale des femmes.
 - Les animatrices d'atelier (en ordre de présentation dans le programme): Danae Savides, présidente du Carrefour d'Intercultures de Laval; Lucie Hénault, Maison La Source; Paulette Guinois et Nancy Bélanger, Maisonnée Paulette Guinois de Laval; Chloé Serradori, Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec; Céline Carreau, Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval; Lily Tremblay, Association lavalloise des personnes aidantes; Anne-Marie Mercier, Maison Le Prélude; Pauline Lacroix, l'Entre-Deux.
 - Les secrétaires d'ateliers : Sandrine Ricci; Irène Tapsoba; Julie Thérout-Séguin; Mercédès Roberge; Isabelle Dicaire.
 - Les invitées : Danielle Sawyer, attachée politique de Michelle Courchesne, ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministre de la Famille et ministre de la région de Laval; la troupe de théâtre Mise au jeu; le Groupe promo-santé de Laval; Claudette Surprenant; Chantal Marchand, zoorthérapeute; Nelson Cournoyer, le Club de rire de Montréal.
-

Liste des organismes participants

Action autonomie

<http://www.actionautonomie.qc.ca/>
lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (ASSSL)

<http://www.sssslaval.gouv.qc.ca/>
regie-laval@ssss.gouv.qc.ca

Association coopérative d'économie familiale de l'Île Jésus (ACEF)

<http://www.consommateur.qc.ca/acef-lav/index.htm>
aceflav@mediom.com

Association des personnes vivant avec une surdité

<http://www.surdite.org/apvsl/>
apvsl@videotron.ca

Association du diabète de Laval

<http://www.diabetelaval.qc.ca/fr/index.html>
info@diabetelaval.qc.ca

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS)

<http://www.afeas.qc.ca/>
info@afeas.qc.ca

Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)

<http://www.aldpa.org/>
alpa@bellnet.ca

Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (AREQ)

<http://www.areq.qc.net/index.cfm/2,0,1674,9611,0,0,html>
areq@csq.qc.net

Bibliothèque Emile Nelligan

http://www.bpq.org/main.php?section=11&search=reg&biblio_region=10

Bureau de la Ministre Michèle Courchesne

<http://www.assnat.qc.ca/fra/membres/notices/c/coum5.shtml>
ministre@mels.gouv.qc.ca

Bureau de la députée Nicole Demers

<http://www.nicoledemers.com/files/>
demern1@parl.gc.ca

Bureau de la députée Raymonde Folco
<http://www.raymondefolco.parl.gc.ca/splash.asp>
folcor1@parl.gc.ca

Bureau du député Guy Ouellette
<http://www.assnat.qc.ca/FRA/membres/notices/o-p/oueg2.shtml>
gouellette-chom@assnat.qc.ca

Carrefour d'intercultures de Laval
<http://www.carrefourintercultures.com/>
info@carrefourintercultures.com

CAFGRAPH
cafgraf@santementalelaval.ca

Centre ambulatoire régional de Laval (CARL)
<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de Laval (CAAP)
<http://www.caaplaval.com/>
caaplaval@caaplaval.com

Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS)
<http://www.cliquesurtoi.com/cpivas/qui.html>
cpivasinc@qc.aira.com

Centre d'implication libre de Laval (CILL)
<http://www.cill.qc.ca/>
admin@cill.qc.ca

Centre des femmes de Laval
<http://pages.infinit.net/cflaval/>
cflaval@oricom.ca

Centre de santé et des services sociaux de Laval (CSSSL)
<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

CLSC du Marigot
<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

CLSC des Mille-Îles
<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

CLSC Ruisseau-Papineau
<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

CLSC Ste-Rose

<http://www.cssslaval.qc.ca/index.asp#Lien>

Confédération des organismes de personnes handicapées de Laval (COPHAN)

<http://www.cophan.org/>
cophan@qc.aira.com

Conférence régionale des élus de Laval (CRÉ)

<http://www.crelaval.qc.ca/>
info@crelaval.qc.ca

Conseil régional de récupération et de recyclage de Laval (CRRRL)

<http://www.crrrl.qc.ca/>
info@crrrl.qc.ca

Convergence Femmes Roussillon

convergencefemmesroussillon@yahoo.ca

Coopérative de soutien à domicile

<http://coop.riac.ca/>
coop-laval@qc.aira.com

Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL)

<http://www.cdclaval.org/>
cdcl@bellnet.ca

Corporation personnes handicapées et travail de Laval

<http://www.cphtl.org/>
corpo.agentdeliaison@videotron.ca

Comité femmes de Laval

mateo.g@videotron.ca

Comité priorité violence conjugale

http://www.cpv-cran.net/site_local/cpvc_cran/page_html/cpvchis.html
info@cpvc-cran.net

Conseil Central Montréal Métropolitain-CSN

<http://www.cmm-csn.qc.ca/cmsFrameMain.aspx?Lang=FR&ParentID=home>
receptioncmm@csn.qc.ca

Conseil du statut de la femme

<http://www.csf.gouv.qc.ca/fr/accueil/>
csf@csf.gouv.qc.ca

Dimension Travail

[http://www.dimensiontravail.com/
dimensiontravail@qc.aira.com](http://www.dimensiontravail.com/dimensiontravail@qc.aira.com)

Droit et recours Laurentides

[http://www.droitsetrecourslaurentides.org/
info@droitsetrecourslaurentides.org](http://www.droitsetrecourslaurentides.org/info@droitsetrecourslaurentides.org)

Fédération lavalloise des OSBL d'habitation (FLOH)

<http://www.rqoh.com/index2.php?section=floh&item=accueil>
floh@rqoh.com

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

[http://www.fede.qc.ca/
info@fede.qc.ca](http://www.fede.qc.ca/info@fede.qc.ca)

Groupe d'aide et d'information sur le harcèlement sexuel au travail (GAIHST)

[http://www.gaihst.qc.ca/
info@gaihst.qc.ca](http://www.gaihst.qc.ca/info@gaihst.qc.ca)

Laval au féminin

<http://www.canpages.ca/page/QC/laval/laval-au-feminin-inc/4033045.html>

L'Entre-deux

<http://www.cooptel.qc.ca/~entre2/>
entre2@cooptel.qc.ca

Maison d'Ariane

ariane.compte@videotron.ca

Maison de la famille St-François

[http://pages.infinit.net/parenfan/
famillestfrancois@videotron.ca](http://pages.infinit.net/parenfan/famillestfrancois@videotron.ca)

Maisons de l'Ancre

diane@lesmaisonsdelancre.com

Maison la Source

info@maisonlasource.com

Maison l'Esther

maison.lesther@videotron.ca

Maison de Lina

maisondelina@videotron.ca

Maison d'accueil le Mitan
mitan@bellnet.ca

Maison Le Prélude
leprelude@videotron.ca

Maison Pauline
maisonpaulinebonin@bellnet.ca

Maisonnée Paulette Guinois de Laval
<http://www.lamaisonneedelaval.com/>
info@lamaisonneepauletteguinois.com
Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (MICC)
<http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/index.asp>
<http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/coordonnees/courrier/index.html>

PasserElle
passerelle@bellnet.ca

Plasmont international
<http://www.plasmont.com/plasmont/fr/>
<http://www.plasmont.com/plasmont/fr/courrier.asp>

RegroupElles
information@regroupelles.org

Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval
<http://www.rfmrl.org/>
info@rfmrl.org

Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval
<http://www.ropphl.org/>
ropphl@videotron.ca

Relais communautaire Pont-Viau
<http://www.relais-communautaire.org/>
corine@relais-communautaire.org

Relais-femmes
<http://www.relais-femmes.qc.ca/>
<http://www.relais-femmes.qc.ca/?q=communiquez-avec-nous>

Ressource ATP (Anxiété, troubles paniques)
<http://www.laressourceatp.org/>
atp@laressourceatp.org

Secrétariat à la condition féminine

<http://www.scf.gouv.qc.ca/>

<http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=96>

Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier (SCEP)-Section locale 145

<http://www.local145scep.qc.ca/modules/nouvelles/nouvelle.php?id=421>

mhandfield@local145scep.qc.ca

Syndicat de l'enseignement de la région de Laval (SERL)

<http://www.sregionlaval.ca>

<http://www.sregionlaval.ca/contact.asp>

Syndicat québécois des employées et employés de services (SQEES)-Section local 298

<http://www.sqees.ca/>

info@sqees.ca

Travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce (TUAC) Section locale 502

<http://www.tuac.ca/Default.aspx?LanguageId=2>

ufcw@ufcw.ca

Université du Québec à Montréal (UQAM)

<http://www.uqam.ca/>

general@uqam.ca

Les actes du colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c’est l’affaire de tout le monde!* ont été rédigés avec le soutien de Condition féminine Canada, du Service aux collectivités de l’Université du Québec à Montréal et du Conseil du statut de la femme.



Condition féminine
Canada

Status of Women
Canada

Conseil du statut
de la femme

Québec





Service aux collectivités

Université du Québec à Montréal

Le colloque *La détresse psychologique des femmes : À Laval, c’est l’affaire de tout le monde!* a été réalisé grâce à la collaboration de nos partenaires financiers.



Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec



Famille et Aînés

Québec



Culture,
Communications et
Condition féminine

Québec



Ce projet a été financé dans le cadre de l’Entente de partenariat

Immigration
et Communautés
culturelles

Québec





CONFÉRENCE RÉGIONALE
DES ÉLUS DE LAVAL



LAVAL