



Table de concertation de Laval
en condition féminine

Agir ensemble, prendre sa place !

Droit à la santé des Lavalloises

Afin que plus aucune ne soit exclue



DROIT À LA SANTÉ DES LAVALLOISES

AFIN QUE PLUS AUCUNE NE SOIT EXCLUE

Crédits et remerciements

Recherche et rédaction :

Joanie Béland, Table de concertation de Laval en condition féminine

Participation à la révision :

Marie-Eve Surprenant, Table de concertation de Laval en condition féminine
Membres du comité Santé et bien-être des Lavalloises

Révision linguistique :

Monique Moisan

Illustrations :

Noémie Savall

Mise en page :

Joanie Béland

Remerciements :

Nous souhaitons remercier chaleureusement les participantes aux groupes focus, aux entrevues et aux questionnaires, ainsi que les organismes qui ont rendu ces partages d'expériences possibles. Nous tenons également à remercier les panélistes des Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé, de même que les personnes qui sont intervenues durant ces événements. Vos partages de réflexions et d'expériences constituent le cœur de ce portrait.

ISBN : 978-2-9807072-6-1

Dépôt légal : 2ème trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada



TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	2
1.1. Qui sommes-nous ?.....	2
1.2. La santé des femmes dans l’histoire de la TCLCF.....	2
1.3. Contexte du projet et de ce portrait	3
2. CADRE D’ANALYSE.....	6
2.1. Définition de la santé.....	6
2.2. Déterminants de la santé	6
2.3. Inégalités de santé.....	8
2.4. Intersectionnalité des oppressions.....	8
2.5. ADS+ et santé.....	9
2.6. Droit à la santé.....	10
2.7. Approche globale et féministe de la santé	11
3. QUELLES VOIX ONT CONTRIBUÉ À CE PORTRAIT ?	12
3.1. Groupes de discussion avec des Lavalloises	12
3.2. Groupes de discussion avec des intervenantes d’organismes lavallois	13
3.3. Questionnaire web pour Lavalloises	13
3.4. Questionnaire web pour intervenantes d’organismes lavallois.....	14
3.5. Membres et partenaires de la TCLCF	15
3.6. Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé	15
3.7. Limites du portrait	16
4. PRÉOCCUPATIONS EXPRIMÉES PAR DES LAVALLOISES ET LEURS INTERVENANTES	17
4.1. Des problématiques qui fluctuent.....	17
4.2. La structure du système de santé et ses impacts.....	24
4.3. Compréhension des besoins des femmes et perception des femmes dans le système de santé.....	33
4.4. Accessibilité aux soins de santé.....	41
4.5. Des usagères actives pour leur santé – stratégies mises en place par les femmes pour pallier aux difficultés rencontrées dans le système de santé	46
4.6. La place du communautaire - pallier les manques du système de santé	53
5. RECOMMANDATIONS ET PISTES D’ACTION.....	58
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63

1. INTRODUCTION



1.1. QUI SOMMES-NOUS ?

La Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF) est un regroupement féministe régional travaillant avec ses membres à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des femmes, tant sur le 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 de toutes les femmes soient connues, reconnues et prises en compte. De plus, elle initie des actions collectives qui visent une véritable égalité et équité entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes.

Ancrée dans la communauté depuis près de 35 ans, la TCLCF représente plus d'une trentaine d'associations, de groupes communautaires, d'organisations syndicales et d'organismes publics qui œuvrent dans divers secteurs. Ces groupes, préoccupés par les conditions de vie des femmes (éducation, employabilité, famille, immigration, jeunesse, santé et services sociaux, etc.) rejoignent au quotidien plus de 30 000 femmes aux parcours et réalités diversifiés.

1.2. LA SANTÉ DES FEMMES DANS L'HISTOIRE DE LA TCLCF

La santé et le bien-être des Lavalloises sont au cœur des préoccupations et des actions de la TCLCF depuis sa fondation en 1988. Les luttes ont été nombreuses et diversifiées à travers les années. On peut penser notamment aux mobilisations pour :

- le droit à l'avortement et à l'accessibilité des services ;
- le développement de la recherche et des services liés au cancer du sein ;
- la périnatalité, à travers les luttes en faveur de l'accès aux services de sage-femme à Laval et pour la création d'une Maison de naissances ;
- les droits des femmes en situation de pauvreté les plus invisibilisées (jeunes femmes monoparentales et aînées seules notamment), avec l'étude précurseure en 2004, *À l'écoute pour mieux agir* ;
- la reconnaissance de la détresse psychologique des Lavalloises, mise en lumière par un colloque en 2007 ;
- la prise en compte des problématiques multiples des femmes en situation de vulnérabilité, par le biais d'une vaste recherche-action (TCLCF, 2015) puis d'un colloque régional en 2017 ;
- le développement stratégique d'une première ressource d'hébergement à Laval pour femmes violentées vivant des problématiques multiples, avec ou sans enfant.

Droit à la santé de toutes les Lavalloises.
Afin que plus aucune ne soit exclue.

1.3. CONTEXTE DU PROJET ET DE CE PORTRAIT

- **Contexte : Quelques mots sur le Plan d'action en santé et bien-être des femmes**

En décembre 2020, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) annonçait la publication du *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024* (PASBEF)¹, troisième plan d'action en santé des femmes, très attendu puisque le dernier avait pris fin en 2015. **En action depuis de longues années dans le domaine de la santé, les tables de concertation de groupes de femmes, notamment à travers le Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRGFQ), et en coalition avec d'autres groupes travaillant en santé, ont été très impliquées pour presser le gouvernement de publier ce plan d'action.** Ce PASBEF vise à « poursuivre l'adaptation des interventions en vue de répondre aux besoins de l'ensemble des Québécoises ». Le PASBEF se décline en 26 mesures structurées autour de trois grandes orientations, soit :



- Intégrer les besoins des femmes à la planification des soins et des services ;
- renforcer l'accès et l'adaptation des soins et des services aux besoins des femmes ;
- approfondir les connaissances et promouvoir le transfert des connaissances en matière de santé et de bien-être des femmes.

Parmi ces mesures, nous retrouvons la Mesure 5, qui vise à « Financer des projets régionaux de collaboration et de concertation ayant un impact sur la santé et le bien-être des femmes ». C'est à travers cette mesure que la TCLCF a déposé **un projet de concertation régionale en santé et bien-être des femmes**. D'une durée de deux ans et demie (octobre 2021 – mars 2024), ce projet a pour objectif de rassembler et concerter les organisations œuvrant en santé des femmes de la région de Laval pour identifier les enjeux spécifiques de santé et de bien-être des Lavalloises et mettre en œuvre des actions pour améliorer leurs conditions de vie.

¹ Pour consulter le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2020). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024* : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>

- **Le comité d'encadrement Santé et bien-être des Lavalloises**

Afin de mener à bien le projet, la TCLCF a mis sur pied un comité d'encadrement intersectoriel. Les mandats principaux du comité sont de :

- soutenir l'élaboration d'un portrait des obstacles et des besoins des Lavalloises ;
- contribuer à l'élaboration d'un plan d'action pluriannuel ;
- veiller à la mise en œuvre des actions retenues ;
- contribuer à l'évaluation des activités et actions régionales.

Ce comité a été composé des organismes suivants :

- Bureau d'aide et d'assistance familiale Place St-Martin (BAAF)
- Centre des femmes de Laval
- Conseil régional FTQ Montréal Métropolitain, Comité conditions de vie et travail
- Organisation communautaire du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSSL)
- Répondante santé et bien-être des femmes du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSSL)
- Établissement de détention Leclerc de Laval
- Maison L'Esther
- Maison Le Prélude
- Maison Marie-Marguerite
- L'Oasis – Unité mobile d'intervention
- Syndicat de l'enseignement de la région de Laval
- Sphère – Santé sexuelle globale

- **Pourquoi ce portrait ?**

Au cours des rencontres de travail, le comité d'encadrement a fait valoir la **nécessité d'une meilleure compréhension des besoins des Lavalloises en termes de santé et de bien-être**. En effet, les délais qui se sont écoulés depuis le dernier PASBEF et les changements des dernières années dans le domaine de la santé (pandémie, domaines de la santé et des services sociaux touchés par la pénurie de main-d'œuvre, virage numérique, notamment) ont accentué les besoins en développement de nouvelles connaissances.

Ce portrait cherche particulièrement à comprendre les parcours des femmes qui vivent des discriminations en raison de leur position à l'intersection des systèmes d'oppression, c'est-à-dire qui vivent les effets croisés de plusieurs oppressions (par exemple, le sexisme, le racisme et le classisme). Au fil de la collecte de données, nous nous sommes rendu compte que les vécus relevés étaient loin d'être marginaux, et qu'une majorité de Lavalloises vivaient des obstacles dans leur parcours de soins. Nous souhaitons ainsi comprendre les obstacles spécifiques aux femmes dans l'accès aux soins de santé, faire ressortir les facteurs aidants et formuler des recommandations et des pistes d'action pour améliorer ce parcours.

Tout d'abord pensé comme un outil visant à épauler le comité d'encadrement dans ses orientations, la première mouture du portrait – née de groupes de discussion avec des

Droit à la santé des Lavalloises

Afin que plus aucune ne soit exclue

Lavalloises et avec des travailleuses d'organismes communautaires lavallois – a semblé au comité si riche de contenu que celui-ci a décidé d'en faire une version bonifiée et publique, que vous avez présentement sous les yeux !

Les **objectifs de ce portrait** sont ainsi de :

- mettre à jour les connaissances sur les enjeux de santé et de bien-être des Lavalloises ;
- mettre de l'avant les expériences de femmes qui peuvent être trop souvent discriminées et exclues du système de santé ;
- dégager des pistes de solution et des priorités d'action afin d'améliorer l'expérience des Lavalloises dans le système de santé et de services sociaux.

Pour cela, vous y trouverez d'abord une section sur notre cadre d'analyse : à partir de quelles réflexions produisons-nous ce portrait. Nous y abordons les principaux concepts qui permettent de mieux comprendre les expériences partagées par les Lavalloises et leurs intervenantes. La section suivante rend compte de la méthodologie utilisée pour notre collecte de données : quelles femmes ont été rencontrées pour partager leurs vécus, de quelle manière et avec quels objectifs. La section 4 constitue le résultat de la collecte de données. Nous y retrouvons les paroles des répondantes qui ont été rencontrées dans le cadre de la rédaction de ce portrait. Enfin, la dernière section propose des recommandations et des pistes de solution visant à améliorer les expériences des Lavalloises avec le système de santé.



2. CADRE D'ANALYSE

Avant de détailler les éléments ressortis de la collecte de données, il est nécessaire de poser les principaux concepts que nous utilisons dans ce portrait ainsi que notre posture. Les réflexions sur le cadre d'analyse adopté pour le portrait sont notamment nourries par les travaux de différents comités du Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRGFQ), au sein desquels la TCLCF s'implique.



2.1. DÉFINITION DE LA SANTÉ

Définir la santé semble à la fois simple et complexe ; évident et controversé. Au-delà de « l'absence de maladie », l'Organisation mondiale de la santé (2005) la définit comme un « état de bien-être physique, mental et social complet ». La *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* la définit pour sa part comme « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Cette capacité d'agir dépasse bien sûr les seules conditions individuelles et doit être replacée dans un contexte global. De même, être « une personne en santé » dépend de tout un ensemble de facteurs qui dépassent, encore une fois, la volonté individuelle. Ces facteurs peuvent être appelés les déterminants de la santé.

2.2. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs qui ont un impact sur l'état de santé des personnes. Ces facteurs peuvent être liés :

- au contexte global dans lequel une personne évolue, par exemple le taux de chômage dans une société donnée, les normes et les valeurs, le climat, etc. ;
- aux systèmes qui sous-tendent la vie en communauté et qui découlent du cadre politique et des valeurs d'une société, par exemple le financement des services publics et l'aménagement urbain ;
- aux milieux de vie, par exemple, les relations dans la famille, les conditions matérielles et socioéconomiques, les conditions de travail, etc. ;
- aux caractéristiques individuelles des personnes, par exemple, le revenu individuel, le sexe, le niveau de littératie, etc.

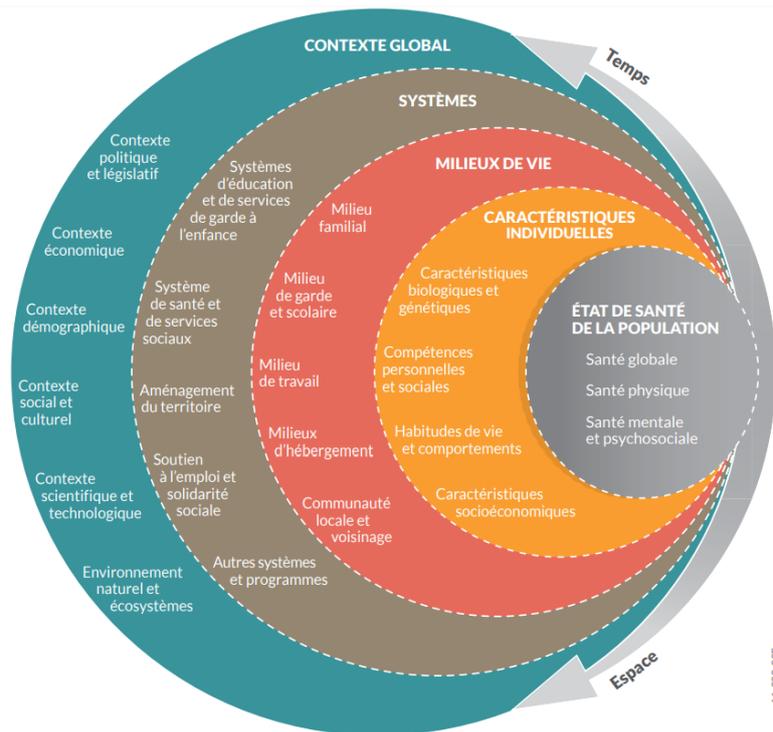
Ces déterminants changent dans le temps et selon le lieu (voir illustration : *Carte de la santé et de ses déterminants*).

Ces facteurs sont en interaction constante les uns avec les autres et ne peuvent donc pas être pris séparément pour déterminer les causes d'un problème ou d'une maladie. Par exemple, en observant les habitudes de vie d'une personne, on pourrait penser que ses maux de tête

viennent de sa consommation d'alcool (caractéristique individuelle). Mais en regardant l'ensemble des déterminants sociaux, on pourrait voir que le contexte global (inflation, guerre, etc.), les systèmes (austérité, manque de programmes d'intégration des personnes immigrantes, etc.), les milieux de vie (harcèlement au travail, violence conjugale, logement insalubre, etc.) sont autant de causes possibles au problème de santé identifié.

Carte de la santé et de ses déterminants

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>



Également, si nous observons l'exemple et l'illustration ci-haut, nous constatons que pour agir durablement sur des sphères plus près du centre (donc plus près de l'état de santé des individus), il faut agir sur les sphères extérieures. Ainsi, l'action sur une caractéristique individuelle (les maux de tête) est impactée par le milieu de vie (conditions dans le milieu de travail, logement insalubre, violences intrafamiliales), lui-même influencé par des systèmes (comme la structure du système judiciaire, le financement des services publics, la construction de logements sociaux, etc.), qui peuvent à leur tour être déterminés par le contexte économique ou le contexte politico-législatif qui entrent dans le contexte global... d'où l'importance de regarder large et de parler de changements systémiques ! Si les conditions de vie ne changent pas, les problèmes de santé deviennent récurrents.

Retenons ainsi que, pour améliorer l'état de santé et de bien-être des femmes, il est essentiel d'agir sur la majeure partie des déterminants de la santé et donc, d'améliorer leurs conditions de vie quotidiennes (logement, travail, pauvreté, violences, etc.).

2.3. INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les éléments qui composent les déterminants sociaux de la santé sont modulés selon la position sociale des personnes, ce qui engendre des inégalités de santé. Ces dernières représentent les **disparités d'état de santé entre différentes personnes ou différents groupes sociaux**. Elles peuvent se manifester de nombreuses manières : différence d'espérance de vie selon le quartier, accès différencié à divers services et soins, conditions de travail inégales d'un milieu à un autre, etc. On constate ainsi, bon an mal an, un écart d'environ huit années d'espérance de vie en bonne santé entre les femmes qui sont dans le quintile le plus défavorisé et celles dans le plus favorisé (MSSS, 2022). On peut penser notamment aux femmes immigrantes à statut précaire, aux femmes trans, à celles dans l'industrie du sexe et/ou qui ont été en situation d'itinérance.



Tel que recommandé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2009), si l'on veut réduire les inégalités de santé, il faut « lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et de ses ressources c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes ».

2.4. INTERSECTIONNALITÉ DES OPPRESSIONS

Ce portrait cherche à mettre de l'avant les parcours trop souvent invisibilisés ou mal compris des femmes. Nous proposons donc d'analyser les vécus et les réflexions partagés par les Lavalloises et les travailleuses d'organismes au regard de l'analyse intersectionnelle. Il est important de se rappeler les origines terrain de l'analyse intersectionnelle. Le nom est né des réflexions de Kimberlé Crenshaw, une universitaire noire et féministe, qui, à la fin des années 1980, articule l'intersection entre le racisme et le sexisme vécus par les femmes afro-américaines. Mais les idées phares de ce cadre d'analyse viennent des expériences et des réflexions de plusieurs générations de militantes noires et racisées par la société² qui mettent

² Nous utilisons le terme « racisée », en prenant appui sur les réflexions d'Alexandra Pierre (2021), qui explique brillamment que « le terme "racisé" renvoie à un groupe ayant subi un processus de racisation ou à une personne qui y appartient, de manière réelle ou supposée. La racisation est un **processus politique, social et mental d'altérisation**. [...] Ainsi, le terme "racisé" met en évidence le **caractère socialement construit des différences et leur essentialisation**, les rapports de pouvoir à l'œuvre quand la société dominante racisante s'arroge la capacité de définir et désigner "l'Autre". Être une personne racisée n'est donc pas tant une identité qu'un état subi, lié à

en relief les inégalités existantes entre les femmes entre elles, et la manière dont certains groupes de femmes ont été invisibilisés et marginalisés à l'intérieur des mouvements sociaux.

L'analyse intersectionnelle est donc la reconnaissance de l'imbrication et de la co-construction des systèmes d'oppression. Elle met en relief les manières différentes de vivre les systèmes d'oppression selon les identités multiples des personnes (TCLCF, 2020). Ainsi, une personne n'est pas que femme, qu'en situation de handicap, qu'immigrante, qu'issue d'un milieu défavorisé économiquement ; et chacune de ces identités ne se vit pas de la même façon selon les différents systèmes d'oppression qui s'exercent sur une personne (Pagé, 2014). Par exemple, les fermetures et bris de services liés à la pandémie ont eu des impacts différents sur les femmes et les hommes, pour les personnes issues de l'immigration ou non, pour les personnes en situation de handicap ou non.

Prendre en compte l'intersectionnalité des oppressions permet de :

- sortir d'une vision cloisonnée des diverses discriminations vécues par les personnes, lesquelles peuvent être basées sur le sexe et le genre, la classe sociale, l'âge, l'ethnie, les capacités, l'orientation sexuelle, la religion, pour n'en nommer que quelques-unes ;
- appréhender la manière dont ces discriminations se renforcent, et créent des expériences spécifiques dans toutes les sphères de la vie, dont la santé et le bien-être ;
- comprendre comment le fait de vivre avec plusieurs facteurs d'oppression augmente et complexifie les injustices subies ;
- élaborer des stratégies et des services adaptés aux réalités, vécus et besoins pluriels et différenciés des femmes.

C'est à travers l'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+) que nous souhaitons mettre en lumière ces parcours marginalisés et les besoins spécifiques qui en découlent.

2.5. ADS+ ET SANTÉ

L'analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+) est un outil et une approche amenant à prendre en compte les inégalités entre les personnes lors de la planification, la programmation et l'octroi de soins et services de santé. Elle vise ainsi à enrayer les inégalités systémiques persistantes à l'égard des groupes historiquement discriminés.

Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2009), les politiques gouvernementales peuvent contribuer à nuire autant qu'à améliorer la santé des populations et l'équité en santé. Également, nous savons que « le manque de données probantes sur l'ampleur et les impacts des inégalités entre les sexes et certains groupes discriminés, tels que les femmes des communautés autochtones,

un rapport de domination spécifique. De même, la race n'est ni objective ni biologique ; elle est politique. Cette idée sert à représenter, catégoriser et exclure ».

contraignent la prise en compte de leurs besoins pluriels en matière de santé ; ce qui restreint l'orientation des politiques et des programmes les concernant » (RTRGFQ, 2020).

En sachant cela, et en considérant que l'ADS+ permet une meilleure connaissance et prise en compte des expériences concrètes et des besoins d'une diversité de femmes, nous constatons que l'ADS+ est nécessaire pour agir efficacement sur les déterminants de la santé et favoriser une meilleure santé pour toutes.

2.6. DROIT À LA SANTÉ

Parler de santé sous l'angle du droit nous amène à constater la transversalité et l'interdépendance des droits humains. Le droit à la santé va bien au-delà de l'accès à des services de santé et inclut le respect des droits humains dans toutes les sphères qui sont des déterminants sociaux de la santé. Ainsi, en plus d'améliorer les interventions auprès des femmes et l'accès de celles-ci aux services de santé, ce sont leurs conditions sociales, politiques, écologiques et économiques que nous devons améliorer. L'angle du droit à la santé permet aussi de réfléchir en termes de justice sociale et de responsabilité collective, et de sortir d'une vision individuelle de la santé.

Selon Lucie Lamarche (2022), de la Ligue des droits et libertés du Québec, les cinq marqueurs du droit à la santé sont :

- sans discrimination ;
- accessibilité ;
- abordabilité ;
- avec un accès à l'information ;
- de qualité.

Nous verrons tout au long du portrait comment ces marqueurs ne sont pas systématiquement respectés au Québec, et en particulier pour les femmes qui sont situées à l'intersection des oppressions. La lutte pour la reconnaissance et le respect de ces droits s'inscrit ainsi dans la lutte pour l'égalité entre les femmes et les hommes, et entre les femmes elles-mêmes.

Enfin, le rapport du Commissaire à la santé et aux services sociaux rapportait en 2016 que : « Plusieurs des problématiques associées à la gestion du panier de services³ [...] portent atteinte à la dignité des personnes, que ce soit en entravant leur autodétermination ou en ne répondant pas à des besoins fondamentaux qui leur permettraient de se réaliser » (CSSS, 2016 cité par RTRGFQ, 2020). Le Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec (2020) fait ainsi remarquer que cette dimension est intrinsèquement liée aux droits fondamentaux de la reconnaissance à l'autonomie des femmes, de leur capacité à se développer et à faire des choix éclairés en ce qui concerne leur santé globale.

³ Le gouvernement du Québec définit le « panier de services » comme « l'ensemble de services offerts aux usagers ou à la clientèle d'un fournisseur, public ou privé » (Gouvernement du Québec, 2022).

2.7. APPROCHE GLOBALE ET FÉMINISTE DE LA SANTÉ

En complémentarité avec l'approche biomédicale de la santé (laquelle se concentre sur les aspects biologiques de la santé et de la maladie), l'approche globale et féministe vise le bien-être et l'amélioration des conditions de vie de toutes. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2008) propose huit axes autour desquels articuler l'approche globale et féministe :

- conception de l'être humain comme un tout en interaction avec son environnement social et physique : la santé est holistique et résulte de rapports sociaux ;
- reconnaissance des spécificités et des disparités entre les femmes elles-mêmes et avec les hommes, plutôt qu'une vision uniforme de la santé ;
- nécessité de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé ;
- vision de la santé comme un enjeu de justice sociale devant amener les pouvoirs publics à agir en prévention et promotion dans tous les domaines touchant la santé et ses déterminants ;
- importance de l'auto-santé, soit la prise en charge personnelle de sa santé, dans l'optique d'une relation thérapeutique plus égalitaire et participative ;
- promotion du respect de l'autonomie et du droit au consentement éclairé par les thérapeutes et médecins ;
- vigilance et sens critique face à la prétendue universalité des savoirs biomédicaux, qui peuvent exclure une partie de la population et être soutenus par des intérêts économiques ;
- ouverture aux approches alternatives.

Ainsi, l'approche globale et féministe de la santé **privilégie une prise en compte et une intervention sur tous les aspects de la vie des femmes, selon les expériences qu'elles vivent, individuellement et collectivement, et en remettant ces expériences dans un contexte social plus large (approche globale)**. Elle s'articule aussi autour de la prise en compte des oppressions historiques vécues par les femmes, et vise la reprise de pouvoir sur leur vie et la participation à l'amélioration de leurs conditions de vie individuelles comme collectives⁴. Cette approche rejoint ainsi la définition de la santé que nous avons abordée plus haut.



⁴ Inspiré de : Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (2014). *Vision commune de la santé des femmes*, Joliette, 18 p.

3. QUELLES VOIX ONT CONTRIBUÉ À CE PORTRAIT ?

Comme ce portrait s'intéresse aux vécus marginalisés, et que ceux-ci sont, de manière générale, moins représentés dans les recherches, nous avons opté pour une collecte de données davantage centrée sur le qualitatif. Afin de rendre compte des inégalités sociales et de leurs impacts sur la santé des femmes, nous avons concentré nos efforts sur les voix de Lavalloises vivant des discriminations croisées et sur les voix des intervenantes qui les accompagnent. Voici les méthodes utilisées pour collecter, entre février 2022 et janvier 2023, les données ayant servi à l'élaboration de ce portrait :



3.1. GROUPES DE DISCUSSION AVEC DES LAVALLOISES

Nous avons réalisé des groupes de discussion avec des Lavalloises afin de recueillir leurs témoignages. Ils étaient structurés comme des conversations, durant lesquelles les femmes pouvaient répondre ou non aux questions qui étaient posées. Les résultats ne sont donc pas des statistiques qui quantifient le nombre de femmes ayant vécu une problématique ou une autre, mais plutôt **les réflexions de ces dernières sur leur vécu au sein du système de santé**. Les éléments mentionnés sont toujours à remettre en contexte, en tenant compte des différentes vulnérabilités vécues par les femmes : **ce qui a un certain impact pour une femme plus privilégiée peut avoir un impact différent pour une femme qui vit les effets combinés de plusieurs oppressions**. Trois groupes de discussion ont ainsi eu lieu dans les locaux des organisations suivantes, grâce à l'implication et la collaboration de ces derniers :

- Bureau d'aide et d'assistance familiale Place St-Martin : un organisme communautaire qui travaille à la mise en place de réponses aux besoins psychosociaux des familles en difficulté qui résident de manière permanente ou qui sont de passage à la Place St-Martin [un parc d'immeubles à loyer modique] ou dans les environs immédiats ;
- Bureau de consultation jeunesse : un organisme communautaire qui œuvre auprès des jeunes de 14 à 25 ans ayant des parcours multiples, vivant souvent des injustices et désirant reprendre du pouvoir sur leur vie ;
- Centre de détention Leclerc de Laval : un établissement provincial de détention destiné aux femmes purgeant des peines de moins de deux ans.

Deux de ces organisations ont été approchées par la TCLCF, tandis qu'une troisième nous a interpellées pour nous proposer d'aller réaliser un groupe de discussion dans leurs locaux. Ces

groupes ont été choisis pour leur mobilisation auprès de certaines clientèles de femmes (en situation de difficulté et/ou de pauvreté, jeunesse, criminalisées) tout en représentant une grande diversité de femmes en termes de parcours, d'origine ethnique, de problématiques vécues. Les femmes n'avaient pas de critères particuliers à respecter pour pouvoir participer aux groupes de discussion, outre fréquenter l'organisme. Cette démarche a permis d'entendre les vécus de 22 femmes.

Pour nous référer aux répondantes de ces groupes de discussion, nous utilisons les termes suivants : les Lavalloises, les femmes, les répondantes, les utilisatrices.

3.2. GROUPES DE DISCUSSION AVEC DES INTERVENANTES D'ORGANISMES LAVALLOIS

Nous sommes conscientes que le cadre des groupes de discussion avec les Lavalloises ne permet pas de représenter tous les vécus, notamment parce que le **lien de confiance nécessaire au partage de ces vécus prend plus de temps que les quelques heures allouées aux groupes**. Nous avons donc souhaité **rencontrer les travailleuses qui accompagnent les Lavalloises dans différentes démarches liées aux déterminants sociaux de la santé**. Nous avons organisé un premier groupe de discussion, qui a affiché complet rapidement, nous amenant à en organiser un deuxième. Au total, nous avons rencontré les travailleuses de 19 organismes de différents secteurs : agressions à caractère sexuel, alphabétisation, aide familiale, défense collective et individuelle des droits, immigration, itinérance, promotion de la santé, santé mentale, santé sexuelle, situation de handicap, violence conjugale.

Pour nous référer aux répondantes de ces groupes de discussion, nous utilisons les termes suivants : les intervenantes, les répondantes.

3.3. QUESTIONNAIRE WEB POUR LAVALLOISES

Afin d'élargir les vécus représentés, nous avons créé un questionnaire web destiné aux Lavalloises. Celui-ci a été diffusé à travers la page Facebook de la TCLCF et par courriel aux groupes membres et partenaires de la TCLCF. Dans les deux cas, les groupes ont été invités à diffuser le questionnaire auprès de leurs participantes. La grande mobilisation des groupes a permis de colliger les témoignages de 85 femmes.

Puisque nous nous intéressons particulièrement aux vécus marginalisés, et que nous souhaitons situer socialement⁵ les expériences partagées par les Lavalloises, nous avons

⁵ Situer socialement les savoirs et les expériences signifie donner un contexte social aux personnes qui les portent (quelles identités portent-elles ? Quelles discriminations vivent-elles ? etc.). Pour Patricia Hills Collins, ainsi que d'autres théoriciennes féministes, le fait de situer socialement les savoirs et les expériences permet de visibiliser

récolté des données socio-démographiques permettant de mieux connaître les femmes qui avaient rempli le questionnaire, nous permettant de constater les profils assez peu diversifiés dans les réponses au questionnaire. 62 % des femmes avaient 55 ans et plus, aucune de moins de 25 ans. Toutes s'identifiaient comme des femmes cisgenres. 15 % s'identifiaient comme « issues de l'immigration, ayant la citoyenneté ou la résidence permanente », aucune n'a mentionné avoir de statut précaire ou être sans statut. 3 % s'identifiaient comme en situation de handicap. Une seule répondante s'est identifiée comme racisée. Parmi les répondantes, 68 % disaient percevoir leur santé comme « moyenne ». Le questionnaire web a donc permis de compléter le bassin de réponses et de multiplier les voix, mais pas forcément la diversité.

Compte tenu de l'échantillonnage, il est important de ne pas exclure certains vécus qui sont moins représentés dans le questionnaire web, mais qui ont été rapportés par exemple lors des groupes de discussion avec les travailleuses d'organismes communautaires lavallois. Aussi, nous savons que le dévoilement de vécus par écrit, sur internet, n'est pas facile, et que cela peut se refléter dans le degré des confidences faites par les femmes dans ces questionnaires.

Pour nous référer aux répondantes de ce questionnaire, nous utilisons les termes suivants : les Lavalloises, les femmes, les répondantes, les utilisatrices.

3.4. QUESTIONNAIRE WEB POUR INTERVENANTES D'ORGANISMES LAVALLOIS

La même démarche en deux temps (groupes de discussion et questionnaire) a été faite avec les intervenantes. Un questionnaire web destiné aux travailleuses a donc également été diffusé sur la page Facebook de la TCLCF à deux reprises, partagé par courriel à nos membres et envoyé à travers notre bulletin de liaison. Cela, encore une fois, dans l'objectif d'élargir le bassin. Parmi les organismes répondants (7), nous trouvons trois ressources travaillant avec des femmes vivant de la violence conjugale, une œuvrant dans le domaine de la périnatalité, une en lien avec la proche aide et deux avec des femmes immigrantes et réfugiées.

Pour nous référer aux répondantes de ces groupes de discussion, nous utilisons les termes suivants : les intervenantes, les répondantes.

les groupes qui sont touchés par de tels vécus, historiquement négligés ou effacés, et d'en avoir une meilleure compréhension.

3.5. MEMBRES ET PARTENAIRES DE LA TCLCF

Les membres et partenaires de la TCLCF ont été mises à contribution pour partager les réalités qu'elles constatent sur le terrain, et ce, à différents moments notamment :

- Lors d'une rencontre de concertation portant spécifiquement sur la santé (février 2022), à laquelle 28 membres et partenaires étaient présentes. À cette occasion, une activité de réflexion sur les enjeux d'accès aux soins de santé et aux services sociaux a eu lieu. Nous y avons utilisé l'outil d'éducation populaire *Égales face à la santé ?* développé par la Table des groupes de femmes de Montréal⁶, et adapté par la TCLCF, puis nous avons réalisé une activité de réflexion en sous-groupe et en plénière.
- Lors des rencontres du comité d'encadrement Santé et bien-être des Lavalloises, chargé de chapeauter le projet. Le comité s'est réuni à sept reprises entre sa création en novembre 2021 et la publication de ce portrait.
- Durant différentes entrevues individuelles de courte durée, ayant eu lieu avec des intervenantes du milieu communautaire lavallois. Il s'agit d'entrevues ciblées visant à clarifier et à bonifier certains résultats qui ont émané du reste de la collecte de données. Ces entrevues ont été faites en vidéoconférence, avec trois groupes.

3.6. RENDEZ-VOUS POUR LE DROIT DES FEMMES À LA SANTÉ

Une des actions organisées par le Comité d'encadrement est une série de Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé. Ces rendez-vous sont un moment de rencontre et d'échange entre travailleuses des milieux communautaires et institutionnels lavallois. Chaque Rendez-vous est organisé autour d'une thématique, et prévoit l'intervention de panélistes ayant une expertise dans les domaines abordés. S'en suivent des moments d'échange. Les partages lors de ces rendez-vous ayant été fort riches en contenu, nous avons décidé de les inclure dans la collecte de données, afin d'avoir une approche évolutive et de co-construction des savoirs.

Le premier Rendez-vous de la série a eu lieu le 26 octobre 2022 et portait sur les **parcours de femmes dans les soins gynécologiques et obstétricaux**. Il a réuni plus d'une quarantaine de personnes, et contenait les interventions de quatre panélistes venues partager leurs expertises et expériences :

- Isabelle Boisvert, doctorante en psychologie communautaire et militante pour les droits des femmes handicapées ;
- Ariane K. Metellus, accompagnante périnatale, militante pour les droits reproductifs, spécialisée dans les expériences des femmes noires/afro-descendantes dans le système de santé ;
- Lorraine Fontaine, formatrice, animatrice, conférencière et coordonnatrice des dossiers politiques au Regroupement Naissances Respectées ;

⁶ Pour consulter l'outil *Égales face à la santé ?* : <https://www.tgfm.org/fr/nos-publications/106>.

- Amélie Blanchette, conseillère en intervention périnatale chez Mieux-Naître à Laval.

Le deuxième Rendez-vous de la série a eu lieu le 26 janvier 2023 et portait sur les **vécus de santé mentale des Lavalloises et les pistes pour améliorer leur parcours**. Il a réuni 26 personnes, et présentait les points de vue de :

- Fama Tounkara, candidate doctorante en neuropsychologie, créatrice du projet *My Mental Health Matters*, qui vise à sensibiliser les jeunes à la santé mentale et à la stigmatisation entourant cette dernière ;
- Nelly Ducos, intervenante psychosociale à l'Oasis, une unité mobile d'intervention qui se déplace sur le territoire de Laval et qui intervient selon l'approche de réduction des méfaits ;
- Julie Christie, enseignante au primaire dans la région de Laval et impliquée à la TCLCF à titre de membre du Syndicat de l'enseignement de la région de Laval, présentant ses observations et perspectives entourant la santé mentale et le travail.

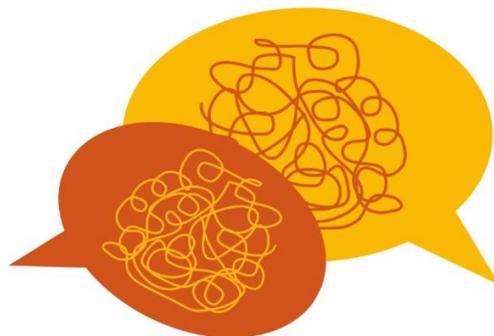
3.7. LIMITES DU PORTRAIT

Les résultats présentés dans ce portrait proviennent ainsi des propos recueillis lors des différentes étapes de la collecte de données et s'appuient sur les éléments du cadre d'analyse présenté à la section précédente. Nous sommes reconnaissantes de l'implication et de la mobilisation des groupes qui ont participé aux groupes de discussion et aux femmes qui ont accepté de se livrer. **Leur mobilisation a permis une collecte de données de grande ampleur et l'utilisation de méthodes diversifiées. Nous sommes donc fières de cette recherche et des voix multiples et diversifiées qui s'y trouvent.**

Avant de passer aux résultats de notre collecte, cependant, il importe de mentionner quelques limites à ce portrait. Dans cette recherche comme dans la plupart de celles qui s'intéressent aux vécus des personnes marginalisées, il a été difficile de rejoindre ces dernières. C'est dans cette optique que nous avons diversifié nos méthodes de collecte et avons usé de collaborations pour y arriver. **Aussi, les réalités vécues par les femmes à l'intersection des oppressions sont complexes et plurielles. Les données présentées ici provenant essentiellement des groupes de discussion avec des Lavalloises et des intervenantes, nous ne prétendons pas ici en faire le portrait complet et exhaustif. Il s'agit plutôt d'un premier portrait, identifiant des éléments qui pourraient mériter d'être creusés davantage. Nous espérons que d'autres portraits ou recherches suivront pour bonifier la compréhension des vécus des Lavalloises vivant des discriminations.**

4. PRÉOCCUPATIONS EXPRIMÉES PAR DES LAVALLOISES ET LEURS INTERVENANTES

Dans cette section, nous aborderons les expériences et les obstacles vécus par les femmes dans le système de santé par le biais de témoignages recueillis auprès de Lavalloises et d'intervenantes qui accompagnent ces femmes dans diverses démarches. C'est ainsi que différentes problématiques qui fluctuent au cours de la vie des femmes, la structure du système de santé et ses impacts, l'accueil et les approches des besoins des femmes, l'accessibilité des services, les méthodes d'adaptation des femmes, et les rôles joués par les groupes communautaires seront mis en lumière.



4.1. DES PROBLÉMATIQUES QUI FLUCTUENT

Plusieurs des enjeux constatés (santé mentale, isolement social, accès aux professionnels du réseau de la santé, etc.) durant la collecte de données fluctuent en fonction du contexte sociopolitique (pandémie, politiques d'austérité, restructurations du système de santé, par exemple) mais aussi au cours de la vie des femmes, en fonction des événements de vie. Cette première section s'attarde aux éléments qui changent dans le temps, en abordant d'abord quelques-uns des impacts de la pandémie, puis certains moments de vie qui peuvent contribuer à créer des formes de vulnérabilité.

- **Impacts de la situation pandémique sur la santé et le bien-être des femmes**

On ne peut pas commencer un portrait sur la santé, en 2023, sans quelques mots sur le contexte socio-sanitaire des dernières années. Bien qu'il n'y ait pas eu de question spécifique sur les impacts de la pandémie de COVID-19 dans la collecte de données, plusieurs répondantes l'ont spontanément abordée durant les groupes focus. Principalement, les femmes, Lavalloises et intervenantes, nous ont parlé de :

- **l'augmentation de l'isolement social**, s'accompagnant d'épisodes d'augmentation marquée de l'anxiété et du stress ;
- une **plus grande détresse en lien avec la violence conjugale et familiale**, venant notamment de l'isolement, qui rend plus difficiles la recherche et l'accès aux ressources d'aide ;

- de la **précarité économique et matérielle**, particulièrement pour les femmes travaillant dans des domaines touchés par les fermetures et le confinement. Cette précarité a aussi été vécue par des femmes qui ont dû s'absenter du travail à répétition ou diminuer leurs heures afin de s'occuper de proches malades ou des enfants durant les fermetures d'écoles et garderies ;
- la **crise du logement qui s'est accentuée** durant la pandémie, de même que l'inflation galopante qu'a connue la province pendant la même période, contribuant à accentuer la précarité économique et la détresse psychologique.

Ce contexte socio-sanitaire a engendré une augmentation des besoins en soutien, et en même temps, les intervenantes ont noté que de nombreuses femmes ont perdu le réflexe d'aller consulter pour leur santé mentale durant cette période. Cela s'explique par les bris et interruptions à répétition dans les services, par une augmentation des délais pour obtenir une consultation ou un rendez-vous, et par une perte des liens avec leur organisme. Une intervenante explique aussi :

« En temps de crise, on doit souvent se concentrer sur les besoins immédiats et urgents, tu sais "ok l'école des enfants est fermée pour deux semaines, ok je dois me trouver une source de revenus, ok mes deux parents sont malades en CHSLD, qu'est-ce que je fais là, tout de suite" et qu'est-ce que tu mets de côté ? La prévention et la santé mentale. »

-Travailleuse d'un organisme de défense des droits

Plusieurs répondantes nous ont également parlé des impacts des délestages dans le milieu de la santé qui ont accompagné la pandémie, c'est-à-dire le fait d'annuler ou de reporter certains rendez-vous médicaux qui sont jugés non urgents. Avec la réduction et le report de certains soins, les femmes ont eu plus de difficulté à obtenir les services dont elles ou leurs enfants avaient besoin, et elles ont dû mettre de côté certains soutiens. Les intervenantes nous ont par exemple mentionné que plusieurs femmes enceintes évitaient d'aller passer des tests à l'hôpital et que plusieurs dépistages et services externes (tels que ceux donnés dans les écoles) ont été interrompus.

Ces pressions accrues sur le personnel du système de santé, tous corps de métiers confondus, ont mené à une plus grande anxiété, de la fatigue et de l'épuisement professionnel. Cela a inévitablement eu un impact sur la capacité à offrir un accueil de qualité et empathique, qui, pour des femmes historiquement discriminées par le système de santé ou ayant des vécus de violence, est pourtant crucial au développement de la relation patiente-personnel médical, ce que nous verrons tout au long de ce portrait.

- **Santé mentale**

Plusieurs intervenantes notent une augmentation de la détresse psychologique et de l'anxiété, et mettent l'accent sur les différents freins dans l'accès à des services d'accompagnement en psychothérapie, comme en témoigne cette répondante :

« Beaucoup de jeunes sont en détresse psychologique, mais elles ont peu d'accès aux services en psychothérapie, et en tant que jeunes femmes noires, elles vivent des jugements quand elles sont avec les professionnels. »

-Travailleuse d'un organisme d'accompagnement pour jeunes

Plusieurs femmes, notamment celles vivant des problématiques multiples, vont faire passer leurs problèmes de santé mentale après leurs problèmes de santé physique, de même qu'après la réponse à leurs besoins primaires (trouver un endroit où dormir, manger, etc.).



« Elles sont tellement en mode survie qu'elles pensent d'abord à leurs besoins primaires avant de penser à la santé mentale. On sait que la santé mentale est mise de côté au profit de la santé physique. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

Plusieurs répondantes ont noté une augmentation des tensions au sein des milieux de travail, davantage d'agressivité entre les collègues, de cas d'épuisement professionnel et de cas de harcèlement au travail. Cela découle notamment des charges de travail augmentées à cause de la pénurie de main-d'œuvre et du brouillage des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle dans le contexte du télétravail.

« Aussitôt que tu nommes que tu as des besoins, c'est un couteau à double tranchant. Il y a de la comparaison, tu es vue comme faible, et en même temps, ça vient avec plein de tâches [...] Tu sais, la lourdeur administrative et la multiplication des étapes pour faire reconnaître les besoins de congé maladie. »

-Travailleuse du réseau de l'éducation à Laval

« Les milieux de travail, les assurances, culpabilisent la personne qui souffre d'une problématique de santé mentale, et ça augmente encore plus la problématique [...] Et au lieu de regarder l'organisation du travail, on regarde ce qui se passe dans sa vie privée. [...] C'est plus facile de rejeter la faute sur la personne que de regarder comment le climat de travail est rendu toxique, comment la charge de travail est rendue difficile. »

-Travailleuse d'un groupe syndical

- **Moments vulnérabilisants**

Les groupes de discussion ont permis de faire ressortir des moments de vie qui peuvent accentuer la vulnérabilité, parce qu'ils placent les personnes dans des situations de grand bouleversement, par exemple : naissance, déménagement, changement radical de l'état de santé pour soi ou une personne proche, perte d'emploi, etc. Pour des femmes qui vivent les effets croisés de plusieurs oppressions, les effets de ces moments d'instabilité peuvent s'inscrire dans la durée et occasionner des enjeux à long terme (basculement dans une situation d'itinérance, développement ou accentuation de problématiques de santé mentale, difficultés sur le marché du travail, etc.).

→ Sortie d'hôpital

Les sorties d'hôpitaux après de courts ou longs séjours (que ce soit pour des problèmes de santé physique ou de santé mentale) sont des moments importants, qui peuvent vulnérabiliser les femmes qui vivent de la précarité financière, qui n'ont pas de logement stable ou qui ont peu de réseau social. Le manque de suivi prévu à la suite de la sortie d'hôpitaux est également un facteur vulnérabilisant :

« Elles sont hospitalisées pour un problème de santé mentale par exemple, et là on leur dit "c'est beau, tu peux sortir", mais où vont-elles aller ? [...] C'est beau de sortir la femme de l'hôpital, mais après ça si elle n'a pas de suivi psychologique, qu'est-ce qui va arriver ? »

-Travailleuse d'un organisme pour femmes en difficultés

Le caractère vulnérabilisant des sorties d'institutions est de plus en plus documenté dans la littérature, notamment celle sur l'itinérance. Dans le Portrait *Démarche qualitative du Deuxième portrait de l'itinérance au Québec* (MacDonald et al., 2020), on explique ainsi qu'il arrive souvent **que les sorties d'hôpitaux soient précipitées et que la coordination avec les autres ressources d'aide soit insuffisante** : « Dans un contexte où les ressources d'aide sont restreintes et où les délais d'attente sont fréquents, le fait de contacter une ressource la veille ou le jour même de la sortie d'un patient [e]⁷ rend impossible une planification adéquate de la sortie. [...] En outre, les personnes se sentent laissées à elles-mêmes à la sortie de l'hôpital, recevant leur congé sans qu'on leur pose de questions sur leur situation domiciliaire. Parmi les personnes rencontrées, certaines ont rapporté avoir dû faire les démarches par elles-mêmes, tout en se sentant souvent incapables d'y parvenir seules. »

À ce sujet, rappelons le cas de la Maison Marie-Marguerite, qui a pour mission l'accueil et l'hébergement de femmes violentées, avec ou sans enfant, vivant des problématiques multiples. Malgré la création de l'organisme, ses services d'hébergement ne sont toujours pas

⁷ La féminisation est ajoutée par la TCLCF.

offerts, faute de financement. La création de cette ressource visait à répondre aux besoins criants d'hébergement pour femmes et pallier aux refus quotidiens faute de places ou pour des problématiques dépassant les missions et services offerts par les divers organismes de Laval.

→ Sortie de prison

Plusieurs des femmes rencontrées au Centre de détention Leclerc de Laval, une prison pour des femmes purgeant des peines de moins de deux ans, nous ont fait part du **cercle vicieux qu'elles constatent en lien avec leur « décrochage » du système de santé**. Les difficultés qu'elles vivent pour l'accès à une ou un médecin (délais dans l'obtention d'un rendez-vous, jugements et préjugés, ne pas savoir par où commencer leurs recherches, etc.) **font en sorte qu'elles se tournent vers des sources illicites de produits thérapeutiques pour apaiser leurs souffrances ou répondre à leurs besoins. Cela contribue à les retourner vers le système carcéral après en être sorties**, en les maintenant dans des cycles de consommation, de possession ou de vente de substances psychoactives ou de « petite criminalité » servant à payer les produits qu'elles obtiennent sur le marché illicite.

MacDonald *et al.* (2020), identifient d'ailleurs les sorties de milieux de détention, tels que l'établissement Leclerc, comme un important **point de bascule dans la région de Laval**, notamment pour les personnes autochtones, qui font souvent face à un déracinement de leur communauté à la suite de leur incarcération. On appelle *points de bascule* des événements qui provoquent subitement la situation d'itinérance (perte de logement et sortie d'institution, principalement), tandis que les points tournants réfèrent à des situations pouvant entraîner, sur le plus ou moins long terme, une situation d'itinérance (toxicomanie, violence conjugale, etc.). **Il serait, à cet effet, intéressant de documenter davantage les trajectoires suivies par les femmes qui quittent le système carcéral et l'accompagnement qui leur est offert**. La TCLCF suit d'ailleurs avec intérêt et solidarité les actions de différents groupes mobilisés pour l'amélioration des conditions de vie des femmes incarcérées et les enjeux touchant la judiciarisation, notamment le comité Leclerc du Centre des femmes de Laval (pour en savoir davantage sur le comité Leclerc, consulter Momméja *et al.*, 2022 en bibliographie).

→ Parcours migratoire

Plusieurs répondantes des groupes focus de travailleuses et de Lavalloises nous ont parlé des impacts du processus migratoire sur la santé, et ont décrit les premières années d'arrivée au Québec comme un moment particulièrement vulnérabilisant. Parmi les éléments qu'elles ont nommés comme facteurs de vulnérabilité, on retrouve l'absence de réseau d'entraide, la méconnaissance des droits et les barrières pour les faire appliquer, et le manque de connaissance sur les ressources et programmes auxquels elles peuvent avoir accès ou pas. Cela, en plus de toutes les démarches et tâches de première nécessité qui viennent avec l'immigration (se loger, se meubler, trouver du travail, démêler les papiers et démarches en

lien avec le statut, etc.). Plusieurs femmes ont aussi vécu des violences diverses avant ou pendant leur parcours migratoire, qui contribuent à les fragiliser davantage.

« Nous, on parle beaucoup de santé avec les femmes immigrantes nouvellement arrivées. Elles ont de la difficulté avec leur santé mentale ; leurs amis et voisins effectuent le travail d'un psychologue quand ça va mal. S'adapter à la société québécoise c'est difficile quand on est seule et que les personnes ne sont pas ouvertes à nous parler dans les lieux publics. »

-Travailleuse d'un organisme pour personnes immigrantes

Le pourcentage de population immigrante à Laval est beaucoup plus élevé que dans le reste du Québec : en 2021, Laval comptait 31,5 % de population immigrante (un taux similaire à Montréal, qui compte 33,4 % de population immigrante), tandis que le Québec en comptait seulement 14,6 % (Statistique Canada, 2022). Les Lavalloises immigrantes représentent 51,3 % de la population lavalloise en 2016 (Ville de Laval, 2019). Le pourcentage d'augmentation de la population immigrante est également beaucoup plus grand à Laval que dans le reste de la province : entre 2011 et 2021, la population immigrante à Laval est passée de 24,6 à 31,5 % (soit environ 6 % d'augmentation), tandis qu'à l'échelle du Québec, ce taux est passé de 12,6 à 14,6 % (soit une augmentation de 2 %) pour la même période (Statistique Canada, 2022). En observant cette croissance rapide de la population immigrante à Laval, on peut se questionner sur la capacité du Réseau de la santé et des organismes communautaires à s'adapter et augmenter leurs services en conséquence, surtout dans un contexte où la courbe de financement de ces derniers ne suit pas les changements démographiques.

Si les enjeux provenant de l'accueil des populations immigrantes sont présents dans toutes les régions du Québec, les chiffres ci-haut montrent qu'il s'agit d'une réalité présente en nombre plus grand à Laval. **Pourtant, les services qui ne sont pas spécifiquement offerts aux populations immigrantes (par exemple, les maisons d'aide et d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale, les refuges pour personnes itinérantes, etc.) peinent à intégrer les besoins particuliers de ces communautés.** Par exemple, le portrait *Besoins des femmes en difficulté à Laval : vers l'adaptation et la création de nouvelles ressources ?* (Gilbert et al., 2020) identifie les obstacles suivants : la connaissance de plusieurs langues chez les intervenantes, la difficulté de naviguer entre les statuts migratoires et les droits associés à chacun d'eux, et le développement de partenariats avec des services spécialisés tels que les services juridiques. Une travailleuse résume ainsi :

« Il y a un manque crucial de services pour les femmes immigrantes à Laval. C'est encore pire pour les femmes sans statut ou à statut précaire... »

-Travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

MacDonald et al. (2020), soulignent à ce propos que : « L'accueil massif de [nouvelles et] nouveaux arrivants au cours des 30 dernières années a changé le portrait de la région qui compte une très importante diversité de communautés culturelles. Dans ce contexte, il est

parfois difficile de repérer les personnes immigrantes en situation d'itinérance, car celles-ci sont souvent prises en charge par leur communauté et ne s'adressent donc pas aux services disponibles. En outre, quand ces personnes s'adressent aux services, leur prise en charge peut s'avérer problématique (barrières culturelles, de langue, etc.). » Une accompagnante à la naissance explique comment le fait d'avoir un parcours migratoire accroît les facteurs de vulnérabilité dans le système de santé :

« Imagine, les personnes qui viennent d'arriver au pays, qui souvent ne connaissent pas la langue, ne connaissent pas le système de santé, qui souvent ont leur vécu et leurs traumatismes ; ça vient ajouter à ces traumatismes ; [...] ça teinte leur expérience du système, ça fait que les gens ne veulent plus aller dans le système se faire traiter. Et ça devient une expérience générationnelle et intergénérationnelle parce que ce sont des histoires qu'on se raconte. Des fois, on ne se les raconte pas mais c'est dans les non-dits et les enfants et petits-enfants en viennent aussi à craindre le système. »

-Accompagnante à la naissance

→ Accouchement et maternité

La période périnatale et de l'apprentissage de la parentalité est souvent identifiée parmi les moments les plus stressants et vulnérabilisants dans la vie d'une personne. Une intervenante en périnatalité mentionne ainsi qu'il y a une « vulnérabilité universelle » qui fait partie de cette étape de vie cruciale qu'est l'arrivée d'un premier enfant et au passage de devenir parent. Il en va de même lorsque la famille s'agrandit. Mais différents facteurs peuvent augmenter la vulnérabilité entourant cette période. Par exemple, une conseillère en intervention périnatale explique que les interventions (déclenchement, césarienne, etc.) en contexte d'accouchement viennent changer le vécu et l'histoire entourant ces naissances :

« En plus d'être liées à une hausse des suivis en périnatalité, [ces interventions] viennent souvent toucher les femmes dans leur sentiment de compétence parentale et peuvent s'accompagner d'une culpabilité de ne pas avoir été capables de nommer leurs désirs durant l'accouchement. »

-Conseillère en intervention périnatale

Cette intervenante note à cet effet une augmentation des déclenchements de naissance depuis la pandémie et donc davantage de femmes susceptibles de vivre cette culpabilité, ces difficultés émotionnelles entourant l'accouchement. Une autre intervenante, accompagnante à la naissance, dénonce quant à elle la prépondérance des césariennes chez les femmes noires, une réalité qui est de plus en plus documentée (Caza, 2022 ; Nicolas, 2019). Cette inégalité met en lumière les expériences différenciées d'accouchement en fonction de l'appartenance à divers groupes sociaux.

En plus du caractère vulnérabilisant de la maternité, celle-ci peut être vécue de manière particulièrement difficile lorsqu'elle mène à une interruption involontaire de grossesse (fausse

couche), sans pour autant faire l'objet d'un suivi psychologique. Une Lavalloise a ainsi déploré :

« [Je n'ai eu] droit à aucun soutien psychologique ou suivi offert après une fausse couche aux urgences. »

-Répondante lavalloise au questionnaire en ligne

Pour les femmes qui ont un **statut migratoire précaire et ne sont pas admissibles à la couverture médicale de la RAMQ**, une grossesse peut être synonyme de stress financier important. Cela se traduit aussi par des retards et des lacunes dans les prises en charge médicales, car le nombre de consultations est réduit au minimum en raison des coûts exorbitants. Ces retards et lacunes peuvent mettre à risque la santé de la mère et du bébé (Médecins du monde, 2022). Cela vient complexifier l'accompagnement que les organismes peuvent offrir pour bien épauler les femmes qui sont dans ces situations :

« L'accès aux soins pendant la grossesse est extrêmement difficile. On leur exige des paiements avant l'accouchement, c'est très coûteux ; 3000 \$ et plus. Les cliniques sont à Montréal. Mais c'est compliqué en transport en commun et si elles n'ont jamais pris le transport, c'est très difficile. Les cliniques ont des horaires spécifiques. Est-ce qu'ils parleront sa langue une fois rendue là ? »

- Travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

Enfin, les **femmes en situation de handicap** vivent aussi différents obstacles durant la période périnatale, notamment parce que « les connaissances et l'expérience professionnelle des dispensateurs de services périnataux [...] sont limitées », que leurs attitudes sont parfois empreintes de préjugés, que l'adaptation des pratiques aux besoins de ces femmes sont parfois insuffisantes, et que les informations nécessaires aux suivis périnataux sont rarement partagées entre les dispensateurs de services (INESSS, 2023).

4.2. LA STRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES IMPACTS

La structure même du système de santé (complexité, délais, temps de consultation, virage numérique, notamment) peut créer bien des obstacles pour les femmes, en particulier celles dont les réalités sont moins prises en compte et/ou qui se retrouvent à la croisée des systèmes d'oppression.

- **Connaissance des ressources et complexité du système de santé**

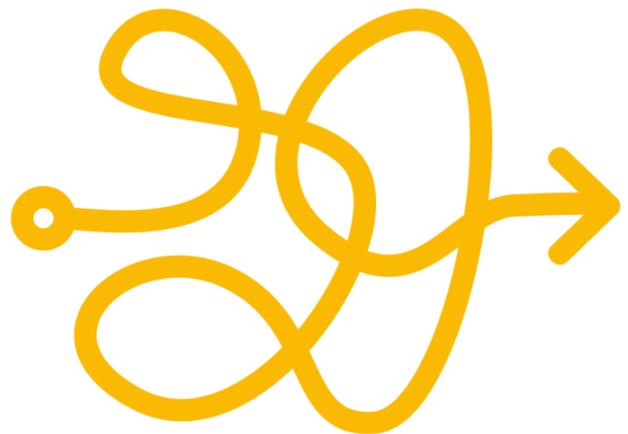
Plusieurs femmes rapportent aux intervenantes qui les accompagnent ne pas savoir auprès de qui s'informer pour leurs besoins en soins et leurs questionnements en santé. Selon les intervenantes ayant répondu au questionnaire web, 50 % des femmes qu'elles accompagnent

ont une « mauvaise » ou une « très mauvaise » connaissance des ressources existantes tant dans le communautaire que dans le réseau institutionnel.

- **Délais et difficultés d'obtention de rendez-vous**

Nous le savons, les délais et le difficile accès à des professionnelles sont maintenant choses communes lors du parcours dans le système de santé public au Québec. Les conséquences de ces enjeux s'expriment cependant de manière particulière pour des femmes qui vivent des discriminations croisées.

Les intervenantes ayant répondu au questionnaire web ont identifié que les **délais et la difficulté à obtenir des rendez-vous accentuent l'épuisement des femmes**. Cela est notamment dû au fait qu'elles sont **majoritairement responsables des tâches domestiques et de la charge mentale liée à la santé de la famille, et sont donc plus touchées par les délais entourant la prise de rendez-vous**. En plus d'assurer les tâches de recherche et de démarchage auprès de différents organismes et prestataires de services, les femmes vont souvent devoir **pallier aux délais dans l'obtention de soins en prodiguant elles-mêmes des soins (recherche active de solutions et remèdes maison, ou appui émotionnel pour gérer l'attente de soins, par exemple)**. Ces répondantes ont aussi mentionné que le manque de temps et l'épuisement sont parmi les facteurs principaux qui empêchent les femmes d'aller chercher de l'aide pour les enjeux de santé qu'elles vivent elles-mêmes. Le fait de prendre en charge une partie des tâches liées à la santé de leurs proches amène ainsi plusieurs femmes à consulter pour elles en dernier, ce qui peut accentuer leurs conditions de santé physique ou mentale, et se traduire en une dégradation de leurs conditions de vie.



Nous y reviendrons à plusieurs reprises dans ce portrait ; les femmes qui éprouvent des difficultés de communication avec le système de santé (soit, par exemple, parce qu'elles ne sont pas suffisamment à l'aise avec le français ou l'anglais, ou parce qu'elles ont des limitations fonctionnelles) voient leur prise de rendez-vous et leur accès à des spécialistes d'autant plus complexifiés. À cela s'ajoutent d'autres contraintes, telles que le fait de ne pas avoir accès à un véhicule, d'être cheffe de famille monoparentale, d'avoir peu de réseau social dans leur région, ou de ne pas avoir certains papiers ou une adresse.

« Ne serait-ce que d'avoir un rendez-vous, quand ce sont des femmes qui n'ont pas accès à la RAMQ, qui n'ont pas accès à leurs papiers parce qu'elles partent d'une place à

l'autre, qu'elles les perdent ou se les font voler. Elles n'ont pas forcément d'adresse ou de numéro de téléphone. Clairement ce sont des freins. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

Une autre intervenante témoigne qu'elle aide souvent des femmes sourdes à prendre leurs rendez-vous. Dans certains cas, le personnel qui s'occupe de la prise de rendez-vous veut absolument parler à la femme bien que l'intervenante leur répète qu'elle est sourde. Une d'elles raconte qu'elle aidait une femme sourde à prendre un rendez-vous par téléphone puisque c'était le mode de fonctionnement de la clinique :

« La personne m'a dit "Je vais la rappeler". Je leur avais déjà dit qu'elle était sourde. J'ai dit "Ce n'est pas possible d'envoyer un texto ou un courriel ?" Elle m'a répondu "Ah je ne sais pas, on n'a jamais fait ça". Et ça s'est fini là. Je me suis dit "C'est tout ? Ça n'ira pas plus loin ?" »

-Travailleuse d'un milieu de vie à Laval

Pour des femmes qui sont fragilisées par des vécus de violence, ou dont les liens avec le système de santé sont ténus, les délais et difficultés pour obtenir un rendez-vous renforcent le sentiment de ne pas être importantes. Une femme résume ainsi son expérience :

« On m'a jetée dehors de l'hôpital, ils voulaient se débarrasser de moi. »

- Lavalloise vivant des problématiques de santé mentale

Les intervenantes se sont montrées **particulièrement préoccupées par les conséquences des délais entourant les services de psychothérapie.**

« Souvent, des femmes qui arrivent de milieux toxiques, qui ont vécu des difficultés depuis qu'elles sont toutes jeunes, elles n'ont pas forcément reçu d'aide, elles n'ont jamais été accompagnées pour aller consulter et donc elles en viennent à accumuler les traumatismes. »

-Intervenante psychosociale

« Les ressources en santé mentale sont indisponibles. Mais quand on est en crise, on ne peut pas rester sur une liste d'attente. Les ressources à Laval en santé mentale doivent être bonifiées. »

-Intervenante d'un organisme d'accueil pour personnes immigrantes

Autant les Lavalloises que leurs intervenantes ont noté que les problématiques de santé mentale, comme de santé physique, s'aggravaient à Laval à cause des délais.

- **Temps de consultation**

Plusieurs femmes ont mentionné que les consultations étaient trop courtes et trop rapides pour leurs besoins. L'une d'elles explique :

« Les rendez-vous c'est rendu 20 minutes. Qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte en 20 minutes ? »

-Lavalloise neuro-divergente et en situation de pauvreté

Par ce témoignage, cette participante exprime bien le fait que **pour des femmes qui vivent des problématiques imbriquées et complexes, la durée des consultations médicales est trop courte pour leur permettre de bien expliquer les enjeux qui les amènent à consulter**. Cela est d'autant plus vrai pour des femmes ayant des vécus de violence et de discrimination, et qui peuvent avoir besoin de plus de temps pour développer le lien de confiance nécessaire pour arriver à raconter les raisons de leur consultation. Bien sûr, cela est aussi accentué pour des femmes ayant un handicap d'élocution, ou une difficulté à organiser leurs idées, et qui ont donc besoin de plus de temps. Une autre participante explique les conséquences que la durée des consultations a pour elle :



« Les médecins ne prennent pas le temps de nous écouter vraiment pour savoir c'est quoi nos vrais besoins ! Nous sommes des numéros et je me sens poussée à aller plus vite à chaque consultation, ce qui me rend très anxieuse et qui fait que je sors de mon rendez-vous déçue et sans les soins dont j'avais besoin. »

-Lavalloise de longue date

« Je suis de nature timide et on nous fait souvent sentir qu'ils sont pressés et même que nous sommes bêtes. En général, on vient pour le plus gros et on se dépêche à partir. »

-Femme âgée en situation de précarité économique

Les temps de consultations réduits font ainsi en sorte que plusieurs femmes se sentent mal reçues ou traitées « comme des numéros » dans le système de santé. Elles vivent de l'anxiété par rapport aux rencontres avec les médecins et elles quittent les rendez-vous en sentant qu'elles n'ont pas eu les réponses ou les soins pour lesquels elles consultaient. Car ce contexte fait en sorte que les symptômes ne peuvent pas être pris en compte dans leur globalité. **Or,**

comme nous l'avons vu plus haut, agir sur les déterminants sociaux de la santé est essentiel pour améliorer l'état de santé d'une personne. Ces sensations se sont reflétées à plusieurs reprises dans les témoignages des Lavalloises. Nous y reviendrons plus loin dans la portion sur l'approche et l'accueil.

- **Virage numérique : double tranchant**

Comme dans bon nombre de services utilisés par la population au quotidien, le système de santé continue sa transition vers le virtuel (numérique), tant pour l'information sur les services, les prises de rendez-vous, voire certains rendez-vous en eux-mêmes. Plusieurs intervenantes ont noté que **ces nouvelles manières de faire peuvent avoir des impacts positifs sur l'accès aux soins, mais le rythme rapide auquel ces changements entrent en fonction et le peu d'alternatives offertes aux personnes qui ne peuvent y avoir accès contribuent à exclure des pans de la population de cette transition.** Une femme explique ainsi :



« C'est compliqué d'avoir accès à un rendez-vous. Il y a plein de plateformes différentes et de méthodes tout dépendant de la clinique (Bonjour santé, RVSQ, téléphone). Les plages horaires ne sortent pas toujours aux mêmes heures et il n'y a aucun endroit où toutes ces façons de faire sont expliquées sur internet. Certaines plateformes fonctionnent mal avec les cellulaires. Ma mère handicapée qui a un vieux smartphone ne peut pas prendre ses rendez-vous ; la clinique refuse qu'elle appelle pour voir son médecin de famille. C'est chaotique et ça ne prend pas en compte les personnes âgées, les personnes pauvres, les personnes ayant des problèmes de littératie, etc. Un système qui pénalise profondément les gens marginalisés. »

-Lavalloise ayant un rôle de proche aidante

Une travailleuse renchérit en expliquant l'impact de ce virage numérique sur l'autonomie des femmes qui ont peu accès ou qui sont moins habiles avec les technologies :

« Au-delà des soins, l'enjeu est de pouvoir prendre un rendez-vous lorsqu'une personne n'a pas accès à internet ou des outils technologiques, ou qu'elle a de la difficulté à traiter l'information écrite et orale. Également, la simplification des informations dans le système de santé est primordiale pour permettre à ces femmes de pouvoir être plus autonomes dans leur démarche. »

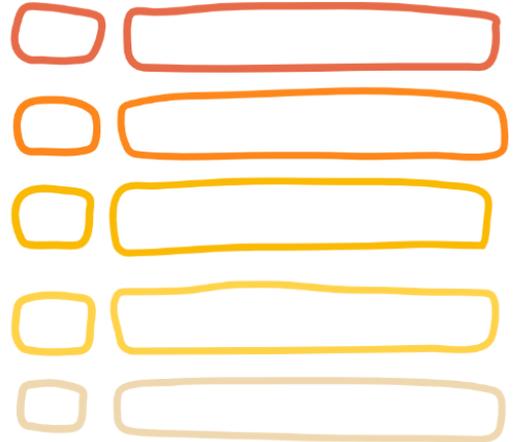
-Travailleuse d'un organisme en alphabétisation

Les femmes sont encore majoritairement en charge de la prise de rendez-vous et de la gestion de la santé (recherche d'information, auto-diagnostic des symptômes, observations de l'évolution des symptômes, etc.), tant pour elles-mêmes que pour leurs proches. Les obstacles

et difficultés dans l'accès à l'information et pour la prise de rendez-vous se traduisent souvent en une augmentation de la charge mentale et de l'anxiété pour plusieurs femmes.

- **Les diagnostics**

Certains diagnostics difficiles à obtenir impactent particulièrement les femmes. Par exemple, le diagnostic de troubles du spectre de l'autisme n'est pas offert au CISSS de Laval pour les patientes de plus de 18 ans. Or, nous savons que les femmes sont souvent diagnostiquées beaucoup plus tard que les hommes en raison des manifestations différentes des troubles du spectre de l'autisme chez elles (Groupe d'action autisme au féminin, 2020). **Comme ce service n'est plus pris en charge par le réseau public après 18 ans, les démarches pour l'obtention d'un diagnostic sont plus complexes et longues, en plus d'être coûteuses, puisqu'elles doivent se tourner vers les ressources privées,** comme en témoigne cette répondante :



« Ma mère est en cours de diagnostic d'une maladie génétique rare, mais il faut faire des tests pour déterminer le type. J'ai énormément de symptômes depuis de nombreuses années et malgré des demandes répétées pour commencer à me tester, rien n'est fait. On me recommande d'attendre que ma mère ait son diagnostic complet pour que je débute le mien sauf que ça prend des années d'attente pour avoir accès à certains tests et j'ai déjà plusieurs symptômes qui nuisent à ma rétention en emploi (car je ne suis pas considérée comme ayant un handicap), qui me nuisent dans mes demandes d'accommodement de mon poste de travail. »

-Lavalloise proche aidante

Certaines intervenantes ont parlé du **dilemme que pose parfois le fait d'aller chercher un diagnostic pour une condition, particulièrement en ce qui a trait à la santé mentale**. En effet, d'un côté, le fait d'avoir un diagnostic peut permettre aux femmes de **mettre des mots sur ce qu'elles vivent, de se sentir moins seules et de trouver des pistes de solutions pour agir sur ces vécus**. Cela permet aussi de faire valider médicalement un vécu et ses conséquences, facilitant l'accord de congés au travail, d'accommodements et l'accès à certains services de santé. Par exemple, plusieurs intervenantes nous ont parlé des liens entre les expériences de violence conjugale ou d'agression à caractère sexuel, et les épisodes de dépression, les effets de stress post-traumatiques, et des problèmes physiques résultant de la somatisation des émotions. L'octroi de diagnostic peut ainsi permettre de mettre en lumière les conséquences médicales de problématiques sociales.

Or, justement, celles qui ont moins de liens avec le système de santé pour diverses raisons, notamment les femmes vivant des problématiques multiples, ont moins accès à des

diagnostics. Cela complexifie d'ailleurs leurs éventuelles démarches et leur référencement vers des ressources, comme l'explique cette intervenante :

« Souvent elles ont des problèmes de santé mentale divers et variés, mais comme elles ne fréquentent pas vraiment les milieux de santé, elles n'ont même jamais de diagnostic en tant que tel. Et souvent quand on fait des démarches, il faut avoir des diagnostics en amont pour pouvoir être référées dans le bon service. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

En même temps, certains diagnostics inscrits aux dossiers des patientes peuvent **changer la perception que le personnel médical se fait d'elles**. Par exemple, une travailleuse explique que les femmes qui ont un diagnostic de trouble de personnalité limite sont particulièrement victimes de jugements :

« Ils se disent : "Elle exagère, elle manipule", car c'est ça qui est écrit dans leurs cahiers. Et ça c'est les médecins mais aussi les intervenantes, les infirmières, les psychologues. »

-Intervenante d'un organisme pour personnes vivant avec des fragilités relationnelles

Cela peut aussi avoir pour effet de « cacher » les autres causes possibles d'un problème de santé en reliant au diagnostic tous les problèmes vécus par la personne.

« La personne arrive pour un problème de santé mais le diagnostic prend toute la place. On dirait qu'ils voient juste ça. »

-Travailleuse de maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

Nous verrons plus en détail comment ces jugements se répercutent dans l'accueil que reçoivent ces femmes, dans la section « Compréhension des besoins des femmes et perception des femmes dans le système de santé ».

- **Diversité et ouverture du personnel médical**

Certaines communautés sont historiquement discriminées par le système de santé, telles que les communautés que la société racialise ou la communauté LGBTQI+. **Pour les femmes qui font partie de ces communautés, le fait d'avoir accès à du personnel soignant qui, soit possède une bonne ouverture et des compétences d'allié, soit partage carrément un vécu d'oppression avec elles, est un facteur facilitant la relation de confiance et le sentiment d'être comprises.** Ces éléments nous ont été rapportés à plusieurs reprises, et semblaient prendre une importance particulière



dans certains domaines comme les soins en accompagnement psychosocial ou en psychologie, et les soins gynécologiques et obstétricaux.

« Si je veux aller voir un thérapeute, je préfère une femme noire parce qu'on a différentes réalités qu'une personne blanche. Ma thérapeute aurait vécu des choses similaires et pourrait me dire comment elle les a surmontées. Cependant, il est très difficile d'avoir accès à un thérapeute et il est difficile pour des personnes noires d'aller chercher de l'aide à la base. »

-Jeune Lavalloise s'identifiant comme femme racisée

« Elle a eu un médecin noir et elle avait senti énormément de compassion et tout, mais ensuite elle a eu un médecin qui n'était pas noir, et elle disait "Eh bien maintenant, je ne ressens pas la même compassion, la même compréhension de ma situation" [...]. »

-Accompagnante à la naissance

Or, dans la majorité des cas, le manque de diversité culturelle au sein du personnel médical rend difficile l'accès à des professionnelles issues des mêmes communautés que la personne soignée. **Plusieurs intervenantes rencontrées expliquaient se sentir soulagées de connaître des professionnelles outillées, pour pouvoir leur référer leurs participantes en sachant qu'elles seront bien reçues.** En même temps, elles notaient aussi la rapidité avec laquelle les listes d'attente de ces professionnelles se retrouvent pleines, tant les besoins sont grands.

« On arrive à en trouver, des médecins ouverts et connaisseurs, tu sais, où on sait qu'elles sont bien reçues et que le médecin connaît un minimum leurs réalités mais on finit par toujours référer vers eux, et ils se retrouvent vite débordés. Ou bien ils déménagent et le lien est perdu. »

-Travailleuse spécialisée en diversité sexuelle et de genre

« Quand j'ai été formée, ma prof m'a dit "Ah ben c'est intéressant, tu vas pouvoir travailler avec ta communauté". Et elle l'a dit avec bienveillance, moi je ne comprenais pas, mon but ce n'est pas nécessairement d'accompagner des femmes noires parce que je suis noire. Mais au fil des années, j'ai compris cette importance-là, non seulement la formation, qu'on soit représentées, mais qu'il y ait une certaine compassion, une certaine compréhension. »

-Accompagnante à la naissance

Au sujet du personnel médical, plusieurs intervenantes mentionnent aussi le **stress qui vient avec le fait de changer de médecin, particulièrement pour des personnes ayant des vécus de marginalisation et d'exclusion :**

« Il y a beaucoup l'enjeu de "Je ne veux pas voir de nouveaux professionnels ; eux-autres vont-ils être au courant, vais-je être obligée de me dévoiler ? Est-ce je vais me faire juger ?" Elles veulent connaître le médecin qui les suivra. »

-Travailleuse spécialisée en diversité sexuelle et de genre

- **Culture des violences gynécologiques et obstétricales**

Lors du premier Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé, nous avons abordé les vécus des femmes en lien avec la gynécologie et l'obstétrique. Le Regroupement Naissances Respectées nous a exposé le concept de culture des violences gynécologiques et obstétricales. Le fait de parler de culture permet de dresser un continuum de la violence, qui peut référer à des actes qui tiennent de l'agression pure et simple (par exemple, les procédures forcées), mais qui peut aussi prendre la forme d'une diversité d'actes plus ou moins acceptés socialement, et plus difficilement identifiables comme condamnables (banalisation de la souffrance, commentaires invalidants, etc.).

Nous y avons aussi exploré le parallèle entre la culture des violences obstétricales et gynécologiques, et la culture du viol. Dans les deux cas, nous voyons ce continuum des violences, la normalisation et la banalisation de certains actes sur le continuum, et la difficulté à reconnaître et faire reconnaître certains de ces actes comme participant d'un système, d'un contexte qui soutient la violence. L'organisme met aussi de l'avant que dans les deux cas, les prises de parole des femmes et leur collectivisation permettent de faire sortir au grand jour les paroles d'autres femmes, et de constater l'ampleur du système.

Le fait d'utiliser le terme *culture des violences obstétricales et gynécologiques* permet d'élargir notre compréhension de ce type de violences. On les associe généralement à la maternité et à l'accouchement. Mais avec ce concept, on comprend à quel point plusieurs femmes, dès l'adolescence, notamment avec les menstruations ou leur absence, vont voir leurs symptômes, leurs douleurs et leurs inquiétudes banalisées, voire ignorées et ce, tout au long de leur vie (fertilité ou la contraception, la péri-ménopause, ménopause, etc.).

Les situations de vie qui ont été rapportées dans cette première section nécessitent, pour être intégrées adéquatement lors de l'offre de soin, d'être connues et comprises du personnel soignant. Nous verrons dans la prochaine section la manière dont les Lavalloises ayant participé à ce portrait se sentent reçues et comprises dans leurs trajectoires de soins.

4.3. COMPRÉHENSION DES BESOINS DES FEMMES ET PERCEPTION DES FEMMES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Lors des groupes de discussion autant que via les questionnaires, les Lavalloises et intervenantes en avaient beaucoup à dire sur l'accueil que vivent les femmes dans leurs trajectoires de soins. Dans le rapport d'activité 2021-2022 du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de Laval (CAAP), ce sont, selon les années, entre 8 et 10 % des plaintes qui concernent les relations interpersonnelles au sein du système de santé (CAAP, 2022). **Même si les femmes reconnaissent du positif et que les intervenantes mettent en lumière que les expériences des femmes avec le système sont très diversifiées, les expériences négatives marquent beaucoup, en plus d'avoir un impact important sur leur utilisation future des services de santé.** Il faut aussi noter que **malgré les frustrations qu'elles vivent lorsqu'elles consultent, les femmes se sont montrées conscientes des défis que vit le personnel soignant, notamment en raison de la pandémie et du manque de personnel, et se montrent compréhensives.**

Lors du Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé, une des panélistes met en lumière :

« Comment la société se représente-t-elle la sexualité, le corps, l'agentivité et la maternité des femmes en situation de handicap ? Car la qualité des soins reçus relève des conceptions de la société, que le corps médical endosse aussi. »

-Chercheuse en psychologie spécialisée dans les vécus des femmes en situation de handicap

- **Connaissance et compréhension des enjeux spécifiques**

Les interventions que les femmes décrivent semblent se concentrer sur les aspects physiques des problématiques qu'elles vivent, prenant peu en compte les impacts des enjeux systémiques tels que la pauvreté, le racisme, la pénurie de logement et l'isolement social sur leur santé globale.

Plusieurs répondantes ont également fait ressortir que le personnel médical est très peu outillé et informé sur les vécus plus marginalisés (ou « qui sortent de la norme »). « À un moment donné, j'ai senti que c'est moi qui donnais la consultation au médecin et pas le contraire », résume ainsi une femme vivant avec un handicap visuel. Lorsqu'elle a prononcé cette phrase, la majorité des participantes à ce groupe focus ont dit que cela résonnait avec leur propre expérience (parcours migratoire, expérience du racisme, consommation de substances psychoactives, etc.).

Ce manque de connaissances a des conséquences sur la qualité des soins prodigués aux femmes. Cela peut engendrer des traitements inutiles ou inefficaces. Une intervenante donne cet exemple :

« Elle s'est fait prescrire un [traitement de prophylaxie post-exposition (au VIH)] pour un crachat au visage, alors qu'il n'y avait pas de risque de contamination et que cette thérapie a de gros effets secondaires. Le médecin avait également dit à la patiente qu'elle ne pouvait plus embrasser son partenaire. Ça lui a causé beaucoup de stress. »

-Intervenante en santé sexuelle

- **Jugements et attitudes**

Liés à ce manque de compréhension, les répondantes ont fait part des jugements auxquels les femmes aux vécus marginalisés font face dans leurs trajectoires de soins. Ces attitudes peuvent prendre diverses formes et sont à remettre dans un contexte où les femmes vivent des jugements à répétition dans plusieurs des démarches qu'elles entreprennent.

Les troubles qui sont « non visibles » sont souvent nommés par les intervenantes comme des facteurs de jugement de la part du personnel soignant : trouble du spectre de l'autisme, dépression, trouble de personnalité limite, dépression post-partum, notamment. Ils viennent modifier la perception que le personnel médical a des femmes parce qu'elles ne correspondent pas aux stéréotypes de douceur, de docilité et de féminité. Plusieurs femmes racontent aussi avoir vécu du racisme, de la part du personnel soignant ou du personnel de soutien. Cela peut se traduire par des jugements sur les pratiques religieuses de la femme, comme le relate cette participante : « Des femmes qui consultaient ont reçu les opinions du médecin sur le fait de porter un voile musulman », indique l'intervenante d'un milieu de vie lavallois. Cela peut aussi prendre la forme de jugements sur certaines manières de réagir ou bien des formes de condescendance :

« Je le vois partout, comment on perpétue ces violences. Certaines sont très concrètes, mais d'autres sont subtiles. Par exemple, on entend souvent : "On n'est pas en Afrique ici madame", ce qui se traduit par "On n'accouche pas dans cette position-là" ou "On ne crie pas pendant l'accouchement, ici". »

-Accompagnante à la naissance

« On en voit beaucoup, de la condescendance, un manque de vision systémique des déterminants de la santé, et des services administrés comme de la charité plutôt que comme des droits pour les femmes réfugiées ou à statut précaire. »

-Travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

Parfois c'est dans de petits gestes que la personne ne se sent pas prise en compte : plusieurs femmes en situation de handicap qui sont accompagnées lors de leurs visites médicales racontent que le personnel soignant s'adresse à la personne qui accompagne plutôt qu'à elles. D'autres racontent que des personnes ayant un handicap visuel se font parler fort ou lentement comme si elles avaient un handicap intellectuel.

« On se fait parler en bébé. Ou bien ils ne me parlent pas du tout, et s'adressent seulement à la personne qui m'accompagne [...] Il y en a aussi qui ont un handicap visuel et elles se font parler plus fort comme si elles étaient sourdes. »

-Lavalloise avec un handicap visuel

« Des femmes qui viennent nous voir et sortent en pleurant des bureaux des médecins, il y en a beaucoup. Parce qu'il n'y a pas d'empathie, elles vivent du jugement. »

-Travailleuse d'un milieu de vie lavallois

« Quand on accompagne les femmes à des rendez-vous, les professionnels vont nous parler à nous, les intervenantes, plutôt qu'aux femmes. C'est très dévalorisant et ça n'aide pas la femme à reprendre espoir sur sa vie. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

- **Respect des choix**

Ces jugements s'exercent aussi par rapport à diverses actions ou choix de vie des femmes, comme par exemple la consommation de substances psychoactives, le vécu présent ou passé dans l'industrie du sexe, le désir d'avoir un suivi de grossesse avec une sage-femme⁸, notamment. Une intervenante fait remarquer avec justesse que lorsque du personnel soignant se permet ce type de jugement, « il n'est plus du tout centré sur les besoins de la femme ».

« Avant mon opération, je devais être clean sinon je retourne en bas de la liste d'attente. Mon médecin de famille m'a expliqué cela. J'allais chez lui très fier que j'ai arrêté la cigarette mais je lui disais que je prenais encore du speed. Il était très outré et me disait que tu n'es pas prêt. Mais ce n'est pas que je ne suis pas prêt mais ça fait depuis l'âge de 14 ans que je consomme. »

-Homme trans incarcéré⁹

⁸ Cet aspect ne touche pas particulièrement les femmes aux vécus marginaux (ce sont plutôt des femmes privilégiées qui vont vers des suivis sage-femme) (BESSAIH et MELAKU, 2018), mais cela peut tout de même avoir un effet qui peut être vulnérabilisant.

⁹ Cette personne s'identifie comme homme trans et utilise les pronoms masculins, tout en étant incarcéré au Centre de détention pour femmes Leclerc de Laval. Il a confirmé son désir de voir ses témoignages présentés dans un portrait sur la santé des femmes, mentionnant que la majeure partie de son vécu avec le système de santé a eu lieu alors qu'on l'assignait comme « femme ». C'est dans ce contexte que nous présentons son témoignage.

« Elle avait une paralysie cérébrale et tout le personnel soignant lui a suggéré des avortements à répétition pendant sa grossesse. Ils le proposaient même à la sœur de la patiente plutôt qu'à elle directement. [...] Après son accouchement, quand elle allait consulter pour des problèmes de santé, ils l'ont plusieurs fois faite sentir coupable : "Eh bien, c'était ton choix d'avoir un enfant." »

-Travailleuse d'un organisme pour personnes en situation de handicap

En plus de nuire à la qualité de l'accueil et au lien de confiance nécessaire à la relation thérapeutique, ces jugements contribuent à l'isolement et au mal-être des femmes. Plusieurs femmes ont rapporté se sentir évaluées, et que ces évaluations influençaient l'accueil qu'elles recevaient et la manière dont elles étaient traitées lorsqu'elles souhaitaient recevoir des soins :

« Il y a beaucoup de préjugés, il faut vraiment être présentable quand tu vas consulter sinon on ne va pas te prendre au sérieux. »

-Jeune mère monoparentale

« Parce que je prenais de la drogue, j'attendais 12 heures à l'urgence. Je leur disais que je prenais de la drogue pour qu'ils sachent que mes symptômes c'est peut-être lié à ça. Parce que je prenais de la drogue, ils se sont dit je suis en psychose, je capote mais ce n'est pas ça. »

-Femme incarcérée utilisant des substances psychoactives

Ces attitudes diminuent aussi les chances que les femmes consultent pour les problématiques qu'elles vivent. Plusieurs d'entre elles ont identifié les discriminations et violences vécues dans le système de santé comme un facteur limitant leur propension à aller y chercher de l'aide de nouveau. Ces jugements peuvent aussi conduire à de mauvais diagnostics.

« Souvent, tout ce qui sort de la normalité, les médecins vont le prendre comme la cause de leurs problèmes de santé, alors que ces causes sont complexes et que les femmes ont d'autres vécus. Ça amène à des sous-diagnostics. »

-Intervenante d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

Ces diagnostics empreints de jugement teintent aussi les traitements et conseils offerts par le personnel soignant. Plusieurs participantes rapportent à leurs intervenantes se faire inciter à faire certains « choix » (changer d'appartement, changer de travail, par exemple) puisque ces éléments de leur vie peuvent avoir des impacts négatifs sur elles. Or, cela ne prend pas en compte les possibilités réelles des femmes ni les motifs pour lesquels elles ont fait ces choix de vie.

« Le médecin regarde les femmes qui sont des escortes et leur dit, “Là, tu arrêtes de toute façon”... C’est comme, non mais de quoi tu te mêles ? »

-Intervenante en santé sexuelle

« Quand je prenais de la drogue dure, je faisais des crises dans les pieds qui peuvent attaquer le cœur. Ils n’ont pas voulu me donner des médicaments pour cette crise, ils ont dit “Tu as juste à arrêter la drogue”, mais ça ne s’arrête pas comme ça, c’est une drogue physique. »

-Jeune femme incarcérée

Des intervenantes expliquent que, pour éviter de vivre de tels jugements, certaines femmes vont être amenées à occulter une partie de leur vécu ou certains problèmes de santé, avec des conséquences imaginables sur la qualité et l’adéquation des soins offerts.

- **Consentement**

Si les enjeux entourant le consentement touchent toutes les femmes, celles qui sont en situation de handicap sont particulièrement à risque de voir leur consentement non demandé ou non respecté. Une intervenante donne ainsi l’exemple d’une femme sourde, qui bénéficiait des services d’une interprète. Le médecin n’attend pas son consentement pour procéder, car l’interprète a indiqué qu’elle allait expliquer les mots du médecin, la femme dit : « OK je t’écoute », le médecin interprète : « OK je peux y aller », et il procède, laissant la femme dans l’incompréhension.

Les femmes reconnaissent que la notion de consentement peut être difficile à actualiser sur le terrain, soit par le flou entourant parfois la validation du consentement ou par la structure du système de santé, notamment la durée des consultations :

« On fait des ateliers avec des étudiants en médecine qui disent comment le consentement est bien expliqué théoriquement mais sur le terrain, qu’est-ce que ça veut dire, respecter l’autonomie de la personne devant toi ? »

-Chercheuse et conférencière sur les droits périnataux

« Les consultations vont vite, le consentement n’est pas toujours demandé. C’est particulièrement au niveau gynécologique et reproductif quand on a des traumatismes. Même si le traumatisme ne s’est pas passé dans un bureau de médecin, ça va te suivre dans le bureau de médecin. »

-Répondante lavalloise au questionnaire en ligne

Pour plusieurs femmes aussi, notamment celles qui vivent des oppressions croisées, l'identification et le respect des limites personnelles, dans un contexte où celles-ci ont été maintes fois non respectées, pose un défi. Les femmes en situation de handicap sont particulièrement touchées par ces cas de non-respect de leur consentement.

« Les femmes en situation de handicap sont socialisées à être dociles, patientes, tolérantes sur le corps car depuis l'enfance, elles vivent souvent différentes manipulations par plein de gens qui ne respectent pas leur consentement. Ça devient flou pour elles. »

-Chercheuse en psychologie spécialisée dans les vécus des femmes en situation de handicap

- **Être crues et prises au sérieux**

Plusieurs participantes ont mentionné ne pas être prises au sérieux ou ne pas être crues lorsqu'elles expriment des besoins. Une panéliste explique : « On a un système qui ne croit pas en la capacité des femmes de définir pour elles-mêmes ce qui se passe dans leur corps. » Et cela est particulièrement vrai pour les femmes qui sont à l'intersection des oppressions.

« Il y a une banalisation des vécus des femmes. Elles exposent leurs soucis aux médecins, mais ensuite ces vécus ne sont pas pris en compte dans l'approche proposée. »

-Travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

Pour des femmes qui ont vécu des violences ou qui sont souvent exclues du système, le témoignage de problématiques de vie et de santé demande une grande ouverture et peut être un défi de confiance.

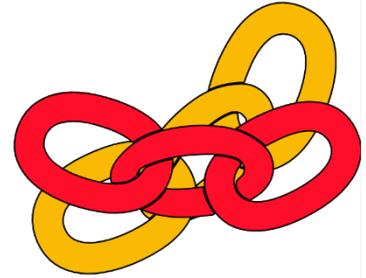
L'expression des douleurs par les femmes, en particulier celles à l'intersection des oppressions, est souvent dévalorisée parce qu'on estime qu'elles « veulent avoir de l'attention » ou qu'elles « exagèrent », comme le révèlent certaines participantes. **Parfois, on dirait que le crédit que l'on accorde à leurs propos est conditionnel : « Pour être crues, les femmes doivent vraiment s'exprimer dans un certain langage », nous mentionne une Lavalloise.** Pour des femmes faiblement alphabétisées, ayant des problèmes d'élocution, anxieuses, ou pour qui il est difficile de dévoiler des vécus, notamment, il n'est pas rare que certaines des difficultés qu'elles vivent deviennent des motifs pour les dévaloriser, les faire sentir moins importantes. Les femmes dont certaines conditions de vie sont dévalorisées sont elles aussi fréquemment décrédibilisées. On nous a par exemple rapporté cette attitude avec celles qui ont un vécu dans l'industrie du sexe, qui consomment des substances psychoactives ou qui ont un poids plus élevé que les standards de beauté normatifs. Elles sont moins prises au sérieux à cause de certains de leurs attributs ou de leurs choix.

Une Lavalloise donne un exemple d'un moment où elle a alerté le personnel médical quant à un malaise qu'elle sentait, mais sans avoir été crue. Cela s'est répercuté en des problèmes de santé plus graves :

« Après que je me sois fait avorter, ils n'ont pas pris en considération si tout était passé. Deux semaines plus tard, j'ai fait une infection au sang. J'ai perdu conscience, mon cœur a arrêté. Je leur avais dit plusieurs fois qu'il y avait quelque chose dans mon corps mais ils ne me croyaient pas. »

-Femme incarcérée

Plusieurs femmes nous ont également mentionné que prendre au sérieux les femmes, c'est aussi écouter leurs peurs et leurs réticences (par exemple, face aux effets secondaires de certains traitements) et proposer différentes options. C'est également écouter leurs besoins et leurs désirs pour certains types de traitements ou de soins, ce qui, elles nous le rappellent, n'est pas toujours respecté.



« Je me suis battue contre le système pour avoir un AVAC¹⁰ et à chaque fois, je me suis battue et on m'a regardée comme une vraie folle. Pour ma 5^e grossesse, le médecin qui allait m'opérer m'a carrément menti mais ce qu'il ne savait pas c'est que je travaille dans le milieu, j'ai l'information. J'ai fait mon innocente pour être en mode observation. »

-Accompagnante à la naissance

Enfin, on ne peut passer sous silence le fait que **même des professionnelles, qui travaillent sur le terrain ou font de la recherche, se font remettre en doute lorsqu'elles donnent des exemples ou des chiffres concernant des problématiques qu'elles observent.** Par exemple, une chercheuse spécialisée dans le domaine des droits périnataux a ainsi relaté qu'alors qu'elle était en entrevue médiatique pour rendre compte de différentes situations de violences obstétricales et gynécologiques au Québec, ses propos ont été remis en question par le président d'une association de médecins, lui aussi présent à cette entrevue :

« On donnait des exemples de violences obstétricales qui se passaient au Québec, et il nous disait "Je ne vous crois pas, ça ne se passe pas ici, on a des bons protocoles en place". »

-Chercheuse et conférencière sur les droits périnataux

¹⁰ Accouchement par voie vaginale après césarienne.

Ces témoignages mettent en relief l'importance de développer une plus grande considération pour les propos et les vécus que les femmes partagent, notamment à travers de la formation visant à déconstruire les biais inconscients.

- **Des femmes dérangeantes**

Les femmes qui sont à l'intersection des oppressions sont souvent vues comme étant dérangeantes, en ce sens **qu'elles, leur vécu et leurs besoins, sont perçus comme sortant de la norme, et peuvent être vus comme plus complexes. Plusieurs font face à une contradiction, entre le fait d'être perçues comme des victimes, à paternaliser et surprotéger, et le fait d'être perçues comme dangereuses, à contrôler.**

Cela se traduit tout d'abord par une surveillance accrue des femmes qui sont perçues comme dérangeantes :

« Beaucoup de femmes noires ont peur de la DPJ. J'ai l'exemple d'une femme qui en était à son troisième enfant ; elle sait comment allaiter. Mais une infirmière est venue et elle lui a dit "Tu ne le fais pas bien", et elle a appelé la DPJ. Il y a un élément de surveillance, c'est sournois, sur les communautés noires, les personnes marginalisées, les jeunes. La peur du système est valide. Il faut faire attention, comme société et comme intervenante, à comment on fait les choses. »

-Accompagnante à la naissance

Une femme nous raconte ainsi avoir tenté d'obtenir de l'assistance thérapeutique pour l'aider à faire face aux difficultés psychologiques qu'elle vivait durant sa grossesse :

« Quand j'avais eu des suivis de grossesse, mes hormones étaient au plafond, je ne savais pas à qui parler pour voir si j'allais bien. J'ai demandé de parler avec un thérapeute, ils m'ont demandé avec méfiance : "Pourquoi ?" Je me suis dit que j'étais surveillée et aussi que je ne suis pas prise au sérieux. Ce changement d'hormone m'arrivait pour la première fois, au lieu de me rassurer et de me poser des questions, je me suis sentie attaquée et ça m'a découragée. »

-Lavalloise mère monoparentale vivant dans un HLM

Des participantes relatent que selon elles, des femmes dont les comportements sortent des standards de docilité et de douceur souvent attendues d'elles peuvent faire face à une dévalorisation de la part du personnel médical :

« Elles sont exclues car elles parlent plus fort, elles peuvent paraître comme étant impolies. Il y a une attente des femmes qu'elles soient toujours polies, dociles etc. pour ensuite "mériter" qu'on leur donne des soins de santé. »

-Travailleuse auprès de femmes incarcérées

De l'autre côté du spectre, plusieurs femmes nous ont parlé de comment elles pouvaient être **infantilisées ou traitées comme des victimes par le personnel médical**. Comme nous l'avons vu plus haut, l'infantilisation peut se traduire par un non-respect des choix et des volontés de la personne, en ne validant pas son consentement pour certaines pratiques, ou en n'accordant pas autant de valeur à sa parole qu'à celle de la personne qui l'accompagne (intervenante, proche aidante, etc.). Les femmes en situation de handicap, les femmes faiblement alphabétisées et les femmes vivant des problématiques multiples sont particulièrement susceptibles de vivre ce type d'infantilisation :

« La perception des femmes en situation de handicap comme étant fragiles et à protéger vient les prédisposer à vivre des violences. »

-Chercheuse en psychologie spécialisée dans les vécus des femmes en situation de handicap

Ainsi, c'est tout le système de santé – et la société de manière générale (appareil judiciaire, système scolaire, etc.) – qui contribue à reproduire cette perception des femmes qui sortent de la norme, comme étant soit des victimes à protéger, soit des femmes dangereuses de qui l'on doit se protéger.

Pour terminer cette section, une répondante mentionne avec justesse que :

« L'attitude fait toute la différence. Même si, oui, il y a eu des obstacles dans le parcours de soins, que tout n'était pas parfaitement accessible ; si elles se sont senties accueillies, prises en compte, qu'elles ne se sont pas senties comme un poids, elles ne ressortent pas de la même façon, leur expérience est différente. »

-Travailleuse en défense collective des droits des personnes en situation de handicap

4.4. ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

Nous avons vu que plusieurs des enjeux mentionnés jusqu'à maintenant touchent indirectement l'accessibilité aux services et soins de santé, puisqu'ils limitent la propension des personnes touchées de s'en prévaloir (par exemple, parce que les femmes se sentent jugées dans un service, elles tendent à moins le fréquenter). Mais certains enjeux nommés par les femmes ou leurs intervenantes sont plus directement liés à l'accessibilité comme telle ; parce que les services sont inexistantes ou que leur organisation empêche certaines femmes d'y avoir accès. Le CAAP (2022) note qu'au moins 14 % des plaintes reçues par l'organisme touchent directement l'accessibilité des services. Les services inaccessibles et les trous de services à Laval entraînent des déplacements vers d'autres régions. Par exemple, dans le questionnaire en ligne, ce sont 35 % des répondantes qui expliquent devoir se déplacer dans d'autres régions pour des services réguliers.

- **Coûts**

Les coûts associés au fait d'obtenir des soins sont souvent nommés par les répondantes comme un important frein d'accès. Le cas des soins dentaires, qui ne sont pas couverts par le Régime d'assurance maladie du Québec, en plus d'être vus par les participantes comme moins importants que d'autres problèmes de santé plus visibles ou souffrants au quotidien, ont été pointés du doigt à plusieurs reprises par les répondantes. Cela amène plusieurs femmes à négliger cet aspect de leur santé :

« Ça c'est vraiment un trou de service à Laval : des soins de santé dentaire communautaire, accessibles. C'est un gros manque. » (Plusieurs intervenantes acquiescent à cette phrase.)

-Intervenante dans une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

D'autres soins comme certains médicaments sont également inaccessibles pour certaines femmes, en particulier celles qui n'ont pas accès à une assurance privée. Nous le verrons dans les stratégies d'adaptation mises en place par différentes Lavalloises ; les prix élevés de certains médicaments amènent les femmes à chercher des médicaments sur le marché illicite ou à chercher des produits de remplacement.

On peut également parler des services de réadaptation pour les troubles du langage. **Alors que d'autres régions offrent ce service plus longtemps dans la vie des enfants, les services au CISSS de Laval s'arrêtent après l'âge de six ans, car on considère que le service est offert dans les écoles. Or, les enjeux de pénurie de main-d'œuvre et de manque de ressources dans le système scolaire font en sorte qu'en réalité, pour plusieurs familles, ce service n'est pas couvert non plus par le milieu scolaire.** Les familles doivent donc se diriger vers les ressources privées, qui sont coûteuses, et cela laisse de côté les familles plus précaires économiquement. Nous pouvons imaginer aussi comment cela contribue à reproduire les inégalités socioéconomiques au niveau scolaire, puisque les enfants des familles qui ne peuvent avoir accès aux ressources privées et qui n'y ont pas accès à l'école se voient privés de cet accompagnement, nécessaire à la réussite scolaire. Une répondante note d'ailleurs un « sous-financement chronique historique à Laval dans ce secteur » :

« La réadaptation va alors aussi beaucoup reposer sur les parents, et on le sait, majoritairement sur les mères. »

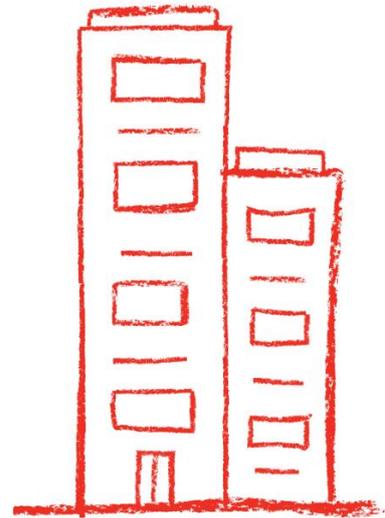
-Travailleuse en défense collective des droits des personnes en situation de handicap

Enfin, on ne pourrait parler des coûts des soins de santé sans parler des migrantes à statut précaire qui n'ont pas accès à l'assurance maladie. Souvent, elles n'ont pas de revenus ou très peu, surtout si leur statut d'immigration leur interdit de travailler. Comme nous l'avons abordé précédemment, plusieurs travailleuses ayant participé aux groupes de discussion étaient

préoccupées par les femmes sans statut ou à statut précaire. Notons qu'entre 2016 et 2021, Laval a connu une augmentation de 133 % de sa population immigrante à statut temporaire (Statistique Canada, 2022).

- **L'espace bâti et l'aménagement de l'espace**

Les personnes ayant participé à la brigade AXECIBLE¹¹ ont noté que 78 % des cas de non-conformité des institutions de santé étaient liés aux bâtiments et à l'aménagement du site. Cela inclut en particulier les installations sanitaires, l'accès extérieur, les stationnements et l'entrée principale. Parfois, l'installation est présente, mais manque d'entretien ou n'est pas accessible. Par exemple, les répondantes de la brigade ont constaté la présence de stationnements réservés aux personnes en situation de handicap, mais non déneigés, trop loin de la porte, ou dont le revêtement permet difficilement les déplacements en chaise roulante.



Notons également les défis d'adaptation que pose le matériel utilisé dans les soins. Des femmes en situation de handicap, participant à la brigade AXECIBLE ont relevé avoir eu des difficultés avec les tables d'examen, qui rendaient difficile pour elles le fait d'y monter et de s'y coucher. Ce type d'inadaptation dans l'approvisionnement en matériel amène la femme et le personnel soignant à trouver des solutions créatives pour que les examens et les soins puissent être prodigués adéquatement. Si cela se passe bien dans la majorité des cas, il n'en demeure pas moins que les femmes qui vivent ces défis sont tributaires de la disposition et de l'ouverture du personnel soignant à effectuer de telles adaptations, lorsqu'elles sont possibles :

« Quand le matériel n'est pas adapté, ça revient à l'humain derrière de trouver des solutions, donc ça dépend du médecin. »

-Travailleuse en défense collective des droits des personnes en situation de handicap

- **Transport en commun**

Plusieurs études font ressortir les impacts de la structure du transport en commun à Laval sur l'accessibilité des services pour les femmes (entre autres MacDonald *et al.*, 2020 ; TCLCF, 2020). Cela affecte particulièrement les personnes en situation de pauvreté et d'itinérance,

¹¹ La Brigade AXECIBLE est une application mobile utilisée par des brigadières et brigadiers pour évaluer l'accessibilité des services et des lieux publics. L'équipe de la Brigade est composée de personnes ayant des limitations ou de leurs proches. Cet outil a été développé par le Regroupement des Organismes de Promotion de Personnes Handicapées de Laval (ROPPHL). Pour en savoir plus : <https://www.axecible.org/brigade.php>.

notamment en raison des coûts du transport, de l'insuffisance du service à certaines plages horaires ou dans certains secteurs, au regard de l'étendue du territoire lavallois (par exemple, se déplacer jusqu'à l'hôpital peut nécessiter jusqu'à trois autobus différents). Il s'agit d'un élément qui a été nommé par plusieurs intervenantes également lors des groupes de discussion. Aussi, la TCLCF (2018) relève les enjeux d'accès aux ressources pour les femmes en situation de handicap devant utiliser le transport adapté ; pensons notamment à l'absence de transport adapté la nuit. Le manque de transport en commun décourage ou rend très lourds (en termes de temps et d'énergie) les déplacements des femmes en lien avec leur santé et celle de leurs enfants. Encore davantage lorsqu'elles doivent se déplacer vers d'autres régions, ce qui, comme nous l'avons vu, touche particulièrement les femmes dont les besoins ne peuvent être remplis par les organisations lavalloises.

- **Langue et langage**

La difficulté d'avoir accès à des soins ou des informations dans une langue avec laquelle elles se sentent à l'aise est également désignée comme un obstacle majeur par les participantes. Plusieurs intervenantes ont déploré le **manque d'interprètes pour accompagner les femmes et leur offrir une traduction ou des explications adéquates**. En effet, le fait d'avoir de la difficulté à fournir des informations précises, à s'exprimer clairement ou à mettre des mots sur leurs vécus fait en sorte que certaines femmes ne reçoivent pas les bons soins parce qu'elles n'ont pas été bien comprises. D'autres ont noté qu'avec la pandémie, elles n'avaient pas le droit d'avoir un accompagnement extérieur pour leur expliquer ce qu'elles ne comprenaient pas ou les aider à s'exprimer.

Cela concerne aussi les communications écrites, notamment au niveau des documents de sensibilisation à diverses problématiques de santé, et au niveau des informations sur les procédures et différentes marches à suivre (par exemple, les étapes pour la prise de rendez-vous, les services offerts, etc.) :



« Nous travaillons avec des femmes peu alphabétisées et il n'y a pas toujours beaucoup de place qui est accordée à l'accessibilité de l'information dans le système de santé. Je fais référence à la fracture numérique mais aussi à la simplification des procédures et des informations. [...] Il arrive que le langage utilisé ne soit pas adapté au niveau de compréhension des patientes, ce qui fait qu'elles sortent des consultations sans avoir compris leur problème de santé ou sans avoir compris les traitements ou les méthodes de prévention qu'elles devaient adopter. »

-Intervenante d'un organisme en alphabétisation

Cela est également présent au niveau de la **signalisation dans les centres de santé**. Ce sont des bâtiments qui sont généralement grands et complexes. Pour des personnes ayant une

déficience intellectuelle, des difficultés d'orientation ou des difficultés en lecture, par exemple, cela représente une source de stress supplémentaire. Cet aspect est ressorti notamment des évaluations faites dans le cadre de la brigade AXECIBLE :

« Déjà le fait d'aller dans un établissement de santé, s'y repérer, la salle d'attente, etc., ça peut être déstabilisant pour plusieurs personnes. Donc au niveau de l'orientation, la clarté de la signalisation et l'organisation de la salle d'attente, on voit que ça peut causer problème. »

-Travailleuse en défense collective des droits des personnes en situation de handicap

- **Personnes trans et non binaires**

L'accessibilité des soins de santé pour les personnes trans et non binaires suscite aussi des discussions. Le **manque de ressources de santé spécialisées pour les personnes trans et le malaise exprimé par plusieurs membres du personnel médical font souvent en sorte que ces personnes sont référées par leur médecin vers des ressources de Montréal, dont les listes d'attente se remplissent rapidement**. Plusieurs ont ainsi des listes d'un à deux ans, ou ferment carrément leurs listes d'attente durant certaines périodes :

« On voit des trous de service à Laval, entre autres pour les personnes qui souhaitent avoir de l'hormonothérapie. Les médecins de famille devraient pouvoir prescrire de l'hormonothérapie, mais ne se sentent pas outillés pour conseiller donc ils réfèrent vers les ressources de Montréal. »

-Intervenante en santé sexuelle

- **Maison de naissance**

L'absence de maison de naissance et la difficulté d'avoir un suivi de sage-femme sur le territoire lavallois sont ressorties dans les questionnaires de recherche, en particulier. L'Ordre des sages-femmes du Québec (2022) définit les maisons de naissance comme des espaces qui accueillent les femmes enceintes et leur famille. Ces lieux sont distincts du centre hospitalier, tout en faisant partie du réseau public de la santé. On y offre les services de première ligne en périnatalité, un suivi global durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. C'est aussi l'accès principal aux services qui sont offerts par les sages-femmes.

« Le manque de suivi sage-femme et de maison de naissance est aberrant pour une ville comme Laval [...] Laval est un désert pour tout ce qui est ressources en périnatalité et petite enfance. J'ai dû chercher mes ressources dans les Laurentides et à Montréal. »

-Lavalloise de longue date

La TCLCF est mobilisée depuis 2005, à la suite de demandes citoyennes, pour l'implantation d'une maison de naissance et l'accès aux services de sage-femme à Laval. Malgré la plus récente *Politique gouvernementale en périnatalité* (2008-2018), qui a notamment pour objectif de doter toutes les régions du Québec de services de sages-femmes (p. 26), la région de Laval est toujours dépourvue de maison de naissance.

Il importe de mentionner, avant de passer à la section suivante, que la majorité des enjeux qui ont été présentés jusqu'à maintenant touchent une diversité de femmes, et ne sont pas des vécus marginaux ou isolés. Ces obstacles d'accès peuvent se manifester sous différentes formes et intensité en fonction des diverses vulnérabilités et exclusions vécues par chaque femme. En agissant sur ces enjeux, nous renforçons l'accès de toutes.

4.5. DES USAGÈRES ACTIVES POUR LEUR SANTÉ – STRATÉGIES MISES EN PLACE PAR LES FEMMES POUR PALLIER AUX DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les intervenantes ayant participé aux groupes focus constatent au quotidien **l'énergie et le temps que les femmes mettent dans le maintien et l'amélioration de leur santé et dans celle de leur famille**. La division sexuelle du travail domestique amène souvent les femmes à jouer un rôle d'intermédiaire entre le système de santé et divers membres de leur famille, soit le conjoint, les enfants et la parenté. Plusieurs répondantes notent ainsi la proactivité des femmes dans la recherche d'informations et de solutions pour répondre aux besoins de leurs proches. Selon les statistiques 2021-2022 du CAAP (2022), ce sont d'ailleurs elles qui ont mené de front près de 7 demandes de services sur 10 (demandes d'information, plaintes, demandes de support/conseil). Nous pouvons penser que cela vient de leur plus grande implication dans la santé de leurs proches, en plus de leur propre santé (proche aide, prise en charge de la santé des enfants, appui au conjoint dans la gestion de sa propre santé, etc.) :



« Moi je dirais que 95 % de nos participations c'est des femmes. Elles sont très intéressées, elles restent après les ateliers pour poser des questions. »

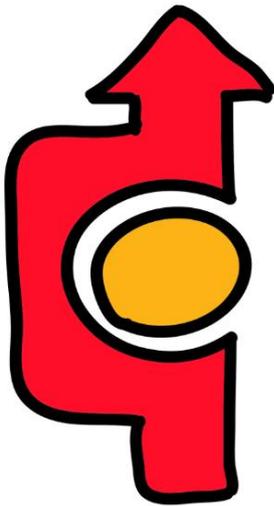
-Travailleuse d'un organisme en santé communautaire

« J'ai demandé au médecin de mon enfant de m'envoyer la description de ce qui se passe dans son corps pour que j'étudie tout ça. »

-Lavalloise monoparentale vivant dans un HLM

Les femmes vont mettre en place une diversité de stratégies pour pallier les difficultés qu'elles rencontrent dans le système de santé. S'intéresser à ces stratégies est important, car cela peut nous permettre d'identifier des axes d'intervention pour améliorer les services offerts.

- **Les voies de contournement pour accéder à des soins**



Nous utilisons ici cette expression pour désigner les **ressources de santé qui sont consultées par les femmes faute d'accès à la médecine familiale ou à d'autres types de professionnels de la santé disponibles**. Ces ressources peuvent faire partie de la chaîne de services publics (par exemple les pharmacies, la ligne téléphonique 811 ou les urgences), des ressources communautaires, mais peuvent aussi être plus informelles, comme nous le verrons ci-bas.

Les soins et conseils offerts en pharmacie, de même que la ligne téléphonique du 811 ont été nommés comme étant précieux pour plusieurs femmes qui n'ont pas de médecin de famille, et qui ont moins accès aux soins de santé institutionnels. Ces services de proximité ne sont toutefois pas toujours exempts de préjugés :

« Je suis une mère monoparentale, les personnes [qui travaillent dans les soins de santé] me questionnent toujours pour voir si je suis mariée ou pas. Ils portent aussi un jugement sur le fait que je suis sur le bien-être social et que je n'ai pas d'assurance. Par exemple, à la pharmacie, les employés me donnent de l'attitude parce que c'est le gouvernement qui paye pour mes médicaments. »

-Mère monoparentale en situation de précarité économique

Plusieurs femmes **tentent d'obtenir des consultations « par la bande » lorsqu'elles rencontrent du personnel soignant dans d'autres contextes que celui d'un rendez-vous médical**. Une travailleuse du domaine de la santé qui effectue des conférences et des représentations dans des organismes explique qu'elle est ainsi régulièrement sollicitée par des femmes qui n'arrivent pas à obtenir des consultations :

« Les soins ne sont pas accessibles monétairement au privé ou bien elles sont sur des listes d'attente qui n'en finissent plus avec le CISSSL ; mais le temps passe et leurs problèmes continuent, donc elles viennent m'accrocher (dans des événements) pour essayer d'avoir des conseils. »

-Travailleuse d'un organisme de promotion des saines habitudes de vie

Les femmes vont parfois devoir **exagérer certains de leurs symptômes ou se mettre dans des situations à risque pour pouvoir être prises en charge** :

« Elles doivent alors exagérer leurs symptômes pour réussir à voir quelqu'un. Des fois elles vont devoir faire des tentatives de suicide dans l'espoir d'arriver à voir un médecin. Elles se disent : "Ben là, personne ne me prend au sérieux, ça ne va vraiment pas bien en ce moment, eh bien je vais faire une tentative de suicide, comme ça ils vont me prendre au sérieux et je vais réussir à rentrer dans le service." Pis tu sais, ce n'est pas le fun de stéréotyper qu'on ment pour avoir plus de services, mais à un moment donné, tu n'as comme pas le choix d'exagérer tes symptômes. »

-Intervenante d'un organisme pour personnes vivant avec des fragilités relationnelles

« Moi, il a fallu que j'exagère et que j'aie fait un séjour en psychiatrie parce que sinon il fallait que j'attende 18 mois pour voir un psychologue. Pis c'est encore plus de temps pour pouvoir avoir ma médication. Mais tu sais, je consomme bien moins quand j'ai ma médication. »

-Femme incarcérée consommatrice de substances psychoactives

Certaines femmes vont **se déplacer vers d'autres régions pour obtenir des soins. Cela peut être parce que les services dont elles ont besoin ne sont pas offerts à Laval, ou parce que l'attente est trop longue avant d'avoir un rendez-vous.** Par exemple, Laval ne compte aucune clinique pour le traitement de la sclérose en plaques. Nous savons que cette maladie touche en très grande majorité les femmes (près de 75 % des personnes atteintes sont des femmes, selon Statistique Canada, 2018). Or, les femmes qui vivent avec cette maladie doivent se déplacer vers les régions de Montréal et des Laurentides pour être soignées.

D'autres femmes se tournent vers des ressources privées, que ce soit des services reconnus par le système de santé, ou des méthodes alternatives. Bien sûr, ces ressources ne sont pas accessibles économiquement à toutes les femmes.

- **Automédication et autoformation**

Les intervenantes rapportent **beaucoup d'automédication** chez les femmes qu'elles rencontrent. Si cela peut être positif en leur donnant plus de pouvoir sur leur santé, l'usage de ces automédications peut aussi avoir des conséquences négatives pour elles :

« La femme souffre et son rendez-vous est juste dans un mois. Avec son réseau ou sur internet, elles vont chercher, échanger des trucs et des conseils entre elles. Elles vont dire : "Prend telle et telle capsule", et finalement, la femme va dépenser beaucoup d'argent en produits qui peut-être ne sont même pas adaptés à sa situation, et tu sais, on parle de femmes qui n'ont pas beaucoup de moyens... mais elles ont besoin d'aller mieux tu sais. »

-Intervenante d'un organisme pour personnes vivant avec des fragilités relationnelles

D'autres stratégies sont déployées par les femmes comme **chercher des médicaments sur le marché illicite (par exemple, des hormones, des antidépresseurs, etc.)**. Pour certaines, cela peut se traduire par une **judiciarisation, en plus d'être coûteux et pas nécessairement efficace, voire dangereux pour leur santé**. Une femme résume ainsi : « Quand tu t'automédiques, tu prends un risque, on vit dangereusement » (jeune femme incarcérée).



« L'automédication c'est tout le temps, tous les jours. Moi j'en ai besoin pour mes douleurs, mais ils ne veulent pas m'en prescrire parce qu'ils savent que je consomme. Faque qu'est-ce que tu fais ? Tu cherches dans la rue, pis là tu te fais pogner, tu retournes en dedans. »

-Femme incarcérée

« Comme elles n'ont souvent pas été accompagnées, pas trouvé d'aide, elles ont dû se débrouiller par elles-mêmes. Pour soulager leur état, leurs douleurs, souvent elles sont amenées à consommer très jeunes. À partir du moment où elles entrent dans le cycle de la consommation, elles sont encore stigmatisées, mises à l'écart, marginalisées. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

Enfin, les intervenantes relèvent que certaines femmes vont **utiliser des traitements qui ne sont pas adaptés à elles** : prendre la pilule contraceptive pour une femme trans en raison du manque d'accès à l'hormonothérapie, utiliser de mauvais sous-vêtements compressifs¹² (*binders*) qui finissent par causer des douleurs, des lésions externes et internes, parfois permanentes.

Plusieurs femmes mentionnent s'autoformer en demandant conseil à des proches ou en consultant des ressources sur internet ; « sans trop savoir sur quelles sources elles peuvent vraiment se fier », comme en témoignent des intervenantes rencontrées.

- **Rester avec le problème**

Certaines femmes vont carrément abandonner leur demande d'aide et rester aux prises avec leur problème.

« Après, le problème empire et elles finissent par être hospitalisées. On leur dit : “Ben là, pourquoi vous n'êtes pas venues avant ?” Mais ce n'est pas qu'elles n'ont pas essayé. »

-Intervenante en santé mentale

¹² Les « *binders* » sont des sous-vêtements compressifs qui permettent d'aplatir la partie haute du torse (poitrine), notamment utilisés par les hommes trans et les personnes non binaires.

De nombreuses femmes vont **attendre d'avoir de gros problèmes pour consulter** : « Moi j'en ai (dans mon organisme) des femmes qui sont en surpoids, et elles ne vont pas chez le médecin [...] elles y vont juste en cas d'urgence car de toute façon, on ne leur diagnostique pas autre chose que le poids », rapporte l'intervenante d'un milieu de vie lavallois.

Elles vont **privilégier des enjeux immédiats précis plutôt qu'une approche de santé globale**.

Une répondante illustre ainsi le vécu de plusieurs des participantes de son organisme : « J'ai une ITSS, je consulte ; mais pas pour des douleurs chroniques... et la santé mentale encore moins, ça passe après tout le reste. » Une autre d'entre elles rapporte le vécu d'une femme en situation de handicap vivant de la violence conjugale, et qui ne consultait plus parce que, à la suite de sa grossesse, les médecins lui disaient que c'était elle qui avait voulu avoir un enfant avec cet homme sans se faire avorter malgré son handicap, et l'enfant avait besoin de son père : « Quand elle s'est fait diagnostiquer le cancer du cerveau, elle était très avancée dans la maladie parce qu'elle ne voulait plus aller chez le médecin; ça la traumatisait. »



Certaines ne suivront pas les traitements qu'on leur a prescrits, car « elles sortent du bureau sans savoir ce qu'elles ont et sans comprendre le traitement », ou parce qu'on n'a pas écouté leurs réticences et leurs craintes, et donc on leur a prescrit.

« Plusieurs femmes sortent du bureau sans savoir ce qu'elles ont et avec des doutes : "M'a-t-on bien comprise ? M'a-t-on donné la bonne information ?" Elles restent avec ce doute-là. »

-Travailleuse en santé communautaire

« Quand elles reçoivent une ordonnance d'un traitement duquel elles ont peur ou bien qu'elles ne comprennent pas, ou qui ne convient pas à leurs valeurs ou besoins, ce n'est pas compliqué, elles ne le suivent pas. »

-Travailleuse d'un milieu de vie lavallois

- **Porter plainte et questionner**

En voyant l'ampleur des expériences négatives vécues par plusieurs femmes lors de leurs contacts avec le système de santé, cela nous amène à vouloir en savoir davantage sur les possibilités pour celles-ci de questionner et remettre en question les pratiques, de même que sur les possibilités de porter plainte pour dénoncer les procédés inadéquats.

Lors des trois groupes de discussion avec des Lavalloises, de même que dans le sondage web destiné à ces dernières, la question d'exprimer son mécontentement, directement au personnel soignant ou par le biais d'une plainte, a été abordée. De manière générale, les répondantes étaient d'accord sur le fait que porter plainte peut avoir un impact positif, en particulier si les plaintes se multiplient. Par exemple, dans le questionnaire en ligne, ce sont 15 % des femmes qui disent être à l'aise de porter plainte et l'avoir déjà fait, tandis que 45 % se disent « pas du tout à l'aise », ou « plus à l'aise s'il y avait de l'aide pour le faire ». Rappelons que le questionnaire a principalement été rempli par des femmes ayant identifié vivre peu de discriminations croisées, on peut donc penser que le pourcentage de femmes n'étant pas à l'aise ou nécessitant de l'appui pour l'être davantage est plus grand parmi les femmes plus discriminées. Selon les statistiques du CAAP (2022), 36 % des plaintes concernent les aspects cliniques et professionnels (doutes sur le diagnostic émis, manque de professionnalisme, etc.). Plusieurs éléments ont été identifiés comme limitant la capacité à faire des plaintes :

→ Le manque de connaissance sur le processus

« Apparemment qu'il y a un organisme où on peut déposer des plaintes mais on n'en a jamais entendu parler. »

-Mère monoparentale vivant dans un HLM

→ Le cynisme quant à l'utilité de le faire

« Je ne sais pas si la plainte aboutit à quelque chose puisque le lobby des médecins est fort mais au moins ça existe. »

-Femme âgée en situation de précarité économique

« Je ne fais pas de plainte parce que je sais qu'il ne va pas avoir de changement, je vais perdre mon temps. »

-Jeune mère monoparentale

→ Le côté intimidant du processus

« Tu te sens toujours fautive, ils te mettent en doute, tu es attaquée et ils te font taire. »

-Lavalloise s'identifiant comme femme racisée

« Beaucoup de personnes ont peur de porter plainte car on fait face à une grande équipe. »

-Lavalloise neuro divergente en situation de pauvreté

« J'ai de la difficulté à m'affirmer lorsque je suis stressée à cause que je dois faire vite. J'angoisse et je perds tous mes moyens. »

-Lavalloise âgée

→ La charge mentale et émotionnelle que représente le fait de porter plainte

« Je trouve le processus pénible et souvent, quand il est question de santé, se présente à un moment de vulnérabilité où mes ressources et priorités sont ailleurs. Dans ce contexte, être accompagnée pour simplifier le processus de plainte m'encouragerait à aller au bout si ça se représentait. »

-Lavalloise s'identifiant comme femme racisée

« Porter plainte alors qu'on est vulnérable et qu'on a besoin de notre énergie ailleurs. »

-Lavalloise racontant une expérience négative post-accouchement

« On leur nomme les droits, les libertés qu'elles ont, et pour beaucoup c'est la première fois qu'elles entendent parler de ça. Pour certaines, ça les renforce, pour d'autres ça les fragilise de sentir la responsabilité qui leur tombe sur le dos. »

-Conseillère en intervention périnatale

→ La structure du système de santé et les délais d'attente pour l'obtention d'un médecin de famille ou d'un rendez-vous avec un spécialiste ont également été identifiés comme facteur influençant la décision de ne pas porter plainte, ou de ne pas changer de médecin, même dans le cas où la relation ne se passe pas bien :

« Les temps d'attente sont beaucoup trop longs pour avoir un rendez-vous ou un examen. Je ne me sens pas bien avec mon médecin mais il m'est impossible de changer car si je la laisse, je n'aurai plus de médecin pour plusieurs années. »

-Femme monoparentale ayant des enfants en bas âge

→ La peur de représailles

Le CAAP identifie la crainte de représailles comme le frein le plus important chez les personnes usagères et proches aidantes au moment de porter plainte. L'organisme note que cette peur est encore plus importante dans les cas où elles touchent des services qui sont toujours en cours, ou dans les cas où elles ont trait à des ressources d'hébergement ou à la Direction de la protection de la jeunesse (CAAP, 2022).

« Les spécialistes ne vont pas être contents de me voir après avoir déposé ma plainte. Je me suis déjà fait crier dessus par des médecins et je n'avais pas fait de plainte. »

-Femme ayant un parcours migratoire

→ La difficulté à reconnaître et faire reconnaître les abus et les situations inacceptables

Nous avons abordé cette question également lors d'un Rendez-vous pour le droit des femmes à la santé qui portait sur les thématiques *Parcours de femmes dans les soins gynécologiques et obstétricaux*. Les personnes, en particulier celles qui vivent les effets croisés des discriminations depuis longtemps, peuvent avoir normalisé certaines des situations qu'elles vivent. Le CAAP (2022) mentionne d'ailleurs que « plusieurs usagers ressentent le besoin d'avoir la validation d'une tierce personne quant à la légitimité de leur plainte ».

Après avoir raconté l'histoire douloureuse d'une erreur médicale vécue dans le cadre de son accouchement, une femme explique le temps que ça lui a pris pour comprendre le caractère inacceptable de ce qui lui était arrivé, et le fait que personne dans le corps professionnel présent cette journée-là n'avait semblé reconnaître la faute grave qui était arrivée.

« Personne dans le corps médical n'est revenu là-dessus avec moi pour m'expliquer ce qui s'est passé, et surtout, personne ne s'est excusé. Et moi, ça m'a pris dix ans avant de me rendre compte de la chose, et seulement là, j'ai pleuré. »

-Femme ayant vécu des violences obstétricales

Une autre intervenante explique, en parlant des plaintes liées aux accouchements :

« Environ 4 % des plaintes vont au Collège des médecins. Combien tombent dans l'oubli ? Ça ressemble aux plaintes pour agression sexuelle. Donc il faut trouver des solutions pour l'imputabilité des gens qui posent ces gestes. »

- Chercheuse et conférencière sur les droits périnataux

4.6. LA PLACE DU COMMUNAUTAIRE - PALLIER LES MANQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les entretiens avec les Lavalloises et avec leurs intervenantes ont montré l'importance du travail qui est réalisé par les groupes communautaires pour appuyer les femmes dans leur parcours de soins. **Celui-ci va souvent au-delà des missions pour lesquelles ils sont financés.** Il nous apparaît important d'exposer les principaux aspects qui sont ressortis.

Les liens de confiance qui se développent entre les intervenantes des milieux communautaires et les femmes qui les fréquentent amènent ces dernières à se confier à elles pour des enjeux qui dépassent les missions des organismes concernés. Elles sont nombreuses à demander de l'aide ou des conseils pour des problèmes de santé aux travailleuses des organismes qui leur offrent des services. Plusieurs intervenantes ne travaillant pas dans le domaine de la santé communautaire (par exemple, un milieu de vie, un organisme d'accueil pour personnes

immigrantes, un organisme en alphabétisation) ont expliqué épauler au quotidien les femmes dans toutes sortes de démarches en lien avec la santé. Une intervenante travaillant dans un organisme d'accueil pour personnes immigrantes résume ainsi : « Nous ici on fait tout... docteurs, médecins, le pont, les liens avec l'hôpital, etc. »

Des intervenantes ont mentionné faire beaucoup de recherches pour aider les femmes à naviguer dans le système de santé. Cela inclut aussi d'apprendre à connaître des membres de différentes professions et leurs approches pour pouvoir mieux référer les femmes :

« On recherche des médecins ou des psychologues qui sont ouverts ou qui connaissent un peu les problématiques que nos populations vivent, pour pouvoir dire "Regarde ce psychologue-là, on le connaît". »

-Intervenante en santé sexuelle

On dénote ici le souci des intervenantes de référer les femmes qu'elles accompagnent dans leur organisme vers des ressources de confiance, où elles seront moins susceptibles de vivre les expériences négatives que nous avons décrites plus haut. Une autre résume :

« On fait beaucoup un job de défricher le terrain, aller en amont pour trouver les services et comprendre les services pour aider les femmes dans leurs démarches. »

-Travailleuse d'un milieu de vie lavallois

Le contexte actuel de mobilité de la main-d'œuvre et d'instabilité des équipes pose des défis pour les travailleuses d'organismes communautaires notamment en ce qui a trait à la connaissance des ressources de leur territoire. En particulier, les démarches pour se faire connaître des autres organismes semblent toujours à recommencer et la surcharge de travail des équipes diminue le temps alloué pour pouvoir mieux connaître et référer vers les autres organismes. Cela fait en sorte que les organismes peuvent plus difficilement aiguiller les femmes vers les ressources pertinentes pour leurs enjeux de santé. C'est particulièrement vrai pour les femmes multi éprouvées, qui vivent souvent plusieurs enjeux différents de santé mentale, dont les besoins dépassent la mission ou la spécialité de telle ou telle ressource. Une situation qui n'est pas nouvelle mais qui ne cesse de s'accroître face au manque de ressources spécifiques pour les femmes de Laval, comme en témoigne de récentes publications lavalloises (TCLCF, 2015 ; Gilbert *et al.*, 2020) :

« Ça dépend vraiment du trouble [de santé mentale] de la personne, et il y a des organismes qui correspondent à certains troubles mais pas à d'autres. Donc ça peut être compliqué quand la personne est associée à différents troubles, on ne sait plus où la référer quand elle a un cocktail de différents troubles qui fait qu'elle ne peut être pleinement prise en charge dans l'un ou l'autre des organismes. »

-Intervenante psychosociale auprès de personnes marginalisées

Les intervenantes notent aussi que pour bien référer les femmes qui vivent des discriminations multiples, il est souvent nécessaire d'avoir une connaissance plus fine des ressources, tant communautaires qu'institutionnelles. Cela signifie avoir une connaissance non seulement de la mission des organismes, mais aussi des approches et philosophies utilisées et des pratiques mises en place. Ainsi, une intervenante note que parfois, un « bon » référencement n'est pas nécessairement vers un organisme spécialisé dans une des difficultés de la femme (par exemple, l'anxiété), mais vers un groupe d'appartenance (par exemple, un organisme pour femmes en difficulté). **Car au-delà de référer les femmes vers telle clinique ou organisme, une fine connaissance des ressources permet de les aiguiller vers des ressources qui sont plus susceptibles de répondre à leurs besoins spécifiques et de les comprendre.** Gilbert *et al.* (2020 : 96) le résumant ainsi : « Si par exemple certaines professionnelles et certains professionnels seront experts de la santé mentale, il faut comprendre (et faire valoir) que les intervenantes sont pour leur part expertes des femmes rencontrées, de leur quotidien, de leurs difficultés, de leurs forces, etc. »

Plusieurs intervenantes ont aussi mentionné s'échanger les références de certains groupes professionnels (psychologues, notamment), ou **privilégier des référencement vers des ressources communautaires avec qui des liens étroits se sont créés au fil des années.** On note donc beaucoup de collaboration entre les organismes pour s'assurer de trouver une ou des ressources qui pourra prendre en charge les besoins des femmes :

« On fait beaucoup de référencement, ça c'est une force quand on se connaît bien entre nous les organismes communautaires, c'est très accessible. Et oui, des fois on se passe la balle un peu, c'est ça qui est dommage, mais à force de cogner à des portes, on finit par trouver. »

-Intervenante d'un organisme pour personnes vivant des difficultés relationnelles

Ce défi du référencement entre les ressources pour prendre en compte la globalité des besoins des femmes est présent à Laval depuis des années (TCLCF, 2015). Les problèmes de continuum de services (réseau et communautaire) et de disponibilité de services diversifiés pour répondre aux besoins des femmes est toujours aussi criant d'actualité.

Toujours **pour s'assurer d'une prise en charge adaptée des besoins spécifiques des femmes et éviter que ces dernières ne revivent des expériences négatives qui contribuent à les éloigner du système de santé, les intervenantes prennent aussi la charge de sensibiliser le personnel soignant aux enjeux que vivent leurs clientèles :**

« Nous sensibilisons aussi les intervenantes du réseau de la santé à la réalité des femmes [immigrantes] et à respecter leur dignité. »

-Intervenante auprès de personnes immigrantes et réfugiées

Nous avons vu dans la section sur l'accessibilité l'exemple d'une travailleuse d'un milieu de vie qui, ayant accepté d'aider une femme sourde à prendre ses rendez-vous médicaux, devait

prendre l'initiative d'épauler et de proposer des solutions au personnel du réseau de la santé. Certaines travailleuses expliquent aussi faire des démarches administratives pour tenter de trouver une place à des femmes qui sont plus éloignées du système de santé :

« Parfois, on passe beaucoup de temps au téléphone pour convaincre la clinique de prendre de nouvelles patientes en priorité. »

-Travailleuse d'une maison d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale

« On appelle les dentistes pour savoir s'ils sont prêts à prendre des ententes de paiement parce que la femme ne peut défrayer les coûts tout de suite. »

-Travailleuse d'un milieu de vie lavallois

L'appui offert par les organismes communautaires peut aussi prendre la forme d'éducation et d'accompagnement auprès des femmes. Bien sûr, plusieurs organismes offrent des ateliers de groupes pour aider les femmes à démystifier le système de santé, les droits qu'elles ont, le fonctionnement de la carte d'assurance maladie, etc. Mais **cet appui peut aussi prendre la forme d'une aide individualisée, comme par exemple de faire le processus de prise de rendez-vous avec la femme** : « On va souvent les aider à naviguer dans les arborescences numériques du réseau de la santé. » Ça peut aussi être de **les rassurer avant une consultation ou de les écouter après une consultation qui s'est mal passée.**

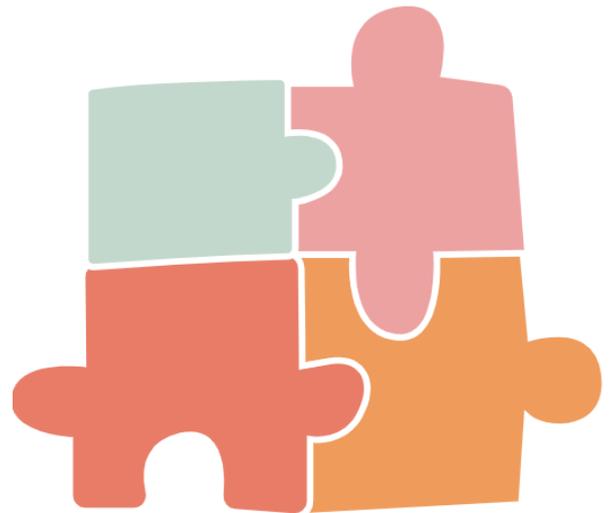
En étant conscientes des enjeux que les femmes peuvent vivre dans le système de santé, certaines travailleuses sentent avoir le devoir de les y préparer :

« On donne des rencontres prénatales pour soutenir les parents dans la préparation de tout ce qui s'en vient : l'accouchement, leurs droits, accoucher dans la position qu'elles veulent [...] Mais là, on est rendu à dire qu'il ne faut pas juste les informer de ça, il faut aussi les préparer à faire face à un système qui ne reconnaîtra pas ces droits-là. [...] Ça nous met dans une drôle de position, on essaie de faire avancer les choses mais on marche sur des œufs. »

-Conseillère en intervention périnatale

Pour faire face aux listes d'attente très longues dans le système de santé public et face à la détérioration des conditions de santé des personnes qu'ils accompagnent, **certain organismes ont rapporté songer à défrayer des coûts de services au privé pour des femmes particulièrement vulnérables. Il s'agit d'une situation intenable compte tenu du sous-financement et de la précarité chronique d'une majorité d'organismes communautaires.**

Aussi, plusieurs intervenantes ont mentionné **souhaiter renforcer les relations entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel**. Plusieurs expliquent être déjà bien réseautées avec des personnes clés du système de santé lavallois, mais d'autres expliquent que les liens restent à créer ou à pérenniser. Lors des groupes de discussion avec les travailleuses, nous avons parlé d'interdisciplinarité. C'est-à-dire **avoir des liens avec des travailleuses d'autres champs d'interventions que le nôtre ou d'autres spécialités, afin de favoriser les échanges de connaissances et de pratiques, faciliter les référencement et diminuer les bris de services**. Ces discussions sur les liens interdisciplinaires ont amené des réflexions aussi sur les liens inter-milieux. Des intervenantes ont ainsi nommé les **différences de visions et de pratiques, dans les différentes cultures organisationnelles, qui peuvent amener des tensions ou un choc de visions entre organismes communautaires, comme dans le réseau de la santé**. Cela peut se refléter dans la manière de comprendre les problématiques vécues par les femmes, le type d'intervention qui sera pratiqué, mais on peut aussi le percevoir dans des aspects aussi simples que le vocabulaire. Des membres de la TCLCF, dont certaines sont issues du milieu communautaire et d'autres du milieu institutionnel, ont d'ailleurs mis en lumière certaines différences dans les manières de nommer des réalités similaires :



« Si on parle des concepts “oppression” et “systémique”, je ne pense pas que ça va passer pour les gens de [mon organisation]. »

-Travailleuse du milieu institutionnel

Notons enfin que les intervenantes sont conscientes que les préjugés et les stéréotypes sont présents dans tous les milieux. Plusieurs nous ont mentionné qu'il est nécessaire de poursuivre la sensibilisation sur les besoins spécifiques des femmes et que chacune doit se questionner sur ses propres pratiques, déconstruire ses biais inconscients et mieux connaître la diversité des vécus des femmes.

RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION



À la lecture de ce portrait, nous voyons l'étendue et la diversité des mesures qu'il est nécessaire d'adopter pour assurer à toutes un plein accès aux services et aux soins de santé auxquels les Lavalloises ont droit. Afin de maximiser nos efforts et de renforcer nos capacités de mobilisation, nous avons relevé un certain nombre d'éléments qui nous apparaissent prioritaires.

Afin d'améliorer le parcours des femmes dans le système de santé, nous proposons ici quelques recommandations assorties de pistes d'action. Elles sont organisées en quatre axes, soit :

- Éducation et formation
- Accessibilité et continuum de services
- Développement de partenariats
- Conditions de vie

a) ÉDUCATION ET FORMATION

- S'assurer que l'ensemble du personnel du CISSS de Laval (réceptionnistes, personnel soignant, préposées aux bénéficiaires, etc.) soit adéquatement et régulièrement formé en **analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+)** afin que l'accueil et l'approche du personnel médical soient adaptés et respectueux des femmes et de leur diversité.
- Concevoir et offrir un atelier sur certaines approches pratiquées dans les milieux communautaires qui ont fait leurs preuves et peuvent contribuer à améliorer le parcours de soin des femmes : approche de réduction des méfaits, souplesse dans les procédures et les interventions, intervention féministe intersectionnelle, etc.
- Créer des outils d'éducation populaire destinés aux femmes afin de les familiariser avec leurs droits et de les accompagner en cas de recours dans le système de santé et de services sociaux.
- Créer une formation obligatoire sur l'intégration de l'ADS+ pour les cohortes étudiantes en médecine et en administration de la santé.

b) ACCESSIBILITÉ ET CONTINUUM DE SERVICES

- Revendiquer un meilleur accès aux médecins de famille et aux médecins en urgence (en clinique) et l'optimisation des processus pour les femmes qui n'ont pas de médecin de famille, notamment l'accès aux psychiatres et aux psychologues.
- Documenter les trajectoires des femmes et l'accompagnement qui leur est offert lors des sorties d'hôpital, les sorties d'établissement de détention et les sorties d'institution sur le territoire lavallois.
- Documenter le contexte et les bénéfices de la création d'un Centre de santé des femmes à Laval.
- Favoriser l'offre de soins dentaires communautaires à Laval et revendiquer que les soins dentaires soient couverts par la RAMQ.
- Militer pour la création d'une maison de naissance et pour l'accès aux suivis de sages-femmes à Laval.
- Connaître et visibiliser les ressources en santé reproductive sur le territoire lavallois.
 - Créer un portrait des services offerts en santé reproductive à Laval (Interruption volontaire de grossesse, pilule abortive, planning des naissances, etc.) et de l'accessibilité générale et par quartier (notamment les cliniques, CLSC et pharmacies).
- Renforcer l'accessibilité pour les femmes allophones.
 - Assurer la traduction des documents d'information et d'orientation en plusieurs langues.
 - Renforcer l'accès à des interprètes et intermédiaires culturels formés aux cadres d'analyse et d'interventions, particulièrement en matière de violence (conjugale, sexuelle, etc.) et aux problématiques des femmes en situation de vulnérabilité, pour les organismes qui interviennent auprès des femmes.

Qu'est-ce qu'un Centre de santé des femmes ?

Les centres de santé des femmes sont des organismes communautaires autonomes qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Les pratiques et interventions qui y ont lieu sont guidées par l'intervention féministe. À l'échelle de la province, il existe actuellement trois centres de santé des femmes, en Outaouais, en Mauricie et à Montréal. Elles offrent différents volets, notamment une clinique de santé sexuelle et reproductive pour les femmes en situation de vulnérabilité, un service d'avortement accessible, d'autres services et soins touchant la santé sexuelle et reproductive, et des ateliers et des formations dans les milieux de vie et les milieux professionnels de la santé. Les centres collaborent avec les organismes communautaires et les organisations de santé afin d'assurer le continuum de services en santé des femmes (Centres de santé des femmes du Québec, 2023).

c) DÉVELOPPEMENT DE PARTENARIATS

- Faciliter les liens, les collaborations et les partages entre le CISSS de Laval, les organismes communautaires et d'autres institutions (bibliothèques, centre de services scolaires, etc.), notamment par le renforcement d'espaces de concertation et l'organisation d'événements conjoints thématiques.
- Créer des mécanismes formels ou informels de rétroaction et de suivi entre organismes pour la référence et le suivi des femmes.
- Élargir l'offre des équipes itinérantes multidisciplinaires qui prodiguent leurs services aux femmes en situation de vulnérabilité dans les locaux des organismes qu'elles fréquentent, notamment en permettant à davantage d'organismes d'y avoir accès, et en élargissant l'offre à l'accompagnement psychosocial.

d) CONDITIONS DE VIE

- Agir sur les déterminants sociaux de la santé, notamment :
 - Augmenter les prestations d'aide sociale et les prestations de la Régie des rentes du Québec.
 - Augmenter le nombre de personnes pouvant bénéficier du programme de supplément au loyer.
 - Créer de nouveaux logements communautaires, notamment des logements communautaires à long terme spécifiquement pour les femmes et, pourquoi pas, une coopérative d'habitation féministe !
- Renforcer l'accès aux soins de santé pour les femmes sans statut et à statut précaire et leur famille.

CONCLUSION



La santé et le bien-être des femmes est au cœur des préoccupations de la TCLCF et de ses membres depuis de nombreuses années. Bien que les enjeux et besoins changent, à l'image de la diversité des Lavalloises, des questions de fond demeurent, celles de **l'accès à des services et des soins de santé de qualité, gratuits et adaptés aux spécificités des Lavalloises**. Ces enjeux sont plus actuels que jamais. Les Lavalloises et les intervenantes qui les accompagnent ont été nombreuses à vouloir témoigner de leurs expériences des ressources et du système de santé de Laval, à souhaiter faire entendre leurs voix et dénoncer les injustices vécues.

Ces expériences d'injustices, de discriminations et d'exclusions pouvaient sembler marginales, isolées et banales aux yeux des répondantes, mais en collectivisant ces vécus, elles ont pris conscience – et nous aussi – de l'ampleur des obstacles qui se dressent sur le parcours des Lavalloises dans leurs luttes pour le droit à la santé. Elles sont encore trop nombreuses à ne pas être entendues, crues, à ne pas voir leurs besoins satisfaits, accentuant les impacts sur leur santé physique et mentale et menaçant la dégradation de leurs conditions de vie.

Cette recherche avait pour but de mettre de l'avant les expériences de femmes qui sont trop souvent discriminées ou exclues du système de santé et de dégager des pistes de solution. Cela, dans l'objectif d'améliorer les expériences des Lavalloises dans le système de santé et de services sociaux. À la lumière des propos rapportés par les Lavalloises et leurs intervenantes, nous constatons la banalisation des violences et exclusions systémiques qui sont vécues par les femmes.

Rappelons que les situations décrites dans le Portrait touchent une diversité de femmes, et ne sont pas des expériences marginales ou isolées. Les femmes sont toutes susceptibles, à différents moments de leur vie, d'être en situation de vulnérabilité. Nous avons constaté la diversité des facteurs de vulnérabilité, qui sont à la fois le résultat du contexte sociopolitique, de conditions physiques et mentales permanentes ou temporaires, d'événements de vie. Ces expériences sont cependant encore trop méconnues, banalisées, tolérées et passées sous silence. Il en résulte que celles qui ont le plus besoin de soins sont souvent celles qui justement sont les plus exclues du système de santé et de services sociaux. Parce que dans un système rempli d'inégalités, les services généraux, répondant aux besoins du plus grand nombre, laissent nécessairement de côté celles ayant le moins de ressources pour accéder aux services. Et que celles qui n'ont pas accès aux services sont justement celles qu'on ne voit pas, et dont les expériences ne sont donc pas prises en compte.

Nous avons vu l'importance du développement d'un lien de confiance avec les femmes et l'apport d'une approche flexible, qui s'adapte aux besoins et aux vécus des femmes. Cette préoccupation – la globalité des soins – ressort depuis de nombreuses années des différents projets et recherches de la TCLCF. Il nous semble que la création d'un centre de santé des femmes pourrait émerger comme réponse globale aux lacunes, trous de services et approches non adaptées que nous avons constatés tout au long du Portrait.

Or, il est de notre responsabilité à toutes, mouvement communautaire, milieu institutionnel et sphères politiques, de prendre en compte ces vécus différents et l'adaptation des services aux besoins de toutes. Il s'agit d'une question du droit des femmes à la santé, de justice sociale et d'égalité.

En agissant sur les enjeux qui sont ressortis dans ce Portrait, nous renforçons l'accès de toutes !



BIBLIOGRAPHIE

Bessaïh, N., Melaku, H. (2017). « Racisme systémique et périnatalité ? », *À bâbord !*, n° 72. Décembre 2017-janvier 2018. Dossier « Maternité et médecine. Silence, on accouche ! ». <https://www.ababord.org/Racisme-systemique-et-perinatalite>

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes-Laval (2022). *Rapport activité CAAP 2021-2022*. http://www.caaplaval.com/wp-content/uploads/2022/06/2021-2022_rapport-pour-site-compresse-partie-1.pdf

Caza, P.-E. (2022). *Des soins obstétricaux et gynécologiques irrespectueux*. Actualités UQAM. https://actualites.uqam.ca/2022/des-soins-obstetricaux-et-gynecologiques-irrespectueux/?utm_source=02novembre2022&utm_medium=email&utm_campaign=BULLE_TINUQAM&fbclid=IwAR3oTp7SHQ9sY4VJVSVHYgaPv0svraGEwcG5XxfUAL4nSoYvbTWiZDrS8DY

Centres de santé des femmes du Québec (2023). <https://www.csfdubec.ca/>

Commission des déterminants sociaux de la santé et Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009). *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final. 236 p.

Direction générale des services de santé et médecine universitaire (2008). *Politique de périnatalité. 2008-2018*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 164 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>

Gilbert, S., Lavoie, I. A., Lafolle, S. et S. Squires (2020). *Besoins des femmes en difficulté à Laval : vers l'adaptation et la création de nouvelles ressources ?* Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes / Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal / Table de concertation de Laval en condition féminine. 105 p. https://tclcf.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Besoins_femmes_difficulte_Laval_recherche_web.pdf

Gouvernement du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*, dans « Sciences, recherche et données de la santé ». Mis à jour en juillet 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>

Groupe d'action autisme au féminin (2020). *L'autisme au féminin. Brochure à l'intention des professionnels de la santé*. 15 p. https://www.autisme-cq.com/wp-content/uploads/2020/08/Brochure_autisme-femmes-Graaf-1.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2022). *Obstacles et facilitateurs rencontrés par les femmes vivant avec une déficience physique (DP), une*

déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) lorsqu'elles ont recours à des services périnataux. État des connaissances rédigé par Priscilla Lam Wai Shun et Sabrina Servot. Québec, INESSS; 2023. 66 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Perinallite_EC.pdf

Loi sur les services de santé et les services sociaux – Chapitre S-4.2. 1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2#:~:text=Toute%20personne%20a%20le%20droit%20de%20recevoir%20des%20services%20de,42%2C%20a>

Ligue des droits et libertés (2022). Séminaire : *Le droit à la santé nous échappe !* (25 octobre 2022). <https://www.youtube.com/watch?v=K5EoA47UzAA>

MacDonald, S., Côté, P-B., Fontaine, A., Greissler, É. et S. Houde (2020). *Démarche qualitative du Deuxième portrait de l'itinérance au Québec : Regards croisés et approfondissement des connaissances*. Montréal, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Médecins du monde (2022). *Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec. L'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes, peu importe leur statut migratoire*. Mémoire. 53 p. https://medecinsdumonde.ca/uploads/Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec_15avril-2022.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022). *Santé publique au Québec*. Mise en ligne le 19 octobre 2022. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/programme-national-de-sante-publique-pnsp/sante-publique-au-quebec/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2020). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. 26 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>

Momméja, L., Chesnay, C. et N.M. Mensah (2022). « *Si t'es féministe, c'est pour tout le monde... même en prison !* » : *l'intervention féministe intersectionnelle au Centre des femmes de Laval*. Recherche réalisée en partenariat avec le Centre des femmes de Laval (CFL). Montréal, Service aux collectivités de l'UQAM. https://culturesdutemoignage.ca/app/uploads/2022/09/Rapport-de-Recherche_CFL_final_EML-1.pdf

Nicolas, E. (2019). « Les violences obstétricales, ces “cas isolés” si nombreux ». *Le Devoir*, Chronique. 11 juillet 2019. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/558436/ces-cas-isoles-si-nombreux>

Ordre des sages-femmes du Québec (2002). *Définition d'une maison de naissance*. <https://www.osfq.org/fr/maisons-de-naissance>

Organisation mondiale de la santé (2005) [1946]. *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Pagé, G. (2014). « Sur l'indivisibilité de la justice sociale ou Pourquoi le mouvement féministe québécois ne peut faire l'économie d'une analyse intersectionnelle », *Nouvelles pratiques sociales*, 26 (2) : 200-217.

Pierre, A. (2021). *Empreintes de résistance. Filiations et récits de femmes autochtones, noires et racisées*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 336 p.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2008). *Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé*. www.rgasf.qc.ca

Réseau des Tables régionales des groupes de femmes du Québec (2020). *L'égalité au cœur des régions. Regards sur les enjeux régionaux en condition féminine au Québec*. Québec, Longueuil, 93 p.

Statistique Canada (2022). *Recensement de la population 2021*, présenté par Thérèse Nguyen, Statistique Canada, rencontre de la TRIDIL, 12 décembre 2022.

Table de concertation de Laval en condition féminine (2020). *Laval mobilisée pour les femmes en situation de vulnérabilité en parcours vers l'emploi*, 87 p. <https://tclcf.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/RAPPORT-Laval-mobilisee-pour-les-femmes-en-situation-de-vulnerabilite-en-parcours-vers2.pdf>

Table de concertation de Laval en condition féminine (2018). *État des lieux sur les conditions de vie des Lavalloises. Des enjeux sous enquête*. 11 p. https://tclcf.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Etat-des-lieux-Laval_FINAL.pdf

Table de concertation de Laval en condition féminine (2015). *Portrait des femmes en situation de vulnérabilité*. 141 p. <https://tclcf.qc.ca/portrait-des-femmes-en-situation-de-vulnerabilite/>

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (2014). *Vision commune de la santé des femmes*, Joliette. 18 p.

Ville de Laval (2019). *Portrait statistique de la population immigrante de Laval*. 219 p. <https://www.laval.ca/Documents/Pages/Fr/A-propos/cartes-statistiques-et-profil-socioeconomique/statistiques-et-profil-socioeconomique/portrait-immigration-laval-2019.pdf>

DROIT À LA SANTÉ DES LAVALLOISES
AFIN QUE PLUS AUCUNE NE SOIT EXCLUE
Laval, 2023

Table de concertation de Laval
en condition féminine

Agir ensemble, prendre sa place !