



Santé et bien-être des **FEMMES**

EN MONTÉRÉGIE :

**PERSPECTIVES DU
MILIEU COMMUNAUTAIRE**

Par (ordre alphabétique) :

Laurence **COURNOYER**

Stéphanie **PACHE**

Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie
(TCGFM)

Cette recherche a bénéficié du soutien financier du programme MITACS et de la Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie (TCGFM). Les opinions qui y sont exprimées sont celles des autrices et ne représentent pas nécessairement celles des subventionnaires. Le projet a également été accompagné par une agente de développement du Service aux collectivités de l'UQAM.

Soutien financier au projet :



Nom du projet MITACS financé : État des lieux des besoins en santé et bien-être des femmes en Montérégie

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022.

ISBN version imprimée : **978-2-923773-92-6**

ISBN version électronique : **978-2-923773-93-3**

Révision linguistique :

Stéphanie Pache et Eve-Marie Lampron

Graphisme et mise en page :

Marie-Pier Bouchard (MPBArtwork)

Membres du comité d'encadrement du partenariat de recherche (par ordre alphabétique) :

Laurence COURNOYER,

candidate à la maîtrise en sociologie, UQAM

Linda CREVIER,

directrice, Table de concertation

des groupes de femmes de la Montérégie (TCGFM)

Eve-Marie LAMPRON,

agente de développement responsable du Protocole UQAM/

Relais-femmes au Service aux collectivités, UQAM

Stéphanie PACHE,

professeure au département de sociologie, UQAM

Gabrielle PITRE,

agente de développement,

Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie (TCGFM)

Référence suggérée : Cournoyer, Laurence, Pache, Stéphanie et Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie (2022). *Santé et bien-être des femmes en Montérégie : perspectives du milieu communautaire*. Montréal : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal/Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie.

Le rapport peut également être consulté aux adresses suivantes :

- Site internet de la TCGFM : <http://tcgfm.qc.ca/>
- Site internet du Service aux collectivités de l'UQAM : <http://sac.uqam.ca/liste-de-publications.html>

©UQAM, TCGFM, 2022.

Les locaux de la TCGFM sont situés sur les territoires ancestraux non cédés de la nation Kanien'keha:ka/Mohawks (Saint-Lambert, Québec, Canada) qui ont longtemps servi de lieu de vie, de rencontres et d'échanges pour les peuples autochtones. Toute l'équipe de recherche partenariale tient à reconnaître, d'une part, les discriminations systémiques, historiques et actuelles qui affectent les membres des communautés des Premières Nations, Métis et Inuits du Canada. D'autre part, les membres de l'équipe continuent de respecter et de valoriser humblement les savoirs et pratiques autochtones dans leur richesse et leur pertinence, tout en réaffirmant leur solidarité face à une plus grande justice sociale décoloniale.

Mots-clés : genre ; femmes ; santé ; Montérégie ; analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle ; travail ; milieu communautaire ; groupes communautaires ; groupes de femmes.

Remerciements :

L'équipe remercie également les personnes suivantes, qui ont contribué au projet à différents moments : Camille Rivet, Isabelle Prud'Homme, Christine Champagne, Louis-David Lalancette-Renaud, le Comité Santé et bien-être des femmes de la TCGFM, ainsi que toutes les personnes qui ont généreusement répondu au questionnaire et réalisé les entretiens avec l'équipe de recherche, sans qui ce rapport n'existerait pas.

TABLE DES MATIÈRES



1. Contexte de la recherche	8
2. La Montérégie	10
2.1. Le territoire	10
2.2. La population régionale	11
Immigration	11
Pauvreté	11
Situation professionnelle des femmes	11
Population autochtone	11
Personnes âgées	12
Diversité des réalités et autres facteurs de vulnérabilité	12
3. État des lieux : santé et bien-être des femmes	13
3.1. Déterminants de la santé	13
3.2. Données québécoises sur la santé des femmes	14
Perception de l'état de santé	14
Santé physique	14
Santé mentale	14
Santé au travail	15
3.3. Travail de soin	16
3.4. Accès aux services	16
3.5. Violences envers les femmes	17
3.6. Itinérance	18
3.7. La société détermine la santé	19
4. La recherche	20
4.1. Le mandat	20
4.2. La méthodologie	21
La revue de littérature	21
Le sondage	21
Les groupes de discussion	21



5. Résultats : Questionnaire 22

5.1. Précisions sur le questionnaire 22

5.2. Le profil des personnes répondantes 22

5.3. Le profil des organismes 23

Missions	23
Services offerts	23
Mixité	23
Caractéristiques des publics ciblés par les organismes	23
Financement	23

5.4. Le profil des usagères 24

5.5. Les demandes des usagères 24

Santé	24
Logement	24
Emploi	24
Démarches administratives	24

5.6. Obstacles rencontrés dans l'accompagnement des usagères 25

Services offerts limités	25
Références externes	25
Manque de ressources	25

5.7. Les impacts de la pandémie 25

5.8. En bref 26

Des ressources inadaptées	26
Listes d'attentes	26
Besoins spécifiques	26
Le transport	26
Manque de ressources	26

6. Résultats : Groupes de discussion 27

6.1. Précisions sur les groupes de discussion 27

Composition des groupes	27
Sujets de discussion	27
Organisation	27

6.2. Groupes de discussion : synthèse	28
.....
Santé mentale	28
La souffrance des travailleuses	29
Le manque de financement	29
Difficulté dans le recrutement du personnel	30
Les effets du manque de personnel	30
.....
6.3. Pistes évoquées	32
.....
6.4. En bref	33
.....
Cascade d'effets	33
Recrutement	33
Épuisement	33
.....
7. Discussion des résultats	34
.....
7.1. La division sexuée du travail et les besoins en santé des femmes	34
.....
7.2. Compétition entre la santé et le milieu communautaire	36
.....
7.3. Souffrance psychique et rapport au travail	36
.....
7.4. La solidarité comme boussole	37
.....
7.5. Pistes de recherche	37
.....
Enquête générale auprès des femmes	37
Étude des besoins auprès du réseau de la santé	37
Évaluation des mesures proposées	37
.....
7.6. Pistes d'action	38
.....
7.7. En bref	39
.....
Division sexuée du travail	39
Compétition entre la santé et le milieu communautaire	39
Souffrance psychique et rapport au travail	39
La solidarité comme boussole	39
.....
8. Annexe 1 : Questionnaire	40
.....
9. Bibliographie	44
.....
10. Notes	50
.....





1

CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie (TCGFM) est un regroupement féministe d'organismes sans but lucratif qui a pour mission l'amélioration des conditions de vie des femmes et l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'entre les femmes elles-mêmes. Depuis 1988, la TCGFM offre un lieu d'échange, de débat et de concertation aux groupes et comités Femmes de la Montérégie, favorise la création d'une solidarité régionale entre les groupes de femmes et développe une compréhension fine des réalités vécues par les femmes grâce aux expertises diversifiées de ses membres. En tant qu'organisme de défense collective des droits des femmes, la TCGFM réagit et intervient face à la conjoncture sociale, politique et économique, prend position sur des questions ayant une incidence sur la qualité de vie des femmes et le respect de leurs droits, et travaille avec les instances locales et régionales afin de mener des actions concrètes pour la promotion et l'atteinte de l'égalité pour toutes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec publiait en 2002 le document *Au féminin ... à l'écoute de nos besoins - Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, avec l'intention d'« intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services, à adapter les soins et les services aux besoins des femmes et à améliorer notre compréhension de la population féminine ». Alors qu'un bilan pour la période 2002-2007 y a fait suite, ce n'est qu'en 2010 qu'un second plan d'action en santé et bien-être des femmes (PASBEF) a été adopté. Initialement effectif

pour une durée de trois ans (soit de 2010 à 2013), ce dernier a été prolongé pour deux années supplémentaires, reportant son échéance à 2015 et son bilan à 2016. Or, les deux premiers plans d'action proposés par le MSSS ne comprenaient aucun budget spécifiquement alloué à leur réalisation. Cinq ans plus tard, suite à de multiples demandes de la part de groupes et regroupements féministes, un troisième plan d'action en santé et bien-être des femmes est présenté par le MSSS. Le PASBEF 2020-2024, officiellement divulgué en décembre 2020, propose trois orientations globales et neuf objectifs principaux² :

Orientations	Objectifs
I. Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins et des services	1) Informer et outiller le personnel du MSSS et du réseau de la santé et des services sociaux pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des femmes 2) Promouvoir la collaboration avec les partenaires
II. Renforcer l'accès et l'adaptation des soins et des services aux besoins des femmes	3) Favoriser l'accès, la qualité et la sécurité des services de santé reproductive 4) Assurer la qualité du dépistage des cancers féminins 5) Ajuster les interventions en santé mentale aux besoins des femmes 6) Veiller à la santé et au bien-être des femmes au travail 7) Faciliter l'adaptation des interventions aux réalités des femmes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou en situation de handicap
III. Approfondir les connaissances et promouvoir le transfert des connaissances en matière de santé et bien-être des femmes	8) Améliorer les connaissances pour mieux adapter les interventions 9) Promouvoir le transfert de connaissances

Le PASBEF 2020-2024 est le premier pour lequel des enveloppes budgétaires visant à soutenir la mise en œuvre de quelques mesures ont été prévues. Parmi celles-ci se trouve notamment la mesure 5, dans laquelle vient s'ancrer la présente recherche : « Financer des projets régionaux de concertation ayant un impact sur la santé et le bien-être des femmes ».

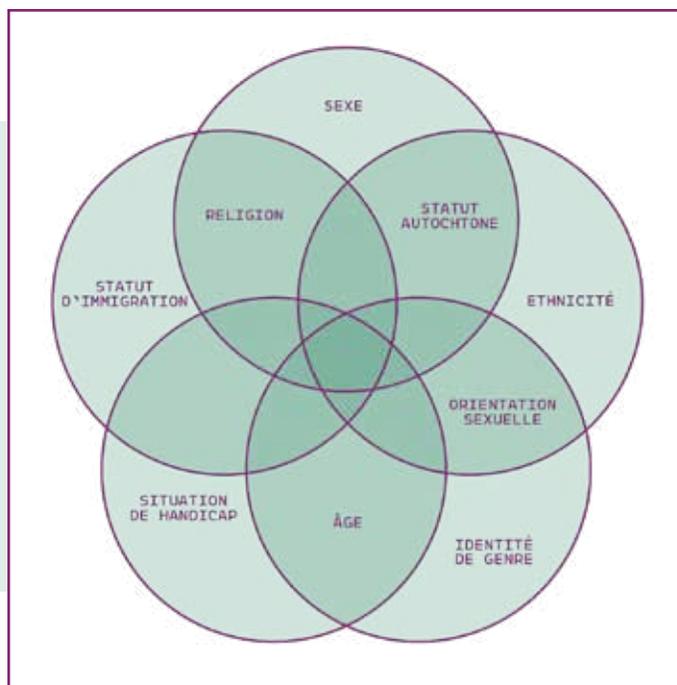
Alors que le MSSS identifie le sexe et le genre comme des déterminants importants de la santé, il reconnaît que les différences entre les femmes et les hommes, tant sur le plan biologique que socioéconomique, doivent être considérées¹.

Le PASBEF 2020-2024 demande ainsi la prise en compte systématique du sexe et genre au moment de la mise en œuvre de mesures de soins et de services de santé, notamment par l'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS). En tant qu'outil d'analyse, l'ADS permet de mesurer, de façon préventive, les effets différents que l'adoption d'une politique ou l'implantation d'un programme aura sur les femmes et sur les hommes.

Bien que le gouvernement du Québec travaille à l'adoption d'une approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes depuis 1997 et qu'il a officiellement inscrit l'ADS comme outil de

gouvernance dans la politique gouvernementale québécoise en 2006³, force est de constater que son utilisation n'est pas systématique. En effet, malgré des engagements de longue date, il semble que les instances gouvernementales produisant des données ne l'appliquent que partiellement ou de façon aléatoire. Par ailleurs, la perspective intersectionnelleⁱⁱ ajoutée à l'approche – représentée par l'ajout du signe d'addition à l'acronyme, soit ADS+, perspective qui permet la prise en compte de l'imbrication de multiples facteurs identitaires et de systèmes d'oppression sur les individus, en plus de celui du genre – n'est pas appliquée au sein du gouvernement du Québec et institutions en découlant.

En ce sens, le PASBEF 2020-2024 ne tient pas compte de tous les enjeux relatifs à la santé et aux besoins des femmes. Reflétant une vision majoritairement biologique de la santé, il semble réduire la santé des femmes à la dimension reproductive, au détriment d'un souci équivalent pour la santé psychologique et le bien-être global. Une disparité dans la nature des mesures évoquées, parfois vastes et parfois très explicites, s'observe également, générant un flou et un manque de cohérence quant à leur mise en œuvre. Par ailleurs, dans l'objectif de réelles avancées en matière de santé et de bien-être de toutes les femmes, il est impératif que le gouvernement du Québec prévoie un budget spécifique pour la réalisation des mesures proposées, et ce, d'une manière proportionnelle, adéquate et qui intègre des « considérations d'égalité des genres », en suivant par exemple le principe du budget sensible au genre⁴.



Non exhaustive, cette représentation graphique⁵ illustre la mécanique de l'intersectionnalité. L'objectif est de comprendre que chaque personne se retrouve à l'intersection de certaines identités et autres composantes sociales, position qui influence son expérience de vie. Dans le cadre de la santé et du bien-être, par exemple, on peut utiliser l'intersectionnalité pour réfléchir aux obstacles que les femmes rencontrent dans l'accès et l'utilisation des soins et services. En fonction de leurs composantes identitaires, certaines seront plus sujettes à vivre des discriminations, à voir leurs droits ignorés, etc.

¹ Cette vision binaire des sexes n'est pas celle de la présente recherche, qui reconnaît une multiplicité des expressions de genre. Néanmoins, les différences entre femmes et hommes sont illustrées par les statistiques actuellement disponibles, qui utilisent la terminologie femmes-hommes.

ⁱⁱ Bien qu'aujourd'hui repris par les institutions académiques et les milieux de recherche, le concept d'intersectionnalité est issu des luttes féministes dissidentes et a d'abord été proposé comme outil de militance par les mouvements féministes minoritaires.

2

LA MONTÉRÉGIE

Les recherches sur les services de santé ont montré la nécessité d'examiner le contexte particulier de l'organisation de ces services sur un territoire géographique. Cet aspect est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'un territoire étendu avec des services inégalement répartis, ce qui pose la question de leur accès. Outre la géographie, la dimension socio-démographique doit être prise en compte pour évaluer les besoins en santé, les priorités et les manques, le tout selon la réalité des caractéristiques de la population féminine locale.

2.1. LE TERRITOIRE

Il importe de prendre en compte les particularités du territoire de la Montérégie lorsque nous analysons les besoins en santé et bien-être des femmes. Tout d'abord, la Montérégie est l'une des plus grandes régions administratives du Québec.

La diversité du territoire et son étendue engendrent des difficultés dans l'organisation, la gouvernance et l'accessibilité des services de santé.

Les différences de réalités entre les zones urbaines et rurales font obstacle à la détermination d'enjeux régionaux communs et de stratégies adaptées à l'ensemble du territoire. Ainsi, la Montérégie comprend des zones urbaines plus densément peuplées, tout comme d'imposantes zones rurales où résident 14,7 % des habitant·e·s de la région⁶. Un déficit de concertation peut, par ailleurs, conduire à des projets régionaux inadaptés à certaines zones de la Montérégie. Ces difficultés en matière de concertation ont déjà été identifiées en 1985 par Diane Grenier pour le Programme de promotion de la femme, alors sous l'égide du Secrétariat d'État du Canada. Trente-cinq ans plus tard, ce défi se pose toujours.

Deux réserves autochtones sont situées dans la région de la Montérégie. Celle de Kahnawake comporte 8 500 habitant·e·s⁷;

il s'agit de l'un des groupes de la nation Mohawk. La réserve d'Akwesasne est située à cheval entre la région administrative de la Montérégie au Québec, l'Ontario et l'État de New York. Cette réserve, faisant également partie de la nation Mohawk, est composée de plus de 2 500 habitant·e·s⁸.

Même quand les services appropriés existent, l'étendue du territoire compromet l'accessibilité à des services adaptés pour l'ensemble des femmes de la région.

Notamment, en raison de l'insuffisance du système de transport en commun dans les régions les plus éloignées, certaines femmes ne sont pas en mesure de se rendre aux points de services présents.

Cette caractéristique a également pour conséquence que les organismes communautaires en place doivent couvrir un très large territoire, avec une population en constante évolution. Une enquête de 2018 montre par ailleurs que les usagères·ers des transports collectifs à l'heure de pointe matinale sont majoritairement des femmes âgées de 20 à 44 ans et des travailleuses, ce qui souligne le fait que les femmes sont particulièrement touchées par une offre de transport en commun insuffisante⁹.

2.2. LA POPULATION RÉGIONALE

En 2021, 1 460 933 personnes habitent la région de la Montérégie¹⁰. Il s'agit d'une croissance de 4% par rapport aux données de 2013. Cette hausse est notamment attribuable à un bilan migratoire positif de 8 917 personnes en 2017-2018. Densément peuplée avec un indice de 139,9 habitant·e·s/km², la région se classe en 3^e position après Montréal et Laval.

Immigration

Après la région de Montréal, la Montérégie est la seconde région administrative où la population immigrante est la plus élevée au Québec. En 2016, la population immigrante y totalisait près de 150 000 personnes, dont 75 000 femmes.

La migration est un facteur de vulnérabilité sociale qui affecte l'état de santé. La situation socio-économique des femmes immigrantes de la Montérégie est plus défavorable, non seulement par rapport à celle des personnes non immigrantes, mais aussi lorsque comparées aux hommes immigrants.

Cette situation peut être expliquée par le fait que les femmes immigrantes se trouvent à l'intersection de divers systèmes d'oppression, tels que le patriarcat et le racisme, et ont donc moins de ressources à disposition, tout en faisant l'expérience de plus de discrimination, notamment par rapport aux autres femmes.

Pauvreté

L'appauvrissement des femmes préoccupe les groupes de femmes de la Montérégie depuis les années 1980 et la situation économique générale depuis la pandémie de 2020 a encore aggravé le problème.

De manière générale, le manque de ressources économiques est un facteur influençant négativement la santé et il peut se cumuler également avec d'autres vulnérabilités, notamment une situation d'itinérance.

Malheureusement, les données spécifiques à l'itinérance des femmes en Montérégie manquent, ce qui rend difficile la documentation de l'impact de ce phénomène social sur la santé des femmes. Le Comité itinérance femmes de la Table

d'itinérance de la Rive-Sud s'est tout de même intéressé à ce sujet, en réalisant une recherche concernant la Montérégie et l'itinérance des femmes. Malgré la complexité d'obtenir un portrait précis des diverses réalités vécues, notamment en raison d'une itinérance cachée¹¹ très importante chez les femmes, les organismes ont estimé que les femmes en situation d'itinérance qui ont pu être sondées, qu'elles soient seules ou accompagnées de leurs enfants, sont très majoritairement en situation de pauvreté (85%)¹¹. C'est donc dire qu'un lien fort existerait entre la précarité économique et l'itinérance des femmes, la situation en Montérégie étant concomitante avec les réalités observées dans d'autres régions du Québec¹². Et bien sûr, précarité et itinérance peuvent influencer négativement sur la situation de santé physique et mentale de ces dernières¹³.

Situation professionnelle des femmes

La division inégale des tâches émotionnelles et domestiques entre les sexes conduit les femmes à travailler à temps partiel dans une proportion bien plus importante que les hommes. En 2017, il a été estimé que 26,4% des femmes actives de la Montérégie occupaient un emploi à temps partiel, contre 12,9% des hommes¹⁴. Or, les emplois à temps partiel sont souvent plus précaires et offrent de moins bonnes conditions de travail. Par ailleurs, les familles monoparentales représentent 15,7% des familles dans la région de la Montérégie et des femmes sont à leur tête dans 74,1% des cas.

Les responsabilités économiques et sociales s'amoncellent donc sur les femmes, cumul qui a un impact direct et indirect sur leur santé, notamment mentale ; d'autant plus que les travailleuses des secteurs de la santé et du social sont majoritairement des femmes.

Population autochtone

Une partie importante de la population montérégienne est issue des Premières Nations. En 2011, la région de la Montérégie comptait 9 962 Autochtones inscrit·e·s (5 194 femmes et 4 768 hommes), soit 11,4% de la population autochtone totale du Québec. Dans cette population, on compte 52,1% de femmes, une proportion supérieure à celle de l'ensemble de la population montérégienne (50,8%)¹⁵. Les Autochtones de la région sont généralement membres de la nation Mohawk. Hormis les réserves, iels résident notamment dans la municipalité régionale de comté (MRC) de Roussillon, dont iels forment 6,1% de la population.

Les relations des membres des communautés autochtones avec le système de santé sont complexes et des expériences négatives à répétition expliquent un manque de confiance envers les soins et services dispensés¹⁶.

En réponse à cette situation, un centre privé, partenaire du CISSS de la Montérégie-Ouest, a adapté son offre de service à la population autochtone ; à titre d'exemple, près de 75 % du personnel est issu de la nation Mohawk, assurant ainsi une forme de sécurité culturelle dans les services dispensés¹⁷.

Personnes âgées

Le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus en Montérégie est le deuxième en importance au Québec, derrière Montréal. Cette tendance démographique est à la hausse, avec une croissance de 53% de cette tranche populationnelle au cours des dix dernières années. Les MRC disposant des plus fortes proportions de personnes âgées de 65 ans et plus sont Pierre-De-Saurel, Brome-Missisquoi et Beauharnois-Salaberry, où elles avoisinent une proportion de 25% de la population. De l'autre côté du spectre figurent les MRC de Marguerite-D'Youville et de Roussillon, avec des proportions respectives de 14,5% et de 14,7%¹⁸.

Diversité des réalités et autres facteurs de vulnérabilité

Soulignons finalement que d'autres réalités, expériences et parcours engendrent des vulnérabilités en matière de santé et bien-être. Or, les statistiques spécifiques à la Montérégie sont trop limitées pour prendre la mesure exacte de leur étendue. Nous mentionnons dans la section suivante certaines des données disponibles, concernant notamment les femmes de la diversité sexuelle et les femmes en situation de handicap.



ÉTAT DES LIEUX : SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES

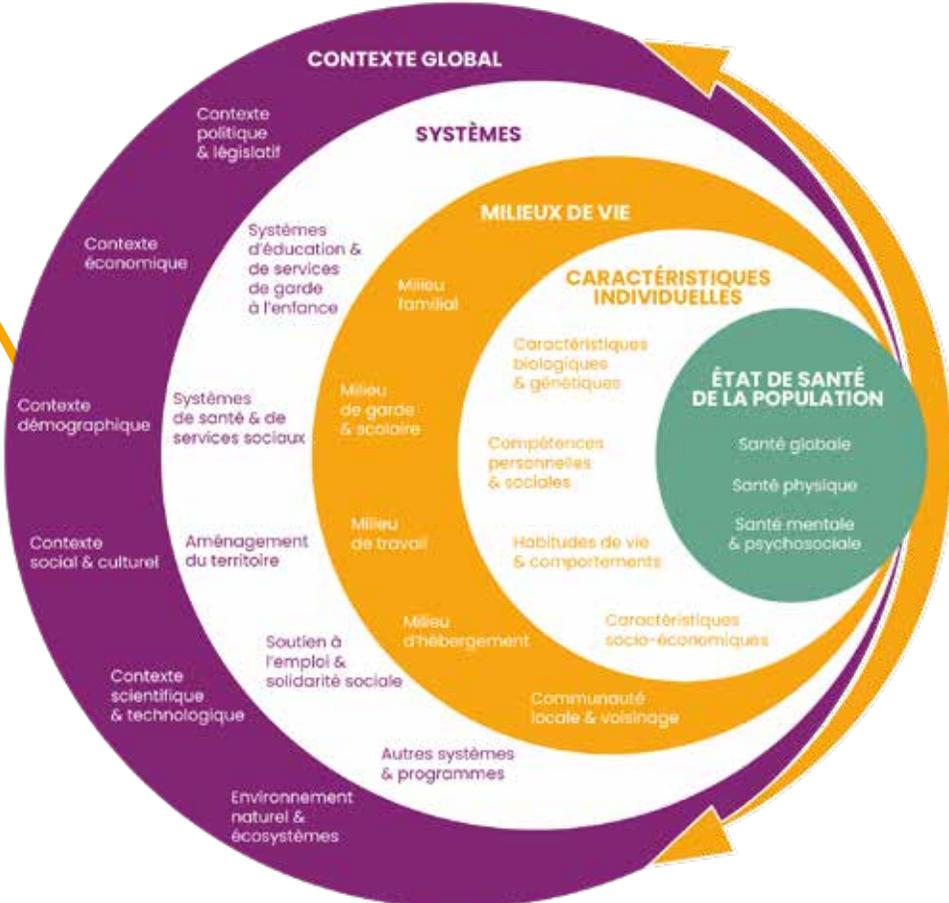


3.1. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Comme le montre le schéma ci-dessous¹⁹, le MSSS conçoit la santé comme déterminée par les éléments imbriqués suivants : état de santé de la population (santé globale, mentale, physique), caractéristiques individuelles (biologiques, sociales, socio-économiques, habitudes de vie), milieu de vie (famille, ami·e·s, travail, hébergement), systèmes (éducation, santé, emploi) et contexte global (politique, économique, social, culturel, technologique, scientifique, environnemental). Ces différents éléments sont tous façonnés par la position sociale, y compris les rapports sociaux de race, de genre et de classe, ainsi que par le statut migratoire et les capacités de chaque individu.

En matière de santé, ces expériences imbriquées engendrent des écarts significatifs entre les femmes et les hommes, ainsi qu'entre les femmes elles-mêmes.

Les précisions sur les réalités de certains groupes de femmes minoritaires sont effectuées dans les pages suivantes lorsque les déterminants sociaux de la santé les amènent à avoir une expérience différente, ce que nous avons souhaité illustrer dans ce rapport.



3.2. DONNÉES QUÉBÉCOISES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le *Portrait des Québécoises, édition 2021* est un rapport statistique sur les femmes (incluant sur leur santé) émis par le Conseil du statut de la femme (CSF). Le CSF publie régulièrement des données statistiques sur la situation des femmes au Québec, ventilées par région, dans le but de suivre l'évolution des inégalités entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes²⁰. Les données privilégiées par le CSF proviennent des grandes enquêtes menées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)²¹, par Statistique Canada²² ainsi que celles issues de ministères ou d'organismes voués à la santé²³.

Cela dit, bien que regroupant différentes données, ce portrait officiel est parfois à l'emporte-pièce, n'illustrant pas toujours l'imbrication complexe des différences populationnelles et régionales.

À cet effet, soulignons que malheureusement, certaines données spécifiques à la Montérégie sont difficilement accessibles au public et toutes n'ont pu être consultées. Nous présentons ici les données plus générales qui permettent de prendre la mesure de la situation des femmes par rapport aux questions de santé.

Perception de l'état de santé

En 2020, près des deux tiers (2/3) des Québécoises âgées de 12 ans et plus (64%) perçoivent leur santé comme étant globalement très bonne ou excellente, alors que 8% la perçoivent comme passable, voire mauvaise²⁴ ; ces proportions sont similaires à celles des hommes. Or, en 2015, les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à estimer leur santé comme étant passable ou mauvaise, soit 10% contre 8%. Concernant les Autochtones, Statistique Canada a mené une enquête en 2017 afin d'obtenir des données sur les conditions socio-économiques des membres des Premières Nations vivant hors réserve. Les résultats pour le Québec indiquent que 50% des femmes autochtones se perçoivent en excellente ou en très bonne santé, alors que 18% estiment au contraire que leur santé est passable ou mauvaise. Ces proportions ne sont pas statistiquement différentes de celles des hommes (53% et 17%, respectivement). Les femmes immigrantes perçoivent toutefois leur état de santé comme étant moins bon que les hommes immigrants : en effet, 52,2% d'entre elles déclarent leur santé bonne ou excellente, contre 63,7% des hommes immigrants²⁵.

Santé physique

Les sources disponibles identifient plusieurs différences entre femmes et hommes en termes de problèmes de santé physique. Par exemple, le cancer du sein est celui le plus

souvent diagnostiqué chez les femmes. Son taux d'incidence tend d'ailleurs à la hausse depuis les années 1980, atteignant 142,6 pour 100 000 femmes en 2011²⁶. Concernant les maladies chroniques, les Québécoises sont plus susceptibles que les Québécois de présenter des problèmes d'arthrite (23% c. 15% en 2020) et d'asthme (10% c. 7%)²⁷. Les chiffres ne montrent pas de différences notables entre les femmes et les hommes en ce qui concerne d'autres problèmes fréquents et chroniques comme le diabète (6% c. 8%) et l'hypertension (16% c. 17%). Entre 2015 et 2020, les proportions de femmes affectées par l'une ou l'autre de ces maladies ont peu changé²⁸. Au sein des communautés autochtones du Québec, les femmes métisses (15%) étaient plus susceptibles de souffrir d'asthme que les hommes métis (9%). Les femmes métisses (8%) étaient aussi deux fois plus susceptibles que les hommes métis d'avoir un système immunitaire affaibli à la suite d'une maladie ou de la prise de médicaments (4%). La moins bonne santé des femmes autochtones est liée à de nombreuses disparités, exacerbées par les inégalités économiques et sociales liées au colonialisme, au racisme et au sexisme, notamment aux obstacles à l'accès à des soins de santé de qualité et adaptés²⁹.

Santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est « une composante essentielle de la santé. Elle se traduit par un état de bien-être permettant de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie et de contribuer à la vie de sa communauté ». Selon cette définition, être en bonne santé mentale n'est pas seulement l'absence de trouble mental. Les troubles mentaux sont « un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement et entraîne de la détresse ». Au Québec, c'est « près de 20% de la population, soit une personne sur cinq, qui sera affectée par un trouble mental au cours de sa vie ». Selon l'Institut national de la santé publique du Québec, moins de la moitié des personnes qui sont affectées par un trouble mental consultent un-e professionnel-le³⁰.

Tout le monde ne perçoit pas son état de santé mentale de la même façon. En 2020, 67% des Québécoises âgées de 12 ans et plus qualifient leur santé mentale comme étant généralement excellente ou très bonne, seulement 7% d'entre elles l'estimant passable ou mauvaise³¹. Or, les femmes (67%) sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes (76%) à percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne³². En 2020, 23% des Québécoises de 12 ans ou plus ont déclaré que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, une proportion semblable à celle des hommes (21%)³³. L'attribution des causes de ce stress diffère toutefois. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à déclarer que la famille est leur principale source

de stress (22% c. 12%), alors que ces derniers ont davantage tendance à évoquer le travail (29% c. 22% des femmes)³⁴.

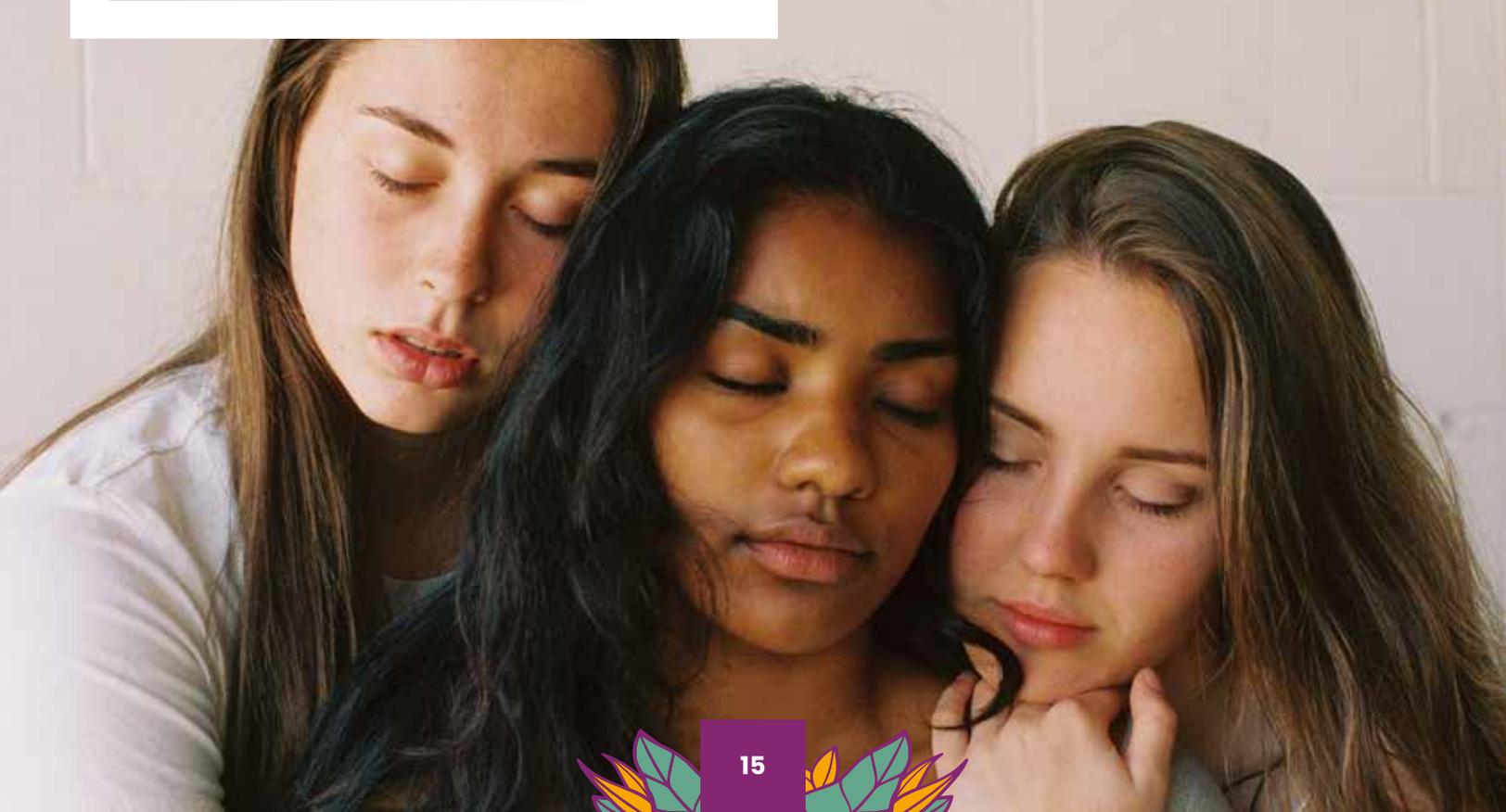
Certains groupes de femmes sont davantage touchés par des difficultés psychologiques. Chez les femmes immigrantes, 62,4% déclarent percevoir leurs journées comme étant un peu ou assez stressantes, contre 60,3% des hommes immigrants³⁵. Parmi la population québécoise de 18 ans et plus en 2014-2015, les femmes immigrantes résidant au Canada depuis 9 ans ou moins étaient plus nombreuses à vivre un niveau élevé de détresse psychologique que les Québécoises nées au Canada (38% c. 31%)³⁶. Cette situation s'observe également, mais dans une moindre mesure, chez leurs homologues masculins (30% c. 23% des hommes nés au Canada). Concernant les femmes autochtones du Québec, elles sont 11% à déclarer vivre de l'anxiété, contre (9%) des hommes autochtones³⁷. La restriction des ressources sociales et sanitaires pendant la pandémie a engendré, chez les femmes enceintes, un risque accru de vivre des épisodes de stress, d'anxiété et de dépression³⁸. Une autre étude conduite durant la pandémie sur l'ensemble du territoire du Québec par le Réseau des lesbiennes du Québec (2021) montre que 99,3% des répondantes ont rencontré des difficultés psychologiques en lien avec la crise socio-sanitaire : 47,9% des femmes de la diversité sexuelle ont constaté une augmentation de la fréquence/sévérité de leurs troubles anxieux³⁹; 40,1% des répondantes ont rapporté une augmentation de leurs troubles du sommeil; tandis que 23,2% ont fait l'expérience de ces troubles pour la première fois pendant la pandémie⁴⁰.

Par exemple, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recevoir un traitement pharmacologique. En janvier 2020, sur la totalité des personnes pour qui la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a couvert un traitement d'antidépresseurs, on compte deux fois plus de femmes que d'hommes (67% c. 33%)⁴¹.

Santé au travail

La santé des femmes est affectée directement par leur activité professionnelle. Selon des sondages réalisés entre 2014 et 2018 par l'Institut national de santé publique du Québec, les données extraites montrent que 35% des travailleuses rapportent une détresse psychologique élevée ou très élevée, dont 91% lient les symptômes à leur activité professionnelle⁴². Dans cette analyse qui s'intéressait aux effets de la « conciliation travail-vie personnelle », la détresse rapportée varie de 30 à 62 % des répondantes, selon qu'elles considèrent cette conciliation facile ou difficile. De plus, le harcèlement psychologique au travail touche davantage les femmes que les hommes : pour la Montérégie, dans une étude réalisée en 2014-2015, 22,8% des femmes contre 17,1% des hommes rapportent une situation de harcèlement psychologique⁴³. Des lésions professionnelles spécifiques aux femmes sont également identifiées, notamment les troubles musculo-squelettiques⁴⁴. Par ailleurs, la santé au travail des femmes enceintes reste une préoccupation, comme en témoigne le nombre de réclamations répertoriées⁴⁵.

En plus de ces différences dans l'incidence des difficultés psychologiques, on observe des disparités dans la prise en charge de ces problèmes.



3.3. TRAVAIL DE SOIN

Le travail de soin (*care* en anglais) revêt un caractère essentiel pour la société. Les moments de crises amplifient la responsabilité du soin relégué aux femmes pour assurer la survie humaine, puisqu'elles sont plus nombreuses à soigner et à s'occuper des autres, tant dans la sphère publique (travailleuses de la santé et services sociaux) que privée (tâches domestiques, soins aux enfants, aidantes naturelles⁴⁶).

En effet, au Québec, les femmes représentent 80 % des employées du réseau de la santé et des services sociaux, travaillant sans relâche pour soigner la population québécoise⁴⁷.

On retrouve ainsi 90 % d'infirmières, 83 % d'aides-infirmières, d'aides-soignantes et de préposées aux bénéficiaires, ainsi que 66 % de pharmaciennes⁴⁸. Dans le milieu communautaire, souvent en soutien aux autres secteurs du *care*, les femmes

sont également majoritaires (80 %)⁴⁹. Par ailleurs, les femmes racisées sont surreprésentées au sein de ces métiers essentiels et pourtant peu reconnus. En effet, 1 femme noire sur 3 travaille dans le domaine de la santé au Canada⁵⁰.

Du côté des personnes proches aidantes, c'est-à-dire celles qui prennent soin de personnes non autonomes ou en perte d'autonomie, les femmes s'investissent souvent de manière plus soutenue. Par exemple, lors des différents confinements qui ont eu lieu dans les deux dernières années, les charges féminines se sont alourdies par la fermeture des garderies et des écoles, l'impossibilité de recourir au soutien des proches et l'accroissement du nombre de personnes malades soignées à la maison⁵¹. La pandémie de la Covid-19 a donc engendré une charge accrue du *care* domestique. L'augmentation de cette charge dans la sphère privée crée un double fardeau des soins pour les travailleuses de la santé qui réalisent ces activités autant dans la sphère domestique que professionnelle⁵².

3.4. ACCÈS AUX SERVICES

Les difficultés d'accès aux soins et services dont elles ont besoin représentent une réalité vécue par de nombreuses femmes au Québec, en particulier celles qui font partie d'un ou de plusieurs groupes discriminés. Les limites d'accès sont causées également par les longs délais du système public de santé. Selon un sondage publié par la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL), ces délais peuvent amener certaines femmes à s'orienter vers des ressources privées, par nécessité, souvent en situation d'urgence, et parfois sans avoir d'autre choix que de s'endetter⁵³. D'autres s'orientent davantage vers les ressources communautaires ; or, les organismes communautaires ne peuvent répondre à tous les besoins, notamment en matière de soutien psychologique⁵⁴. Le sondage réalisé par la TCGFL rapporte également que la présence de différents critères d'admissibilité réduit l'accès à plusieurs programmes et services. Par ailleurs, l'absence de services spécialisés dans différentes régions administratives du Québec représente une barrière d'accès pour les femmes qui doivent alors se déplacer dans une autre région, malgré des coûts de transport élevés⁵⁵.

Les approches des ressources et des professionnel-le-s de la santé ne sont pas toujours adaptées aux diverses réalités des femmes. Souvent utilisée, l'approche médicalisée de la santé est critiquée par plusieurs.

Une méfiance envers les services est observée notamment chez les femmes travailleuses du sexe (TDS), qui sont par ailleurs exposées à des risques aggravés en matière de santé⁵⁶. Jenn Clamen, coordinatrice des communications pour l'organisme Stella, décrit ainsi le problème :

En raison de la discrimination qu'elles subissent, les TDS ont moins tendance à aller chercher des services en santé, par peur de se faire exposer ou de recevoir un traitement inapproprié. Un-e professionnel-le de la santé qui ne connaît pas la réalité des TDS pourrait poser des questions intrusives qui vont plus souvent sous-entendre un jugement en lien avec la pratique de cette profession que d'être une attention réelle portée au souci de leur santé. Pour cette raison, beaucoup d'informations reçues ne sont pas pertinentes à la santé des TDS, car elles ne se sentent pas accueillies avec bienveillance. Il y a aussi la situation des personnes migrantes qui n'ont pas accès à l'assurance maladie du Québec si elles n'ont pas de statut. Pour les travailleuse-us-es du sexe qui vivent dans les espaces publics, il est difficile d'avoir un suivi continu de soins, de dépistage et de traitements⁵⁷.

Cette méfiance est aussi identifiée chez les femmes de la diversité sexuelle. Les problématiques spécifiques vécues par les lesbiennes, par exemple, sont souvent occultées dans nos sociétés, car leur orientation sexuelle reste souvent invisible et leurs revendications spécifiques demeurent dans l'ombre des revendications homosexuelles masculines. Une étude menée à Montréal montre qu'elles font face à des préjugés de professionnel·le·s, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, certain·e·s sous-estimant certains risques et leur refusant des services de dépistage⁵⁸.

La continuité des services représente également un enjeu d'accès. Les femmes qui cumulent différentes problématiques ou plusieurs problèmes de santé ne trouvent souvent que des ressources isolées et compartimentées⁵⁹.

3.5. VIOLENCES ENVERS LES FEMMES

En 2020, Montréal et la Montérégie étaient les deux régions du Québec cumulant le plus d'infractions commises en contexte conjugal, situation qui s'explique notamment par leur densité populationnelle⁶⁰. Plus globalement au Québec, le constat semble unanime : le confinement et les mesures sanitaires mises en place dans le but de freiner la propagation de la Covid-19 ont contribué à l'augmentation de la violence à l'égard des femmes⁶¹. En avril 2020, l'organisme SOS Violence conjugale a noté une hausse marquée des demandes d'aide, notamment davantage d'appels pour cause de séquestration. Les appels se font plus souvent de nuit ou la fin de semaine, lorsque le partenaire dort ou quand la victime parvient à sortir⁶².

La hausse des violences envers les femmes a également préoccupé l'Association des femmes autochtones du Canada. Des consultations ont été effectuées à travers le pays pour déterminer les impacts de la pandémie auprès des femmes des Premières Nations, Inuites et Métisses du Canada. Ces recherches indiquent une hausse des abus, une répondante sur cinq déclarant avoir été victime de violence physique ou psychologique au cours des trois derniers mois⁶³. Hors pandémie, on évalue que 6 femmes autochtones sur 10 (61%) auraient été victimes d'une forme de violence entre partenaires intimes depuis l'âge de 15 ans, soit nettement plus que les femmes allochtones (44%)⁶⁴.

D'autres groupes de femmes sont concernés par un risque accru de violences.

En 2018, les femmes appartenant à une minorité visible étaient 29% à déclarer avoir subi de la violence psychologique, physique ou sexuelle aux mains d'un partenaire intime au cours de leur vie⁶⁵.

Chez les femmes âgées, la problématique de la violence conjugale est peu documentée dans les statistiques officielles ; il est donc difficile d'établir avec précision sa prévalence. En 2010, une étude a néanmoins mis en évidence que parmi les personnes âgées victimes de criminalité violente, 16% des femmes et 4% des

hommes ont été agressés par un conjoint ou un ex-conjoint⁶⁶. Sandra Wesley, directrice de l'organisme Stella s'inquiète pour sa part de la sécurité des femmes travailleuses du sexe durant la pandémie :

Il y a plusieurs travailleuses du sexe qui viennent habituellement à nos locaux et qu'on ne voit plus. Est-ce qu'elles ont disparu? Est-ce qu'elles se cachent parce qu'elles sont en quarantaine? Plusieurs d'entre elles n'ont pas accès à un téléphone, alors on n'a pas de moyen de les joindre⁶⁷.

Il semble que globalement, la législation en matière de travail du sexe favorise un risque accru de violence contre les travailleuses du sexe, en particulier pour les travailleuses autochtones⁶⁸.

De plus, au Québec, une femme sur trois a été victime d'au moins une agression sexuelle au cours de sa vie⁶⁹.

Les femmes autochtones sont encore plus à risque d'en vivre, sachant que 75% des jeunes filles autochtones âgées de moins de 18 ans ont été victimes d'agression sexuelle. Quant aux femmes avec un handicap physique, elles sont 40% à avoir vécu une agression sexuelle au cours de leur vie. Des études sur les violences sexuelles dans les milieux universitaires montrent également que les femmes de la diversité sexuelle sont davantage victimes de discriminations et de violence sexuelle ; notamment, les lesbiennes rapportent avoir subi proportionnellement deux fois plus souvent une agression que les hétérosexuelles (15.5% versus 7,5%)⁷⁰ et celles qui sont ouvertement lesbiennes sont trois fois plus à risque d'être la cible d'agressions sexuelles sur les campus⁷¹.

3.6. ITINÉRANCE

L'itinérance des femmes est jugée difficilement quantifiable. De plus en plus d'études reconnaissent que l'itinérance des femmes a été sous-étudiée jusqu'à maintenant, et que les politiques et les programmes sociaux canadiens, étasuniens et britanniques répondent davantage aux expériences d'itinérance vécues par les hommes⁷². Si peu de statistiques existent à ce sujet, c'est notamment parce que les femmes cachent souvent leur itinérance pour se protéger de nombreux risques auxquels elles peuvent faire face – comme la violence et les agressions sexuelles – ou d'enjeux relatifs à la conservation de la garde de leurs enfants⁷³. Au Québec, si l'on se réfère au dénombrement des personnes en situation d'itinérance du 24 avril 2018, 5 789 personnes en situation d'itinérance visible se trouvaient dans les onze régions ciblées. La majorité des personnes (3149, soit 54%) étaient à Montréal, 72% des répondant-e-s étaient de sexe masculin, 26% de sexe féminin et 2% s'identifiaient comme ayant une identité de genre autre⁷⁴. De plus, Rollinson (2007) estime qu'on retrouverait en milieu rural plus de femmes et de familles en situation d'itinérance cachée et davantage de premières entrées en itinérance⁷⁵. La rareté des ressources en milieu rural fait en sorte que ce problème demeure méconnu.

Les études admettent que le nombre de femmes en situation d'itinérance serait sous-estimé et qu'il serait même en hausse⁷⁶.

En 2013-2014, sur l'ensemble du territoire du Québec, le taux d'occupation était de 103,9% dans les ressources d'hébergement d'urgence réservées aux femmes⁷⁷. La pandémie a également affecté les conditions de vie des femmes itinérantes. Outre les problèmes généraux d'hébergement, les femmes itinérantes n'avaient plus accès aux lieux qui leur permettent ordinairement

de dissimuler leur présence dans l'espace public : les bibliothèques, les restaurants, les cafés et les centres commerciaux⁷⁸.

La situation d'itinérance présente également des risques en matière de sécurité et des enjeux relatifs au contrôle par l'État. Une fois les femmes en situation d'itinérance, la violence de la part de partenaires intimes constitue l'une des expériences marquantes de leur parcours de vie⁷⁹. Les femmes, surtout les plus jeunes, apparaissent comme étant la population en situation d'itinérance la plus vulnérable, en raison notamment des risques de revictimisation sexuelle auxquels elles sont exposées⁸⁰. Les femmes issues de la diversité sexuelle et de genre, qui sont surreprésentées parmi les populations itinérantes, seraient encore plus à risque de vivre cette violence⁸¹. Enfin, l'accès à un lieu de vie sécuritaire paraît d'autant plus difficile pour plusieurs femmes immigrantes qui doivent aussi faire face à des barrières linguistiques et à la méconnaissance des réseaux d'aide disponibles⁸². De plus, en raison de la visibilité et de la nature de leurs activités dans l'espace public, les personnes en situation d'itinérance ne semblent pas être à leur place et sont devenues les cibles d'un contrôle étatique. Les statistiques montrent que les interventions policières réalisées auprès des personnes itinérantes ne les ciblent pas toutes de la même façon. Par exemple, à Montréal, entre 2012 et 2019, cinq fois plus de constats d'infraction ont été remis aux personnes autochtones itinérantes⁸³; les femmes autochtones sont particulièrement surreprésentées (25%) comparativement aux femmes non autochtones (12 à 15%). Durant la pandémie, le maintien de la distanciation physique dans l'espace public a conféré des pouvoirs additionnels à plusieurs autorités, par exemple le fait de pouvoir adresser des constats d'infraction, aggravant la situation des personnes itinérantes. Les femmes vivant en situation d'itinérance sont également plus à risque.

3.7. LA SOCIÉTÉ DÉTERMINE LA SANTÉ

Les chiffres que nous avons présentés ici veulent illustrer le fait que l'état de santé des femmes en Montérégie, et ailleurs, est façonné par une multitude de facteurs sociaux. Même si nous ne disposons pas de données quantitatives détaillées et systématiques sur l'ensemble de la population concernée, ces éléments montrent, d'une part, la diversité des réalités des femmes et, d'autre part, leur vulnérabilité variable en matière de santé.

Mais ces vulnérabilités sont le fruit de phénomènes sociaux : division inégale du travail, discriminations (par ex. racisme, transphobie), système économique producteur d'exclusion et d'inégalités, choix politiques en matière de financement des services et de programmes d'aide à certains groupes aux difficultés particulières, etc.

Nous avons listé les données qui ont contribué à notre choix méthodologique et notamment, aux questions posées à notre terrain de recherche. Cette sélection est également utile pour valider les données que nous avons recueillies, autant que pour pointer leurs limites et des pistes d'approfondissement.

Il y a en effet des populations vulnérables et des problèmes spécifiques de santé, notamment les problèmes de santé mentale, qui touchent globalement davantage les femmes que les hommes, mais aussi spécifiquement et davantage certaines femmes.

Ainsi, l'imbrication de certaines réalités et vulnérabilités amplifie les expériences vécues et parfois les problèmes de santé. Si la recherche n'a pas toujours pu documenter ces expériences, il nous a semblé important de les relever dans cette revue de littérature.



4

LA RECHERCHE



4.1. LE MANDAT

La littérature sur la santé des femmes montre qu'il est pertinent d'étudier leurs besoins spécifiques autant que les obstacles particuliers qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins et services⁸⁴. Cette attention est d'autant plus importante dans le cas de certains groupes de femmes en situation de vulnérabilités aggravées et/ou imbriquées (par ex. femmes itinérantes, racisées, avec des problèmes de santé mentale, victimes de violences, etc.). Dans le cas de la Montérégie, une région aux particularités multiples, le manque d'informations sur l'état de santé et de bien-être des femmes est problématique.

En effet, cette absence de données empêche l'évaluation adéquate des besoins et de la disponibilité de services adaptés et accessibles.

L'absence de plan d'action gouvernemental en matière de santé des femmes depuis 2015 a fait couler beaucoup d'encre au sein des groupes féministes du Québec. Les travailleuses, quotidiennement confrontées aux problématiques de santé globale vécues par les femmes, ont rapporté à maintes reprises leurs préoccupations au sein des instances de concertation. La combinaison d'une époque d'austérité qui a grandement fragilisé les services publics et communautaires, d'une réforme du système de santé québécois qui a entraîné la réorganisation, le déplacement ou la fermeture de plusieurs services de santé en Montérégie, appelait à une évaluation de la situation actuelle⁸⁵. Quelles sont les conséquences de ces changements pour les femmes de la Montérégie? Est-ce que les décisions prises ont contribué à modifier substantiellement l'accès et le type de services disponibles en matière de santé et de bien-être des femmes?

Devant ce constat, la TCGFM a mis sur pied, au printemps 2021, un comité de concertation régionale en santé et bien-être des femmes (Comité santé et bien-être des femmes).

Composé de plus de 15 organismes membres ou partenaires, ce comité élargi visait à rassembler autour de la même table des actrices œuvrant dans différents secteurs de la Montérégie, pour travailler collectivement sur la santé et le bien-être des femmes.

En tant que groupe de défense collective des droits, il était essentiel pour la TCGFM d'impliquer une diversité de partenaires ayant des expertises variées, afin d'assurer la prise en considération de la pluralité des réalités vécues par les femmes. Afin de nourrir les travaux du comité et d'avoir ultimement un impact plus significatif sur la santé et le bien-être des femmes, la TCGFM a cherché à obtenir des données spécifiques à la région, reflétant l'état actuel de la situation en santé et bien-être des femmes.

Le présent mandat de recherche repose ainsi sur la consultation des groupes membres de la TCGFM, de ses partenaires et d'autres organismes communautaires de la Montérégie travaillant auprès des femmes. La Table a souhaité sonder au-delà de ses membres pour se doter d'un portrait le plus exhaustif possible quant aux enjeux de santé vécus par les femmes montérégiennes et s'assurer que les données recueillies ne reflètent pas uniquement les problématiques vécues par celles qui fréquentent les groupes de femmes. Un autre objectif poursuivi par la recherche était de prendre en compte le contexte de la pandémie de Covid-19 – déclencheur de problèmes, mais surtout révélateur de difficultés préexistantes –, qui a particulièrement touché les femmes.

Fin 2021, lors de la première rencontre officielle du Comité santé et bien-être des femmes (CSBEF), la TCGFM a organisé une présentation du PASBEF 2020-2024 et une discussion autour de celui-ci. Les constats émis par les groupes membres et les partenaires de la TCGFM, basés sur leurs expériences, ont notamment contribué à l'élaboration de cette recherche.

Les grandes lignes étant ressorties de ces échanges sont brièvement présentées ici. Tout d'abord, les travailleuses se sont dites surprises que le plan d'action n'aborde à aucune reprise la pandémie de Covid-19, qui continue d'avoir des répercussions et des conséquences significatives sur la santé et le bien-être des femmes.

Pour certaines déléguées, la pandémie a notamment eu un impact important sur la santé mentale des femmes, tant celles qui fréquentent les ressources que celles qui les accueillent. En outre, la pénurie de psychiatres, psychologues et médecins de famille augmente la pression sur les travailleuses des groupes de femmes, accompagnant des femmes qui attendent de pouvoir accéder à ces services. L'accès difficile aux services de santé mentale, de périnatalité et de suivi oncologique a émergé dans la discussion comme touchant particulièrement les femmes.

Un autre enjeu lié au contexte pandémique concerne la multitude d'informations diffusées sur la santé et le défi de distinguer celles qui sont valides de celles qui sont erronées. Les déléguées rapportent ainsi que des femmes semblent manquer de sources précises et fiables. Ce manque d'information concerne également les procédures pour accéder à des soins de santé. Une méconnaissance du fonctionnement des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et du système de santé en général

complique grandement l'accès des femmes aux services. Les intervenantes des ressources pour femmes se retrouvent face au casse-tête que représente l'objectif de trouver les services de santé appropriés, notamment en l'absence de procédures standardisées et de délais raisonnables.

Lorsque les travailleuses déléguées soulignent l'effet amplificateur de la pandémie sur des problématiques qui étaient déjà présentes, la crise du logement est identifiée comme un exemple frappant.

Dans un contexte où le manque de logements sociaux et abordables est de plus en plus criant, la crise sanitaire a diminué l'accessibilité à un logement adéquat et complexifié la relocalisation de nombreuses femmes en difficulté, particulièrement celles ayant des enfants.

4.2. LA MÉTHODOLOGIE

Ces questions et les ressources à disposition ont guidé l'élaboration d'une recherche, à la fois pertinente et réalisable, dans un contexte permettant de soutenir les actions de la TCGFM. Comme première étape, les partenaires de recherche ont décidé de sonder les professionnel·le·s du milieu communautaire pour obtenir un portrait des besoins perçus en matière de santé des femmes. La recherche a consisté en trois phases : 1) une récolte et une analyse de données à travers des documents publics (bases de données, littérature, etc.) et des publications issues des groupes communautaires et de femmes de la région (mémoires, avis, etc.) ; 2) un sondage en ligne auprès des groupes membres et organismes partenaires de la TCGFM ; 3) des entretiens en petits groupes, conduits auprès des représentant·e·s des membres et partenaires concernés (ici considéré·e·s comme expert·e·s). Par ailleurs, même si le projet n'avait pas à être soumis à une certification éthique universitaire, justement en regard de la participation des intervenant·e·s à titre d'expert·e·s, nous avons néanmoins changé leurs prénoms lorsque leurs propos ont été utilisés, le tout afin de favoriser une prise de parole la plus libre et transparente possible.

La revue de littérature

Nous avons ainsi débuté par une revue de littérature des données disponibles sur le sujet de la santé et du bien-être des femmes, notamment en Montérégie. Cette revue de littérature initiale a inclus des publications scientifiques sur la santé des femmes, des statistiques publiques, ainsi que des documents et publications réalisées par des groupes de femmes. Cette première analyse a documenté à la fois le manque de données sur la santé des femmes en Montérégie et le besoin de s'intéresser plus particulièrement à la santé et au bien-être des femmes.

Le sondage

Le questionnaire en ligne a été réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey, intégrant les enjeux identifiés dans la consultation des membres de la TCGFM et dans la revue de littérature. Nous l'avons ensuite distribué aux différents groupes membres et organismes partenaires de la TCGFM. Le sondage a été construit avec l'objectif d'identifier les différents besoins en santé et bien-être des femmes que les professionnel·le·s du terrain observent dans leur milieu de travail. Le questionnaire a ainsi permis de dégager des thématiques spécifiques à approfondir dans le cadre des groupes de discussion. Le recrutement des personnes participantes pour le questionnaire en ligne ainsi que pour le groupe de discussion a été soutenu logistiquement par la TCGFM, qui l'a fait parvenir à ses membres ainsi qu'à des personnes impliquées dans le Comité élargi sur la santé et le bien-être des femmes en Montérégie, piloté par la Table.

Les groupes de discussion

Les réponses au sondage (n=133) nous ont permis d'identifier ou de confirmer des enjeux particulièrement importants et spécifiques que nous avons décidé d'aborder dans les groupes de discussion. Nous avons donc organisé 5 groupes de discussion et rencontré, en tout, 20 personnes avec lesquelles nous avons abordé les enjeux identifiés. C'est ainsi que nous avons eu des échanges approfondis sur trois thèmes en particulier : les questions de santé mentale, le financement des organismes et le manque de personnel.



RÉSULTATS : QUESTIONNAIRE



5.1. PRÉCISIONS SUR LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (cf. Annexe 1) réalisé dans le cadre de ce projet de recherche comporte quatre parties : 1) des questions sociodémographiques, visant à recueillir des informations sur les participantes et sur leur travail au sein du réseau communautaire ; 2) quelques questions en lien avec le profil des organismes, afin de savoir quelles sont leurs missions et pour quels types de populations leurs services sont offerts ; 3) une demande d'informations sur le profil des usagères de leur organisme, dans le but de mieux connaître leurs caractéristiques et de savoir quels sont leurs besoins ; 4) des questions sur leur

expérience dans l'accompagnement des usagères de leurs organismes, afin d'être en mesure d'illustrer les obstacles rencontrés par les travailleuses du milieu communautaire de la région de la Montérégie. Les besoins identifiés par le questionnaire représentent ainsi le point de vue et l'expérience personnelle des personnes travaillant dans le milieu communautaire en Montérégie. Le recrutement s'est très bien déroulé : alors que nous visions un minimum de 50 participations, nous avons réussi à en atteindre plus du double.

5.2. LE PROFIL DES PERSONNES RÉPONDANTES

Le sondage en ligne a reçu **133 réponses** de personnes travaillant auprès des femmes dans le milieu communautaire. Sur ces 133 réponses, nous avons reçu 71 questionnaires complètement remplis et 62 partiellement, mais très majoritairement remplis. 113 participantes sur 133 (84,96%) ont précisé leur position professionnelle. Les principales fonctions représentées sont : direction (n=30), intervenantes (n=27), coordinatrices (n=18), et conseillères (n=9).

Le questionnaire a également sondé l'expérience et la formation des personnes répondantes. À la question visant à savoir si ces personnes avaient déjà occupé un autre poste au sein de leur

organisme, 34% ont répondu par l'affirmative. À la question de leur nombre d'années de travail au sein de leurs organismes, les réponses ont varié, allant de quelques mois jusqu'à vingt ans, illustrant une grande diversité dans leur profil d'expérience. Les domaines de formation des personnes sont également variables, avec 34% qui ont suivi leur formation en animation, intervention sociale ou relation d'aide, 34% dans d'autres domaines liés aux sciences humaines, à la gestion et aux arts (administration, éducation spécialisée, études féministes, orientation, enseignement, production télévisuelle, cinéma, arts et lettres), 17% en travail social, 13% en psychologie, 5% en sociologie et 4,5% en sexologie.



5.3. LE PROFIL DES ORGANISMES

Au total, 80 organismes ont répondu au sondage, certains organismes communautaires ayant été représentés par plusieurs personnes répondantes.

Soulignons que les organismes communautaires de la Montérégie ont des mandats très diversifiés, autant dans leur mission que dans leurs services offerts.

On y trouve notamment des centres de femmes, des maisons d'hébergement à court et long terme pour les femmes en difficulté, des collectifs de défense des droits et des regroupements.

Missions

Sur les 133 réponses, 90 personnes (67,5%) ont précisé quelle était la mission de l'organisme au sein duquel elles travaillent. Cette question était à court développement, donc nous avons récolté plusieurs réponses variables en termes de contenu. Nous retrouvons les missions suivantes parmi les réponses : contrer, aider et prévenir la violence conjugale ; accueillir et héberger les femmes de toutes conditions vivant des problématiques d'adaptation (violence, pauvreté, santé) dans le but d'améliorer les conditions de vie des femmes ; briser l'isolement ; accompagner les familles nouvelles arrivantes ; aider les femmes à se réinsérer sur le marché du travail ; offrir des services et des activités aux personnes ayant une déficience intellectuelle ; accompagner les femmes dans leurs démarches de logements ; promouvoir la persévérance scolaire. Loin d'être exhaustives, ces réponses illustrent la diversité des missions professionnelles des organismes qui ont répondu au sondage.

Services offerts

Les services offerts par les différents organismes pour lesquels travaillent les personnes répondantes sont aussi très variés : hébergement, accompagnement psychosocial, orientation

dans différentes démarches personnelles, administratives et légales (par exemple liées à des démarches professionnelles ou migratoires), éducation populaire, soutien financier ou matériel (vêtements, alimentation, etc.). Ces services peuvent prendre la forme du travail de rue, d'ateliers de formation et de prévention dans les écoles, de rencontres de groupe, ainsi que d'entretiens et d'interventions individuelles, incluant une écoute téléphonique. Ce résumé non exhaustif des réponses obtenues illustre encore une fois la diversité des organismes communautaires de la Montérégie, et nous renseigne sur les nombreux services existants cherchant à répondre aux besoins des usagères.

Mixité

Nous avons demandé aux participantes si les services offerts par leurs organismes étaient mixtes ou non-mixtes. Parmi les 88 (sur 133) répondant-e-s, 36 ont précisé que leur organisme offrait des services aux femmes uniquement, tandis que 52 ont répondu que les services offerts étaient mixtes.

Caractéristiques des publics ciblés par les organismes

Les différents organismes cherchent à répondre aux besoins spécifiques d'une grande diversité de femmes, notamment les femmes âgées, les survivantes d'agressions à caractère sexuel, les mères monoparentales, la communauté LGBTQ+, les femmes éloignées du marché du travail, les femmes nouvelles arrivantes et les proches aidantes.

Financement

Nous avons demandé aux participantes d'où provenait le financement de leur organisme. La plupart ont répondu que le principal financement provenait du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC); ont également été mentionnés, dans une moindre part, des revenus provenant de Services Québec, de Centraide et de dons de particuliers.

5.4. LE PROFIL DES USAGÈRES

Le sondage interrogeait également les personnes participantes sur les caractéristiques qu'elles observaient le plus souvent chez les usagères fréquentant leur organisme. Le sondage offrait plusieurs choix de réponses, ainsi qu'une option pour ajouter des caractéristiques non proposées. Les réponses identifient les groupes de femmes suivants : cheffes de familles monoparentales (46,62% des répondant-e-s), aînées (39,85%), immigrantes (38,35%), proches aidantes (30,08%), en situation d'itinérance (26,32%), en situation de handicap (25,56%), appartenant à une minorité sexuelle ou de genre (22,56%), travailleuses du sexe (21,05%), autochtones (9,77%) et victimes de violence conjugale (choix non proposé, mais le plus souvent mentionné dans l'option ouverte). Loin d'être exhaustive quant aux différentes caractéristiques des usagères, cette liste permet cependant de mieux cerner le profil des femmes auprès desquelles oeuvrent les organismes communautaires de la Montérégie qui ont participé à notre questionnaire, tout en rappelant que les usagères d'un

organisme peuvent correspondre à plusieurs caractéristiques. Les réponses montrent aussi que le groupe d'âge le plus représenté est celui des femmes d'entre 30 et 50 ans.

Le questionnaire interrogeait également les personnes participantes sur les principales difficultés rencontrées par les usagères de leurs services. Les répondant-e-s avaient l'option d'un ou de plusieurs choix de réponses. Dans l'ordre décroissant de leur mention par les personnes répondantes, les difficultés identifiées dans plus de 30% des réponses ont trait à : la précarité financière (54,14%), l'isolement social (52,63%), la santé mentale (48,12%), la précarité du logement (46,62%), la violence conjugale (44,36%), l'insécurité alimentaire (41,35%), la difficulté à intégrer le marché du travail (37,59%), des problèmes de dépendances (33,83%), des problèmes de santé physique (33,08%), la violence sexuelle (32,33%) et une mobilité limitée par l'état de l'usagère ou son manque d'accès à des moyens de transport (30,08%).

5.5. LES DEMANDES DES USAGÈRES

Dans l'objectif de brosser un portrait des besoins en santé et bien-être des femmes sur le territoire de la Montérégie,

Le questionnaire sondait les demandes des usagères auprès des organismes communautaires non seulement en matière de santé, mais de façon plus large sur les problèmes rencontrés et reconnus comme ayant un effet sur l'état de santé des individus.

Santé

Les répondant-e-s ont ainsi indiqué en grand nombre (41,53%) que les usagères demandaient de l'aide pour s'orienter dans la complexité de l'organisation des services de santé. De plus, une courte majorité (50,38%) a mentionné que les usagères avaient besoin d'un accompagnement psychosocial. La troisième demande la plus fréquente relevait de l'aide à accéder à une psychologue (36,09%), demande suivie de près par l'enjeu de l'accès à un médecin de famille (33,08%).

Logement

En termes de logement, les travailleuses-eurs du milieu communautaire mentionnent un manque d'accès à des logements sociaux (47,37%), à des hébergements d'urgence (28,57%) ainsi qu'à des logements abordables sur le marché locatif privé (28,57%).

Emploi

Concernant l'emploi, les principales difficultés identifiées comme source de la demande d'aide sont liées aux enjeux d'accès ou de retour sur le marché du travail (45,86%), et dans une moindre mesure, d'articulation emploi-famille-études (30,83%) ainsi que de retour ou d'accès aux études (27,07%). À noter que dans les réponses complémentaires (hors choix proposés), la question de l'accès à des prestations pour invalidité a été mentionnée par plusieurs personnes.

Démarches administratives

Pour terminer, les besoins les plus fréquents au niveau des démarches administratives concernent, en ordre décroissant : l'aide juridique (43,61%), l'aide pour les victimes de violence (conjugale et/ou sexuelle) (36,84%) et l'aide à l'accès à des programmes de prestations sociales (bourses, aide financière, retraite, etc.) (36,09%). Dans les options de réponses ouvertes, certaines personnes répondantes ont également mentionné une augmentation des demandes d'aide liées à l'immigration.

Cela dit, les demandes des usagères couvrent aussi d'autres aspects pouvant porter atteinte à leur santé et à leur accès à des soins. Dans une question ouverte sur les besoins des usagères, les personnes répondantes sont plusieurs à indiquer les requêtes suivantes : accompagnement à des rendez-vous, aide à la mobilité en raison de problèmes de transport, accompagnement pour briser l'isolement social (notamment des femmes aînées, immigrantes et mères de familles monoparentales), demande d'aide pour sortir de leur précarité financière et demande de soutien en matière de parentalité, incluant des conseils pour l'éducation des enfants et de l'aide pour trouver des solutions de garde.



5.6. OBSTACLES RENCONTRÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGÈRES

Services offerts limités

À la question sur les limites des services offerts par les organismes, parmi les choix de réponse proposés, la complexité des problématiques vécues par les usagères a été identifiée le plus largement (36,84%), devant la capacité d'accueil de l'organisme (23,31%) et le manque de formation spécifique du personnel (14,29%), que l'on peut aussi lier à l'inexpérience du nouveau personnel (mentionnée dans les réponses à l'option ouverte). Des participant·es ont aussi relevé qu'il était plus difficile de trouver de l'aide pour les femmes anglophones.

Lorsque nous avons demandé (dans une question ouverte) s'il existait des groupes d'usagères dont l'accompagnement présente des défis particuliers, les personnes faisant l'expérience de problèmes de santé mentale ont été mentionnées par de nombreuses·eux répondant·es. Certain·es ont également souligné les difficultés particulières rencontrées par les personnes trans.

Références externes

Les réponses aux questionnaires montrent que plusieurs organismes communautaires, détenant des expertises spécifiques à une problématique particulière, doivent fréquemment réorienter des usagères vers d'autres ressources plus adaptées à leurs besoins (48,87% des répondant·es). Les cas rapportés le plus fréquemment concernent les situations de violence conjugale, un état de santé mentale requérant

des soins psychothérapeutiques ou psychiatriques, ainsi que les dépendances. Nous avons interrogé les répondant·es spécifiquement sur les difficultés rencontrées dans leur milieu de travail, concernant la capacité à référer les usagères à des ressources externes à l'organisme. Le principal obstacle identifié est le refus de prestations par ces ressources, notamment en raison de leurs critères d'admission ou de leur capacité d'accueil. Plusieurs répondant·es ont également abordé la longueur des listes d'attente dans l'option de réponse ouverte.

Dans une question ouverte sur les difficultés rencontrées pour réaliser la mission des organismes communautaires (35,34% de réponses), les éléments qui reviennent le plus souvent sont la pénurie de personnel, la difficulté à recruter et la surcharge de travail qui découle de ces deux premiers problèmes. De nombreuses réponses mentionnent l'impact de la pandémie sur les conditions de travail des intervenant·es (télétravail, surcharge due aux absences, à l'école à distance, etc.)

Manque de ressources

Le manque de ressources (financières et humaines) représente un obstacle majeur pour les organismes communautaires. La difficulté dans le recrutement de personnel (39,85%) semble cependant surpasser celle du financement insuffisant des organismes (36,09%) dans le contexte actuel de pénurie. À noter également que 17,29% des personnes répondantes mentionnent des insuffisances en ressources, alors que des collègues sont en arrêt de travail.

5.7. LES IMPACTS DE LA PANDÉMIE

Le questionnaire demandait aux répondant·es s'ils ont remarqué une évolution (amélioration ou dégradation) de la situation au cours des deux dernières années concernant les problématiques vécues par les usagères (fréquence, proportion, complexité). Les répondant·es avaient aussi l'opportunité de préciser dans quelle mesure. Les 52 réponses obtenues évoquent ainsi les impacts

suivants, en occurrence décroissante : un accès insatisfaisant aux services en santé mentale, l'augmentation de l'isolement social, de l'anxiété, l'augmentation des séparations conjugales, la violence envers les femmes, le manque de logement et l'augmentation de la précarité matérielle des femmes.

5.8. EN BREF

Les réponses au questionnaire montrent que plusieurs obstacles récurrents semblent affecter l'organisation, la prestation et la coordination des services proposés aux femmes de la Montérégie. L'analyse de ce premier sondage nous a ainsi permis d'identifier les éléments ci-dessous.

Des ressources inadaptées

Parmi les raisons de référer une usagère vers une autre ressource, la réponse revenant le plus souvent est que l'organisme n'offre pas les services adaptés pour sa situation. Les répondant-e-s ont indiqué que les références les plus communes se font vers des maisons d'hébergement pour les femmes vivant de la violence conjugale. Les problèmes de dépendances ont également été évoqués à plusieurs reprises, de même que les problèmes de santé mentale en général.

Listes d'attente

Les très longues listes d'attentes pour avoir accès au réseau de la santé constituent aussi un obstacle majeur, évoqué à plusieurs reprises, alors que nous ne l'avons pas suggéré directement dans le questionnaire. Ces délais empêchent les usagères d'accéder aux services adaptés, principalement en santé mentale, ce qui peut avoir pour effet de complexifier d'autres problématiques imbriquées. Par exemple, ils peuvent créer une difficulté pour retourner en emploi, ce qui peut engendrer une précarité financière.

Besoins spécifiques

À la question de savoir si la réponse aux besoins ou aux demandes de certains groupes de femmes est plus difficile, les femmes aux prises avec des problématiques de santé mentale ont été le plus souvent mentionnées.

Le transport

Sans surprise, vu l'étendue du territoire de la Montérégie, les participant-e-s ont très souvent relevé comme obstacle à l'accès aux services le manque de transports en commun offerts dans la région. Ce point est d'autant plus significatif qu'il a été abordé le plus souvent dans des options de réponses ouvertes. Pour les répondant-e-s, les problèmes de mobilité et d'accompagnement qu'ils génèrent sont liés spécifiquement à des problèmes d'accès aux services de santé.

Manque de ressources

Parmi les difficultés les plus souvent mentionnées dans la question ouverte que nous avons posée quant au manque de ressources, les réponses obtenues sont : le manque de personnel, la difficulté à recruter de nouvelles personnes et la surcharge de travail. Le manque de financement, perçu comme un problème récurrent dans le milieu communautaire, a également été mentionné à maintes reprises.



6

RÉSULTATS : GROUPES DE DISCUSSION

6.1. PRÉCISIONS SUR LES GROUPES DE DISCUSSION

Sujets de discussion

Nous avons choisi d'approfondir, dans le cadre des groupes de discussion, les enjeux relatifs au **manque de personnel** et au **manque de financement**. Les discussions autour de ces enjeux ont permis de mieux comprendre les impacts que peuvent avoir un financement insuffisant et un manque de personnel criant sur les services offerts aux usagères, mais aussi sur les travailleuses-eurs. La deuxième thématique choisie pour les groupes de discussion, souvent mentionnée dans les résultats du questionnaire, concerne la **santé mentale**, qui englobe plusieurs enjeux.

Notre but était ainsi de préciser les problèmes rencontrés par les usagères et la façon dont ces enjeux affectent le travail dans le milieu communautaire.

Organisation

La surcharge de travail des intervenant-e-s du milieu communautaire s'est fait sentir très vite à cette étape de la recherche : en effet, le recrutement pour les groupes de discussion

n'a pas été une tâche facile. Il nous a fallu effectuer plusieurs relances et l'aide de la TCGFM a été précieuse pour mobiliser un nombre suffisant de personnes participantes. Des désistements de dernière minute (notamment pour cause de surcharge) ont conduit à devoir tenir des groupes avec seulement 2 ou 3 participant-e-s. Dans le contexte actuel post-pandémique et pour des questions de disponibilité des participant-e-s, nous avons mené 4 groupes de discussion en ligne (entre 2 et 5 participant-e-s chacun) à l'aide de la plateforme Zoom, hormis le dernier groupe de discussion (7 participantes), qui s'est déroulé en présentiel dans les bureaux de la TCGFM. Les groupes de discussion ont duré environ 90 minutes chacun.

Composition des groupes

Les groupes de discussion étaient composés au total de 19 femmes et 1 homme qui travaillent dans le réseau communautaire de la Montérégie. Les participantes aux groupes de discussion avaient toutes préalablement répondu au questionnaire en ligne. Les participant-e-s occupent différents postes dans les organismes, tels qu'intervenantes psychosociales, organisatrices communautaires, directeur/directrices générales et coordinatrices.

6.2. GROUPES DE DISCUSSION : SYNTHÈSE

Santé mentale

Le problème le plus rapporté en matière de santé mentale est le manque d'accessibilité à des services spécialisés. Le réseau de la santé, déjà saturé avant le début de la pandémie, apparaît tout aussi débordé et épuisé que le milieu communautaire. Les services communautaires sont souvent le dernier recours des femmes et le seul service accessible. Les participant-e-s expriment une frustration dans le fait de devoir pallier les manques du réseau de la santé sans obtenir de reconnaissance institutionnelle pour ce travail.

Sara : L'enjeu principal en santé mentale, c'est la pénurie de personnel et il y a même des listes d'attentes dans les organismes communautaires, ce qui n'était pas le cas avant.

Dans l'attente des services spécialisés relevant du réseau de la santé, plusieurs organismes communautaires doivent offrir des services psychologiques sans être ni formés ni organisés à cette fin.

Faisant face à des listes d'attente qui sont d'une durée minimum de 1 à 2 ans pour une psychologue, alors que les besoins des usagères sont urgents, plusieurs participantes alertent sur la nécessité de bricoler un soutien. Par ailleurs, même quand certaines usagères parviennent à avoir accès à des services psychothérapeutique ou psychiatrique, ceux-ci sont parfois inadaptés aux besoins des femmes : il peut s'agir de thérapies « trop courtes » et qui ne répondent pas à certains problèmes spécifiques.

Alizé : Même lorsqu'une femme réussit à avoir accès à des services psychologiques, ceux-ci restent limités. Le réseau de la santé offre un cadre précis, avec un nombre de séances maximum, qui ne répond souvent pas aux besoins des personnes qui viennent cogner à leurs portes. Une femme ne peut pas résoudre son problème en 10 séances de 50 minutes, lorsqu'elle a des traumatismes avec lesquels elle doit vivre depuis sa petite enfance.

Faute de ne pas avoir accès à une psychologue ou un psychiatre, plusieurs femmes se tournent vers leur médecin de famille. Or, les intervenantes s'inquiètent d'une tendance à seulement prescrire des antidépresseurs sans faire de suivi.

Maryse : On a beaucoup de femmes avec des diagnostics, parfois on ne sait pas trop d'où viennent ces diagnostics... (...) On a aussi beaucoup de femmes médicamentées, donc les effets secondaires peuvent être difficiles à gérer, les mélanges aussi de médicaments, le dosage non plus n'est pas toujours respecté.

Selon les participantes, le manque d'accès à des soins de santé appropriés serait aussi affecté par une tendance à la spécialisation des services et à la multiplication des niveaux de prises en charge dans le réseau de la santé. Ces aspects rendent les suivis difficiles, en compliquant la communication et la collaboration entre intervenant-e-s, selon les répondant-e-s.

Les travailleuses ont l'impression que les différent-e-s actrices-teurs impliqué-e-s cherchent à se démettre de la responsabilité des situations, avec pour résultat que personne ne l'assume en fin de compte.

Par ailleurs, des soins accessibles ne sont pas seulement fournis par un accès matériel à des services de santé : ils impliquent également un traitement des usagères dans la dignité et s'assurant de leur consentement éclairé. Pour ce faire, l'enjeu de l'accès à des services de traduction a été soulevé par les participantes. Selon les témoignages des participantes, les services de traduction sont pratiquement inexistant dans les hôpitaux de la Montérégie, pouvant grandement affecter les femmes non francophones. Également, plusieurs participantes ont mentionné la présence de violences institutionnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux, menant certains groupes d'usagères à se distancer du système :

Mélanie : Beaucoup de protocoles et de rapports à faire lorsque j'accompagne des travailleuses du sexe pour faire des dépistages. Il y a des infirmières plus compréhensives et moins intrusives que d'autres. (...) Il y a une infirmière qui pose des questions comme : combien de clients tu as faits? Pourquoi tu fais le travail du sexe? Est-ce que c'est pour l'argent, pour la drogue, échange de services? Elles n'ont pas affaire à savoir cela.

Ce type de problèmes montre l'importance de l'accompagnement des usagères lors de rendez-vous, notamment médicaux, alors que les accompagnements doivent souvent être délaissés par les organismes en raison du manque de personnel.

Peu d'organismes communautaires du territoire ont une mission spécifiquement liée au traitement des problématiques de santé mentale.

Les usagères des différents organismes communautaires se rendent donc plus rarement dans les groupes communautaires pour obtenir de l'aide spécifique à leur santé mentale. Les

travailleuses du milieu disent observer cependant un grand besoin à cet effet chez leurs usagères. Dans ces cas-là, les travailleuses cherchent à jouer un rôle d'accompagnement vers des services plus adaptés, par l'écoute active et en reflétant aux usagères leurs observations.

Clarisse : On ne va pas fermer la porte automatiquement aux usagères qui ont de gros problèmes de santé mentale apparents, on va plus faire part aux femmes de nos observations et des impacts que cela peut avoir sur notre ressource. On va suggérer aux femmes d'aller chercher de l'aide et de prendre de la médication pour pouvoir poursuivre leur séjour. (...) Mais notre mission primaire, c'est la violence, donc on va jouer avec toutes les composantes, mais il faut quand même continuer d'avoir des rencontres et travailler sur la violence et les démarches.

Certains problèmes de santé mentale chez les usagères peuvent affecter particulièrement le fonctionnement des organismes qui offrent un lieu de vie et ont des règles de cohabitation, notamment ceux qui accueillent aussi des enfants. Certaines participantes nous ont témoigné devoir référer certaines usagères vers des services plus adaptés, ce qui se révèle difficile dans un contexte où l'offre de services spécialisés en santé mentale est très limitée.

Selon les participant·es, les problèmes de santé mentale en augmentation se manifestent particulièrement sous la forme d'anxiété, d'une humeur sombre, d'un isolement et de difficultés à initier des interactions sociales, notamment à demander de l'aide.

Les principales urgences mentionnées sont les idées suicidaires. Les participant·es des groupes attribuent l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de ces manifestations à l'augmentation de la précarité financière et matérielle (précarité alimentaire, en matière de logement et d'emploi).

L'isolement engendré ou parfois renforcé par la pandémie a notamment eu des effets sur le soutien des parents, des jeunes et des personnes immigrantes. Une partie de ces problèmes était contrée avant la pandémie par la prestation de services en personne et par une plus grande mobilité des interventions sociales, avant l'aggravation du manque de personnel et ses conséquences sur les conditions de travail, aggravation notamment causée par la pandémie.

La souffrance des travailleuses

Lorraine : Les travailleuses qui ont gardé le fort tout le long de la pandémie sont vidées, épuisées et plus capables et cela vient compromettre la survie de certains organismes. Par exemple, au Québec, il y a seulement deux organismes

pour les femmes de la diversité, donc quand il n'y a déjà pas beaucoup de monde pour y travailler, les gens qui restent sont épuisé·es et craignent un impact sur le fait de pouvoir assurer les services. C'est à la fois les femmes qui fréquentent les services qui font de l'anxiété, mais aussi les femmes qui offrent les services qui vivent elles-mêmes de l'anxiété.

Les participant·es observent l'état de leurs collègues et s'inquiètent en particulier d'une accumulation de stress et de fatigue, souvent attribuée à la pandémie, mais qui ne finit pas de se faire sentir. Or, tout comme les usagères, les travailleuses n'ont pas accès à des soins appropriés.

Mireille : Présentement, on est subventionnées par un projet du Secrétariat à la condition féminine pour maintenir la santé des travailleuses, donc nous offrons un accompagnement psychologique aux travailleuses. Mais cela n'est pas assez, les travailleuses sont « brûlées ». Même un mois de congé l'été, ce n'est pas assez. Je m'inquiète vraiment pour la suite. Je remarque une grande fatigue émotionnelle, psychologique et physique, [un] état de choc post-traumatique. Pour l'accueil des nouvelles travailleuses, ce n'est pas super non plus, tout le monde est brûlé pour les accueillir.

Comme ces travailleuses représentent le dernier filet des services à la personne, elles peinent à limiter leur charge de travail.

Leur épuisement, compréhensible, est d'autant plus inquiétant que les organismes ne peuvent souvent pas les remplacer en cas d'absence. De plus, même si elles sont en activité, la propre détresse des travailleuses rend les journées difficiles et compromet les services prodigués.

Le manque de financement

Le manque de financement étant un enjeu central pour les organismes communautaires, nous avons donc discuté de cet enjeu plus en profondeur avec les participantes. Plusieurs nous ont mentionné les problématiques en lien avec les « subventions par projet ». Tout d'abord, puisque ces financements exigent de définir un projet précis qui devra être concrétisé et mis à terme dans une période donnée, le dépôt d'une demande requiert une grande charge de travail, en regard des nombreuses conditions à remplir. Finalement, l'argent reçu s'accompagne d'une grande lourdeur administrative et de comptes à rendre.

De plus, les subventions par projet ne sont pas pérennes : c'est donc dire que quand le projet tire à sa fin et que le financement s'arrête, les besoins sont toujours là et il faut, à nouveau, trouver des manières d'y répondre⁶⁶.

Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles devaient « réinventer » des projets qui fonctionnaient déjà très bien, seulement pour avoir accès à du financement. En outre, les fonds reçus doivent en général être dépensés avant la fin de l'année fiscale : par exemple, certains organismes reçoivent en février des sommes qui doivent avoir été entièrement dépensées en mars. En dernier lieu, même si les organismes arrivent à obtenir du financement pour concrétiser des projets, il faut tout de même des travailleuses pour assurer leur bon fonctionnement.

Alizé : Le montant tu l'as une fois, parfois tu l'as à la dernière minute, tu te le fais donner au mois de février et tu te fais dire de te dépêcher à le dépenser avant que la fin mars arrive. (...) Il y a quelque chose qui ne va pas depuis longtemps, je crois qu'il y aurait un grand virage à faire dans le merveilleux monde du financement pour que ce soit remis à la mission.

Avec la pandémie, les gouvernements du Canada et du Québec ont octroyé des financements ponctuels aux organismes communautaires : si cette aide d'urgence a été soutenante, elle n'a toutefois pas permis de pérenniser leurs services. L'argent a souvent été dépensé pour des services particuliers qui ne peuvent maintenant se poursuivre. Par ailleurs, même si la pandémie n'est plus à son apogée, ses répercussions sont toujours nombreuses et nécessitent un financement des besoins engendrés.

Annie : Le fédéral a donné des budgets spécifiques pour la pandémie, mais ce fût un montant une fois, donc l'équipe met en place un projet, qui pourra probablement soulever d'autres besoins par rapport à l'après-pandémie; par contre, quoi faire avec le projet lorsque l'argent a été dépensé? Cela crée des besoins qui ne peuvent pas être continués par la suite. Il faudrait être capable de pouvoir améliorer les services et les maintenir.

Un autre élément important a été soulevé lors des groupes de discussion : les budgets serrés des organismes communautaires ne laissent pas souvent place aux imprévus. Par exemple, pour aider des usagères vivant des situations particulières et souvent urgentes, ou afin de trouver une solution (coûteuse) afin de répondre à leurs besoins :

Annie : une femme vivant de la violence de la part de son conjoint n'avait plus de minutes sur son téléphone cellulaire (représentant la seule protection pour la femme face à son conjoint violent). L'équipe a donc fait des démarches pour essayer de voir comment on pouvait lui trouver un téléphone gratuit, personne n'offrant ce service (...) L'organisme a pris à même son budget un montant d'argent pour offrir un téléphone à la dame en question.

Plusieurs ont mentionné que concernant les hébergements mixtes pour personnes en difficulté, un financement suffisant permet de mettre en place des infrastructures afin que les femmes se sentent en sécurité. Ceci implique, entre autres, d'avoir accès à des toilettes et des douches séparées et éloignées de celles des hommes, à des dortoirs non mixtes, à des intervenantes pour les femmes, etc. Certain-e-s participant-e-s pointent également la nécessité

d'adapter les infrastructures aux personnes à mobilité réduite.

Sara : Au niveau des refuges mixtes, on doit tenir compte des réalités des femmes : souvent physiquement c'est très difficile, ça va demander plus d'argent, car il faut un étage pour les femmes et un étage pour les hommes. Aussi, au niveau du personnel, les femmes doivent se sentir à l'aise.

Le manque de financement affecte spécifiquement les moyens de répondre aux besoins des femmes, mais aussi globalement la capacité d'accueil des organismes.

Plusieurs participantes relèvent aussi que durant la pandémie, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale étaient toujours à pleine capacité et devaient refuser des femmes. Sans accès à des hébergements, les femmes en difficulté sont susceptibles de demeurer plus longtemps dans leur situation (violence, pauvreté, troubles de santé).

Difficulté dans le recrutement du personnel

Selon les témoignages, les difficultés dans le recrutement sont grandes. Elles résident notamment au niveau des salaires offerts, trop bas pour obtenir l'expertise recherchée. Non seulement le coût de la vie augmente, mais il ressort des processus de recrutement que les travailleuses veulent de meilleures conditions de vie. Plusieurs participant-e-s regrettent que les organismes communautaires forment des personnes qui débutent dans l'intervention, et partent ensuite avec leur formation et expérience vers le réseau de la santé, où les salaires peuvent être plus élevés.

Sabrina : Ce n'est pas tant au niveau du financement que nous avons des problèmes, mais surtout au niveau du recrutement du personnel. On est onze dans notre équipe, ça fait longtemps qu'on a des problèmes de personnel. On vient d'engager une nouvelle personne, on a dû aller la recruter depuis le cégep, c'est cela que ça a pris ! C'est à ce point-là qu'on a des problèmes de recrutement.

Un constat commun apparaît dans les groupes que des expertises professionnelles précieuses sont perdues en raison de salaires et d'avantages sociaux insuffisants. Plusieurs participantes rapportent que leur organisme n'offre pas de salaires suffisamment compétitifs pour attirer de nouvelles travailleuses expérimentées. Face à cette situation, plusieurs cherchent à mettre en avant, dans leurs processus de recrutement, les valeurs du milieu communautaire, le fait de travailler entre femmes et la flexibilité que le communautaire peut offrir. Ces difficultés de recrutement conduisent à devoir recruter des travailleuses directement à la sortie de leurs études, qui n'ont souvent pas beaucoup d'expérience et peuvent, pour cette raison, manquer d'initiatives.

Même s'ils représentent pour certain-e-s une flexibilité bienvenue, les horaires atypiques, souvent irréguliers, sont une autre dimension du travail qui ne facilite pas le recrutement.

Le recrutement peut s'avérer d'autant plus difficile pour les organismes qui sont situés sur les territoires plus éloignés de la Montérégie. Même lorsque le financement est suffisant, il n'y a pas toujours de travailleuses pour occuper les postes disponibles.

Les difficultés dans le recrutement du personnel affectent beaucoup les équipes de travail, ce qui se répercute ultimement sur les usagères.

Pour les organismes, le roulement accéléré de personnel requiert plus de temps dévolu aux ressources humaines (entretiens, embauches, formations, etc.) Pour les usagères, des discontinuités dans les suivis et un effort d'adaptation à de nouvelles travailleuses peuvent survenir et affecter le lien de confiance.

Marthe : Dans notre organisme, on est environ 60 personnes, mais le personnel change beaucoup, ce qui fait en sorte que les dossiers vont avoir une continuité, mais pas toujours avec la même personne. Cela peut avoir des impacts surtout sur les familles réfugiées, surtout au niveau du lien de confiance qui se crée. L'épuisement du personnel est à prendre en compte aussi : notre coordinatrice a dû former je ne sais combien de nouvelles personnes en l'espace de 6 mois-1 an. Ça apporte des charges mentales en plus...

Plusieurs participantes ont l'impression que des changements sur le marché du travail contribuent aussi à la situation d'épuisement et aux difficultés de recrutement, notamment depuis la pandémie.

Jennifer : L'ère du travail a changé avec les nouvelles générations. Même si on a des candidat-es et que l'on a les sous pour les payer, il faut quand même s'adapter aux nouvelles réalités du travail, qui demandent beaucoup de temps. Exemple : à la place d'afficher 3 postes à temps plein, il faut afficher 10 postes à temps partiel pour pouvoir répondre aux besoins et désirs des candidat-es. Donc, la gestion des ressources humaines est plus complexe.

L'une des participantes remarque que les nouvelles travailleuses semblent avoir des difficultés en termes d'autonomie et de prise de décision ; elle observe une réticence de leur part, un besoin constant d'être secondées. Par exemple, elles requièrent d'être deux par quart de travail ; elles craignent de travailler seules la nuit ; elles sollicitent fréquemment la coordinatrice et d'autres collègues à domicile pour les consulter sur les actions à prendre. Ce besoin augmenté de supervision produit une charge supplémentaire pour les travailleuses plus expérimentées.

Les effets du manque de personnel

Malheureusement, le manque de personnel au sein des équipes crée un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez les travailleuses lorsqu'elles ne peuvent répondre aux besoins des usagères et sentent qu'elles n'aident pas autant qu'elles

le souhaiteraient. Le manque de personnel, voire la pénurie de main-d'œuvre actuelle, affecte directement les services offerts aux usagères. Par exemple, les services externes des hébergements sont « au ralenti » et les accompagnements des usagères auprès d'autres services peuvent de moins en moins s'opérer.

Valérie : Dans la dernière année, on a pu faire beaucoup moins d'accompagnements (...). On n'a pas fermé l'hébergement, mais on a dû couper ailleurs pour réussir à offrir les services de base.

La plupart des travailleuses indiquent qu'il faudrait au minimum une personne de plus dans leur équipe pour que leur travail puisse répondre aux besoins des usagères. Certains organismes sont en sous-effectif depuis une longue période et les petites équipes de travail (de 2-3 personnes) sont plus rapidement fragilisées.

Patricia : Notre centre de femmes compte une petite équipe : normalement on est 3, on était 4 avec le financement d'un nouveau projet. Présentement, on est tombées à 2 personnes en maladie sur 4, donc on est vraiment en sous-effectif. Ça veut dire que si je suis présente aujourd'hui au focus group, ma collègue se retrouve seule au centre de femme. Donc si le téléphone sonne, mais qu'elle est déjà occupée avec quelqu'un d'autre, elle ne peut pas se séparer en deux, donc les services sont très affectés. Même lorsque l'équipe est complète, cela arrive souvent qu'une personne soit à la porte, l'autre va s'occuper des ateliers et une qui est déjà occupée...

Le manque de personnel affecte également les travailleuses avec l'augmentation de leur charge de travail. Cette surcharge devenue chronique conduit à des situations d'épuisement professionnel, qui aggravent encore le problème.

Il arrive que les intervenant-es n'accomplissent pas les tâches prévues dans leur mission et cumulent beaucoup d'heures supplémentaires.

Mireille : On a dû ouvrir notre mandat pour aller faire du terrain : étant en défense collective des droits d'habitude, finalement on a fait du terrain. On a fait des paniers alimentaires, aidé les plus vulnérables de notre communauté. On a été des actrices de premières lignes alors qu'on ne devrait pas, mais on avait beaucoup de malaise à faire notre travail, sans pouvoir aider concrètement.

Pendant la pandémie, les mesures sanitaires ont contribué au manque de personnel qui touchait déjà les organismes. Les quarantaines obligatoires de 14 jours pour les travailleuses affectées par la COVID ont affecté la stabilité des équipes de travail (horaire, vacances, remplacement) et les services aux

usagères. L'application des mesures sanitaires au sein des organismes s'est aussi ajoutée aux tâches des travailleuses (respect de la distanciation par les usagères, installations d'affiches de sensibilisation contre la Covid-19, faire respecter le port du masque, désinfecter plus fréquemment les aires communes, etc.)

Érika : Les travailleuses qui attrapaient la Covid et qui devaient faire une quarantaine de 14 jours ont occasionné beaucoup de problèmes au niveau du manque de personnel. Cela a affecté grandement le milieu de vie que je connaissais... Il est important que les femmes se sentent chez elles, mais la pandémie a eu un côté néfaste de ce côté-là, de diviser les familles et les travailleuses : on ne savait plus ce qu'on avait le droit de faire ou pas faire.

6.3. PISTES ÉVOQUÉES

Un consensus existe dans les groupes de discussion sur plusieurs aspects de l'organisation des services à améliorer pour offrir des soins appropriés aux femmes de la Montérégie. L'insuffisance de l'offre du réseau de la santé et les difficultés matérielles et administratives pour y avoir un accès se reportent sur le milieu communautaire. Le recrutement du personnel communautaire semble être en compétition avec celui à l'œuvre dans le réseau de la santé. La communication entre les deux milieux est compliquée par différents phénomènes : parfois pour des motifs raisonnables, comme la confidentialité et les droits des usagères; souvent pour des questions de surcharges de travail et d'organisation peu lisible des institutions de santé.

Face à ce qui peut apparaître comme une compétition entre ces réseaux de services aux usagères, plusieurs participant-e-s ont mentionné des pistes, imaginant des actions plus solidaires entre ces milieux de travail.

Sur la question de la santé mentale des usagères, les travailleuses ont ainsi pensé à un système de consultation par des professionnel-le-s de la santé mentale (infirmière-er par exemple) dans les lieux d'hébergement. Un système similaire existe pour les problèmes de santé physique. Certains lieux pour personnes itinérantes font ainsi appel à un-e infirmière-er qui vient une journée par semaine et offre sur place une consultation aux personnes usagères. Une offre de ce type en santé mentale permettrait d'alléger la charge de travail des intervenant-e-s, tout en donnant accès à une évaluation spécialisée compétente pour les usagères, ce qui devrait aussi permettre de mieux les orienter dans le réseau.

Dans le même esprit d'entraide entre les secteurs communautaire et institutionnel, il a aussi été évoqué d'offrir un accès privilégié à un soutien psychologique aux travailleuses du milieu communautaire. En plus de services professionnels spécialisés, des participantes souhaitent également qu'un réseau de solidarité entre travailleuses du milieu communautaire se mette en place pour combattre le sentiment d'isolement et d'impuissance engendré par leurs conditions de travail.

Outre ces projets d'entraide interpersonnelle et professionnelle, les participantes s'accordent sur le fait qu'une meilleure communication entre les milieux institutionnel et communautaire favoriserait la mise en œuvre de services plus appropriés pour les usagères en termes de santé. L'impression d'une compétition et d'une délégation de tâche d'un milieu à l'autre semble nuire à leurs missions professionnelles de faciliter l'accès aux services pour les femmes en difficulté, notamment les femmes issues de groupes sociaux plus vulnérables, comme les femmes immigrantes, allophones, pauvres, des minorités sexuelles et itinérantes.

En dernier lieu a émergé la proposition d'une meilleure reconnaissance des diplômes des personnes immigrantes qualifiées qui résident au Québec afin d'améliorer la situation du recrutement.

Marthe : Je remarque qu'il y a plusieurs femmes immigrantes qui ont des diplômes hautement qualifiés et que, malgré la pénurie de main-d'œuvre, ces femmes n'arrivent toujours pas à trouver du travail. Il y a quelque chose qui ne fait pas de sens... Il y a aussi des réfugié-e-s qui ont des diplômes énormément qualifiés, mais il n'y a pas de reconnaissance de leur éducation au Québec.

6.4. EN BREF

Comme escompté, les groupes de discussion nous ont permis de préciser les significations des problèmes de ressources – notamment de personnel – dans les organisations communautaires, et les enjeux en terme de santé mentale. Ces discussions illustrent aussi le diagnostic que posent les participant·es sur l'organisation des services de santé et communautaires. Elles pointent aussi vers des pistes pour dépasser ce qui apparaît souvent comme une impasse désespérante.

Cascade d'effets

Véritable cercle vicieux, les processus rapportés aggravent les uns après les autres la situation de travail des intervenant·es et les services que les organismes sont en mesure de fournir. Discontinuité des suivis, accompagnement réduit à des rendez-vous externes importants, limitation de la capacité d'accueil : les intervenant·es doivent travailler dans des conditions difficiles, dont chacune est conscient·e, et qui ne permettent d'offrir qu'une version détériorée des services. Le milieu communautaire a l'impression de pallier les manques du réseau de la santé, sans avoir ni la reconnaissance, ni la formation adéquate, notamment en matière de santé mentale.

Recrutement

Au-delà du sous-financement chronique des organismes communautaires et de la difficulté ajoutée de la pérennisation des services en raison du financement par projet, ce qui frappe sont les difficultés de recrutement et les problèmes engendrés. Si les participant·es pointent systématiquement les salaires et les

conditions de travail comme facteurs, le bassin de recrutement semble avoir changé également. Les personnes nouvellement engagées sont très jeunes, souvent avec peu d'expérience, demandent à travailler à temps partiel. Un refus de prendre des responsabilités et un important roulement du personnel semblent signaler une forme de désengagement qui ne constituait auparavant pas la norme dans le milieu communautaire, ce dernier ayant pour tradition une vocation d'entraide sociale.

Épuisement

La situation actuelle engendre du travail supplémentaire : plus de travail de recrutement, de tâches administratives liées, de formation des nouvelles-eaux collègues. Ces tâches s'ajoutent à celles liées à la pandémie : changement de tâches pour s'ajuster aux mesures sanitaires, aux nouvelles priorités et nécessité de maintenir ces mesures sanitaires. L'accumulation des tâches surcharge les travailleuses du milieu communautaire. Un sentiment de frustration et d'impuissance se développe face à l'impossibilité d'assumer l'entièreté du travail et parfois la mission de base de l'organisme. Les absences et les départs se multiplient, aggravant encore le problème. L'augmentation des problèmes de santé mentale touche les travailleuses et les usagères, mais les services spécialisés manquent.



DISCUSSION DES RÉSULTATS



7.1. LA DIVISION SEXUÉE DU TRAVAIL ET LES BESOINS EN SANTÉ DES FEMMES

Notre société est façonnée par les rapports inégalitaires entre les femmes et les hommes. La division engendrée a pour résultat une ségrégation importante en termes d'organisation du travail. Cette division sexuée concerne autant le travail salarié que le travail domestique.

Ces processus contribuent à la production des caractéristiques du travail salarié féminin : moins bien rémunéré que celui des hommes, plus précaire, exercé plus souvent à temps partiel, et souvent traité comme un revenu « d'appoint » dans les ménages.

Le travail domestique et les conditions de travail des femmes salariées sont ainsi intimement liés par ce système. Cette recherche illustre ces enjeux d'interdépendance dans des champs d'activité professionnelle logiquement interdépendants, mais également fortement féminisés : l'intervention sociale et la santé.

Le cumul du travail domestique et professionnel, souvent nommé sous l'euphémisme « conciliation travail-famille », est central pour appréhender autant l'organisation des services sociaux et de santé que la santé et le bien-être des femmes. Cet enjeu concerne notamment les questions de charge mentale et de travail émotionnel, développées par des chercheuses féministes en sciences sociales⁸⁷. La charge mentale réfère au fait de détenir la responsabilité de l'organisation de l'espace domestique : les tâches ménagères de nettoyage, l'épicerie, les rendez-vous des enfants chez le dentiste, leur transport dans le cadre d'activités parascolaires, etc.⁸⁸. La charge mentale repose traditionnellement sur les femmes dans les couples hétérosexuels et les organisations mixtes. Le travail émotionnel fait pour sa part référence au travail des individus visant « à produire ou à inhiber des sentiments de façon à les rendre 'appropriés' à la situation⁸⁹ ». Soulignant que ce travail constitue « un geste dans un échange social⁹⁰ », les travaux de Hochschild et des sociologues qui ont à sa suite mobilisé le concept montrent que ce travail incombe majoritairement aux femmes, dans la sphère privée, mais aussi dans la sphère professionnelle.

Dans le contexte de la recherche, ces caractéristiques affectent autant les travailleuses du milieu communautaire et de la santé que les usagères des services. Nous avons pu observer que les réponses au questionnaire et les discussions en groupe illustrent solidement cette dimension sexuée du travail communautaire, sanitaire et domestique.

Quand on évoque la santé des femmes, il est commun de s'attarder longuement sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Celles-ci sont importantes dans la vie des femmes. Elles ont été mises en avant par les combats féministes pour le contrôle des naissances, l'avortement et une prise en charge plus humaine des grossesses et de l'accouchement ; elles sont toujours des questions d'actualité⁹¹. Ce que nous souhaitons souligner ici est le double problème que constitue la division sexuée du travail en matière de besoins de santé des femmes.

Premièrement, la répartition inéquitable du travail domestique fait porter aux femmes avec enfants, en couple, ou assumant un rôle de proche-aidante une charge supplémentaire de travail et notamment la responsabilité des soins domestiques ; c'est-à-dire qu'elles sont dans l'espace domestique les pourvoyeuses de soins, y compris de santé, alors qu'elles-mêmes ne bénéficient pas forcément de ces soins. Il s'agit ainsi d'un facteur de pénibilité, d'isolement et d'épuisement. Deuxièmement, elles s'occupent en grande majorité de l'activité professionnelle de soin et de service. Dans le cadre de ces professions dévalorisées du point de vue des conditions de travail et de la reconnaissance (notamment salariale) de leurs compétences,



les femmes sont également plus sujettes à des conditions pénibles et sont en position vulnérable face à l'épuisement. Ainsi, en plus des problématiques de santé spécifiques qui peuvent les toucher, dans un système sous tension en termes de ressources, elles sont en première ligne pour à la fois en pâtir et devoir assumer la surcharge de travail, dans l'espace privé et dans l'espace professionnel.

On constate cette dimension d'enchevêtrement des tâches et des effets sur la santé dans les récits de situations rapportées par les participant·e·s. Fonctionnant à flux tendu, ce qui préoccupe les travailleuses du milieu communautaire est l'incapacité de faire face aux demandes d'aide. Surcharge et impuissance se conjuguent pour aboutir à un épuisement des travailleuses qui ne fait que surcharger encore un organisme dépassé, alors que le réseau d'aide ne fonctionne plus. Les difficultés semblent surgir ponctuellement, mais révèlent un système mis en crise de façon permanente par le manque de ressources. Ce qui est accentué par la dimension sexuée de l'organisation du travail est l'impression qu'il n'y a plus de possibilité de reporter le travail sur d'autres femmes : les travailleuses de la santé sont saturées et

les travailleuses du milieu communautaire n'ont personne à qui déléguer le surplus de travail, ce qui non seulement les épuise, mais conduit concrètement à des difficultés à aider les femmes encore plus vulnérables qui ont besoin de services.

Sur le plan de la division du travail entre femmes, cette situation conduit parfois les femmes sans travail domestique à se voir confier une tâche professionnelle plus lourde pour compenser la façon dont l'augmentation du travail domestique des collègues affecte leur engagement professionnel.

Et l'on sait, par ailleurs, que les différences entre femmes, notamment de race, de classe, de statut migratoire ou d'orientation sexuelle, participent à une organisation hiérarchisée des tâches professionnelles.

Cette division imbriquée mériterait une analyse intersectionnelle plus systématique pour mieux comprendre la façon dont elle façonne l'état de santé de toutes les femmes.

7.2. COMPÉTITION ENTRE LA SANTÉ ET LE MILIEU COMMUNAUTAIRE

L'organisation des services a ainsi un impact important sur la santé des femmes. Une coordination efficace du réseau de santé et du milieu communautaire contribuerait à la création d'un filet social plus solide

pour les femmes en situation de précarité et de difficultés de toutes sortes.

La sensation d'assumer des tâches qui devraient relever des compétences du réseau de la santé, dont la recherche n'a bien sûr pas pu mesurer la réalité, constitue dans tous les cas un facteur de frustration. Ce sentiment est renforcé par l'impression de voir les ressources des organismes communautaires captées par le réseau public en matière de recrutement, alors que leurs infrastructures bénéficient d'un financement public structurel plus pérenne. En lieu et place d'une coordination solidaire des services qui ne menacerait pas l'autonomie des organismes communautaires, il semble ainsi s'être développé plutôt une forme de compétition pernicieuse pour les ressources qui ne profitent pas aux femmes nécessitant de l'aide ou des soins.

Le milieu communautaire défend cependant ses particularités, notamment une plus grande indépendance et flexibilité dans l'organisation et l'offre de services. La notion d'engagement est revenue souvent dans les échanges et l'on a pu percevoir le caractère intact de la volonté de remplir la mission sociale des organismes. La participation à la recherche elle-même, le fait d'avoir pris le temps et l'énergie de partager expériences et préoccupations, sont des signes manifestes de cet engagement et d'une détermination à trouver des solutions pour fournir des services et des soins adaptés aux femmes de la Montérégie. La pandémie semble avoir aggravé le sentiment que l'expertise des travailleuses-eurs du milieu communautaire n'est pas reconnue à sa juste valeur, notamment par un État qui s'est pourtant reposé sur ce milieu durant cette crise. Ce sentiment d'injustice est peut-être d'autant plus vif que cet État a simultanément délaissé ses tâches à des organismes habituellement plus affranchis de son autorité et limité l'autonomie de ces organismes dans l'organisation de leurs activités.

7.3. SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET RAPPORT AU TRAVAIL

En parallèle de ces problèmes structurels majeurs, il reste inquiétant d'entendre les travailleuses évoquer les problèmes de recrutement et leurs conséquences sur les conditions de travail et d'intervention auprès des usagères.

Les données montrent que les difficultés et contradictions générées par une mission parfois impossible à réaliser ont pour conséquence un épuisement et des souffrances importantes chez les travailleuses – comme chez les usagères.

Comme l'ont montré d'autres chercheur-e-s, la souffrance psychique, notamment au travail, est un registre d'expression contemporain qui a été progressivement adapté comme langage des problèmes, qu'ils soient personnels ou d'origine plus institutionnelle⁹². Le langage de la souffrance permet de moraliser des conduites et des choix institutionnels, de trouver une

légitimité et une écoute que la revendication de droits et la lutte contre les injustices ne permettent pas toujours d'obtenir⁹³. Dans ce sens, des travaux se sont développés autour des souffrances au travail et du sens politique et social à leur donner⁹⁴.

Il nous semble ainsi important de ne pas seulement exposer des problèmes de santé mentale chez les intervenantes et les usagères, mais également de pointer que les problèmes de santé mentale sont également des manifestations sociales et qu'elles peuvent faire l'objet d'analyses sociologiques⁹⁵.

De façon plus générale, il est ainsi nécessaire de mesurer les manifestations de problèmes psychologiques en termes de conflits sociaux, processus d'exclusion et de hiérarchisation sociale également.

Car la réponse à donner à de tels problèmes n'est pas seulement de l'ordre des soins psychothérapeutiques, mais nécessite plus probablement des mesures organisationnelles et collectives de grande envergure pour faire face plus globalement à ce qui suscite anxiété et autres symptômes, comme la violence, la précarité, le manque d'autonomie ou l'isolement.

Il nous semble que cette problématique de difficultés interpersonnelles ou sociales exprimées dans un langage psychologique peut aussi concerner les relations de travail et notamment, la question du recrutement et de l'intégration des intervenant-e-s. On le voit dans ce qui est décrit comme une forme de manque d'engagement et d'autonomie par les participant-e-s à la recherche, mais qui peut aussi être lu comme une anxiété et un stress de la part de jeunes collègues qui arrivent dans des organismes en situation de crise.

7.4. LA SOLIDARITÉ COMME BOUSSOLE

Il est ainsi très significatif que les pistes de solutions évoquées plusieurs fois par des groupes de discussion différents se préoccupent de recréer des liens de solidarité et de communication pour réparer ce qui apparaît brisé aux travailleuses et aux usagères.

Retrouver la possibilité des accompagnements à l'extérieur, développer les services de traduction pour les personnes allophones, un réseau de solidarité entre professionnel-le-s du milieu communautaire : on voit que **la nécessité de mieux communiquer est au cœur des préoccupations.** Les accompagnements sont aussi un moyen de pallier les problèmes de mobilité des personnes, autant que les difficultés

engendrées par l'étendue du territoire de la Montérégie. L'équipe de recherche a également discuté de la mise en place d'une équipe mobile en matière d'action communautaire et de services de santé, notamment mentale.

Malgré le sentiment de compétition entre le milieu communautaire et le réseau de la santé, la volonté de faciliter la communication – comme le souhait de créer des échanges de services, y compris par des soins psychologiques pour les travailleuses du communautaire – illustre cette envie de plus de partage et d'échange dans une activité professionnelle qui peut être isolante et épuisante.

7.5. PISTES DE RECHERCHE

Enquête générale auprès des femmes

Pour mieux comprendre et évaluer l'état de santé et bien-être des femmes de Montérégie,

il serait évidemment nécessaire de mettre sur pied une enquête de plus grande envergure auprès de ces dernières, enquête qui pourrait investiguer de façon plus représentative et directe les besoins perçus. Cette étude pourra également mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certains groupes

de femmes (autochtones, immigrantes, allophones, LGBT+, en situation de handicap, aînées, etc.)

Étude des besoins auprès du réseau de la santé

Pour compléter le portrait des enjeux de coordination institutionnelle, une étude auprès du réseau de la santé serait également souhaitable. La perspective de leurs travailleuses permettrait d'affiner les enjeux de répartition du travail et des ressources, notamment en intégrant la question de l'imbrication des rapports de pouvoir dans la division du travail de soin. Cette étude devrait également évaluer les enjeux financiers et syndicaux de la répartition du travail entre le réseau de la santé et le milieu communautaire.

Évaluation des mesures proposées

Enfin des projets pilotes mettant en place les mesures proposées par les participant-e-s pourraient donner lieu à des études évaluant la faisabilité, les résultats et la pertinence de généraliser ces mesures. Nous identifions plusieurs options ci-après. Un travail de recension de la littérature permettrait en outre d'identifier d'autres options à étudier.

7.6. PISTES D'ACTION

Voici une brève **liste des mesures évoquées par les participant-e-s et par l'équipe de recherche** :

- Conduire des recherches qui permettent d'affiner le portrait des besoins et de tester des solutions
- Organiser des moments de consultation psychologique pour les usagères dans les lieux d'hébergement
- Mettre en place des équipes mobiles qui peuvent se déplacer sur tout le territoire de la Montérégie pour offrir des services
- Augmenter les ressources financières des organismes communautaires pour leur permettre de proposer des salaires attractifs, de conserver le personnel qualifié, et d'être en mesure de remplir la mission des organismes, y compris lors de crises
- Développer un réseau de solidarité dans le milieu communautaire pour briser l'isolement, le sentiment d'impuissance des travailleuses et prévenir l'épuisement
- Offrir un accès à des soins psychologiques aux travailleuses du milieu communautaire
- Évaluer l'opportunité de revoir les procédures de reconnaissance de diplôme des personnes immigrantes

7.7. EN BREF

Ces enjeux soulignent les dynamiques de discontinuité – de communication, de division des tâches et de reconnaissance. Ces interruptions dans le flux des services, la solidarité et l'organisation du travail contribuent à la fatigue et à l'impuissance des travailleuses du milieu communautaire, comme à l'impossibilité d'offrir des services toujours satisfaisants aux usagères. La recherche montre néanmoins que le milieu communautaire témoigne de la volonté de recréer des liens, y compris des liens de sens, pour comprendre une situation qui apparaît chaotique et désespérée.

Division sexuée du travail

Le travail domestique et les conditions de travail des femmes salariées sont liés. Cette recherche illustre ces enjeux d'interdépendance. La répartition inéquitable du travail domestique fait porter aux femmes une charge supplémentaire de travail et notamment la responsabilité des soins domestiques. Elles fournissent en outre la grande majorité de l'activité professionnelle de soin et de service. Ainsi, en plus des problèmes de santé spécifiques qui peuvent les toucher, dans un système sous tension en termes de ressources, elles sont en première ligne pour à la fois en pâtir et devoir assumer la surcharge de travail, dans l'espace privé et dans l'espace professionnel. Travaillant à flux tendu, les travailleuses du milieu communautaire s'inquiètent d'une incapacité à faire face aux demandes d'aide. En outre, les différences entre femmes participent d'une organisation hiérarchisée du travail. Cette division imbriquée demande une analyse intersectionnelle plus systématique afin de mieux la comprendre.

Compétition entre la santé et le milieu communautaire

Un sentiment d'injustice est apparu alors que l'expertise des travailleuses-eurs du milieu communautaire n'est pas reconnue à sa juste valeur, notamment par un État qui s'est pourtant reposé sur ce milieu durant la crise pandémique. Ce sentiment d'injustice est aggravé par une concurrence en matière de

recrutement et une sensation d'assumer des tâches qui relèvent des compétences du réseau de la santé. En lieu et place d'une coordination solidaire des services, il semble plutôt s'être développé une forme de compétition pernicieuse pour les ressources, qui ne profite pas aux femmes nécessitant de l'aide ou des soins. La recherche montre cependant une volonté intacte de ne pas laisser gagner une gestion publique mettant en compétition les travailleuses du milieu communautaire et du réseau de la santé, mais aussi de la combattre en recréant des liens.

Souffrance psychique et rapport au travail

Les difficultés générées par une mission parfois impossible à réaliser ont pour conséquence un épuisement et des souffrances importantes chez les travailleuses – comme chez les usagères. Il ne faut pas seulement exposer des problèmes de santé mentale chez les femmes, mais pointer que ces problèmes de santé mentale sont également des manifestations de processus sociaux, qu'il est ainsi nécessaire de mesurer en termes de conflits sociaux, de processus d'exclusion et de hiérarchisation sociale également. La réponse à donner à de tels problèmes n'est alors pas seulement de l'ordre de soins psychothérapeutiques. Elle inclut des mesures organisationnelles et collectives de grande envergure pour faire face plus globalement à ce qui suscite anxiété et autres symptômes, comme la violence, la précarité, le manque d'autonomie ou l'isolement.

La solidarité comme boussole

La recherche documente une volonté de recréer des liens de solidarité et de communication pour réparer ce qui apparaît brisé aux travailleuses et aux usagères : retrouver la possibilité des accompagnements à l'extérieur, développer les services de traduction pour les personnes allophones, un réseau de solidarité entre professionnel-le-s du milieu communautaire. La communication, notamment, est au cœur de ces préoccupations, ainsi qu'une envie de plus de partage et d'échange dans une activité professionnelle pouvant être isolante et épuisante.

8

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE



1. Questions sociodémographiques

1.1. Le profil des personnes qui travaillent au sein de l'organisme

1.1.1. Pour quel organisme travaillez-vous?

1.1.2. Quel est le poste que vous occupez au sein de votre organisme?

1.1.3. Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre organisme?

1.1.4. Avez-vous déjà occupé un autre poste au sein de l'organisme?

- Oui
- Non

1.1.5. Quels types de formation avez-vous suivies? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Collégial (formation préuniversitaire)
- Collégial (formation technique)
- Universitaire
- Universitaire 1^{er} cycle
- Universitaire 2^e cycle

1.2. Le profil de l'organisme

1.2.1. Quelle est la mission de votre organisme?

1.2.2. Quels sont les services offerts par votre organisme?

1.2.2.1. Est-ce que vos services sont offerts aux femmes uniquement?

- Oui (services offerts aux femmes uniquement)
- Non (services mixtes)

1.2.3. Qu'elle(s) est la et/ou les population(s) rejointe(s) par votre organisme? (Spécificité des personnes, profil)

1.2.4. D'où provient le financement de votre organisme?

(Bailleurs de fonds principaux à la mission (Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du MSSS, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS), Ministère de l'éducation, Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, autres)

1.2.5. Est-ce que votre organisme a un autre financement par projet ou entente en lien avec le dossier de la santé et du bien-être des femmes?

1.2.6. Où se situe votre organisme sur le territoire de la Montérégie? (Veuillez préciser la ville et/ou la MRC)

1.2.7. Quelle partie du territoire de la Montérégie votre organisme dessert-il? (Veuillez préciser la ville et/ou la MRC)

2. Le profil des personnes usagères

2.1. Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles observez-vous chez les personnes usagères qui fréquentent votre organisme? (Veuillez cocher une ou plusieurs réponses)

- Personnes aînées
- Personnes en situation d'itinérance
- Personnes travailleuses du sexe ou ayant vécu dans l'industrie du sexe
- Personnes autochtones
- Personnes proches aidantes
- Personnes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre
- Personnes issues de l'immigration
- Personnes demandeuses d'asile / en attente d'un statut
- Personnes sans statut
- Personnes cheffes de familles monoparentales
- Personnes en situation de handicap
- Autres / préciser

2.2. Quels sont les groupes d'âge les plus représentés parmi les personnes qui fréquentent votre organisme? (Veuillez cocher une ou plusieurs réponses)

- 0-12 ans
- 12-17 ans
- 18-25 ans
- 26-29 ans
- 20-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- 60-70 ans
- 70 ans et plus

2.3. Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées par les personnes usagères de votre organisme? (Veuillez cocher une ou plusieurs réponses)

- Précarité financière
- Isolement social
- Aux prises avec des problématiques de santé mentale (diagnostiquées ou non)
- Aux prises avec des problématiques de santé physique (diagnostiquées ou non)
- Violence conjugale (vivant ou ayant vécu)
- Violence sexuelle (vivant ou ayant vécu)
- Difficulté à intégrer le marché du travail
- Difficulté à poursuivre une formation / étude
- Insécurité alimentaire
- Problèmes de dépendance (alcool, jeux, drogues, etc.)
- Précarité du logement
- Nouvelles arrivantes (moins d'un an)
- Nouvelles arrivantes (moins de 5 ans)
- Personnes issues de l'immigration (plus de 5 ans)
- Autres / préciser

2.4. Selon votre expérience, quels sont les besoins pour lesquels les personnes fréquentant votre organisme vous demandent de l'aide? (Veuillez cocher une ou plusieurs réponses)

Santé

- Orientation dans les services de santé offerts
- Accès à un médecin de famille
- Accès à un psychologue
- Accès à un psychiatre
- Accès à des services de santé sexuelle et reproductive
(soins gynécologiques, contraception, avortement, fertilité, soutien lors de la grossesse, dépistage, etc.)

Veuillez préciser

Logement

- Accès à des logements du marché locatif privés
- Accès à des centres d'hébergement
- Accès à des logements sociaux
- Accès à des logements de 2e étape

Veuillez préciser

Employabilité

- Conciliation emploi, étude et travail
- Accès et/ou retour sur le marché du travail
- Accès et/ou retour aux études

Veuillez préciser

Démarches administratives

- Aide juridique
- Aide administrative
- Aide dans l'accès aux différents programmes sociaux (prêts et bourses, programmes de solidarité, pensions, etc.)
- Aides aux victimes de violence (conjugale / sexuelle)

Veuillez préciser

Autres besoins

- Oui
- Non

Veuillez préciser

3. L'expérience des travailleuses dans leur accompagnement des personnes usagères de l'organisme

3.1. Selon vos observations au sein de l'organisme pour lequel vous travaillez, quels sont les obstacles que vous rencontrez lorsque vous tentez de répondre aux besoins des personnes usagères ?

Manque de ressources

- Difficulté dans le recrutement de travailleuses
- Travailleuses en arrêt de travail
- Financement insuffisant
- Autres et/ou préciser :

Limites des services offerts

- Complexité de la problématique des personnes usagères
- Services offerts inadaptés aux problèmes des personnes usagères
- Manque de formation spécifique
- Capacité d'accueil de l'organisme
- Autres et/ou préciser

Références externes

- Connaissance insuffisante du fonctionnement du réseau de la santé par les travailleuses (CLSC, CISSS et autres)
- Connaissance insuffisante des autres organismes et services offerts
- Refus et/ou limites des critères d'accueil des autres organismes (absence de services spécifiques, capacité d'accueil limité, etc.)
- Autres et/ou préciser

Autres problèmes

- Autres et/ou préciser :

3.2. Parmi les personnes usagères de votre organisme, y a-t-il un ou des groupes de personnes pour lequel/ lesquels il est plus difficile de répondre aux besoins ou demandes (groupes d'âge, composantes identitaires, aux prises avec des problématiques de santé physique et/ou mentale, etc.) ? Si oui, lequel ou lesquels ?

- Oui
- Non

3.3. Vous arrive-t-il de devoir référer des personnes usagères de votre organisme vers d'autres ressources ? Si oui, quelles sont la ou les raisons ?

- Oui
- Non

3.4. Dans le cadre de votre travail, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez, tant au niveau de vos conditions de travail que dans la réalisation des services offerts aux personnes usagères ?

3.5. Au cours des deux dernières années, en lien avec la pandémie ou non, avez-vous remarqué une évolution (amélioration ou dégradation de la situation) concernant les problématiques que vivent les personnes usagères de votre organisme (fréquence, proportion, complexité, etc.) Si oui, veuillez préciser quelles problématiques et dans quelle(s) mesure(s) ?

- Oui
- Non



BIBLIOGRAPHIE



Aïach, P. et al. (2001). *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes : Presses de l'EHESP. Consulté à : <https://www.cairn.info/femmes-et-hommes-dans-le-champ-de-la-sante--9782859526498.htm>

Bellot, C. et Sylvestre, M.-È. (2017). « La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté ». *Revue générale de droit*, 47, p. 11-44. Consulté à : <https://doi.org/10.7202/1040516ar>

Bergeron, M. et al. (2016). *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec. Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Montréal : UQAM.

Boisclair, V.. (2020). « Système de santé : une approche pour redonner confiance aux autochtones ». *Radio-Canada*, 23 octobre 2020. Consulté à : <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1741061/kateri-memorial-kahnawake-pratiques-soins-ecoute-ministere-sante>

Bourque, D. et Avenel, C. (2020). « Pandémie et travail social au Québec et en France ». *Intervention* (hors-série), No 1 : 139-153.

Breault, P. et al. (2021). « Réflexion sur les soins de santé aux patients autochtones. Instaurer la confiance ». *Canadian Family Physician*, 67 (8) : 571-573.

Cameron, A. et al. (2015) « From pillar to post : Homeless women's experiences of social care ». *Health and Social Care in the Community*, 24(1).

Caouette, E. et al. (2020). *Réflexions soutenant le plan de reprise du dépistage du cancer du sein dans le contexte de la pandémie de la COVID-19*. Québec : Comité de dépistage et d'investigation du cancer du sein, 22 p.

Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (2020). *COVID-19 et bien-être des professionnels de la santé et des services sociaux : revue de littérature*. Montréal : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 19 p.

Comité itinérance femmes. (2014). *Montérégie - l'itinérance des femmes, vers un meilleur partage des connaissances et des pratiques*. Longueuil : Table itinérance Rive-Sud. 27 p.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : État de santé et problèmes de santé chroniques*. Wendake : CSSSPNQL.

Ministère des Femmes et de l'Égalité des Genres. (2022). *Budgétisation sensible au genre*. Ottawa : MFEG. Consulté à : <https://cfc-swc.gc.ca/trans/briefing-information/transition/2019/tab4-fr.html>

Conseil des Montréalaises. (2008). *Un toit pour toutes*. Montréal : Conseil des Montréalaises.

Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, 73 p.

Conseil du statut de la femme. (2020). *Les violences conjugales au temps de la COVID-19*. Québec : Conseil du statut de la femme. Consulté à : <https://csf.gouv.qc.ca/article/publicationsnum/les-femmes-et-la-pandemie/societe/les-violences-conjugales-au-temps-de-la-covid-19/>

Conseil Mohawk de Akwesasne (2022). Consulté à : <http://www.akwesasne.ca/history-resources/akwesasne-history/>

Conseil Mohawk de Kahnawake. (2017). *La communauté*. Consulté à : <http://www.kahnawake.com/community/>

Cordeau, L. et al. (2018). *Vers un nouveau plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale (mémoire)*. Québec : Conseil du statut de la femme, 32 p.

Cousineau, M.-M. et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée*. Rapport de recherche programme action concertées. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, 31 p.

Coutant, I. et Wang, S. (Éds.). (2018). *Santé mentale et souffrance psychique : Un objet pour les sciences sociales*. Paris : CNRS éditions.

Crago, A.-L. et al. (2022). « Violence against sex workers : Correlates and Changes under 'End-Demand' legislation in Canada : A five city study ». *Global Public Health*, 1-11.

Demers, L. et Bégin, C. (1990). « Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé : Deux cas de fusion ». *Recherches sociographiques*, 31(3) : 381-404. Consulté à : <https://doi.org/10.7202/056548ar>

Demers, L., Pelchat, Y., et Côté, G. (2002). « Intégration institutionnelle et intégration des services : L'expérience de la région des Laurentides ». *Recherches sociographiques*, 43(3) : 549-576. Consulté à : <https://doi.org/10.7202/000611ar>

Demers, M.-A. (2017). « La santé au travail des hommes et des femmes au Québec, ce que révèlent les résultats de L'Enquête québécoise sur la santé de la population ». *Institut de la statistique du Québec, Flash-Info*, 18(2) : 11-20. Consulté à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bulletin-flash-info-volume-18-n2-juin-2017.pdf>

Dumas, J. (2013). « L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance ». *Service social*, 59 (1) : 63-80. Consulté à : <https://doi.org/10.7202/1017479ar>

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Paris : Odile Jacob.

Ehrenberg, A. (2002). « Souffrance ». *Médecine/sciences*, 18(11) : 1047. Consulté à : <https://doi.org/10.1051/medsci/200218111047>

Ehrenberg, A. (2011). « Souffrir au travail : Purger les passions ou ouvrir la voie à l'action ? ». *Esprit*, 378 (10), 148-157. Consulté à : <https://doi.org/10.3917/espri.1110.0148>

Fontaine, E., et Antoine, J., Vaillancourt, J. (2021). *Résultats de l'enquête « Portrait des femmes de la diversité sexuelle au Québec »*. Montréal : Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ).

Fontaine, E., et Antoine, J., Vaillancourt, J. (2021). *Résultats du sondage « COVID-19 : Impacts sur les femmes de la diversité sexuelle au Québec »*. Montréal : Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ).

Gélineau, L. et al. (2015). « Portrait des femmes en situation d'itinérance : de multiples visages ». Voir les *(in)égalités*, 8 (2). Consulté à : <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/portrait-des-femmes-en-situation-ditinerance-de-multiples-visages/>

Gilbert, S., et al. (2021). *Besoins des femmes en difficulté à Laval : vers la création et l'adaptation de nouvelles ressources?* Montréal/Laval : Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes / Service aux collectivités de l'UQAM / Table de concertation de Laval en condition féminine.

Gouvernement du Canada. (2022). *Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-fra.htm>

Gouvernement du Québec. (2021). *À propos des troubles mentaux : description*. Consulté à : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>

Haicault, M. (1984). « La gestion ordinaire de la vie en deux ». *Sociologie du travail*, 26(3) : 268-277. Consulté à : <https://doi.org/10.3406/sotra.1984.2072>

Halseth, R. (2013). *Aboriginal Women in Canada. Gender, Socio-Economic Determinants of Health, and Initiatives to Close the Wellness Gap*. Prince-George, BC : Centre de collaboration national de la santé autochtone. Consulté à : https://www.ccsna-nccah.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/77/AboriginalWomenCanada_Web_EN.pdf

Hochschild, A. R. (2003). « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale ». *Travailler*, n° 9(1) : 19-49.

Hochschild, A. R. (2017). *Le prix des sentiments : au coeur du travail émotionnel*. Paris : La Découverte.

Institut national de santé publique du Québec (2022). *Statistiques. Trousse média sur les agressions sexuelles*. Montréal : INSPQ. Consulté à : <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/statistiques>

Institut national de santé publique du Québec (2019). *Conciliation travail-vie personnelle : point de vue de travailleuses et pistes d'action pour des contextes de travail plus favorables à la santé mentale*. Montréal : INSPQ.

Ismé, C. et Michel, V. (2021). « Autochtones et minorités ethniques ou racisées face à la COVID-19 : deux réalités, même combat ». *Cahiers du socialisme*, 25 : 118-125.

La rue des femmes (2011). *État de la situation de l'itinérance des femmes à Montréal en 2011 : les différents visages de l'itinérance au féminin*. Montréal : La rue des femmes.

Laverge, C. et al. (2020). « La COVID-19 et ses impacts sur la violence conjugale et la violence envers les enfants : ce que nous disent la recherche et la pratique ». *Intervention (Hors-série)*, no. 1 : 27-35.

Leblanc, C. et al. (2020). « Les conséquences de la pandémie de la COVID-19 chez les personnes qui vivent en situation d'itinérance : un enjeu de justice sociale ». *Intervention (Hors-série)* : 59-78.

Lemoine, O. et al. (2011). *Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie*. Montréal : Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 53 p.

Lussier, J. (2020). « Québec : on oubliera presque rien... ou presque », *Gazette de femmes*, 18 juin 2020. Consulté à : <https://gazettedesfemmes.ca/19258/quebec-on-noubliera-personne-ou-presque/>

Maltais, D., Tremblay, S. et Gilbert, S. (2021). *Organismes communautaires et COVID-19 : impacts, résilience et innovation dans le secteur des organismes en sécurité alimentaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Saguenay : UQAC, Groupe de recherche et d'intervention régionales, 34 p.

Mathieu, M. (2017). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes : Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle : Une comparaison France-Québec*. Paris/Nanterre : Université du Québec à Montréal/Paris 8.

Ministère de l'économie et de l'innovation de l'énergie. (2022). *Région de la Montérégie : démographie*. Québec : Gouvernement du Québec. Consulté à : <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/monteregie/portrait-regional/demographie/>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Analyse différenciée selon le sexe (ADS) : le contexte québécois*. Québec : Gouvernement du Québec. Consulté à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-et-bien-etre-selon-le-sexe/analyse-differenciee-selon-le-sexe/>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. Québec : Gouvernement du Québec, 268 p.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). *L'itinérance au Québec. Premier Portrait*. Québec : Gouvernement du Québec.

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

Ministère de la sécurité publique. (2020). *Infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal en 2020*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère des femmes et de l'égalité des genres. (2021). *Violence commise par des partenaires intimes au Canada - Données autodéclarées : Résultats de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018*. Ottawa : MFEG.

Moreau, N., et Larose-Hébert, K. (Éds.). (2013). *La souffrance à l'épreuve de la pensée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Pierre, M. (2005). « Les facteurs d'exclusion faisant obstacle à l'intégration socioéconomique de certains groupes de femmes immigrées au Québec : un état des lieux ». *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2) : 75-94.

Portail santé en Montérégie. (2022). *Des stats pas plates : mobilité des montréalais*. Québec : Gouvernement du Québec. Consulté à : <https://www.santemonteregie.qc.ca/des-stats-pas-plates#:~:text=La%20consommation%20de%20SPA%20peut,troubles%20li%C3%A9s%20aux%20substances%20psychoactives.>

Portail VIH/Sida du Québec. (2019). *Travail du sexe et ITSS : une stigmatisation qui persiste*. Québec : Gouvernement du Québec. Consulté à : <https://pvsq.org/2020/travail-du-sexe-et-itss-une-stigmatisation-qui-persiste/>

Pronovost, V. (2019). *État des lieux régional : analyse thématique de l'état de l'égalité en Montérégie*. Longueuil : Table de concertation des groupes des femmes de la Montérégie, 39 p.

Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec et al. (2008), *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*. Québec : YWCA. Consulté à : <http://www.raiiq.org/images/recherches/La%20spirale%20de%20itin%C3%A9rance%20au%20f%C3%A9minin.pdf>

Renault, E. (2008). *Souffrances sociales : Philosophie, psychologie et politique*. Paris : La Découverte.

Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ). (2021). *Les impacts de la pandémie sur la santé mentale des femmes LGBTQ2S+ au Québec. Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux*. Montréal : RLQ, 9 p.

Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ). (2019). *Spécificités liées à la santé physique, mentale et sexuelle des femmes LGBTQ+*. Montréal : RLQ, 8 p.

Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2021). *Notre approche intersectionnelle*. Saint-Lambert : Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec.

Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage.

Rochon, L. et al. (2015). *Montérégie : portrait statistique égalité femmes – hommes*. Québec : Conseil du statut de la femme.

Rollinson, P. (2007). « A Rural Problem Too », *Planning* 73(6) : 20-23.

Santé et services sociaux du Québec. (2011). *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec, 16 p.

Seltz, L. et Roussopoulos, D. (2020). *L'itinérance et le logement pour autochtones à Montréal : rapport sur les politiques publiques et recommandations concrètes. Préparé pour le Comité des Citoyen(ne)s Milton Parc*. Montréal : s.e., 40 p.

Sitter, K. C. et al. (2022). « 'We Knew No One Else Had Our Back except Us' : Recommendations for Creating an Accountability Care Framework with Sex Workers in Eastern Canada ». *Social Sciences*, 11(8), 366.

St-Germain, L., et St-Louis, M.-P. (2020). *Des services en santé mentale pour toutes dans Lanaudière. Rapport de sondage sur l'accessibilité des services en santé mentale déposé à la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)*. Trois-Rivières : Centre de recherche sociale appliquée (CRSA).

Statistique Canada. (2018). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes des personnes de 15 ans et plus selon le statut d'immigration*. Ottawa : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2020). « Défis en matière de santé et enjeux sociaux liés à la situation de la COVID-19 au Canada ». *Le quotidien*, no. 11-001-X, 6 p.

Statistique Canada. (2020). *Évolution de la situation socioéconomique de la population noire au Canada, 2001 à 2016*. Ottawa : Statistique Canada. Consulté à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020001-fra.htm>

Statistique Canada. (2021). *Violence entre partenaires intimes : expériences des femmes appartenant à une minorité visible au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.

Suicide Prevention Resource Center. (2008). *Suicide Risk and Prevention for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*. Newton, Massachusetts : Suicide Prevention Resource Center. Consulté à : http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/SPRC_LGBT_Youth.pdf

Surprenant, A. (2020). « Le confinement les a projetées à la rue : femmes et itinérance à Montréal ». *L'esprit Libre*, 23 octobre 2020. Consulté à : <https://revuelespritlibre.org/le-confinement-les-projetees-la-rue-femmes-et-itinerantes-montreal>

Table de concertation de groupes de femmes de la Montérégie. (2020). *Rapport d'activités 2020-2021*. Longueuil : TCGFM, 24 p.

Table de concertation des préfets de la Montérégie. (2019). *Plan de travail montréalais de l'Alliance pour la solidarité 2019-2023. Document à destination du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Gouvernement du Québec*. Longueuil :



Table de concertation des préfets de la Montérégie, p. 6. Consulté à :

https://www.mrcvr.ca/wp-content/uploads/2019/11/MRCVR_Communique-de-presse-et-plan-de-travail_Alliance-solidarite-Monteregie.pdf

Tello-Rozas, S. et al. (2022). *Mise à jour du portrait des pratiques d'évaluation dans les organismes communautaires*. Montréal : Centre de formation populaire, Réseau québécois de l'action communautaire autonome, Relais-femmes, Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.

Thibault, S., Pagé, G., Boulebsol, C. et coll. (2022). *Sommaire tiré du rapport de recherche : Justice pour les femmes marginalisées victimes de violences sexospécifiques. Ce que la littérature et les intervenantes nous apprennent*. Montréal : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal/Fédération des maisons d'hébergement pour femmes/Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale/Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle/ Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, 8 p.

Toulan, M. (2020). *Bilan final 2010-2015 : Plan d'action santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015)*. Québec : Gouvernement du Québec, 86 p.

Toulan, M. et Tuncay, B. (2020). *Santé et bien-être des femmes : Plan d'action 2020-24*. Québec : Gouvernement du Québec, 86 p.

Vaillancourt, C. (2020). *Résilience et stress périnatal en temps de pandémie*. Montréal : INRS.



10

NOTES



- ¹ Ministère de la santé et des services sociaux (2002). *Au féminin ... à l'écoute de nos besoins - Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*. Québec : Gouvernement du Québec, p. 17.
- ² Toulan, M. et Tuncay, B. (2020). *Santé et bien-être des femmes : Plan d'action 2020-24*. Québec : Gouvernement du Québec, p. 8-9.
- ³ Ministère de la santé et des services sociaux (2022). *Analyse différenciée selon le sexe (ADS) : le contexte québécois*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ⁴ Ministère des Femmes et de l'Égalité des genres. (2022). *Budgétisation sensible au genre*. Ottawa : MFEG.
- ⁵ Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec. (2021). *Notre approche intersectionnelle*. Saint-Lambert : Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec.
- ⁶ Ministère de l'économie, de l'innovation et de l'énergie. (2022). *Région Montérégie : occupation du territoire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ⁷ Conseil Mohawk de Kahnawake. (2017). *La communauté*. En ligne.
- ⁸ Conseil Mohawk de Akwesasne. (2022). En ligne.
- ⁹ Portail santé en Montérégie. (2022). *Des stats pas plates : la mobilité des montérégiennes*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ¹⁰ Ministère de l'économie et de l'innovation de l'énergie. (2022). *Région de la Montérégie : démographie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ¹¹ Comité itinérance femmes. (2014). *Montérégie - l'itinérance des femmes, vers un meilleur partage des connaissances et des pratiques*. Longueuil : Table itinérance Rive-Sud.
- ¹² RAIQ et al. (2008). *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*. Québec : YWCA ; Conseil des Montréalaises. (2008). *Un toit pour toutes*. Montréal : Conseil des Montréalaises.
- ¹³ Cameron, A. et al. (2015) « From pillar to post: Homeless women's experiences of social care ». *Health and Social Care in the Community*, 24(1). En ligne.
- ¹⁴ Rochon, L. et al. (2015). *Montérégie : portrait statistique égalité femmes – hommes*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 20.
- ¹⁵ *Ibid.*
- ¹⁶ Breault, P. et al. (2021). « Réflexion sur les soins de santé aux patients autochtones. Instaurer la confiance ». *Canadian Family Physician*, 67 (8) : 571-573.
- ¹⁷ Boisclair, V. (2020). « Système de santé : une approche pour redonner confiance aux autochtones ». *Radio-Canada*, 23 octobre 2020.
- ¹⁸ Table de concertation des préfets de la Montérégie. (2019). *Plan de travail montérégien de l'Alliance pour la solidarité 2019-2023. Document à destination du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Gouvernement du Québec*. Longueuil : Table de concertation des préfets de la Montérégie.
- ¹⁹ Toulan, M. et Tuncay, B. (2020). *Santé et bien-être des femmes : Plan d'action 2020-24*. Québec : Gouvernement du Québec, p. 4.

²⁰ Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. V.

²¹ Notamment l'Enquête québécoise sur la santé de la population, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire et l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire.

²² Notamment l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, l'Enquête canadienne sur l'incapacité et l'Enquête auprès des peuples autochtones.

²³ Notamment les données produites par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et sécurité au travail.

²⁴ Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 1.

²⁵ Statistique Canada. (2018). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes des personnes de 15 ans et plus selon le statut d'immigration*. Ottawa : Statistique Canada.

²⁶ INSPQ. (2020). *Cité dans Conseil du statut de la femme. (2022). Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 15.

²⁷ Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises, Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 19.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Halseth, R. (2013). *Cité dans Gouvernement du Canada. (2022). Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

³⁰ Gouvernement du Québec. (2021). *À propos des troubles mentaux : description*. En ligne.

³¹ Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 37.

³² *Ibid.*

³² Statistique Canada. (2022). *Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, cité dans Conseil du statut de la femme. Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 38.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Statistique Canada. (2018). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes des personnes de 15 ans et plus selon le statut d'immigration*. Ottawa : Statistique Canada.

³⁶ Street. (2019) *cité dans Conseil du statut de la femme. (2022). Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 43.

³⁷ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : Bien-être individuel, santé mentale et maltraitance des aînés*. Wendake : CSSSPNQL.

³⁸ Vaillancourt, C. (2020). *Résilience et stress périnatal en temps de pandémie*. Montréal : INRS.

³⁹ Fontaine, E., Antoine, J., Vaillancourt, J. (2021) *Résultats du sondage « COVID-19 : Impacts sur les femmes de la diversité sexuelle au Québec »*. Montréal : Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ), p. 40.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ RAMQ. (2021). *Cité dans Conseil du statut de la femme. (2022). Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 39

⁴² INSPQ. (2019). *Conciliation travail-vie personnelle : point de vue de travailleuses et pistes d'action pour des contextes de travail plus favorables à la santé mentale*. Montréal : INSPQ, p. 24-25.

- ⁴³ Demers, M.-A. (2017). « La santé au travail des hommes et des femmes au Québec, ce que révèlent les résultats de L'Enquête québécoise sur la santé de la population ». *Institut de la statistique du Québec, Flash-Info*, 18(2), p. 17.
-
- ⁴⁴ Conseil du statut de la femme. (2022). *Portrait des Québécoises. Édition 2021 – Femmes et santé*. Québec : Conseil du statut de la femme, p. 50.
-
- ⁴⁵ *Ibid.*, p. 52-55.
-
- ⁴⁶ McCready, G. et al. (2022). « Travail du care des travailleuses de la santé en situation de pandémie de COVID-19 : quel engagement de la part des autorités ? ». *Glob Health Promot.* 29(1) : 110-118.
-
- ⁴⁷ Conseil du statut de la femme. (2020). *Les violences conjugales au temps de la COVID-19*. Québec : Conseil du statut de la femme.
-
- ⁴⁸ *Ibid.*
-
- ⁴⁹ *Ibid.*
-
- ⁵⁰ Statistique Canada. (2020). *Évolution de la situation socioéconomique de la population noire au Canada, 2001 à 2016*. Ottawa : Statistique Canada.
-
- ⁵¹ McCready G. et al. (2020). « Travail du care des travailleuses de la santé en situation de pandémie de COVID-19 : quel engagement de la part des autorités ? ». *Glob Health Promot.* 29(1) : 110-118.
-
- ⁵² *Ibid.*
-
- ⁵³ St-Germain, L. et St-Louis, M.-P. (2020). *Des services en santé mentale pour toutes dans Lanaudière. Rapport de sondage sur l'accessibilité des services en santé mentale déposé à la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)*. Trois-Rivières : Centre de recherche sociale appliquée (CRSA), p. 53.
-
- ⁵⁴ *Ibid.*
-
- ⁵⁵ *Ibid.*, p. 54.
-
- ⁵⁶ Sitter, K. C. et al. (2022). « We Knew No One Else Had Our Back except Us' : Recommendations for Creating an Accountability Care Framework with Sex Workers in Eastern Canada ». *Social Sciences*, 11(8), 366.
-
- ⁵⁷ Portail VIH/Sida du Québec. (2019). *Travail du sexe et ITSS : une stigmatisation qui persiste*. Québec : Gouvernement du Québec.
-
- ⁵⁸ Dumas, J. (2013). « L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance ». *Service social*, 59 (1) : 63-80.
-
- ⁵⁹ St-Germain, L. et St-Louis, M.-P. (2020). *Des services en santé mentale pour toutes dans Lanaudière. Rapport de sondage sur l'accessibilité des services en santé mentale déposé à la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)*. Trois-Rivières : Centre de recherche sociale appliquée (CRSA), p. 53.
-
- ⁶⁰ Ministère de la sécurité publique. (2020). *Infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal en 2020*. Québec : Gouvernement du Québec, p. 16.
-
- ⁶¹ Conseil du statut de la femme. (2020). *Les violences conjugales au temps de la COVID-19*. Québec : Conseil du statut de la femme.
-
- ⁶² *Ibid.*
-
- ⁶³ *Ibid.*
-
- ⁶⁴ Ministère des femmes et de l'égalité des genres. (2021). *Violence commise par des partenaires intimes au Canada – Données autodéclarées : Résultats de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018*. Ottawa : MFEG.
-
- ⁶⁵ Statistique Canada. (2021). *Violence entre partenaires intimes : expériences des femmes appartenant à une minorité visible au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.
-
- ⁶⁶ *Ibid.*
-

- ⁶⁷ Lussier, J. (2020). « Québec: on oubliera presque rien... ou presque ». *Gazette de femmes*, 18 juin 2020. En ligne.
- ⁶⁸ Crago, A.-L. et al. (2022). « Violence against sex workers : Correlates and Changes under 'End-Demand' legislation in Canada : A five city study ». *Global Public Health*, 1-11.
- ⁶⁹ INSPQ. (2022). *Statistiques. Trousse média sur les agressions sexuelles*. Montréal : INSPQ. En ligne.
- ⁷⁰ Dibble. (2010). Cité dans Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ). (2019). *Spécificités liées à la santé physique, mentale et sexuelle des femmes LGBTQ+*. Montréal : RLQ, p. 3. Voir aussi : Bergeron, M. et al. (2016). *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec. Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Montréal : UQAM.
- ⁷¹ Rothman. (2011). Cité dans Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ). (2019). *Spécificités liées à la santé physique, mentale et sexuelle des femmes LGBTQ+*. Montréal : RLQ, p. 3.
- ⁷² Bretherton, 2020 cité dans Cousineau, M.-M., et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée*. Rapport de recherche programme action concertées. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, p. 5.
- ⁷³ Gilbert, S., et al. (2021). *Besoins des femmes en difficulté à Laval : vers la création et l'adaptation de nouvelles ressources ?* Montréal/Laval : Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes / Service aux collectivités de l'UQAM / Table de concertation de Laval en condition féminine.
- ⁷⁴ Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. Québec : Gouvernement du Québec, p. xv.
- ⁷⁵ Rollinson, P. (2007), « A Rural Problem Too », *Planning* 73(6) : 20-23.
- ⁷⁶ La rue des femmes (2011). *État de la situation de l'itinérance des femmes à Montréal en 2011 : les différents visages de l'itinérance au féminin*. Montréal : La rue des femmes.
- ⁷⁷ Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). *L'itinérance au Québec. Premier Portrait*. Québec : Gouvernement du Québec.
- ⁷⁸ Nadeau. (2020) cité dans Leblanc, C. et al. (2020). « Les conséquences de la pandémie de la COVID-19 chez les personnes qui vivent en situation d'itinérance : un enjeu de justice sociale ». *Intervention (hors-série)*, p. 62.
- ⁷⁹ Roberge-Remigi, C. (2016) ; Meinbresse, M. et al., (2014) ; Murray, S. (2011) ; Padgett, D. K. et al., (2006). Cité dans Cousineau, M.-M. et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée. Rapport de recherche programme action concertées*. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, Québec, p. 6.
- ⁸⁰ Barkin, S. L. et al., (2003) ; Ensign, J. et Panke, A. (2002). Cité dans Cousineau, M.-M. et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée*. Rapport de recherche programme action concertées. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, p. 6.
- ⁸¹ Weinrish, S. et al., (2016) ; Ream, G. et Forge, N. R. (2014) ; Gattis, M. (2013). Cité dans Cousineau, M.-M. et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée. Rapport de recherche programme action concertées*. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, p. 7.
- ⁸² Lamboley, M. et al., (2014) ; Thurston, W. et al., (2013) Cité dans Cousineau, M.-M. et al. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée. Rapport de recherche programme action concertées*. Québec : Fonds de recherche Société et Culture, p. 7.
- ⁸³ Bellot, C. et Sylvestre, M.-È. (2017). « La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté ». *Revue générale de droit*, 47 : 11:44.
- ⁸⁴ Aïach, P. et al. (2001). *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- ⁸⁵ Demers, L. et Bégin, C. (1990). « Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé : Deux cas de fusion ». *Recherches sociographiques*, 31(3) : 381-404 ; Demers, L., Pelchat, Y., et Côté, G. (2002). « Intégration institutionnelle et intégration des services : L'expérience de la région des Laurentides ». *Recherches sociographiques*, 43(3) : 549-576.
- ⁸⁶ À ce sujet, voir : Tello-Rozas, S. et al. (2022). *Mise à jour du portrait des pratiques d'évaluation dans les organismes communautaires*. Montréal : Centre de formation populaire, Réseau québécois de l'action communautaire autonome, Relais-

femmes, Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.

⁸⁷ Haicault, M. (1984). « La gestion ordinaire de la vie en deux ». *Sociologie du travail*, 26(3) : 268-277 ; Hochschild, A. R. (2003). « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale ». *Travailler*, n° 9(1), 19-49 ; Hochschild, A. R. (2017). *Le prix des sentiments: au coeur du travail émotionnel*. Paris : La Découverte.

⁸⁸ Pronovost, V., et al. (2019). *État des lieux régional : analyse thématique de l'état de l'égalité en Montérégie*. Longueuil : Table de concertation des groupes des femmes de la Montérégie, p. 19.

⁸⁹ Hochschild, A. R. (2003). « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale ». *Travailler*, n° 9(1), p. 19.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 42.

⁹¹ Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage ; Mathieu, M. (2017). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes : Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle : Une comparaison France-Québec*. Montréal/Nanterre : Université du Québec à Montréal/Paris 8.

⁹² Ehrenberg, A. (2002). « Souffrance ». *Médecine/sciences*, 18(11) : 1047.

⁹³ *Ibid.* ; Moreau, N., et Larose-Hébert, K. (Éds.). (2013). *La souffrance à l'épreuve de la pensée*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; Renault, E. (2008). *Souffrances sociales : Philosophie, psychologie et politique*. Paris : La Découverte.

⁹⁴ Ehrenberg, A. (2011). « Souffrir au travail : Purger les passions ou ouvrir la voie à l'action ? ». *Esprit*, 378 (10), 148 ; Renault, E. (2008). *Souffrances sociales : Philosophie, psychologie et politique*. Paris : La Découverte.

⁹⁵ Coutant, I. et Wang, S. (Éds.). (2018). *Santé mentale et souffrance psychique : Un objet pour les sciences sociales*. Paris : CNRS éditions.

