

Sur la route de la santé mentale positive



Recherche sur les femmes qui fréquentent
les groupes communautaires en regard de leur santé mentale

*Sur la route de la santé
mentale positive*



Recherche

Pierre Ferland, M. Sc., *Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, CIUSSSMCQ*

Chantal Descheneaux, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

Assistance technique

Sylvie Manseau, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

Co-rédaction

Chantal Descheneaux, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

Isabelle Parent, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

Supervision et relecture

Dre Sylvie Lacoursière, *Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, CIUSSSMCQ*

Annie Houle, *Maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfant
La Maison la Nacelle*

Danyel Dulude, *Maison d'hébergement, de crise psychosociale et de santé mentale Le Réverbère inc.*

Francyne Ducharme, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

Révision linguistique et mise en page

Andrée Richer, *Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec*

*Ce document a été produit dans le cadre de l'Entente spécifique en matière d'égalité
entre les femmes et les hommes dans la région du Centre-du-Québec 2011-2015.*

À NOTER :

***Compte tenu de la prédominance des femmes,
le genre féminin est utilisé dans ce document afin d'alléger le texte.***

Table des matières

PRÉSENTATION DE LA TCMFCQ	3
REMERCIEMENTS	4
FAITS SAILLANTS	5
CHAPITRE 1 – Mise en contexte et positionnement de la recherche	8
CHAPITRE 2 – Méthodologie	12
CHAPITRE 3 – Résultats	14
SECTION 3.1 – Profil sociodémographique des Centricaises qui fréquentent les groupes communautaires faisant partie de l'étude	14
SECTION 3.2 – Profil des femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale	24
SECTION 3.3 – Besoins et services en matière de santé mentale	35
SECTION 3.4 – Satisfaction concernant l'accessibilité et l'offre de services	47
SECTION 3.5 – Discussion des participantes pour optimiser l'offre de services en santé mentale	50
CHAPITRE 4 – Conclusion et recommandations	56
RÉFÉRENCES	61
ACRONYMES	63
ANNEXES	64
ANNEXE 1 – Le résumé des 5 composantes de la santé mentale positive	64
ANNEXE 2 – Le document de présentation de la recherche	67
ANNEXE 3 – Le document résumé relatif aux 4 méthodes de fonctionnement	69
ANNEXE 4 – Le questionnaire	70
ANNEXE 5 – La liste des 51 groupes ayant participé à la recherche	82

Comment ça va ?

Bien.

*Je suis contente de pouvoir m'exprimer sur ce sujet
en espérant que cela puisse avoir des retombées positives.*

*Cela me rappelle que j'ai besoin d'aide et de quelques ressources en place.
Mon passé difficile a influencé directement la qualité de ma santé mentale.*

*Plusieurs situations difficiles, combinées les unes aux autres, me sont arrivées
et quand j'y pense, comme au moment de répondre à ce questionnaire,
me rendent triste, honteuse et démunie.*

*Je suis à la fois heureuse de savoir
que des organismes sont toujours présents
pour se préoccuper de nous...
les femmes*

Anonyme

Présentation de la TCMFCQ

La Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec (TCMFCQ) est un regroupement féministe voué à la défense collective des droits. Reconnue comme l'instance régionale en matière de condition féminine, elle agit dans plusieurs domaines qui touchent aux conditions de vie des femmes. Elle est née officiellement en mai 1998, de la volonté commune des groupes de femmes du Centre-du-Québec. Les groupes ont alors réaffirmé l'importance d'un tel regroupement pour défendre les droits et intérêts des Centricaises. En octobre 1998, la TCMFCQ amorçait officiellement ses activités.

La TCMFCQ a pour mission première de travailler à l'amélioration des conditions de vie des femmes en étant un lieu de réflexion et d'action tourné vers le changement. La TCMFCQ accomplit sa mission en plusieurs volets. Entre autres, le volet santé recense les projets concernant la santé des Centricaises ainsi que les actions réalisées, notamment sur le plan de la santé mentale, pour tenir compte de la réalité des femmes du territoire.

La présente étude a été menée par la TCMFCQ en collaboration avec des partenaires de la région :

- ➔ la Maison des femmes de Drummond ;
- ➔ la Maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfant, La Maison la Nacelle ;
- ➔ le Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles, le CALACS Unies-vers-Elles de Victoriaville ;
- ➔ le Regroupement des organismes de base en santé mentale de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;
- ➔ la maison d'hébergement communautaire en santé mentale La Chrysalide ;
- ➔ la maison d'hébergement, de crise psychosociale et de santé mentale Le Réverbère inc. ;
- ➔ Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSMCQ).

Le financement de cette étude provient de l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les hommes et les femmes au Centre-du-Québec 2011-2015, dont les principaux partenaires sont la Conférence régionale des élus du Centre-du-Québec, la Direction régionale de la santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSMCQ) et le Secrétariat à la condition féminine. De plus, le projet a bénéficié d'un financement provenant de l'Office des personnes handicapées via le Fonds régional en développement social du Centre-du-Québec, afin de soutenir la partie « documentation de la problématique » par la cueillette et la saisie des données collectées sur le terrain auprès des femmes participantes à la recherche.

Remerciements

De sincères remerciements aux membres du comité orienteur intersectoriel « Femmes & santé mentale », de la TCMFCQ, qui ont mis en œuvre la recherche, en ont assuré la réalisation et son suivi. L'apport de chacun et chacune a enrichi les discussions tout au long du processus. Merci de votre présence !

Des remerciements vont spécialement à chacune des 359 femmes généreuses qui ont volontairement accepté de participer à ce projet de recherche sur un sujet, disons-le, encore tabou, dont on ne parle pas si aisément. Merci de votre confiance Mesdames !

Merci également aux organisations communautaires qui, malgré un horaire chargé, peu de ressources et les rigueurs d'une méthodologie de recherche à respecter, ont si gentiment accepté de collaborer à ce projet de recherche. Merci de votre collaboration !



Faits saillants

Les 359 femmes ayant participé à ce projet de recherche sont issues de 51 groupes communautaires du Centre-du-Québec. Ceux-ci ont été ciblés en fonction du caractère de vulnérabilité et de précarité de leurs participantes. Parmi les 51 groupes, on retrouve 6 ressources spécialisées en santé mentale, 9 groupes de femmes, 10 ressources jeunesse, 10 groupes œuvrant auprès des personnes démunies (ex. : aide alimentaire), et 16 autres ressources, telles qu'une association de proches aidantes, un centre d'action bénévole, des ressources en employabilité, ainsi que des ressources pour contrer les dépendances et pour les familles.

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES FEMMES QUI FRÉQUENTENT LES GROUPES COMMUNAUTAIRES

Afin d'établir le profil des Centriciennes qui fréquentent les groupes communautaires de l'étude, nous présentons d'abord leurs caractéristiques sociodémographiques, soit l'âge, le milieu de vie, l'orientation sexuelle, l'état civil, la scolarité et la situation socioéconomique.

- ➔ 32,2 % des participantes de la recherche sont âgées de 50 à 64 ans ;
- ➔ 20,2 % des participantes sont âgées de 35 à 49 ans ;
- ➔ 16,2 % des participantes sont âgées de 20 à 34 ans ;
- ➔ Près de 10 % des répondantes sont membres des Premières nations ;
- ➔ 93,5 % perçoivent leur milieu de vie actuel comme étant plaisant, ou très plaisant ;
- ➔ 92,2 % des femmes se décrivent comme hétérosexuelles ;
- ➔ 55,8 % des participantes à cette étude sont célibataires, séparées, divorcées ou veuves ;
- ➔ Pour l'ensemble des participantes ayant déclaré avoir des enfants encore à la maison et qui ont spécifié l'âge des enfants, 39 % ont des enfants d'âge préscolaire et 71,9 % ont des enfants du primaire et du secondaire ;
- ➔ Plus de la moitié (53,7 %) des femmes ont complété un 5^e secondaire ou moins ;
- ➔ 86 % gagnent un revenu personnel annuel de 30 000 \$ ou moins ;
- ➔ Moins de 10 % de ces femmes reçoivent un salaire pour un emploi à temps plein.

PROFIL DES FEMMES QUI FRÉQUENTENT LES GROUPES COMMUNAUTAIRES EN REGARD DE LEUR SANTÉ MENTALE

La majorité des participantes de la recherche (72 %) perçoivent positivement leur santé mentale. Le pendant est que 28 % des participantes ont une perception négative de leur santé mentale.

- ➔ 40 % des participantes ont dit avoir déjà reçu un diagnostic pour un problème de santé mentale :
 - La moitié d'entre elles ont mentionné une dépression.
- ➔ La plupart des femmes (56,2 %) disent avoir souvent ou régulièrement vécu des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale, tels que :
 - des difficultés financières,
 - des changements liés à l'emploi,
 - un conflit majeur ou le décès d'une personne chère.

- ➔ Suite à des épisodes de vie difficile, 56,3 % augmentent leur consommation d'alcool, de drogue ou de médicament ;
- ➔ Parmi les participantes qui disent avoir vécu « souvent et régulièrement » des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale, elles sont 14,9 % pour qui la consommation a tendance à augmenter « beaucoup » lors d'épisodes de vie difficiles ;
- ➔ 53,1 % des femmes ont mentionné avoir déjà pensé à se suicider ;
- ➔ 27,8 % des femmes disent avoir déjà fait une tentative de suicide ;
- ➔ 27,4 % des participantes ont été victimes d'une forme de violence (agression, violence, intimidation) au cours de la dernière année ;
- ➔ Les femmes qui passent leurs temps libres seules perçoivent leur santé mentale de façon plus négative que celles qui sont entourées lors de leurs moments de loisirs ;
- ➔ Quelques participantes vivent une grande solitude, n'ayant personne à qui se confier.

BESOINS ET SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Les besoins des Centricoisais fréquentant les ressources communautaires faisant partie de l'étude sont importants en matière de santé mentale. 79 % des femmes ont reconnu avoir eu besoin d'aide lors d'épisodes de vie difficiles. Cependant, 53 % d'entre elles n'ont pas reçu (ou que partiellement reçu) l'aide dont elles avaient besoin. Le plus fréquemment, les femmes ne formulent pas de demande d'aide lorsqu'elles en ressentent le besoin. Elles disent préférer s'en occuper elles-mêmes. Elles ont peur de demander de l'aide pour diverses raisons. Les préjugés à l'égard de la santé mentale sont tenaces. Même lorsqu'elles le demandent, les femmes ne reçoivent pas toujours l'aide nécessaire.

En prenant compte des motifs pour lesquels les femmes disent de ne pas avoir obtenu l'aide :

- 35,9 % semblent de ne pas avoir « demandé » d'aide,
- 22,4 % n'ont tout simplement pas « obtenu » l'aide souhaitée.
- ➔ Ainsi, 8,1 % ayant demandé de l'aide disent que celle-ci n'était pas disponible au moment où elles en avaient besoin ;
- ➔ 15 % n'ont pas obtenu l'aide requise en raison de leur incapacité de payer, soit pour un service au privé, des frais de gardiennage ou de transport.

Au cours des deux dernières années :

- 61,3 % des participantes ont consulté un médecin de famille,
- 31,8 % un travailleur social ou un conseiller,
- 30,9 % un professionnel du CSSS¹.

¹ Les CSSS sont maintenant connus sous l'acronyme CIUSSS ou encore CIUSSS. Compte tenu qu'au moment d'effectuer la recherche l'appellation CSSS n'avait pas encore été modifiée, nous avons choisi d'utiliser cette même appellation dans le présent document.

Au cours de la dernière année, les ressources communautaires les plus fréquentées ont été :

- les ressources pour l'aide alimentaire (27,3 %),
 - les ressources en matière de santé mentale (24,2 %),
 - les ressources en employabilité (20,6 %),
 - les centres de femmes (20,1 %).
- ➔ 78,4 % des répondantes ont consulté plus d'une ressource communautaire au cours de la dernière année. En moyenne, elles ont fréquenté 2,4 ressources communautaires différentes.
- ➔ Un petit groupe de participantes, qui fréquentent un nombre élevé de ressources communautaires, se distinguent des autres participantes : elles ont un faible revenu, mais elles jugent leur situation économique confortable. Elles se différencient par leur vie sociale satisfaisante, c'est-à-dire une meilleure perception de leur vie sociale, le fait de se confier régulièrement à des amis et l'obtention d'aide lorsqu'elles vivent des difficultés.

SATISFACTION CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET L'OFFRE DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

La difficulté d'accès à de l'aide professionnelle représente la principale préoccupation des Centricoisés fréquentant les ressources communautaires de l'étude. Les délais d'attente pour l'obtention de l'aide et la complexité du processus d'accès ont été particulièrement décriés par les répondantes.

Lors d'épisodes de vie difficile :

- ➔ 47,4 % des participantes estiment que l'aide reçue de la part des organismes communautaires a répondu partiellement ou totalement à leurs besoins ;
- ➔ 45,7 % des participantes estiment que l'aide reçue de la part de professionnels de la santé a répondu partiellement ou totalement à leurs besoins ;
- ➔ 34,5 % des participantes ont obtenu une réponse (que celle-ci soit partielle ou complète) à leurs besoins de la part de ressources privées, comme une psychologue ou un thérapeute en relation d'aide ;
- ➔ Un peu plus de la moitié des femmes de l'étude ont reçu partiellement ou totalement réponse à leurs besoins de la part d'ami(es) et/ou de membre(s) de leur famille.

Parmi les ressources consultées :

- ➔ Les travailleurs sociaux ou conseillers consultés par 30,9 % des répondantes sont jugés utiles à 77,7 % ;
- ➔ Les CSSS consultés par 31,8 % sont jugés utiles à 70,2 % ;
- ➔ Les organismes en santé mentale par 14,5 % sont jugés utiles à 75 % ;
- ➔ Les centres de femmes par 15,3 % sont jugés utiles à 70,9 %.

Parmi les diverses ressources consultées, voici celles ayant obtenu le plus haut taux d'utilité :

- 1) Les CALACS consultés par 10,3 % des répondantes sont jugés utiles à 86,5 %,
- 2) Les organismes de traitement des dépendances consultés par 9,5 % des répondantes sont jugés utiles à 79,4 %,
- 3) Les conseillers religieux ou spirituels consultés par 8,4 % des répondantes sont jugés utiles à 87,1 %.

CHAPITRE 1 – Mise en contexte et positionnement de la recherche

La santé mentale, c'est trouver un juste équilibre entre les différents aspects de sa vie sur le plan social, physique, professionnel, spirituel, économique et mental. Atteindre cet équilibre est un processus d'apprentissage. Par moment, la balance penchera peut-être davantage d'un côté et vous devrez travailler pour retrouver votre point d'équilibre.



L'équilibre de chaque personne est unique.

(ACSM, site Web, 2015)

La santé mentale concerne tout le monde, hommes, femmes et enfants. La santé mentale fait partie intégrante de la santé globale de tout individu. Elle y joue même un rôle déterminant. Elle mérite donc que l'on s'y attarde. Plusieurs groupes de femmes se sentent interpellés par la santé mentale de leurs participantes, ainsi que celle de leurs intervenantes. La TCMFCQ n'y fait pas exception.

L'actuel contexte socioéconomique et politique n'est pas très rassurant, on pourrait même dire un peu inquiétant, mais les femmes sont fortes et résilientes. Elles y arriveront, pourrions-nous dire, car nous croyons profondément au potentiel de chacune d'entre elles. Mais elles ne sont malheureusement pas de « superwomen », il arrive que les ressources personnelles ne soient pas suffisantes, car elles ne sont pas inépuisables. Il arrive que parfois... ce soit juste trop !

« Trop lourd, trop ardu, trop long, trop cher, trop loin, trop injuste, trop épouvantable, trop frustrant, trop stupide, trop peu, trop humiliant, trop épuisant... »

Voilà en très peu de mots ce que les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche nous ont dit... parfois même raconté en toute confiance !

La santé des femmes est un sujet qui préoccupe la TCMFCQ depuis fort longtemps. En 2003-2004, la TCMFCQ et ses membres, suite à une démarche entreprise afin de connaître la situation de santé des Centriciennes et de dégager les priorités d'actions pour améliorer leurs conditions de vie, adoptent le cadre de référence « **À votre santé, Mesdames** ». Depuis, divers projets ont été mis en œuvre afin d'améliorer différents aspects de la santé des femmes. En 2013, les membres de la TCMFCQ ont choisi d'investir, avec l'aide de partenaires, énergie, temps et argent dans un projet sur la santé mentale des femmes de notre région et, particulièrement pour celles plus vulnérables qui fréquentent nos organisations communautaires. La documentation en matière de santé mentale est foisonnante, beaucoup de gens ont écrit sur le sujet. Par contre, il a été plus difficile de trouver de l'information et des données selon le genre qui portent une vision féministe. Parmi la littérature consultée, un document a été assurément un élément déclencheur et deux autres ont été des sources d'inspiration pour la réalisation de notre projet en matière de santé mentale des femmes.

Tout d'abord, l'initiative de procéder à une recherche sur le terrain est née, en réponse à la publication d'une étude produite en 2011 par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

La recherche Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins, a été amorcée en 2010 dans un contexte de privation de ressources financières dans les services publics de santé, de décentralisation du système de santé et de médicalisation croissante des problèmes sociaux. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a voulu comprendre les conséquences, sur ses groupes membres, de la réforme du système de santé ainsi que de l'augmentation des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale de leurs participantes.

Après avoir pris connaissance des résultats de cette recherche, la TCMFCQ a présenté à ses membres les six principaux constats de cette recherche provinciale, leur demandant s'ils reflètent la réalité vécue au sein de leur organisme :

Extraits du résumé du rapport de recherche « *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins* » :

- 1) *Les conditions socioéconomiques des participantes des organismes communautaires de femmes se détériorent partout au Québec, ce qui compromet leur santé mentale ;*
- 2) *La santé mentale des participantes des organismes communautaires de femmes se détériore partout au Québec :*
 - *Une augmentation du nombre de participantes confrontées à des problèmes de santé mentale a été observée par 66 % des organismes, et un alourdissement des problèmes de santé mentale par 75 % des organismes.*
- 3) *L'accessibilité aux services sociaux et des services de santé s'amenuise de plus en plus, et ce sont les femmes les plus démunies qui en souffrent le plus ;*
- 4) *Le changement de profil des participantes et l'inaccessibilité des services publics confrontent les organismes communautaires de femmes à une situation sans précédent :*
 - *76 % des organismes reçoivent des participantes qui n'auraient pas dû être dirigées vers leur service (ce que les travailleuses appellent le dumping) ;*
 - *59 % des organismes doivent refuser certaines participantes ayant des problèmes de santé mentale ;*
 - *54 % des organismes constatent une augmentation du nombre de participantes qui semblent avoir besoin d'une intervention en santé mentale.*
- 5) *L'alourdissement des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale affecte les conditions de travail dans les organismes communautaires de femmes et crée une surcharge. Les travailleuses affirment :*
 - *se sentir dépassées par le travail à accomplir (71 % des organismes) ;*
 - *éprouver des difficultés à composer avec la surconsommation de médicaments des participantes : animation de groupe difficile, vie interne perturbée, etc. (60 % des organismes) ;*
 - *avoir parfois ou souvent peur dans certaines situations (61 % des organismes) ;*
 - *se sentir impuissantes devant l'impossibilité d'apporter une aide complète à certaines participantes (82 % des organismes).*
- 6) *Cette conjoncture menace la mission d'une grande majorité d'organismes communautaires de femmes, puisqu'elle affecte la nature de leurs activités. L'augmentation du nombre de suivis individuels se fait au détriment de l'approche collective et oblige parfois la mise de côté de leur vie associative.*

Les groupes membres de la TCMFCQ ont en effet reconnu que certains de ces constats font écho à leur vécu de groupe. Dès lors, la TCMFCQ et ses membres furent convaincus de la pertinence d'agir sur la question de la santé mentale des femmes au Centre-du-Québec.

Un comité orienteur intersectoriel en santé mentale a été mis en place, dans le but de documenter la problématique de la santé mentale des femmes du Centre-du-Québec qui fréquentent des groupes communautaires, ainsi que de sensibiliser différentes instances dirigeantes et de mettre éventuellement en place des actions permettant d'améliorer les services offerts et, plus particulièrement, la concertation des acteurs et actrices concernés. Toutefois, le comité a fait le choix d'interpeller directement les femmes de façon majoritaire, afin d'avoir leur avis à partir de leur vécu en matière de santé mentale et d'aller valider, par la suite, les informations recueillies auprès d'intervenantes communautaires.

Pour la TCMFCQ, la présente recherche est donc la résultante d'une première étape, soit celle de documenter la problématique de la santé mentale des femmes qui fréquentent les groupes communautaires de la région du Centre-du-Québec. Plus précisément, la recherche a pour objectifs de :

- 1) Connaître le profil des femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale ;
- 2) Identifier leurs besoins en matière de santé mentale ;
- 3) Identifier les services auxquels elles font appel ;
- 4) Évaluer le niveau de satisfaction concernant l'offre et l'accessibilité des services ;
- 5) Formuler des recommandations visant à améliorer les services en matière de santé mentale.

En résumé, cette étude a permis de rejoindre des femmes adultes et des jeunes filles de 14 ans et plus. Pour ce faire, des groupes communautaires ont été choisis, tels que les groupes de femmes, les groupes en santé mentale et ceux travaillant avec une problématique ayant une incidence sur la santé mentale (organismes de défense collective des droits, de lutte contre la pauvreté, les groupes offrant des services aux familles et les organismes dédiés à la jeunesse). Il a été demandé aux femmes qui fréquentent ces groupes communautaires : comment vont-elles sur le plan de leur santé mentale, si elles ont accès à tous les services requis, et ce qui pourrait être amélioré afin de mieux répondre à leurs besoins.

L'une des sources d'inspiration du comité a été le rapport « *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* » de l'institut canadien d'information sur la santé (Ottawa, ICIS, 2009). Il est apparu particulièrement intéressant, par ses propos sur la **santé mentale positive**. On mentionne, entre autres, en introduction que « *la santé mentale figure de plus en plus au centre des discussions et des interventions au chapitre de la santé globale et du bien-être en général.* » Cela concorde assez bien avec l'approche globale de la santé véhiculée par le mouvement des femmes.

«... le rapport de l'ISPC s'intéresse au concept de santé mentale positive en examinant la santé mentale indépendamment de la maladie mentale, et en considérant la santé mentale positive comme une composante de l'état de santé global et de la promotion de la santé mentale.»

«La santé ne se limite pas à l'absence de maladie physique ; de la même façon, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie mentale. Dans les rapports précédents, il a été observé que divers déterminants de la santé peuvent influencer sur la santé mentale et la maladie mentale, notamment les caractéristiques individuelles, environnementales, sociales, culturelles et socioéconomiques.»

C'est cette vision, ce concept de **santé mentale positive** qui a particulièrement interpellé les membres du comité et qui a servi de cadre de référence pour guider la présente recherche.

Une approche qui mise sur une vie florissante plutôt que languissante souligne la nature multidimensionnelle de la santé mentale positive, notamment le bien-être émotionnel, le fonctionnement psychologique et l'appartenance sociale. Aussi, les recherches sur ces concepts indiquent que l'absence d'une santé mentale positive peut avoir les mêmes conséquences néfastes sur le fonctionnement d'une personne que la présence d'une maladie mentale.

(ICIS, 2009, p. 9)



L'Agence de la santé publique du Canada (ICIS, 2009, p. 3) définit la santé mentale comme suit :

La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.

En utilisant la définition de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada comme cadre de référence, le rapport explore une façon de décrire le concept de santé mentale positive en s'intéressant à cinq composantes :

- 1) L'aptitude à jouir de la vie ;
- 2) L'adaptation aux événements de la vie ;
- 3) Le bien-être émotionnel ;
- 4) Les valeurs spirituelles ;
- 5) L'appartenance sociale et le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle.

Ce sont ces composantes de la santé mentale positive qui ont en partie inspiré l'élaboration du questionnaire de recherche. Une brève description de chacune de ces composantes se trouve en annexe 1 de ce rapport.

Le deuxième document ayant attiré notre attention est celui de la Maison des femmes des Bois-Francis, groupe membre de la TCMFCQ. Afin de mieux comprendre la problématique de la santé mentale chez les femmes, les auteurs du rapport intitulé « *Évaluation de l'état de santé mentale et des besoins des femmes de la région desservie par le CLSC Suzor-Côté* » (1988) se sont attardés aux différents facteurs psychosociaux principalement rencontrés dans les études pouvant intervenir et faire varier l'état de santé mentale. Le questionnaire de cette recherche, de par sa grande similitude avec les objectifs de la présente recherche de la TCMFCQ, a grandement inspiré l'élaboration du questionnaire de la « *Recherche sur les femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale* ».

Fortes de toutes ces expériences et ces connaissances issues de la littérature consultée, et grâce à la collaboration des groupes communautaires, cette recherche permet de cerner certains enjeux en matière de santé mentale pour les femmes et les familles du Centre-du-Québec, dans un objectif de mieux être, de résilience et de développement du pouvoir d'agir.

CHAPITRE 2 – Méthodologie

Dans l'optique d'une recherche probante en matière de résultats, les membres du comité ont convenu d'adopter une méthodologie approuvée. Pour ce faire, un professionnel du CIUSSMCQ, a guidé et supervisé la méthode de fonctionnement, ainsi que tous les documents relatifs à la recherche.

POPULATION À L'ÉTUDE

La population de l'étude était composée des femmes fréquentant les organismes communautaires dans la région administrative du Centre-du-Québec. La région a été subdivisée selon trois territoires sociosanitaires de réseaux locaux de services, soit Arthabaska-et-de-l'Érable, Bécancour-Nicolet-Yamaska, et Drummond². Pour chacun de ces territoires, une liste des organismes communautaires a été établie. À partir de cette liste, des organismes ont été contactés pour leur expliquer le projet et obtenir leur participation.

Chacun des organismes ayant accepté de participer a souscrit à une des deux méthodologies suivantes :

- ➔ L'organisme a dressé une liste des femmes le fréquentant et un certain nombre de femmes ont été choisies au hasard. Par la suite, elles ont été contactées par une personne de l'organisme pour participer à la recherche ou ;
- ➔ L'organisme a dressé une liste de ses activités régulières, parmi lesquelles une de ces activités a été pigée au hasard. Les participantes ont été alors sollicitées pour prendre part à la recherche.

QUESTIONNAIRE

Un questionnaire soumis auprès des femmes fréquentant les organismes communautaires représente la méthode principale pour collecter l'information désirée. Le questionnaire de recherche a été élaboré en utilisant le modèle de la santé mentale positive de l'enquête « *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* » ICIS, 2009.

La plupart des questionnaires ont été remplis par les femmes lors d'activités régulières de l'organisme qu'elles fréquentaient (287 répondantes). L'animatrice de l'activité expliquait la présence de l'intervieweuse, qui à son tour expliquait la raison de sa présence et du questionnaire. Elle distribuait ensuite le questionnaire et supportait au besoin les femmes qui avaient accepté d'y répondre. Après avoir recueilli le questionnaire, dépendant des arrangements avec l'organisme participant, elle pouvait animer une présentation sur la santé mentale positive. Afin de ne pas laisser les répondantes en plan, elle présentait et remettait ensuite une liste de numéros de téléphone sans frais de ressources accessibles en tout temps, et selon diverses problématiques, pouvant les aider dans une démarche de santé mentale, le tout accompagné d'un dépliant du service régional Info-Santé / Info-Social 811.

Chacun des organismes avait la possibilité de choisir la façon d'interroger les femmes qui utilisaient leurs services. Certains organismes ont préféré l'entrevue individuelle (72 répondantes). L'intervieweuse convenait d'une date avec l'organisme qui planifiait les entrevues d'environ 30 à 45 minutes. Les femmes étaient alors rencontrées individuellement et celles qui acceptaient de répondre choisissaient de remplir le questionnaire elles-mêmes ou, en entrevue. Elles étaient aussi soutenues tout au long de la démarche et recevaient les mêmes informations sur les ressources disponibles, susceptibles de les aider au besoin. Même dans les activités de groupe, lorsqu'une femme ne se sentait pas à l'aise de répondre au questionnaire en groupe, quelle que soit

² Dans le document, vous retrouverez parfois les termes Drummondville et Drummond. Drummondville fera référence à la ville elle-même, tandis que le terme Drummond fera référence au territoire administratif de la MRC de Drummond composée de 18 municipalités.

la raison (problème visuel, analphabétisme, problème d'attention ou autre), on lui offrait la possibilité de répondre individuellement au questionnaire dans un autre local, avec l'aide d'une intervenante.

CONFIDENTIALITÉ

Afin d'assurer la confidentialité des répondantes, des mesures ont été prises tout au long du processus de recherche. Les participantes n'avaient pas à donner leur nom ni leurs coordonnées. Le questionnaire leur était remis dans une enveloppe, et après avoir répondu à celui-ci, elles devaient elles-mêmes le remettre dans l'enveloppe et la sceller. Une contractuelle différente de l'enquêtrice a été engagée afin de faire l'entrée informatique des données.

GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUP*)

Afin de recueillir une information complémentaire auprès des intervenantes des organismes communautaires, nous avons organisé un groupe de discussion par territoire de réseau local de services. Pour chacun des trois groupes de discussion, des ressources communautaires ayant participé à la recherche ont été invitées à être représentées par une intervenante de leur groupe. L'invitation a été faite par un envoi postal plusieurs semaines avant la tenue de l'événement et une relance a été faite par courriel deux semaines plus tard. Les rencontres ont été tenues à Victoriaville pour le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable (8 participantes), à Nicolet pour le territoire de Bécancour-Nicolet-Yamaska (4 participantes) et à Drummondville pour le territoire de Drummond (7 participantes).

L'animation consistait dans un premier temps à présenter les résultats préliminaires de la recherche et à valider si cela représentait bien la situation de leurs participantes. Dans un deuxième temps, il y avait discussion sur certains éléments reliés à leurs activités et à leur clientèle relativement aux problématiques et aux services en matière de santé mentale.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Le plan du questionnaire incluait deux niveaux de strate (territoire, organisme communautaire) et un niveau de grappe (activité) pour les femmes ayant répondu en groupe. Le profil sociodémographique des femmes de chacun des territoires n'était pas différent les uns des autres, ni de ceux d'une autre étude sur la clientèle des organismes communautaires « *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, 2010 ». Les données ont donc été considérées comme celles d'un échantillon aléatoire simple, tout en restant prudentes dans l'interprétation des données quantitatives.

Pour les données qualitatives, toutes les questions ouvertes, les commentaires inscrits en marge des questions sur le questionnaire ont été collectés et ont servi à mieux comprendre les réponses des femmes aux questions fermées (avec des échelles de réponses). Certains de ces commentaires ont été utilisés comme exemples anecdotiques dans l'interprétation des résultats, de façon à préciser les implications des réponses recueillies, sans toutefois devenir l'interprétation elle-même.

La recherche a finalement rejoint 359 femmes, provenant de 51 groupes communautaires mixtes et non mixtes, dont 6 étaient spécifiques en santé mentale. De ces femmes, 287 ont participé à une rencontre de groupe et répondu individuellement au questionnaire, tandis que 72 femmes ont participé à la recherche sous forme d'entrevue individuelle. Ce nombre élevé de participantes permet de conclure que les résultats sont représentatifs de la situation des femmes qui fréquentent les groupes communautaires au Centre-du-Québec. De plus, par le biais de groupes de discussion, 19 intervenantes ont été rencontrées, afin d'avoir leur vision et leurs commentaires sur les problématiques et les services en matière de santé mentale. Par ailleurs, les propos des intervenantes allaient dans le même sens et ont très souvent appuyé les dires des participantes de la recherche.

CHAPITRE 3 – Résultats

Dans le cadre de ce rapport, les résultats sont présentés en quatre parties. La première partie présente le profil sociodémographique des Centricaises qui fréquentent les groupes communautaires de l'étude, afin de mieux connaître qui elles sont. Une deuxième partie décrit le portrait de la perception de ces femmes quant à leur santé mentale. Puis, leurs besoins en cette matière et les services auxquels elles font appel sont détaillés. La troisième section présente l'appréciation de ces femmes concernant l'offre et l'accessibilité des services en matière de santé mentale. Enfin, la dernière partie (quatrième) permet de connaître les suggestions pour optimiser l'offre de services. Des recommandations pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé mentale au Centre-du-Québec concluent ce rapport.

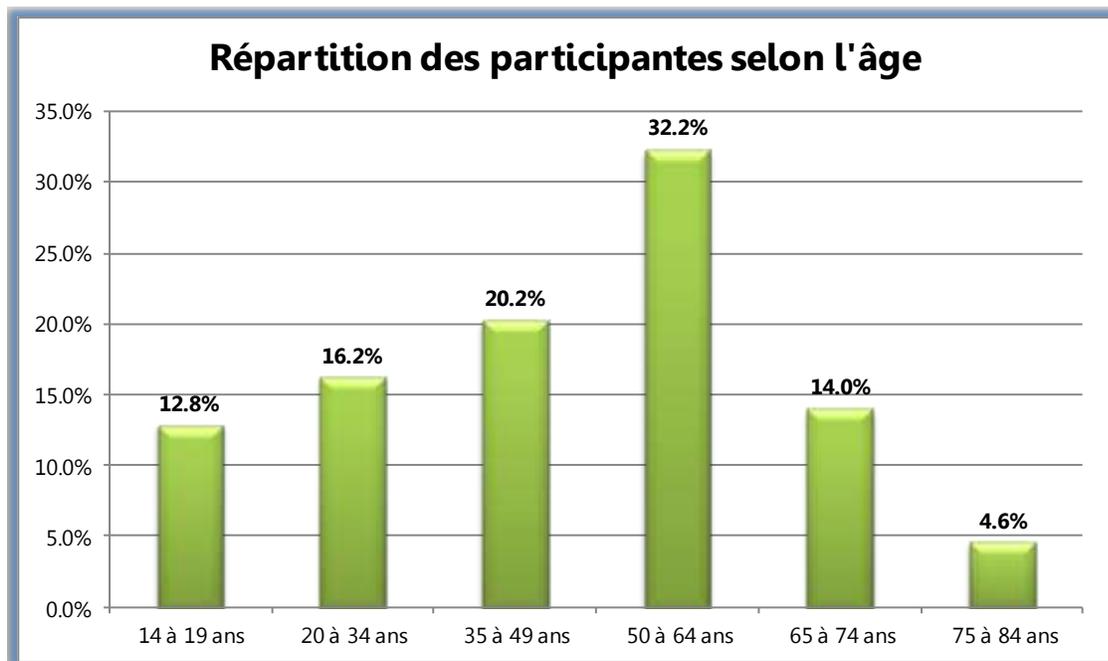
3.1 - PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES CENTRICOISES QUI FRÉQUENTENT LES GROUPES COMMUNAUTAIRES FAISANT PARTIE DE L'ÉTUDE

Afin d'établir le profil des Centricaises qui fréquentent les groupes communautaires de l'étude, nous présentons d'abord leurs caractéristiques sociodémographiques : 1) l'âge, 2) le milieu de vie, 3) l'orientation sexuelle, 4) l'état civil, 5) la scolarité et 6) la situation socioéconomique.

3.1.1 - L'ÂGE

L'âge des 359 participantes varie entre 14 et 84 ans. Comme le montre le graphique ci-dessous, le groupe des femmes âgées de 50 à 64 ans est le groupe le plus représenté dans notre échantillon, soit 32,2 %. Par contre, les femmes de 20 à 34 ans ajoutées à celles de 35 à 49 ans constituent 36,4 % des répondantes à la recherche.

GRAPHIQUE 1



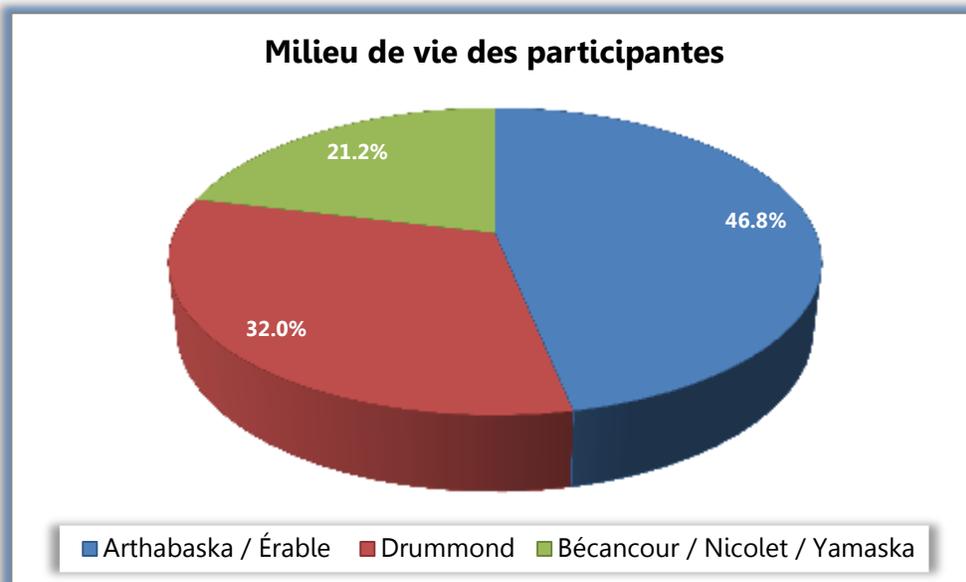
Les groupes communautaires ont été choisis pour représenter les femmes de différents groupes d'âge, notamment les jeunes filles et les aînées. Les caractéristiques sociodémographiques des participantes, selon les organismes communautaires fréquentés, sont détaillées dans la section présentant les services auxquels elles font appel.

3.1.2 - LE MILIEU DE VIE

Le graphique qui suit présente la provenance de la clientèle féminine d'organismes communautaires du Centre-du-Québec qui a été rencontrée, soit : 1) Arthabaska-et-de-l'Érable (46,8 %), 2) Drummond (32 %) et 3) Bécancour-Nicolet-Yamaska (21,2 %). L'échantillon surreprésente les femmes provenant du secteur d'Arthabaska-et-de-l'Érable, puisqu'elles comptent pour 39,5 % de l'ensemble du Centre-du-Québec (Institut de la statistique du Québec, 2013). Les femmes du secteur de Drummond représentent 42,2 % des Centriciennes, mais 32 % des participantes à l'étude. Les femmes de Bécancour-Nicolet-Yamaska sont plus nombreuses parmi les participantes (21,2 %) que leur représentation démographique centricienne (18,3 %). Les ressources qui ont accepté de participer à cette étude influencent ce résultat.

À la question : comment les participantes perçoivent-elles leur milieu de vie actuel (ville, village, quartier, etc.), la presque totalité des femmes le perçoivent comme plaisant, ou très plaisant (93,5 %).

GRAPHIQUE 2



« La santé mentale est influencée par plusieurs conditions qu'on nomme les déterminants sociaux de la santé. » Les environnements social et physique en sont des éléments importants. « Exemple : vivre dans un quartier sans parc, ni verdure, sans épicerie accessible peut influencer négativement notre santé. À l'inverse vivre dans un quartier où l'on peut marcher, avoir des espaces verts et des fruiteries permet maintenir une bonne santé mentale. » (ACSM, Division du Québec® 2014)

Donc le fait de percevoir son milieu comme plaisant et très plaisant a assurément un impact positif sur la santé mentale des femmes.

Deux territoires autochtones, Wôlinak et Odanak de la nation abénaquise, font partie du Centre-du-Québec. Près d'une femme sur 10 (9,7 %) fréquentant les groupes communautaires inclus dans l'étude est membre des Premières Nations. Ce nombre de femmes autochtones est élevé, si l'on considère que les membres des Premières Nations représentent moins de 1 % de la population du Centre-du-Québec (Statistique Canada, 2006 ; Secrétariat aux affaires autochtones, 2011).

Une minorité des Centricois (6 %) qui fréquentent les groupes communautaires ciblés par l'étude sont immigrantes. Bien que la proportion de femmes issues de minorités culturelles soit plus élevée dans l'échantillon que dans la population féminine (2,2 %), les critères de participation à cette recherche ont fait en sorte que ces femmes y sont probablement sous-représentées (comparativement aux autres femmes) en raison des choix méthodologiques. En effet, il était demandé de parler français et d'être au Québec depuis au moins un an pour participer, afin de ne pas entraîner de biais en raison, entre autres, d'une compréhension inadéquate du questionnaire utilisé. De plus, les femmes qui fréquentent un groupe communautaire travaillant auprès des femmes immigrantes du Centre-du-Québec n'ont pas pu participer à cette recherche, en raison d'un surplus de travail des intervenantes au moment de la passation des questionnaires.

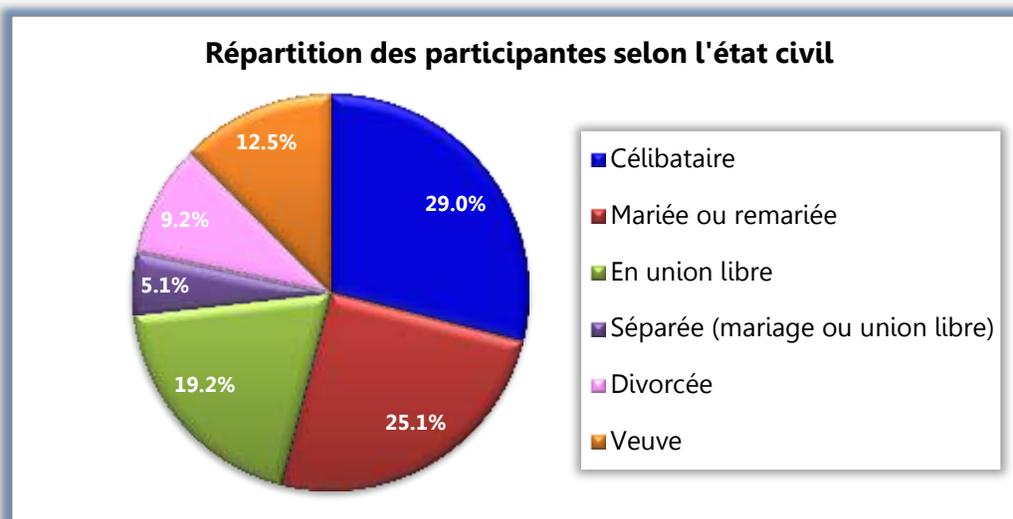
3.1.3 - L'ORIENTATION SEXUELLE

La grande majorité des Centricois consultées se décrivent comme hétérosexuelles (92,2 %), quelques-unes s'identifient comme bisexuelles (4,3 %) ou homosexuelles (3,4 %)³.

3.1.4 - L'ÉTAT CIVIL

Le graphique qui suit présente l'état civil détaillé des femmes rencontrées dans les organismes communautaires. Ainsi, 55,8 % des femmes qui ont participé à cette étude sont célibataires, séparées, divorcées ou veuves. Une faible majorité des Centricois qui fréquentent les groupes communautaires ne vivent donc pas en couple. À l'inverse, 44,3 % sont mariées, vivent en union libre ou sont remariées.⁴

GRAPHIQUE 3



³ Ce petit nombre de femmes bisexuelles ou homosexuelles parmi les participantes limite la fiabilité de certains résultats obtenus en lien avec l'orientation sexuelle. Seuls les résultats significatifs au plan méthodologique sont présentés dans ce rapport.

⁴ La différence de 0,1 s'explique par des questions méthodologiques, soit l'arrondi entre le nombre retenu de décimales.

Notons que 25,1 % des femmes participantes vivent complètement seules (sans conjoint, ni enfants, ni colocataires). Ce taux est plus élevé que pour la population féminine québécoise où 17,1 % vivaient seules en 2011 (Conseil du statut de la femme, 2015). Plus d'une participante sur 10 (13,4 %) a répondu ne pas vivre seule ni en couple. En fait, la plupart d'entre elles sont des adolescentes (14 à 18 ans) et/ou de jeunes adultes étudiantes qui vivent avec leurs parents. D'autres participantes vivent dans un milieu d'hébergement, par exemple une maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale ou une ressource pour la santé mentale.

Qu'elles soient seules ou en couple, en général, les Centricoisées rencontrées (67,2 %) vivent sans enfant. Cependant, si l'on tient compte seulement des femmes de 20 à 49 ans, 60,5 % vivent avec un ou plusieurs enfants et parmi elles, 29,2 % vivent seules avec leurs enfants.

Pour l'ensemble des participantes ayant déclaré avoir des enfants encore à la maison (102 femmes) et qui ont spécifié l'âge des enfants (82 femmes) :

- ➔ 39 % ont des enfants âgés de 0 à 5 ans ;
- ➔ 45,1 % ont des enfants âgés de 6 à 12 ans ;
- ➔ 26,8 % ont des enfants âgés de 13 à 18 ans ;
- ➔ et 25,6 % ont des enfants de 19 ans et plus.

À noter qu'une même femme peut avoir des enfants dans plus d'une catégorie d'âge. Elles sont 32,9 % dans cette situation, c'est-à-dire qu'elles ont des enfants qui se retrouvent dans deux ou même trois catégories d'âge différentes. Si l'on tient compte des femmes qui déclarent avoir des enfants âgés de 0 à 5 ans et de 6 à 12 ans, cela représente en moyenne 2,8 enfants par femme. Si l'on tient compte des femmes qui déclarent avoir des enfants entre 6 et 12 ans et entre 13 et 18 ans, cela représente une moyenne de 2,9 enfants par participante.

Avec 39 % d'enfants d'âge préscolaire et 71,9 % d'enfants d'âge primaire et secondaire, la responsabilité familiale peut s'avérer exigeante pour les participantes, particulièrement pour les femmes seules.

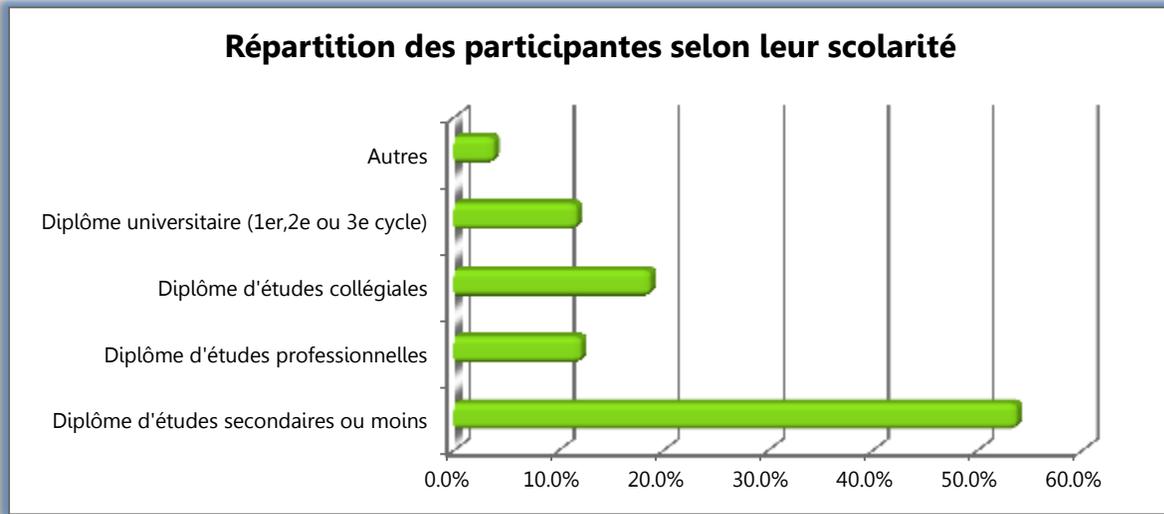
3.1.5 - LA SCOLARITÉ

Au Centre-du-Québec, plus de la moitié (53,7 %) des femmes qui fréquentent des organismes communautaires faisant partie de la recherche ont complété un 5^e secondaire ou moins. La TCMFCQ (2011) a déjà remarqué que le taux de décrochage des filles du Centre-du-Québec place la région en tête de liste par rapport à l'ensemble du Québec. Composant 67 %⁵ de notre échantillon, « *les MRC de l'Érable (33,7 %), de Nicolet-Yamaska (30,2 %) et d'Arthabaska (30,4 %) se distinguent avec une proportion de non-diplômées supérieure à la moyenne régionale (29,7 %), et du Québec (25,1 %)* » (TCMFCQ, 2011).

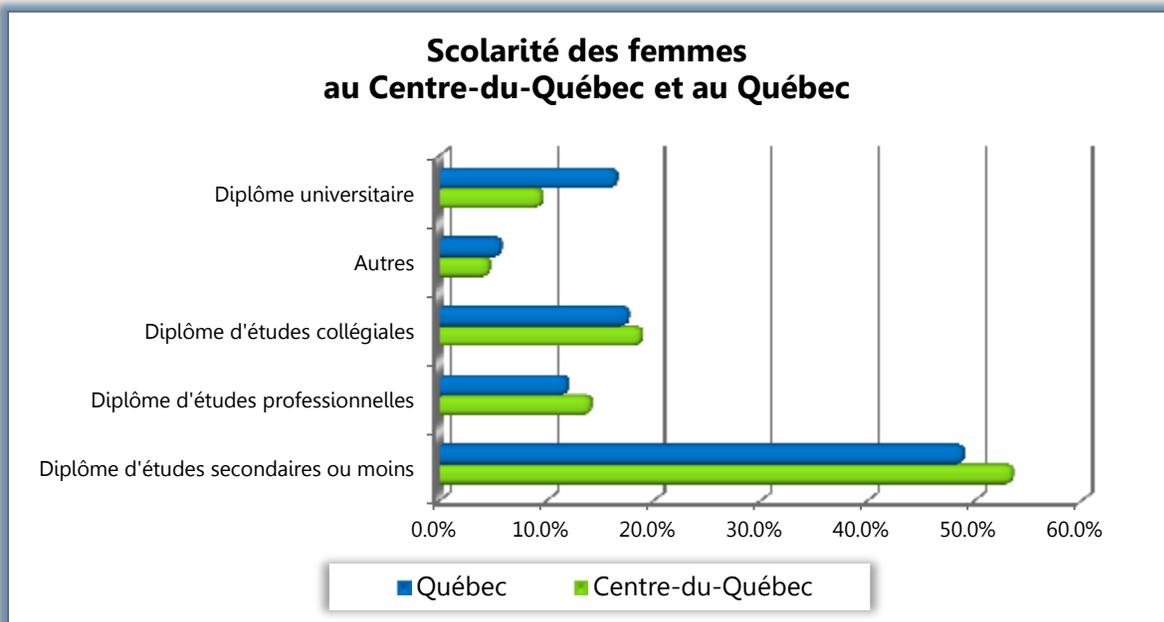
Comme le montre le graphique ci-dessous, plus d'une femme consultée sur 10 (12,1 %) détient un diplôme d'études professionnelles. Une proportion de 18,7 % des participantes a obtenu un diplôme d'études collégiales et 11,7 % ont complété un diplôme universitaire de premier cycle principalement, bien que quelques-unes aient terminé des études universitaires de 2^e ou 3^e cycle (maîtrise et doctorat).

⁵ Ce pourcentage inclut cependant les femmes provenant de Bécancour.

GRAPHIQUE 4



GRAPHIQUE 5

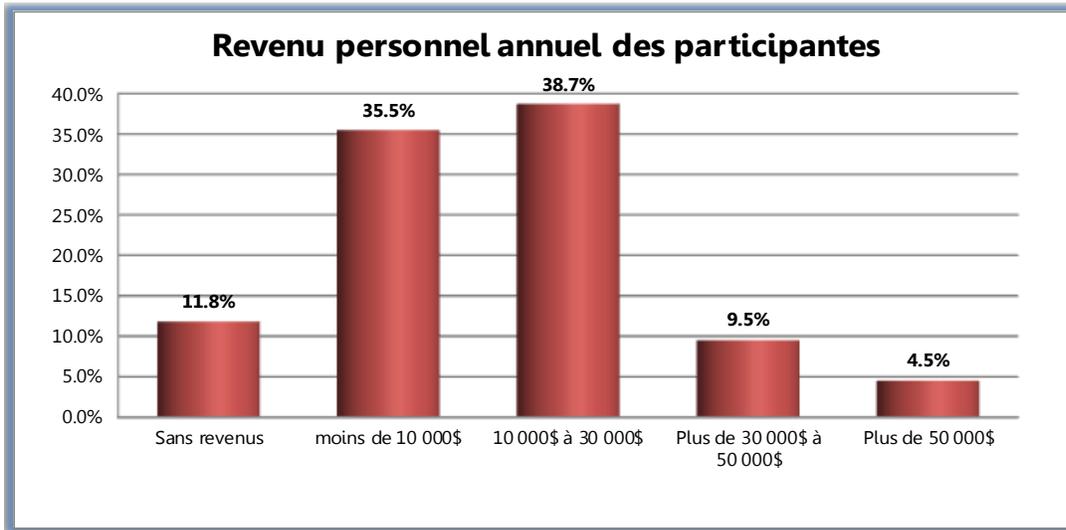


Source : Portrait statistique ÉGALITÉ Femmes/hommes « Où en sommes-nous au Centre-du-Québec », Conseil du statut de la femme, 2010, p. 54

3.1.6 - LA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE

La sous-scolarisation des femmes qui fréquentent les organismes communautaires de la recherche se répercute concrètement sur leur situation économique. Le graphique ci-dessous illustre le revenu personnel des femmes qui fréquentent ces groupes communautaires de la région.

GRAPHIQUE 6



Comme le montre le graphique, la plupart de ces femmes (47,3 %) gagnent moins de 10 000 \$ annuellement ; plus de 10 % d'entre elles (11,8 %) n'ont en fait aucun revenu personnel. Le revenu de ces femmes dépasse rarement 30 000 \$. Ce portrait est corroboré par les études quant à la pauvreté des Centricois (TCMFCQ, 2012). Ce faible revenu s'explique par le fait que la très grande majorité (63,3 %) des participantes ont coché que leur réalité correspond à « être à la maison », « sans emploi », « prestataire de la sécurité du revenu ou d'assurance emploi », ou « retraitée ». Notons que les filles de 14 à 19 ans sont aussi incluses dans cette catégorie de faible revenu. Cependant, elles représentent que 12,5 % de l'échantillon et elles se retrouvent surtout dans la catégorie des « étudiantes » et des « prestataires de la sécurité du revenu », qui bénéficient de programmes de réinsertion à l'école et/ou au travail. Les résultats seraient donc similaires, quoique légèrement inférieurs, si les participantes de 14 à 19 ans étaient exclues de cette analyse.

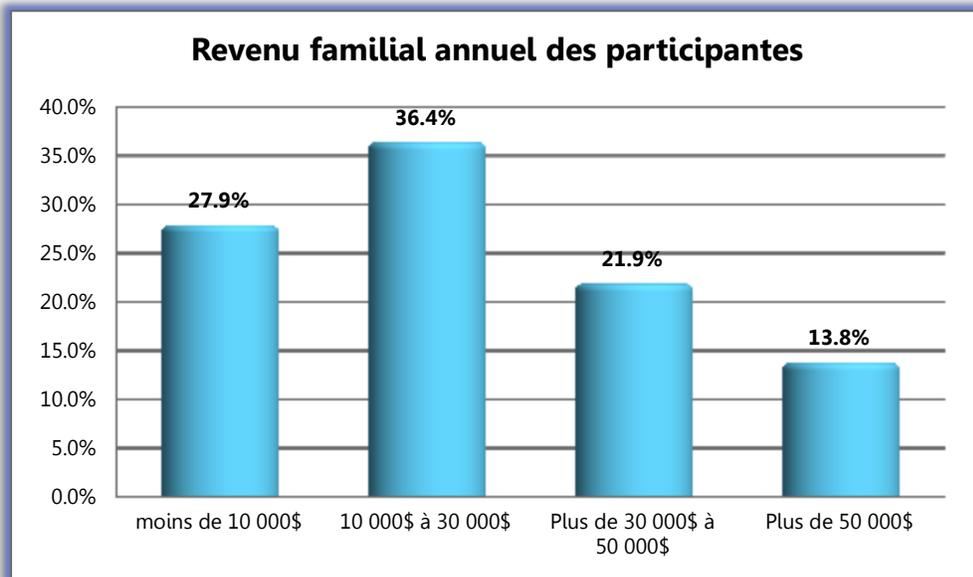
À peine plus de participantes travaillent à temps partiel (11,1 %) et seulement 9,7 % des femmes de l'étude se décrivent comme une travailleuse salariée à temps plein. Même pour ces travailleuses, le revenu est faible. En effet, « les femmes de la région accusent un manque à gagner de près de 7 000 \$, comparativement au revenu d'emploi moyen des femmes du Québec travaillant à temps plein. » (TCMFCQ, 2011, p. 3). En 2005, le revenu total moyen des Centricois était inférieur de 10 000 \$ à celui des Centricois (TCMFCQ, 2011). Une minorité de participantes déclarent un revenu personnel de plus de 50 000 \$ par année (4,5 %).

Les résultats du revenu personnel des participantes dénotent une grande pauvreté et ne sont pas étonnants. En effet, « les Centricois demeurent à tous âges parmi les plus pauvres du Québec » (TCMFCQ, 2011, p. 4). Cette réalité est encore plus criante chez les femmes de 55 à 64 ans, comme la TCMFCQ (2011, p. 6) l'a déjà souligné :

À partir de 55 ans, moins d'une Centricoise sur cinq est en emploi, alors que pour les Centricois, cette proportion est de l'ordre d'un sur trois. Ceci peut expliquer que la région compte une forte proportion de femmes de 55 à 64 ans vivant sous le seuil de faible revenu.

Pour près de la moitié des femmes participantes, le revenu du ménage bonifie un peu leur situation économique personnelle. Néanmoins, le revenu familial demeure faible, soit de 30 000 \$ ou moins pour 64,3 % des ménages des femmes de l'étude. Le fait que le revenu familial soit généralement supérieur au revenu personnel des participantes indique une probable dépendance financière pour certaines de ces femmes.

GRAPHIQUE 7



Bien que 64,3 % des femmes aient un revenu familial de 30 000 \$ et moins, 48,5 % des femmes questionnées qualifient leur situation financière actuelle d'assez confortable, soit de 42,2 %, voire même de très confortable pour 6,3 %. Ceci peut s'expliquer par le fait que des participantes peuvent avoir renoncé à une situation économique confortable en quittant un emploi stressant ou un conjoint violent, entraînant ainsi une satisfaction face à leur revenu, même s'il est faible. À l'opposé, l'autre moitié de l'échantillon trouve leur situation assez difficile (32,1 %) ou très difficile (18,3 %). Dans l'ensemble, davantage de femmes trouvent leur situation très difficile plutôt que très facile.

Les travailleuses des organismes communautaires de femmes du Québec avaient déjà constaté l'appauvrissement des femmes (RQASF, 2011). Dès 2011, le rapport du RQASF a fait état de cette détérioration des conditions de vie des femmes, en raison de leur appauvrissement, de l'insécurité financière, d'un manque d'emploi ou de conditions de travail précaires ou discriminatoires.

Les conditions économiques difficiles vécues par la majorité des femmes de l'échantillon ont des conséquences sur la santé mentale des femmes qui les subissent. Selon Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS : « *L'injustice sociale tue à grande échelle... Plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne. Cette réalité est une injustice parce qu'elle est évitable.* » (« *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y !* ») (ASSSMCQ, 2012). Dans le même sens, le RQASF (2011, p. 14) note que :

Les conditions de vie des femmes qui fréquentent les organismes de femmes se détériorent et l'accès aux services sociaux et aux services de santé est de plus en plus réduit, ce qui fait vivre aux plus démunies des situations inacceptables qui minent leur santé.

La sécurité économique correspond à un niveau de vie assuré et stable qui fournit aux individus et aux familles le niveau nécessaire de ressources pour pouvoir participer économiquement, politiquement, culturellement, et avec dignité, à la vie de leur communauté. La sécurité va au-delà de la simple survie physique et comprend un niveau de ressources qui favorise l'insertion sociale.

(Définition d'Andrew Jackson et coll., 2002)



En résumé.



- ➔ *Le groupe des femmes âgées de 50 à 64 ans est le groupe le plus représenté dans notre échantillon, soit 31,5 %. Par contre, les femmes de 20 à 34 ans ajoutées à celles de 35 à 49 ans constituent 35,7 % des répondantes à la recherche ;*
- ➔ *Les femmes de notre recherche proviennent, par ordre de fréquence de :*
 - *1) Arthabaska-et-de-l'Érable (46,8 %),*
 - *2) Drummond (32,0 %),*
 - *3) Bécancour-Nicolet-Yamaska (21,2 %).*
- ➔ *9,7 % d'entre elles sont membres des Premières Nations ;*
- ➔ *La presque totalité des participantes de l'étude (93,5 %) perçoit leur milieu de vie actuel comme étant plaisant, ou très plaisant ;*
- ➔ *La grande majorité des participantes (92,2 %) est hétérosexuelle. 7,7 % d'entre elles sont bisexuelles ou homosexuelles ;*
- ➔ *Une faible majorité des participantes (55,8 %) qui fréquente les groupes communautaires ne vit pas en couple. Ces participantes sont célibataires, séparées, divorcées ou veuves ;*
- ➔ *Près d'un tiers des femmes consultées vivent avec un ou plusieurs enfants dont la majorité est âgée de 18 ans ou moins :*
 - *Si l'on tient compte seulement des femmes de 20 à 49 ans, 60,5 % vivent avec un ou plusieurs enfants et parmi elles, 29,2 % vivent seules avec leurs enfants.*
- ➔ *Pour l'ensemble des participantes ayant déclaré avoir des enfants encore à la maison (102 femmes) et qui ont spécifié l'âge des enfants (82 femmes) :*
 - *39 % ont des enfants âgés de 0 à 5 ans,*
 - *45,1 % ont des enfants âgés de 6 à 12 ans,*
 - *26,8 % ont des enfants âgés de 13 à 18 ans,*
 - *et 25,6 % ont des enfants de 19 ans et plus.*
- ➔ *Plus de la moitié (53,7 %) des femmes qui fréquentent les groupes communautaires ayant participé à cette recherche ont complété un 5^e secondaire ou moins. Elles sont donc moins scolarisées que l'ensemble des Québécoises ;*
- ➔ *La majorité des femmes qui fréquentent ces groupes communautaires centricois gagnent un faible revenu personnel annuel. Ce dernier est de 30 000 \$ ou moins pour 86 % d'entre elles ;*
- ➔ *Moins de 10 % de ces femmes reçoivent un salaire pour un emploi à temps plein ;*
- ➔ *Pour la moitié des participantes, le revenu familial bonifie leur situation économique personnelle. Néanmoins, le revenu familial annuel demeure de 30 000 \$ ou moins pour le ménage de 64,3 % des participantes ;*



→ *Ce sombre portrait économique peut expliquer que la moitié des Centricaises rencontrées trouve leur situation financière assez difficile (32,1 %) ou très difficile (18,3 %) :*

- *Étonnamment, malgré leur situation financière précaire, 48,5 % d'entre elles trouvent leur situation assez confortable (42,2 %) ou très confortable (6,3 %).*

Bref, le profil sociodémographique des Centricaises qui fréquentent les groupes communautaires faisant partie de la recherche montre plusieurs facteurs de vulnérabilité, particulièrement quant à la scolarité, l'emploi et le revenu.



3.2 - PROFIL DES FEMMES QUI FRÉQUENTENT LES GROUPES COMMUNAUTAIRES EN REGARD DE LEUR SANTÉ MENTALE

Cette section de la présentation du profil des Centricaises concerne plus spécifiquement leur santé mentale : 1) la perception des participantes quant à leur santé mentale ; 2) le diagnostic reçu relativement à la santé mentale, lorsque c'est le cas ; 3) les épisodes de vie difficiles ; 4) la conciliation travail / famille ; 5) la vie sociale et 6) les valeurs spirituelles.

3.2.1 - LA PERCEPTION DES PARTICIPANTES QUANT À LEUR SANTÉ MENTALE

Parmi les femmes à l'étude, 72 % perçoivent leur santé mentale actuelle comme étant excellente (18,7 %), ou bonne (51,8 %). Ainsi, on constate que la majorité des participantes à cette recherche qualifient positivement leur santé mentale. **Il est cependant préoccupant que 28 % des participantes perçoivent leur santé mentale de façon négative ; en effet, environ trois femmes sur dix jugent leur santé mentale passable (21,1 %) ou mauvaise (6,9 %).**

Les participantes qui perçoivent leur santé mentale excellente ou bonne estiment presque unanimement leur milieu de vie très plaisant ou plaisant (95,9 %). Un fait étonnant, celles qui perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise perçoivent aussi très fréquemment leur milieu de vie positivement (88,2 %). Même s'il est étonnant, on peut se réjouir de ce constat, car le fait d'apprécier son milieu de vie est un facteur positif pour la santé mentale. Ceci est donc un aspect moins préoccupant pour les conclusions et les recommandations de cette recherche.

Seule l'orientation sexuelle des participantes semble avoir un impact sur la perception du milieu de vie, mais le petit nombre de femmes qui se sont dites homosexuelles ou bisexuelles ne permet pas d'obtenir des données fiables à ce sujet.

3.2.2 - LE DIAGNOSTIC REÇU RELATIVEMENT À LA SANTÉ MENTALE

Quarante pour cent (40 %) des Centricaises fréquentant les groupes communautaires de l'étude disent avoir déjà reçu un diagnostic portant sur leur santé mentale. Il faut considérer que 10 % des femmes rencontrées proviennent de ressources offrant des services spécifiques pour la santé mentale. Ce taux de 40 % paraît tout de même élevé pour les femmes de notre échantillon. En effet, 27 % des femmes québécoises (de plus de 15 ans) auraient vécu des troubles mentaux à un moment de leur vie selon l'ISQ (2008).

Ces diagnostics reçus sont, par ordre d'occurrence parmi les participantes qui l'ont mentionné : 1) la dépression, 2) l'anxiété, 3) la bipolarité, le trouble de personnalité limite, et le trouble de déficit d'attention (avec ou sans hyperactivité).

- 1) La moitié des diagnostics indiqués par les femmes dans le questionnaire concerne la dépression, peu importe que celle-ci soit qualifiée de légère, majeure ou profonde, postnatale, liée à la ménopause, chronique, factorielle, etc. La dépression ressort donc comme la problématique de santé mentale dominante chez les participantes fréquentant les organismes communautaires de la recherche. Il semble logique que ce soit le diagnostic le plus fréquemment nommé par les participantes, étant donné qu'il est l'un des plus souvent rencontrés dans les problèmes de santé mentale diagnostiqués aux femmes.

La dépression peut être accompagnée ou non d'idées ou de tentatives suicidaires parmi les femmes rencontrées. À ce sujet, **plus de la moitié des Centriciennes de cette étude (53,1 %) ont déjà pensé à se suicider, dont 27,8 % ont déjà tenté de se suicider.** À titre comparatif, on estime que 1,7 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec a songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année (2008) (Direction de la santé publique, 2014). Le taux d'idéations suicidaires sérieuses au cours de la vie est de 9,8 % chez les femmes de la Mauricie et du Centre-du-Québec (EQSP, 2008).

« Le suicide : « je ne cesse d'y penser... je déteste ce que je suis devenue, je ne sers plus à rien ni à personne. »

Par ailleurs, les intervenantes interrogées lors des rencontres de discussion ont noté une augmentation des comportements d'automutilation (jeunes et adultes). Selon Lyne Desrosiers, ergothérapeute à la Clinique des troubles de l'humeur, « *l'automutilation constitue un mécanisme d'adaptation visant à diminuer la détresse* ». Ces comportements peuvent être également des manifestations de certains troubles de personnalité, comme le trouble de personnalité limite. (réf. Fondation des maladies mentales, site Web, 2016).

L'automutilation, également appelée *blessures volontaires ou sévices auto-infligés, fait référence aux actes délibérés qui entraînent des blessures au corps et à l'esprit d'une personne. L'automutilation peut prendre plusieurs formes : se couper la peau avec une lame de rasoir ou un morceau de verre, se brûler, se donner des coups, s'égratigner, s'arracher les croûtes sur la peau, empêcher ses blessures de guérir, se tirer les cheveux et s'insérer des objets dans le corps. Les coupures représentent la forme la plus commune d'automutilation chez les jeunes d'aujourd'hui.*

(ACSM, Site Web 2015)



- 2) Un peu moins de 20 % des participantes qui ont mentionné un diagnostic de santé mentale ont révélé un trouble d'anxiété. L'anxiété, peu importe ses diverses appellations (troubles anxieux, angoisse, trouble ou crise de panique, etc.), est un diagnostic très fréquent chez les femmes.
- 3) Trois autres diagnostics ont été également nommés par les Centriciennes de l'étude, chacun par un peu moins de 10 % des participantes : la bipolarité, le trouble de personnalité limite et le trouble de déficit d'attention (avec ou sans hyperactivité).

Enfin, d'autres diagnostics ont été mentionnés de façon plus marginale par les femmes rencontrées, tels que l'épuisement professionnel, le trouble obsessionnel-compulsif, la schizophrénie, les phobies et l'anorexie. Une minorité de participantes a révélé avoir reçu plus d'un diagnostic.

Les intervenantes rencontrées lors des groupes de discussion ont remarqué que des comportements anciennement typiques aux hommes, tels que le narcissisme, sont maintenant plus présents chez les femmes. Cela pourrait être dû aux transformations des rôles sociaux des hommes et des femmes qui tendent à changer dans notre société québécoise.

Les intervenantes ont également noté que les femmes ne veulent pas toujours être diagnostiquées, afin d'éviter la stigmatisation et d'autres conséquences, entre autres, comme la peur de se faire enlever la garde de leur

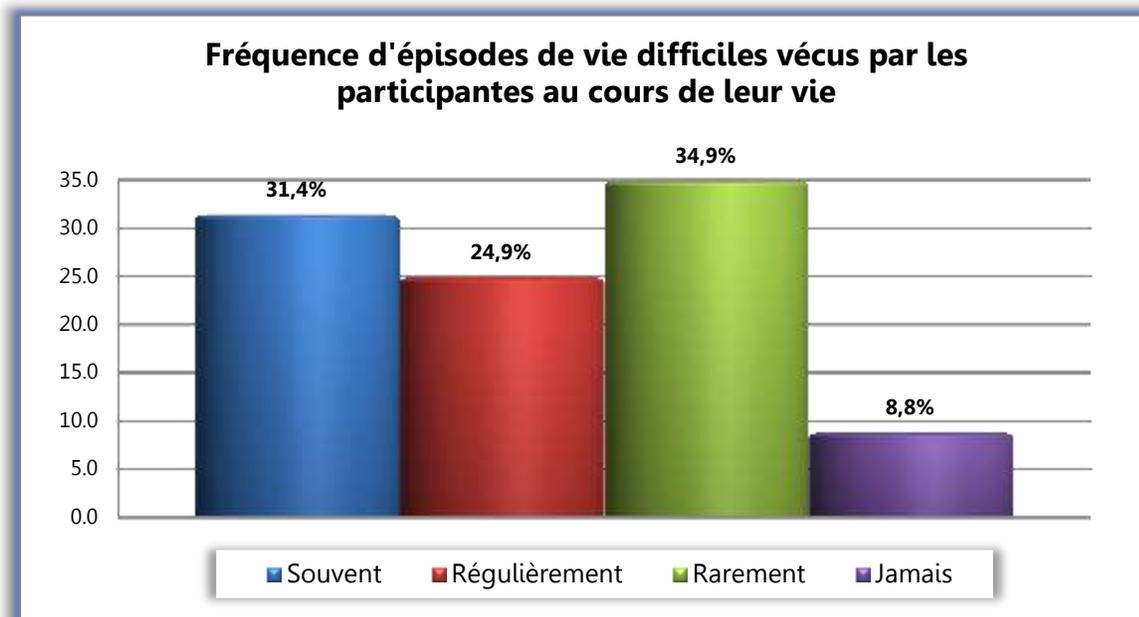
enfant. De façon générale, les intervenantes ont confirmé que les femmes arrivaient plus nombreuses avec des problèmes liés à leur santé mentale. Il arrive parfois qu'elles ne comprennent pas trop ce qu'elles vivent ou encore, elles ne suivent tout simplement pas les recommandations du médecin, ce qui peut poser problème au niveau du suivi du traitement. Elles vivent beaucoup de détresse émotionnelle due à leur situation de vie, que ce soit, par exemple, des difficultés financières ou encore des problèmes de douleurs chroniques qui, à la longue, finissent par fragiliser leur santé mentale.

3.2.3 - LES ÉPISODES DE VIE DIFFICILES

Selon l'ICIS (2009, p. 13), « une autre composante de la santé mentale positive, au plan opérationnel, est la capacité d'adaptation aux défis du quotidien et aux événements majeurs qui surviennent au cours d'une vie. »

Comme le montre le graphique suivant, la majorité des femmes participantes (56,2 %) ⁶ disent avoir souvent ou régulièrement vécu des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale.

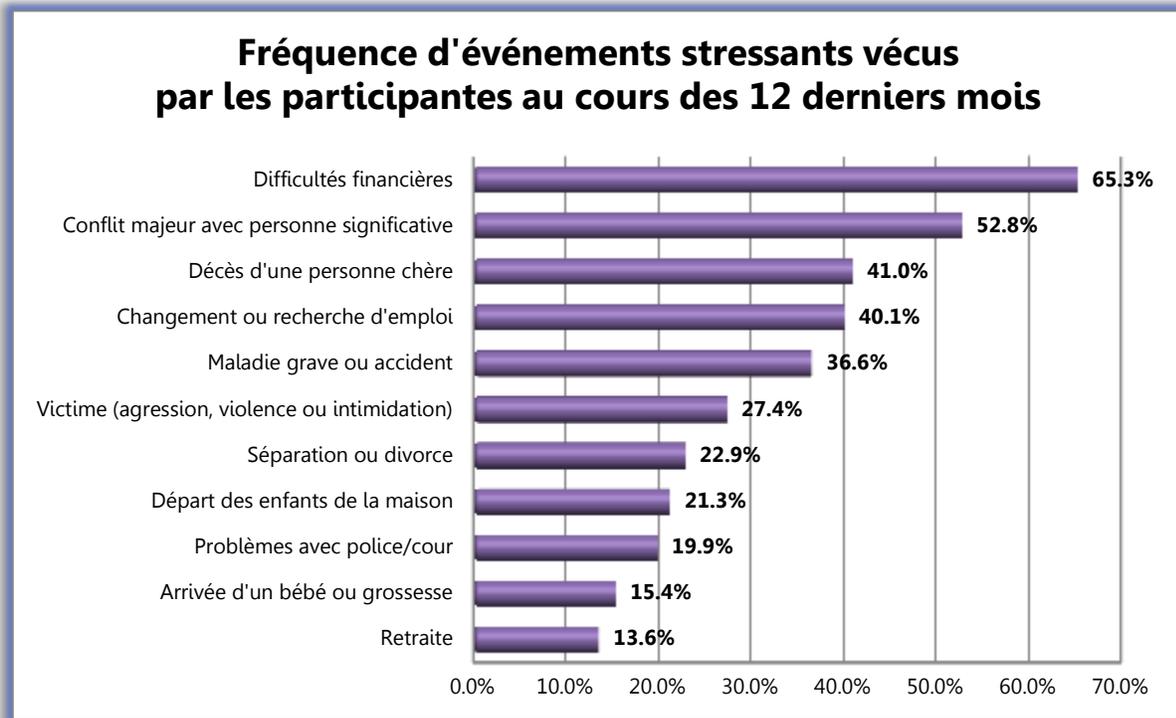
GRAPHIQUE 8



Différents événements stressants peuvent être survenus au cours de la dernière année, notamment des difficultés financières ou un conflit majeur avec une personne significative. Les femmes de l'étude rapportent avoir vécu de façon difficile ou très difficile ces événements. Plus précisément, le graphique ci-dessous présente les événements les plus rapportés, par ordre de fréquence.

⁶ La différence de 0,1 entre ce résultat (56,2 %) et l'addition des deux premières catégories du graphique (56,3 %) s'explique par des questions méthodologiques, soit l'arrondi entre le nombre retenu de décimales.

GRAPHIQUE 9

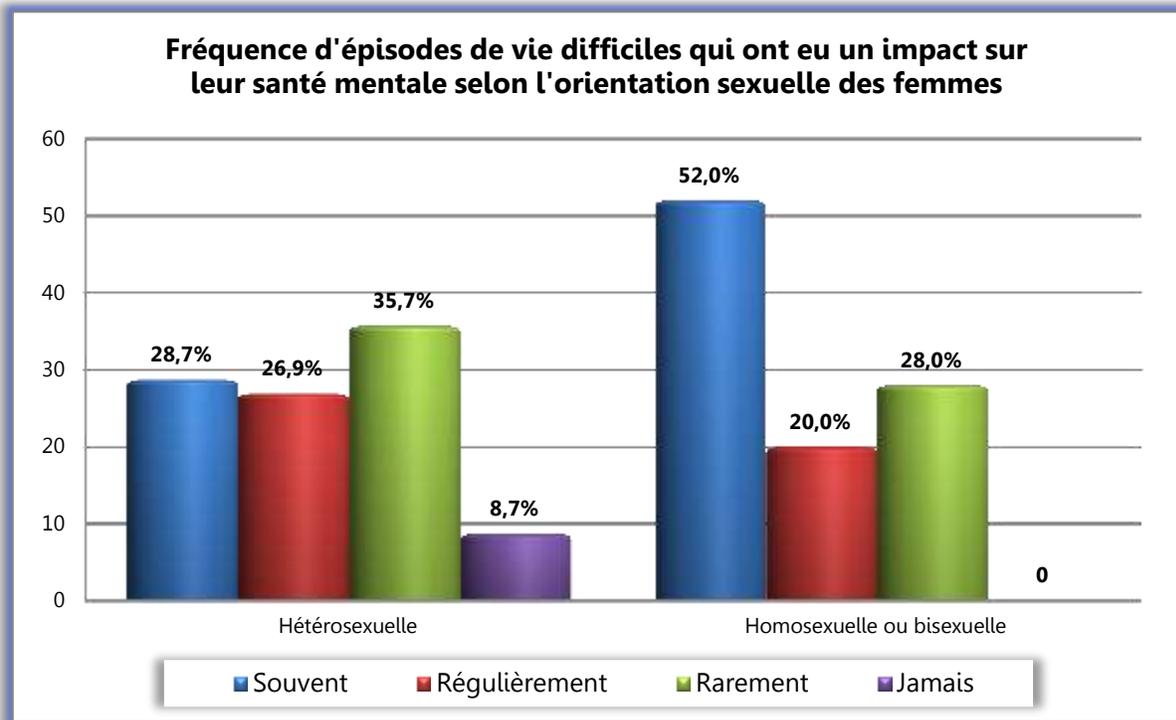


Tous ces événements ont été vécus difficilement, voire même très difficilement par la presque totalité des femmes. Bien que l'arrivée d'un bébé et la retraite soient toutes deux habituellement vécues positivement, elles apportent également leur lot de stress dépendamment de la situation familiale. Toutefois, les difficultés économiques et sociales représentent les principaux facteurs qui influencent négativement leur santé mentale.

Au cours de la dernière année, 27,4 % des participantes de l'étude ont été victimes d'une forme de violence (agression, violence, intimidation). Ce pourcentage exclut les femmes qui vivent aujourd'hui les conséquences de traumatismes subis plus tôt.

Parmi les caractéristiques des femmes, l'orientation sexuelle est associée avec la fréquence d'épisodes de vie difficiles. Ainsi, les participantes homosexuelles ou bisexuelles ont vécu plus fréquemment des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale, comme le graphique suivant le détaille :

GRAPHIQUE 10



À la lumière de ce graphique, une question demeure : est-ce que l'ensemble des Centriciennes homosexuelles ou bisexuelles vivent généralement des situations de vie aussi difficiles que celles qui fréquentent les organismes communautaires faisant partie de cette étude ?

Comme le démontre le prochain graphique, les épisodes de vie difficiles des participantes sont étroitement liés avec leur perception de leur santé mentale.

GRAPHIQUE II

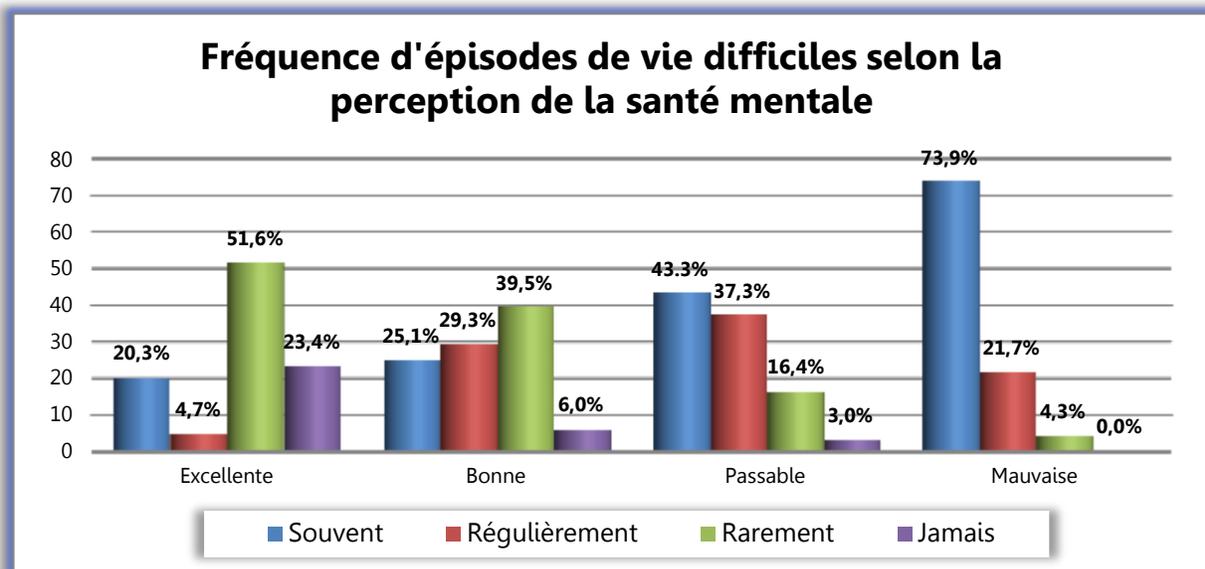


TABLEAU I

Fréquence d'épisodes de vie difficiles selon la perception de la santé mentale	Excellent	Bonne ⁷	Passable	Mauvaise ⁷
Souvent	20,3 %	25,1 %	43,3 %	73,9 %
Régulièrement	4,7 %	29,3 %	37,3 %	21,7 %
Rarement	51,6 %	39,5 %	16,4 %	4,3 %
Jamais	23,4 %	6,0 %	3,0 %	0,0 %

Ainsi, le tableau indique clairement que les femmes percevant leur santé mentale excellente ou bonne sont beaucoup plus nombreuses à avoir rarement (51,6 % et 39,5 %) ou jamais (23,4 % et 6 %) vécu d'épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale. Et, inversement, celles qui perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise, sont moins nombreuses à avoir rarement (16,4 % et 4,3 %) ou jamais (3 % et 0 %) vécu d'épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale. Les taux de femmes ayant souvent (73,9 %) et régulièrement (21,7 %) vécu des épisodes de vie difficiles ayant une incidence sur leur santé mentale sont préoccupants. L'impact des événements stressants sur la santé mentale est indéniable.

⁷ La différence de 0,1 dans les catégories « Bonne » et « Mauvaise » du graphique et du tableau ci-dessus s'explique par des questions méthodologiques, soit l'arrondi entre le nombre retenu de décimales.

Parmi l'ensemble des répondantes de la recherche, la consommation d'alcool, de drogue et/ou de médicaments a tendance à augmenter, que ce soit un peu ou beaucoup, pour 56,3 % d'entre elles lors d'épisodes de vie difficiles.

Si l'on tient compte des participantes qui disent avoir vécu « souvent et régulièrement » des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale, croisées à celles pour qui la consommation (d'alcool, de drogue et/ou de médicaments) a tendance à augmenter, que ce soit peu ou beaucoup, elles représentent 26,2 % des répondantes. Ce qui est plus préoccupant encore, c'est qu'elles sont 14,9 % pour qui la consommation a tendance à augmenter « beaucoup » lors d'épisodes de vie difficiles.

On peut se demander si ces femmes ont tendance à adopter des stratégies d'évitement face à l'adversité ou si elles ont développé des mécanismes de survie pour composer avec les difficultés. Par ailleurs, près de 10 % (9,8 %) de toutes les femmes interrogées ont fréquenté une ressource en dépendance au cours de l'année précédant la participation à l'étude.

Ce phénomène a également été observé par les intervenantes, particulièrement en violence conjugale. De plus, selon elles, davantage de femmes se présentent en hébergement avec des problèmes concomitants, par exemple, elles peuvent avoir à la fois des difficultés liées à la consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments et des problèmes de santé mentale.

3.2.4 - LA CONCILIATION TRAVAIL/FAMILLE

Presque toutes les femmes qui ont un emploi ou une occupation (61 %), que celle-ci soit rémunérée ou non, aiment ce qu'elles font (95,2 %). Cependant, la conciliation travail/famille est assez, voire très difficile, pour 38,3 % des femmes qui travaillent.

Comme le montre le tableau suivant, la conciliation travail/famille est vécue différemment selon la perception que les femmes ont de leur santé mentale. Il semble que les femmes qui perçoivent leur santé mentale bonne ou excellente ont plus de facilité à concilier le travail et la famille que celles qui perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise. Notons que la conciliation travail/famille peut s'avérer assez ou très difficile, même pour celles qui perçoivent leur santé mentale bonne ou excellente.

TABLEAU 2

Conciliation travail/famille	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale
	« bonne ou excellente »	« passable ou mauvaise »
Assez ou très facile	67,2 %	44,8 %
Assez ou très difficile	32,8 %	55,2 %

3.2.5 - LA VIE SOCIALE

Il est connu que les études établissent un lien entre un soutien social important et un degré élevé de jouissance de la vie (ICIS, 2009). De façon générale, plus de trois femmes rencontrées sur quatre perçoivent leur vie sociale comme satisfaisante ou très satisfaisante (79,2 %). Mentionnons que la fréquentation d'un groupe communautaire peut augmenter la perception positive de leur vie sociale.

Rappelons que 44,3 % des femmes de l'étude vivent en couple. Parmi elles, 77,9 % peuvent se confier souvent ou très souvent à leur amoureux ou amoureuse. De plus, 67,7 % des participantes disent se confier fréquemment à leurs amis. Parmi les femmes qui ont un ou des enfants, un peu plus de la moitié (56,8 %) d'entre elles se confient « *très souvent ou souvent* » à leur enfant. Enfin, la moitié des participantes (50 %) se confie à leurs parents. Un petit nombre de femmes semble par contre avoir besoin d'un réseau plus élargi que celui de l'entourage proche. Elles sont quelques femmes (2,8 %) à rapporter ne pas se confier à qui que ce soit, ou encore seulement à leur animal de compagnie, ce qui indique une extrême solitude. Si l'on ajoute à ces dernières celles qui ont déclaré se confier « peu souvent » aux membres de leur entourage, elles représentent 7,2 %.

Certaines des participantes (8,7 %) passent leurs moments libres presque entièrement seules. Il aurait été intéressant de savoir si cette solitude est choisie ou non.

L'orientation sexuelle des femmes a un impact sur la perception de leur vie sociale, mais les résultats sont à prendre avec réserve, en raison du petit nombre de femmes qui ont déclaré être homosexuelles ou bisexuelles. Tout de même, 33 % d'entre elles se disent insatisfaites de leur vie sociale, comparativement à 21,6 % des participantes hétérosexuelles. Les données tendent à indiquer que les participantes homosexuelles ou bisexuelles passent davantage leurs moments de loisir seules que les femmes hétérosexuelles (36,0 % versus 27,2 %). Ce résultat suggère que les participantes homosexuelles et bisexuelles du Centre-du-Québec sont davantage isolées. Rappelons que la semi-ruralité de la région a un impact sur l'isolement des femmes de façon générale. L'étude du RQASF (2011, p. 6) souligne :

En région, des lesbiennes souffrent d'isolement géographique, économique et identitaire, un cumul qui accroît le risque de détresse.

Selon les femmes rencontrées, leur vie sociale est fortement reliée avec leur perception de leur santé mentale actuelle. Ainsi, 87,4 % des femmes qui perçoivent leur santé mentale comme bonne ou excellente estiment aussi leur vie sociale très satisfaisante ou satisfaisante. Cependant, la satisfaction de leur vie sociale baisse à 57,3 % pour celles qui perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise. Ainsi, plusieurs participantes (42,7 %) qui perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise jugent aussi que leur vie sociale est insatisfaisante, voire très insatisfaisante.

TABLEAU 3

Vie sociale	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale
	« bonne ou excellente »	« passable ou mauvaise »
Très satisfaisante ou satisfaisante	87,4 %	57,3 %
Insatisfaisante ou très insatisfaisante	12,6 %	42,7 %

Il semble que :

« Les femmes qui affirment n’avoir personne ou très peu de personnes sur qui compter autour d’elles sembleraient avoir une moins bonne perception de leur santé mentale que celles qui affirment avoir ces personnes autour d’elles. » (Bédard, Page et coll., 2014)

Les participantes qui considèrent leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise passent davantage leurs moments libres presque entièrement seules ou plus de la moitié du temps seules, que celles qui perçoivent leur santé mentale comme excellente ou bonne. Bien que le fait d’avoir résidé dans un milieu comme un centre de crise ou une maison d’hébergement puisse avoir une influence sur les résultats obtenus, une gradation a été remarquée. Parmi les participantes qui jugent leur santé mentale excellente ou bonne, 13,9 % d’entre elles passent leurs temps libres entièrement avec d’autres personnes ; tandis que 6,1 % les passent entièrement seules. La tendance inverse se remarque pour les participantes qui perçoivent leur santé mentale comme passable ou mauvaise : 9,9 % passent leurs temps libres entièrement avec d’autres alors que 16,5 % sont entièrement seules. Le tableau suivant montre bien cette corrélation :

TABLEAU 4

Temps passé seule versus la perception de la santé mentale	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale	Participant·es qui perçoivent leur santé mentale
	« bonne ou excellente »	« passable ou mauvaise »
Temps libre entièrement avec d’autres	13,9 %	9,9 %
Temps libre entièrement seule	6,1 %	16,5 %

Comme le mentionne le RQASF (2011, p. 6), « *La pauvreté et son lot de discriminations et de carences engendrent souvent de l’isolement social* ». Cet isolement augmenterait selon les travailleuses d’organismes communautaires de femmes du Québec (RQASF, 2011).

3.2.6 - LES VALEURS SPIRITUELLES

Selon l’ICIS (2009, p. 16) :

Éprouver un sentiment de bien-être spirituel, c’est-à-dire ressentir un sentiment d’appartenance envers une réalité plus grande que soi et donner un sens à sa vie, constitue également une composante de la santé mentale positive.

En conséquence, le questionnaire utilisé dans le cadre de cette recherche incluait une question relative aux valeurs spirituelles, ces dernières y étant définies ainsi :

Les valeurs spirituelles peuvent se traduire par des pratiques religieuses ainsi que par l’adoption de valeurs et de principes plus vastes qui donnent un sens à la vie.

Les participantes à la présente recherche affirment à 84,1 % que leurs valeurs spirituelles leur procurent la force de faire face aux difficultés quotidiennes. Ce constat est encourageant puisque la spiritualité est perçue comme contribuant favorablement à la santé mentale ainsi qu’à la santé globale, selon l’ICIS (2009, p. 32). Pour les femmes de l’étude qui vivent une situation économique très précaire et qui s’en disent satisfaites, les valeurs spirituelles semblent s’être avérées particulièrement aidantes.

En résumé.



Le profil des Centricoises qui fréquentent les groupes communautaires de la recherche révèle que la majorité d'entre elles (72 %) perçoivent positivement leur santé mentale. Le pendant est que 28 % des participantes ont une perception négative de leur santé mentale.

- ➔ *La fréquence de diagnostics reçus est préoccupante, 40 % des répondantes ont dit avoir déjà reçu un diagnostic pour un problème de santé mentale :*
 - *La moitié d'entre elles ont mentionné une dépression,*
 - *Les autres diagnostics mentionnés concernent l'anxiété, la bipolarité, le trouble de personnalité limite et le déficit d'attention (avec ou sans hyperactivité).*
- ➔ *Encore plus préoccupant est le fait que plus de la moitié des répondantes (53,1 %) ont déjà pensé à se suicider, dont 27,8 % ont déjà tenté de se suicider ;*
- ➔ *La plupart (56,2 %) des femmes de la recherche disent avoir souvent ou régulièrement vécu des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale :*
 - *notamment des difficultés financières, des changements reliés à l'emploi, un conflit majeur ou le décès d'une personne chère.*
- ➔ *72 % des femmes homosexuelles ou bisexuelles disent vivre souvent et régulièrement des épisodes de vie difficiles ;*
- ➔ *Parmi les événements difficiles vécus, 27,3 % des participantes ont été victimes de violence au cours de la dernière année ;*
- ➔ *La fréquence d'épisodes de vie difficiles a un impact direct sur la santé mentale. Ainsi, les femmes qui disent avoir vécu souvent et régulièrement des épisodes de vie difficiles sont plus nombreuses à juger leur santé mentale de façon négative ;*
- ➔ *Lors d'épisodes de vie difficiles, 56,3 % des Centricoises rencontrées augmentent leur consommation d'alcool, de drogue ou de médicament :*
 - *14,9 % des participantes pour qui la consommation a tendance à augmenter « beaucoup » lors d'épisodes de vie difficiles, disent avoir vécu « souvent et régulièrement » des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur leur santé mentale.*
- ➔ *La conciliation travail/famille est assez, voire très difficile, pour 38,3 % des femmes qui travaillent ;*
- ➔ *Les femmes qui perçoivent leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise éprouvent plus de difficultés à concilier le travail et la famille (55,2 %) ;*
- ➔ *Les Centricoises qui fréquentent les organismes communautaires faisant partie de l'étude sont généralement satisfaites (79,2 %) de leur vie sociale. Cette satisfaction va de pair avec une perception positive de leur santé mentale ;*



- ➔ *Les femmes qui passent leurs temps libres seules (16,5 %) perçoivent leur santé mentale de façon plus négative que celles qui sont entourées lors de leurs moments de loisir (9,9 %);*
- ➔ *Quelques participantes vivent une grande solitude, n'ayant personne à qui se confier;*
- ➔ *Les femmes homosexuelles ou bisexuelles perçoivent plus négativement leur vie sociale que les autres participantes et vivent davantage d'isolement.*

Les résultats de la section précédente de ce rapport ont montré que le profil socioéconomique des femmes qui fréquentent les ressources communautaires centricaises de l'étude est sombre. Cette partie indique que le portrait de leur santé mentale l'est aussi.



3.3 - BESOINS ET SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

À la suite de ce profil des Centricoisés fréquentant les organismes communautaires en regard de leur santé mentale, il convient de se demander quels sont leurs besoins en cette matière. Pour ce faire, cette section présente : 1) les obstacles à la consultation, 2) les ressources ou aides professionnelles consultées, 3) les ressources communautaires consultées, 4) la perception de l'utilité des ressources consultées, ainsi que 5) la multifréquentation de ressources.

3.3.1 - LES OBSTACLES À LA CONSULTATION

Lors d'épisodes de vie difficiles, 79 % des femmes reconnaissent avoir eu besoin d'aide. Cependant, 53 % des répondantes n'ont pas reçu cette aide ou n'ont reçu que partiellement l'aide dont elle avait besoin.

Les participantes avaient l'occasion d'indiquer pour quelles raisons elles n'avaient pas obtenu cette aide. Puisque les catégories incluses dans le questionnaire n'étaient pas mutuellement exclusives, plus d'un motif est généralement mentionné pour expliquer le fait de ne pas avoir reçu l'aide. Parmi les motifs expliquant pourquoi elles n'ont pas reçu l'aide dont elles auraient eu besoin, deux catégories se distinguent. L'une tient compte des motifs déclarés indiquant qu'elles n'ont pas « demandé » l'aide et l'autre catégorie tient compte des motifs déclarés indiquant qu'elles n'ont pas « obtenu » l'aide. Au total, 42,3 % de femmes de la recherche ont mentionné un ou plusieurs de ces motifs.

Parmi l'ensemble des participantes à la recherche, 35,9 % semblent ne pas avoir demandé d'aide et 22,4 % n'ont tout simplement pas obtenu l'aide souhaitée. Parmi toutes celles qui n'ont pas reçu l'aide requise (42,3 %), elles sont 37,7 % à avoir mentionné des motifs indiquant qu'elles n'ont ni demandé et ni obtenu l'aide souhaitée. Ceci montre l'ampleur des besoins non répondus.

Quels sont ces motifs invoqués par les répondantes de l'étude expliquant pourquoi elles n'ont pas reçu l'aide dont elles ressentaient le besoin ? La raison la plus fréquemment évoquée est l'absence de demande d'aide. Puisque les catégories incluses dans le questionnaire n'étaient pas mutuellement exclusives, plus d'un motif est généralement mentionné pour expliquer le fait de ne pas avoir obtenu l'aide. En effet, 19,8 % des femmes disent qu'elles préféreraient s'occuper elles-mêmes de leurs besoins. Parmi celles qui ont évoqué ce motif, elles sont deux fois plus nombreuses à provenir de Drummond (45,6 %) que de Bécancour-Nicolet-Yamaska (22,1 %). De plus, 15,9 % ont eu peur de demander de l'aide ou de ce qu'autrui en aurait pensé. Encore une fois, ces femmes proviennent majoritairement du territoire de Drummond (43,6 %), comparativement à Bécancour-Nicolet-Yamaska (21,8 %) et Arthabaska-et-de-l'Érable (34,5 %). Ces données mettent en lumière les obstacles à la demande d'aide, surtout si l'on ajoute les femmes qui pensaient que rien ne pouvait les aider (9,2 %), dénotant une perte d'espoir. Ces participantes qui pensaient que rien ne pouvait les aider proviennent majoritairement d'Arthabaska-et-de-l'Érable (48,4 %), comparativement à 29 % pour Drummond et 22,6 % pour Bécancour-Nicolet-Yamaska).

L'étude de Bédard, Page et coll. (2014) révèle des résultats similaires auprès des femmes de la région de Chaudière-Appalaches. Selon ces auteurs (2014, p. 46) :

Il est intéressant de noter que près de la moitié des femmes qui croyaient avoir besoin d'une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale n'a pas recherché cette aide. Plusieurs raisons sont évoquées, notamment la croyance que le temps arrangera les choses, que l'aide sera inutile ou encore la crainte d'être stigmatisée. La stigmatisation est encore présente non seulement dans la population, mais aussi dans le réseau de la santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Elle risque de décourager la recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale ou d'être à l'origine d'expériences négatives lorsque la personne en sollicite.

Il paraît donc important de contrer les obstacles à la demande d'aide, particulièrement en matière de santé mentale où les réticences intrinsèques des femmes à demander de l'aide demeurent très présentes. Lors des rencontres de discussion, les intervenantes des groupes communautaires constataient que les femmes sont non seulement réticentes à demander de l'aide, mais il arrive qu'elles ne réalisent tout simplement pas qu'elles devraient consulter, ou encore, qui consulter. Les intervenantes se sentent parfois démunies, car il n'est pas facile de détecter un problème de santé mentale et d'aider la femme à en prendre conscience.

D'autres motifs ont été invoqués comme étant des obstacles à la demande d'aide. Entre autres, 8,1 % des Centricaises de l'étude indiquent que l'aide professionnelle n'était pas disponible dans la région au moment où elles en avaient besoin. Il est question ici non seulement de la disponibilité des ressources en matière de délais, mais, aussi de l'accessibilité sur le plan de la proximité. Le Centre-du-Québec est une région semi-rurale, pourtant, les services en matière de santé mentale sont très souvent concentrés dans les plus grandes villes ou municipalités. Certaines femmes vivant dans des municipalités plus éloignées se trouvent isolées des services. Une participante a noté : *« J'aimerais qu'il y ait plus de services dans certaines municipalités. Les femmes doivent se déplacer vers les plus grands centres urbains. »*

De plus, 15 % des femmes de l'étude n'ont pas reçu d'aide, car elles ne pouvaient pas payer le service requis. Lorsque les délais sont trop longs pour répondre à leur besoin, certaines femmes envisagent d'aller chercher de l'aide auprès de services thérapeutiques privés, mais leur situation économique ne leur permet pas de répondre adéquatement à leurs besoins. L'absence d'aide peut aussi s'expliquer notamment par des problèmes de transport, de garde d'enfants ou d'horaire (7,2 %), ou encore en raison d'un problème linguistique pour quelques femmes. Certaines n'ont même pas les ressources suffisantes pour assumer les frais de transport et de gardiennage requis lors de consultations.

*« Lorsque la conjointe n'est pas en âge d'avoir sa pension
et qu'elle a un conjoint en déficience physique
en soins palliatifs à domicile en phase terminale,
la conjointe n'est pas rémunérée,
elle doit travailler et de retour du travail les aidants partis,
c'est elle qui doit faire le reste des heures et dormir quelque peu.
Je suis très fatiguée, épuisée, découragée.
Mon conjoint refuse le répit et j'ai seulement 21 h/sem. de payé.
Alors, aucune sortie.
Les autres dépannages comme ménage trop cher, transport, etc.
Je ne peux pas me permettre de payer tout ça. »*

En résumé, les Centricaises ne demandent pas l'aide requise d'abord en raison de réticences personnelles. Par exemple, les intervenantes des groupes de discussion ont mentionné que certaines femmes ne demandent pas l'aide par peur de se faire enlever leurs enfants, ou encore leurs conjoints nient leur besoin d'aide, car ils craignent ce que les intervenantes pourraient mettre dans la tête de leur femme. Lorsqu'elles demandent de l'aide, elles sont confrontées à l'indisponibilité des ressources dans certains cas. Il arrive aussi que leur situation économique et d'autres facteurs, tels les problèmes de transport ou de garde d'enfant, limitent l'accès aux services.



3.3.2 - LES RESSOURCES OU AIDES PROFESSIONNELLES CONSULTÉES

Clairement, le graphique suivant montre que les femmes de l'étude consultent plusieurs ressources ou aides professionnelles. Les plus fréquemment consultées par les participantes au cours des deux dernières années sont : 1) le médecin de famille, 2) le travailleur social ou le conseiller et 3) un professionnel du CSSS.

GRAPHIQUE 12



Les ressources ou aides professionnelles sont surtout consultées par les femmes âgées de 50 à 64 ans et qui possèdent un 5^e secondaire ou moins. Le taux de consultation à ces ressources ou aides professionnelles varie entre 41,3 % et 65,6 %. Les organismes en santé mentale ne font pas exception à ce profil : 41 % des participantes qui fréquentent ces organismes sont âgées de 50 à 64 ans. Cependant, elles sont davantage scolarisées : 31,1 % détiennent un diplôme d'études collégiales.

Rappelons que 12,8 % des participantes ont de 14 à 19 ans. Les participantes rencontrées dans des ressources jeunesse sont évidemment plus jeunes que les autres (72,7 % ont de 14 à 19 ans). Il est donc conséquent qu'elles soient les plus nombreuses, 79,5 %, à ne pas posséder de 5^e secondaire. Les participantes qui ont consulté un professeur ou un orienteur sont aussi plus jeunes, ayant généralement moins de 19 ans.

Dans le même ordre d'idées, il est logique que les ressources en alphabétisation reçoivent énormément (75 %) de femmes qui possèdent un 5^e secondaire ou moins. Cependant, davantage de femmes (85 %) qui ont été hébergées dans une maison pour femmes et enfants victimes de violence conjugale ont un 5^e secondaire ou moins.

Sans surprise, les ressources pour la famille reçoivent des femmes plus jeunes que la moyenne de l'ensemble des ressources, soit de 20 à 49 ans (60 %). La même situation a été remarquée quant à la clientèle des maisons d'hébergement pour les victimes de violence conjugale, constituée principalement de femmes âgées de 20 à 49 ans. Quant aux femmes fréquentant les CALACS, le CAVAC et les ressources en employabilité, la clientèle est répartie assez uniformément entre les 20 et 64 ans.

Évidemment, les clubs de l'Âge d'Or sont fréquentés par des femmes plus âgées, principalement de 65 à 74 ans, dont la majorité possède un 5^e secondaire et moins (58,7 %). Les organismes pour les proches aidants incluent aussi une clientèle de femmes plus âgées, notamment 19,5 % de femmes de plus de 75 ans. Ces femmes qui fréquentent les ressources pour proches aidants représentent une des clientèles des organismes communautaires les plus scolarisées de l'étude : 21,1 % ont obtenu un diplôme universitaire.

Les ressources pour les personnes handicapées sont celles qui offrent des services à la clientèle la plus diversifiée : elles regroupent des femmes de différents groupes d'âge. Quoique la moitié de ces femmes possèdent un 5^e secondaire ou moins, 25 % détiennent un diplôme d'études collégiales et 21,9 %, un diplôme universitaire. En ce sens, ces organismes offrent des services plus universels.

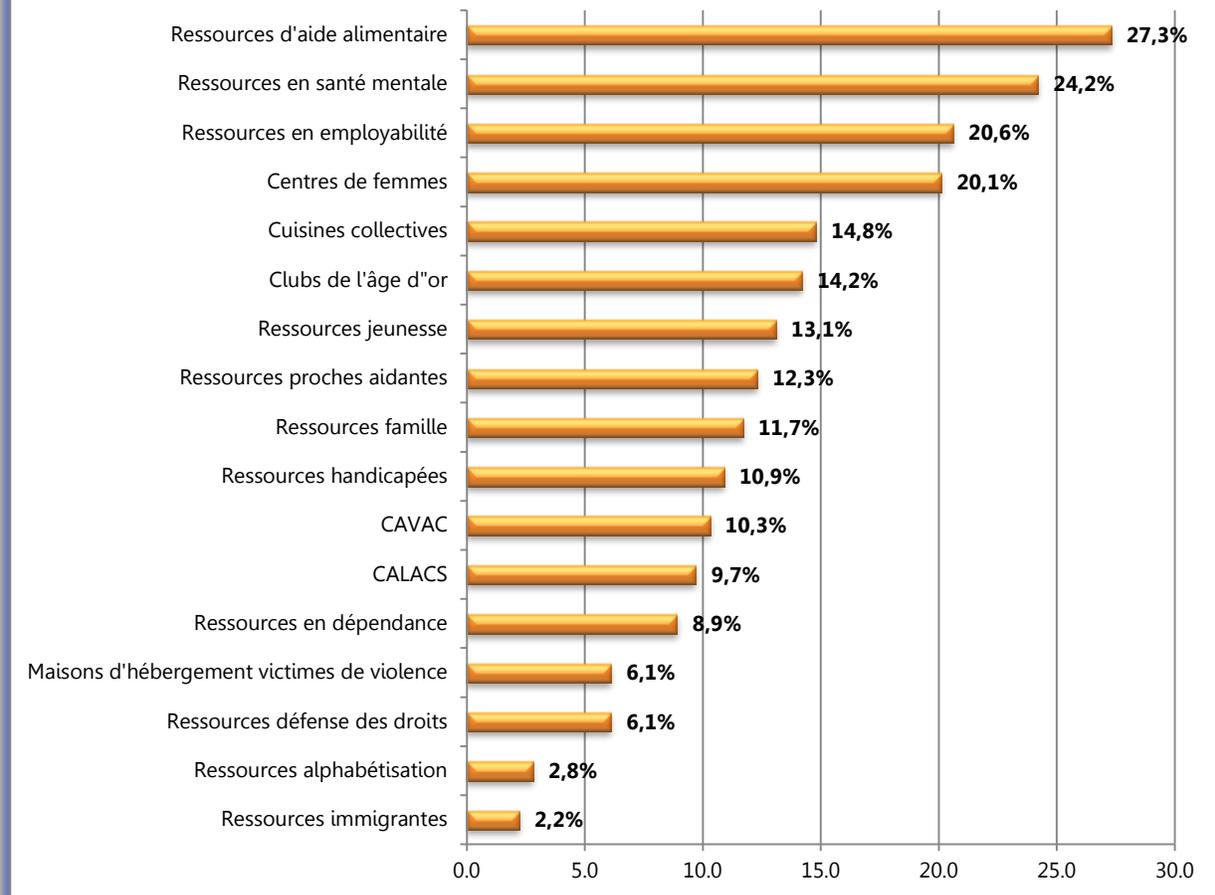
Les intervenantes rencontrées lors des groupes de discussion mentionnent que les personnes immigrantes utilisent peu les ressources ou aides professionnelles. Elles semblent plus touchées par des symptômes de stress post-traumatique apparaissant deux ou trois ans après leur arrivée. Les intervenantes ont manifesté leur besoin de formation à ce titre, pour intervenir adéquatement.

3.3.3 - LA FRÉQUENTATION DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Selon le RQASF (2011, p. 14), « *De plus en plus de femmes vivant de multiples problèmes demandent l'aide des organismes communautaires.* » Les ressources communautaires centricoles les plus fréquentées au cours de la dernière année par les femmes de cette étude sont : 1) les ressources pour de l'aide alimentaire (distribution de denrées) (27,3 %), 2) les ressources en santé mentale (24,2 %), 3) les ressources en employabilité (20,6 %) et 4) les centres de femmes (20,1 %). Ainsi, deux des organismes communautaires les plus fréquentés concernent l'aide alimentaire et l'emploi, reflétant la précarité économique des participantes. Les deux autres ressources les plus fréquentées, soit les centres de femmes et les organismes en santé mentale, témoignent de leur besoin sur le plan relationnel.



Ressources communautaires fréquentées par les participantes au cours de la dernière année



Il n'est guère surprenant que les participantes de la recherche aient été nombreuses à fréquenter les ressources pour l'aide alimentaire (27,3 %), notamment les services de distribution de denrées et les cuisines collectives, compte tenu des constats faits précédemment au chapitre de leur revenu. La grande majorité des femmes éprouvent des difficultés financières et pour certaines, l'accès à de telles ressources les aide à boucler les fins de mois.

Les ressources en santé mentale et celles en employabilités comptent également parmi les ressources les plus fréquentées par les participantes. Cela démontre l'importance des besoins des femmes en matière de santé mentale, pour elle-même ou un proche, et leur désir d'autonomie financière par leur démarche d'intégration au marché de l'emploi.

Bref, le portrait des organismes communautaires fréquentés représente bien le profil des participantes, soit des femmes qui disposent de peu de moyens et/ou d'autonomie financière et qui éprouvent des difficultés en matière de santé mentale.

3.3.4 - L'UTILITÉ DES RESSOURCES CONSULTÉES SELON LES PARTICIPANTES

Parmi les ressources consultées au cours des deux dernières années, certaines ont été jugées plus utiles que d'autres en tenant compte du taux de consultation par les femmes. Parmi les ressources consultées par 30,9 % et 31,8 % des répondantes et ayant obtenu un bon taux d'utilité, c'est-à-dire 77,7 % et 70,2 %, on retrouve le travailleur social ou conseiller et les CSSS. Les organismes en santé mentale et les centres de femmes, toutes deux consultées respectivement par 14,5 % et 15,3 % ont également obtenu un bon taux d'utilité, soit 75 % et 70,9 %. Les ressources téléphoniques, soit Info-Social et Prévention suicide ont également obtenu un taux respectable d'utilité, même si ces ressources sont un peu moins consultées par les participantes de la recherche.

Les ressources ayant été considérées comme les plus utiles pour répondre à leurs besoins sont les conseillers religieux ou spirituels (87,1 %), les CALACS (86,5 %) et les organismes pour contrer les dépendances (79,4 %). Par contre, il faut tenir compte que ce sont des ressources qui ont un taux de consultation plus faible (10,3 % ou moins). Le tableau qui suit détaille la perception de l'utilité des ressources consultées.

TABLEAU 5

Ressources ou aides professionnelles	Taux de consultation par les participantes	Taux d'utilité selon les participantes concernées
Médecin de famille	61,3 %	67,3 %
Travailleur social ou conseiller	31,8 %	70,2 %
CSSS	30,9 %	77,7 %
Psychologue	29,0 %	62,5 %
Infirmière	26,2 %	70,2 %
Psychiatre	16,7 %	58,3 %
Centre de femmes	15,3 %	70,9 %
Organismes santé mentale	14,5 %	75,0 %
Info-Social	13,6 %	71,4 %
Prévention suicide	11,4 %	63,4 %
Professeur ou orienteur	10,9 %	64,1 %
CALACS	10,3 %	86,5 %
Organismes en dépendance	9,5 %	79,4 %
Conseiller religieux ou spirituel	8,4 %	87,1 %
Groupe sur Internet	7,5 %	74,1 %
Maison d'hébergement pour victimes	7,0 %	68,0 %

Parmi les 29 % des participantes ayant mentionné avoir consulté un psychologue, celui-ci a été jugé utile par 62,5 % des femmes. Des 16,7 % des participantes ayant mentionné avoir consulté un psychiatre au cours des deux dernières années, 58,3 % d'entre elles ont estimé la consultation avec un psychiatre comme utile. Ces consultations ont été jugées les moins utiles parmi toutes les ressources nommées. Cette faible perception de

l'utilité du recours au psychiatre contraste avec le fait que la médication prescrite, pour un problème de santé mentale, est généralement perçue comme efficace par 67,4 % des participantes qui ont obtenu une médication au cours des deux dernières années, relativement à leur santé mentale (38,2 % de l'échantillon). Cette satisfaction quant à la médication est donc supérieure à celle de la consultation avec le psychiatre. Il faut considérer que la moitié des diagnostics déclarés par les femmes de la présente recherche concerne la dépression qui peut être diagnostiquée et suivie par un médecin de famille, donc, ne nécessitant pas obligatoirement de consulter un psychiatre.

En deuxième lieu, parmi les 29 % des participantes ayant mentionné avoir consulté un psychologue, celui-ci a été jugé utile par 62,5 % des femmes. Troisièmement, parmi les 11,4 % de celles qui disent avoir consulté les ressources en prévention du suicide, celles-ci sont jugées utiles par 63,4 % des femmes.

Notons qu'entre psychiatre, psychologue, travailleuse sociale, thérapeute en relation d'aide et intervenante communautaire, les femmes ne distinguent pas toujours correctement les différentes approches et les différents types d'aide que ceux-ci sont en mesure d'offrir. Les femmes veulent quelqu'un qui va les écouter et les aider « ici et maintenant ». Le long délai d'attente explique aussi l'impatience et les attentes élevées des femmes qui ont l'impression qu'elles ne reçoivent pas les services dont elles ont besoin.

3.3.5 - LA MULTICONSULTATION DE RESSOURCES

Si 20,6 % des participantes n'ont consulté qu'une **ressource ou aide professionnelle au cours des deux dernières années**, 79,4 % des femmes en ont consulté plus d'une, voire jusqu'à 15. La multiconsultation de ces ressources ou aides professionnelles est donc très fréquente. En moyenne, chaque femme de l'échantillon a consulté 3,7 ressources ou aides professionnelles au cours des deux dernières années. Il faut mentionner que certains événements peuvent entraîner une série de consultations. À titre d'exemple, subir une agression sexuelle peut amener la personne à consulter un médecin et une infirmière, puis à amorcer un suivi psychologique.

Parmi ces femmes qui ont consulté plusieurs professionnels au cours des deux dernières années, la grande majorité a consulté des services publics de santé. Le médecin de famille est le plus fréquemment consulté, en combinaison avec d'autres professionnels, dont le psychiatre.

Le travailleur social ou conseiller et le professionnel du CSSS sont des ressources également fréquemment citées parmi les femmes qui ont consulté plusieurs professionnels. La consultation d'un psychologue et celle d'une infirmière arrivent toutes deux en troisième position dans la fréquence des aides professionnelles consultées, en combinaison avec d'autres professionnelles. Bref, les ressources du réseau public de la santé et des services sociaux sont fréquemment consultées de façon multiple par les femmes. Ce résultat s'explique principalement par le fait que le médecin de famille, le travailleur social ou un professionnel du CSSS, une infirmière ou le psychologue constituent habituellement la porte d'accès aux services en matière de santé mentale. De plus, ces consultations sont fréquemment combinées : à titre d'exemple, voir l'infirmière lors de la visite au médecin de famille ou au psychiatre.

À part les services précédemment cités, trois ressources sont plus particulièrement associées au fait d'avoir consulté un psychiatre. Il s'agit, 1) des organismes communautaires en santé mentale et 2) de la ligne d'écoute en prévention du suicide (1-866-APPELLE), 3) la ligne Info-Social. À l'opposé, d'autres ressources sont plus rarement consultées en combinaison avec un psychiatre : 1) les centres de femmes, 2) les maisons d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence et 3) les groupes de soutien ou de discussion sur Internet.

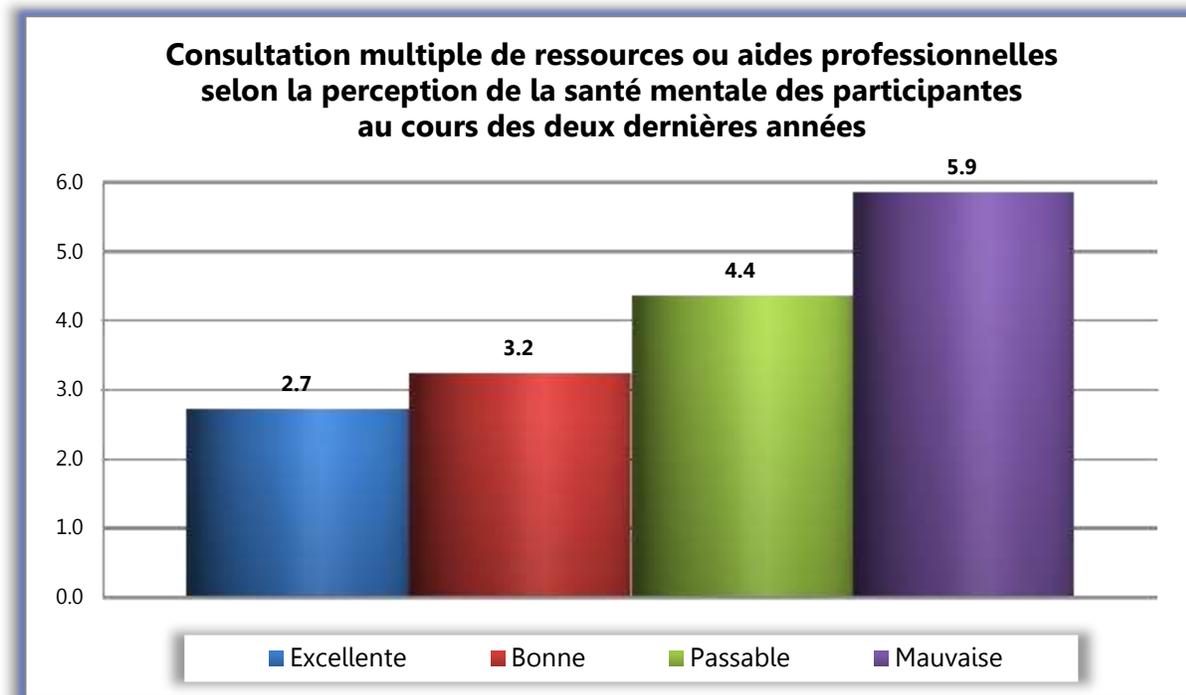
Plus précisément concernant les ressources communautaires, 21,6 % des participantes à cette étude n'en ont fréquenté qu'une seule **au cours de la dernière année**. Cependant, la majorité des femmes ont fréquenté

plus d'une ressource communautaire, habituellement deux (35,1 %) ou trois (18,9 %). Près d'une participante sur 4 (24,3 %) indique même avoir fréquenté quatre ressources communautaires ou plus au cours des 12 derniers mois. Quelques femmes rapportent avoir fréquenté plus de huit ressources, jusqu'à 13 pour l'une d'elles. En fait, les Centricoisées rencontrées ont fréquenté, en moyenne, 2,4 ressources communautaires au cours de la dernière année.

La multiconsultation de ressources communautaires se présente sous différentes formes, soit les ressources sont consultées de façon simultanée ou en référence d'une ressource à une autre. À titre d'exemple, une femme qui présente des besoins économiques peut se retrouver à fréquenter une ressource en employabilité et une autre, pour de l'aide alimentaire pendant la même période. Les femmes doivent souvent fréquenter plusieurs organismes simultanément pour répondre à leurs besoins. Pour certaines, elles ont été référées d'une ressource à l'autre, mais sans fréquentation simultanée. Par exemple, une femme qui a consulté le CAVAC a ensuite été dirigée au CALACS à la suite d'une ou deux rencontres pour évaluer ses besoins.

Les personnes qui fréquentent des ressources en santé mentale consultent plus souvent plusieurs autres ressources. Dans le même sens, la perception de leur santé mentale est le facteur le plus associé à la multifréquentation de ressources, comme l'illustre clairement ce graphique :

GRAPHIQUE 14



Ainsi, plus les femmes perçoivent négativement leur santé mentale et plus elles consultent des ressources ou des aides professionnelles et des organismes communautaires. En moyenne, les femmes qui perçoivent leur santé mentale comme mauvaise ont consulté 5,9 ressources professionnelles différentes au cours des deux années précédentes. Cette donnée confirme l'utilisation accrue des ressources par les femmes qui éprouvent des problèmes de santé mentale.

Cette fréquentation de multiples ressources peut être interprétée de différentes façons, notamment comme le reflet de l'étendue et l'importance des besoins de ces femmes, ou encore l'insatisfaction face aux services obtenus.

D'autres facteurs ont été associés à la fréquentation de différentes organisations communautaires et la consultation de multiples ressources du réseau ou aides professionnelles. Ainsi, l'âge, la scolarité et le revenu et l'orientation sexuelle sont tous associés à la multiconsultation de ressources.

Le graphique ci-dessous présente la relation entre l'âge et la consultation multiple de ressources communautaires. À la lumière de ces données, il est clair que les femmes de 14 à 19 ans fréquentent moins différentes ressources communautaires, mais que celles âgées de 20 à 49 ans en fréquentent plusieurs.

GRAPHIQUE 15



Les Centricois participant à cette étude qui possèdent le moins de scolarité ont tendance à consulter davantage les ressources communautaires et les aides professionnelles. Les participantes qui ont un faible revenu fréquentent un plus grand nombre d'organismes communautaires.

Parmi les participantes, 47 femmes rapportent fréquenter un nombre élevé de ressources. Ces femmes se distinguent des autres de l'échantillon, car elles ont un très faible revenu (même si elles ont plus de 19 ans). Étonnamment, ces femmes présentant une situation économique difficile jugent pourtant leur situation comme étant très confortable. La principale différence entre ces dernières et les autres réside dans la qualité de leur vie sociale. Celle-ci inclut : une meilleure perception de leur vie sociale, le fait de pouvoir fréquemment se confier à des amis, la perception d'avoir trouvé de l'aide lors de périodes de vie difficiles et la fréquentation de plusieurs groupes communautaires. Ainsi, la fréquentation de groupes communautaires peut être liée à une meilleure vie sociale qui amène ces femmes à considérer positivement leur situation, pourtant difficile. Elles considèrent également davantage que les autres participantes que leurs valeurs spirituelles les aident lors de difficultés. À part ce soutien social et leurs valeurs spirituelles, ces femmes ne se distinguent pas des autres quant à leur santé mentale.

Bédard, Page et coll. (2014, p. 49) estiment que :

Par le biais des activités et des interventions auxquelles les femmes participent au sein des différents organismes communautaires, il est probable qu'elles reçoivent des messages positifs sur leur valeur personnelle, qu'elles développent des compétences pour faire face à leur quotidien et qu'elles entretiennent un sentiment d'appartenance et une bonne estime de soi. La participation aux activités basées sur l'entraide peut contribuer à favoriser leur bien-être selon le principe bien connu « s'aider soi-même en aidant les autres ». Ces facteurs interreliés agissent en synergie en faveur d'une bonne santé mentale. Dans une perspective de promotion de la santé mentale, ces facteurs positifs tiennent lieu de levier qu'il faut renforcer.



En résumé.



Les besoins des Centricoises fréquentant les ressources communautaires faisant partie de l'étude sont importants en matière de santé mentale. 79 % des femmes ont reconnu avoir eu besoin d'aide lors d'épisodes de vie difficiles. Cependant, 42,3 % d'entre elles n'ont pas demandé ou obtenu l'aide dont elles avaient besoin. Le plus fréquemment, les femmes ne formulent pas de demande d'aide lorsqu'elles en ressentent le besoin. Elles disent préférer s'en occuper elles-mêmes. Elles ont peur de demander de l'aide et de ce que les autres en penseraient. Les préjugés à l'égard de la santé mentale sont tenaces. Il paraît donc pertinent de contrer ces obstacles à la demande d'aide. Même lorsqu'elles le demandent, les femmes ne reçoivent pas toujours l'aide nécessaire.

- ➔ 8,1 % des Centricoises qui ont demandé de l'aide disent que celle-ci n'était pas disponible dans la région au moment où elles en avaient besoin ;
- ➔ De plus, 15 % n'ont pas obtenu l'aide requise en raison de leur incapacité de payer le service (exemple : un service au privé, des frais de gardiennage ou de transport).

Fréquentation des ressources communautaires ou aides professionnelles

Les aides professionnelles les plus fréquemment consultées au cours des deux dernières années :

- ➔ 61,3 % des participantes ont consulté un médecin de famille ;
- ➔ 31,8 % un travailleur social ou un conseiller ;
- ➔ 30,9 % un professionnel du CSSS ;
- ➔ 29 % un psychologue ;
- ➔ 26,2 % une infirmière.

Quant aux ressources communautaires les plus fréquemment consultées au cours de la dernière :

- ➔ 27,3 % des participantes ont fréquenté les ressources pour de l'aide alimentaire ;
- ➔ 24,2 % les ressources en santé mentale ;
- ➔ 20,6 % les ressources en employabilité ;
- ➔ 20,1 % les centres de femmes.

Ces ressources reflètent les besoins des femmes de l'étude, découlant de leur situation socioéconomique difficile et leurs difficultés sur le plan de l'emploi ainsi que leur détresse émotionnelle.

Perception de l'utilité des ressources ou aides professionnelles

Parmi les diverses ressources consultées, voici celles ayant obtenu le plus haut taux d'utilité :

- ➔ Les CALACS consultés par 10,3 % des répondantes sont jugés utiles à 86,5 % ;
- ➔ Les organismes de traitement des dépendances consultés par 9,5 % des répondantes sont jugés utiles à 79,4 % ;
- ➔ Les conseillers religieux ou spirituels consultés par 8,4 % des répondantes sont jugés utiles à 87,1 %.



Parmi les ressources jugées moins utiles par les répondantes :

- ➔ *Le psychiatre consulté par 16,7 % des répondantes est jugé utile par 58,3 % d'entre elles, alors que la médication prescrite est considérée comme utile par 67,4 % des femmes concernées ;*
- ➔ *Le psychologue consulté par 29 % des répondantes est jugé utile par 62,5 % ;*
- ➔ *Les ressources en prévention du suicide consultées par 11,4 % des répondantes sont considérées comme utiles par 63,4 %.*

La multiconsultation de ressources et aides professionnelles

- ➔ *78,4 % des répondantes ont consulté plus d'une ressource communautaire au cours de la dernière année. En moyenne, elles ont fréquenté 2,4 ressources communautaires différentes ;*
- ➔ *Une forte majorité des femmes de l'étude (79,4 %) a consulté plus d'une aide professionnelle, soit 3,7 en moyenne par participante, au cours des deux dernières années ;*
- ➔ *Le médecin de famille est le plus fréquemment consulté en combinaison avec d'autres professionnels, habituellement le psychiatre. Le travailleur social ou conseiller, et un professionnel du CSSS, sont fréquemment consultés par les femmes qui ont eu recours à plusieurs ressources. La consultation de l'infirmière et du psychologue, en combinaison avec un autre professionnel, est également fréquente pour les participantes ;*
- ➔ *Les ressources les plus fréquemment consultées de façon combinée avec le psychiatre sont les ressources en santé mentale, les organismes d'aide en prévention du suicide et la ligne Info-Social ;*
- ➔ *Des facteurs sociodémographiques sont associés à la multiconsultation de ressources, soit le fait d'avoir de 20 à 49 ans, posséder peu de scolarité et un faible revenu, ainsi qu'être bisexuelle ou homosexuelle ;*
- ➔ *Aussi, avoir une perception négative de sa santé mentale augmente la multiconsultation de ressources ;*
- ➔ *Les femmes qui fréquentent les ressources en santé mentale et les ressources pour de l'aide alimentaire sont celles qui consultent plus souvent plusieurs autres ressources.*

Un petit groupe de participantes, qui fréquentent un nombre élevé de ressources communautaires, se distinguent des autres participantes : elles ont un faible revenu, mais elles jugent leur situation économique confortable. Elles se différencient par leur vie sociale de qualité, c'est-à-dire une meilleure perception de leur vie sociale, le fait de se confier régulièrement à des amis et l'obtention d'aide lorsqu'elles vivent des difficultés.



3.4 - SATISFACTION CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET L'OFFRE DE SERVICES

La précédente section a décrit la perception des Centricaises quant à l'utilité des ressources consultées. Qu'en est-il de la satisfaction concernant l'accessibilité aux services? Et l'offre générale de services est-elle satisfaisante selon les femmes qui fréquentent les organismes communautaires faisant partie de la recherche?

Pour répondre à ces questions, la satisfaction des participantes à l'étude est présentée quant à l'aide reçue de leurs proches. Puis, leur satisfaction relative aux ressources et leur accès sont décrits. Enfin, les motifs de l'arrêt des services permettent aussi de connaître la satisfaction à leur égard.

3.4.1 - LE SOUTIEN DES PROCHES

Les femmes concernées ont reçu, partiellement ou totalement, réponse à leurs besoins de la part d'ami(e)s (54 %) et/ou de membres de leur famille (53,8 %). Le soutien des proches est donc présent pour plusieurs d'entre elles. Rappelons cependant que quelques femmes n'ont pas de proches à qui se confier. Pour certaines d'entre elles, les membres de leur entourage, même s'ils sont présents, ne semblent pas très soutenant ou adéquats pour apporter un effet positif, ce qui a été corroboré par les intervenantes des groupes de discussion. Le soutien social est pourtant primordial pour maintenir une bonne santé mentale.

3.4.2 - L'AIDE PROFESSIONNELLE : L'ACCÈS ET LA SATISFACTION

Outre le soutien des proches, des femmes obtiennent de l'aide de ressources publiques, communautaires et/ou privées, lorsqu'elles y ont accès.

Plusieurs participantes centricaises ont déploré les difficultés d'accès aux services. Les délais d'attente, qui peuvent facilement dépasser six mois alors que la personne vit une période de crise, sont particulièrement décriés, non seulement par les femmes utilisatrices, mais également par les intervenantes des ressources. Ainsi, 9,7 % des participantes disent ne pas avoir obtenu d'aide, en raison d'un délai trop long. Le secteur de Drummond se distingue des autres secteurs du Centre-du-Québec : plus de la moitié des participantes (54,3 %) qui n'ont pas obtenu les services requis en raison de l'attente proviennent de Drummond et seulement 14,3 % de Bécancour-Nicolet-Yamaska. L'accès aux services semble donc être particulièrement difficile dans le secteur de Drummond.

Même, certaines participantes perçoivent qu'il est tout simplement impossible de rencontrer un psychiatre dans le réseau. Des femmes du Centre-du-Québec énoncent aussi les difficultés d'accès à un médecin de famille et un psychologue. Certaines femmes interrogées dans le cadre de la présente étude sont bien conscientes de l'indisponibilité des ressources, ce qu'elles expliquent par le manque de personnel et un financement insuffisant.

Il arrive que certaines organisations offrent des services d'aides psychologiques à coût moindre ou modulé en fonction des revenus de la personne, mais cette offre s'avère limitée, voire inexistante dans certains secteurs du Centre-du-Québec.

En résumé, les femmes de l'étude disent faire face à des délais d'attente considérables permettant difficilement d'accéder au service lorsqu'elles demandent de l'aide. En fait, les Centricaises qui ont participé à cette étude ont fortement critiqué l'accès aux services en matière de santé mentale. Il s'agit d'ailleurs de leur principale recommandation, **améliorer l'accès aux services**, qui sera discutée dans la section 3.5 relative à l'optimisation des services.

*« Quand mon proche fait à plusieurs reprises des tentatives de suicide et va à l'hôpital et qui le laisse sortir 2 à 3 jours maximum plus tard où est le suivi et comment arriver à ce qu'elle soit mieux ???
C'est dur pour moi émotionnellement
il y a de grands besoins que le gouvernement y voit... ça presse. »*

En plus des délais d'attente, le processus d'accès aux services est complexe selon les participantes. Ainsi, plusieurs femmes trouvent fort ardu le processus de consultation pour obtenir une référence vers les services requis. Les médecins de famille demeurent souvent la porte d'entrée des services en santé mentale (RQASF, 2011), mais il est parfois long avant d'accéder à ce médecin. De plus, les participantes trouvent qu'il est difficile d'être fréquemment référée et de devoir alors répéter leur histoire à plusieurs intervenants.

Ainsi, l'importance de mieux diriger les femmes vers les services adéquats a été mentionnée par des participantes centricaises. Dans la section « commentaires » du questionnaire qui a fait l'objet d'une analyse qualitative, quelques femmes ont souligné pertinemment qu'une prise en charge rapide évite l'aggravation de la détresse et est ainsi gagnante.

Bref, les difficultés d'accès aux services pour la santé mentale des Centricaises ont été fréquemment rapportées par les femmes de l'étude. Cet aspect domine parmi les préoccupations à l'égard de la santé mentale des Centricaises fréquentant les groupes communautaires participants. À l'instar du RQASF (2011, p. 26), il est impératif d'améliorer l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale, particulièrement par « *des mesures pour répondre aux besoins immédiats des personnes plus démunies et des femmes aux prises avec de grandes difficultés (...)* ».

Lors d'épisodes de vie difficiles, 47,4 % d'entre elles estiment que l'aide reçue de la part des organismes communautaires a répondu partiellement ou totalement à leurs besoins. L'aide reçue de professionnels de la santé a été jugée ainsi dans une proportion semblable (45,7 %). Enfin, 34,5 % des participantes ont obtenu une réponse à leurs besoins, que celle-ci soit partielle ou complète, de la part de ressources privées, comme une psychologue ou un thérapeute en relation d'aide. En somme, un tiers à près de la moitié des participantes ont répondu, du moins partiellement, à leurs besoins en matière de santé mentale grâce à l'aide reçue de ressources communautaires, publiques ou privées. L'étude de Bédard, Page et coll. (2014, p. 46), auprès de femmes de Chaudière-Appalaches, avait révélé des constats semblables :

Seulement la moitié des femmes se dit satisfaite des services reçus pour les problèmes de santé mentale. Les services de santé apparaissent inaccessibles ou demeurent inconnus pour environ le quart des participantes. Cette proportion prend de l'ampleur en ce qui concerne les services sociaux (le tiers des femmes) et encore davantage pour les services de santé mentale (la moitié des femmes).

3.4.3 - L'ARRÊT DE SERVICE

Pourquoi les participantes ont-elles cessé de recevoir des services ? Premièrement, parce qu'elles se sentaient mieux (30,1 %) et deuxièmement, parce que le traitement recommandé était complété (15,6 %). Troisièmement, 9,2 % des femmes pensaient que le problème allait s'améliorer sans plus d'aide professionnelle. En dernier lieu, des femmes n'étaient pas à l'aise avec l'approche du professionnel ou de la professionnelle (8,9 %). D'autres (8,1 %) trouvaient que cela ne les aidait pas. Notons que le fait de ne plus pouvoir payer les services représente un motif de cessation pour 6,4 % de participantes. Bien que la passation des questionnaires ait eu lieu avant l'application des mesures de rigueur budgétaire, il est arrivé, pour 3,3 % des participantes, que le service ou le programme ne soit plus disponible, entraînant son arrêt.

En résumé.



- ➔ 79 % des femmes ont reconnu avoir eu besoin d'aide lors d'épisodes difficiles ;
- ➔ 89,6 % disent avoir reçu de l'aide soit partiellement ou totalement :
 - 54 % ont reçu de l'aide de la part d'ami(e)s,
 - 53,8 % ont reçu l'aide de leur famille,
 - 47,4 ont reçu de l'aide d'organismes communautaires,
 - 45,7 % ont reçu de l'aide de professionnels de la santé,
 - 34,5 % ont reçu de l'aide de ressources privées (psychologue, thérapeute en relation d'aide).
- ➔ La difficulté d'accès à de l'aide professionnelle représente la principale préoccupation des Centricoisées fréquentant les ressources communautaires de l'étude :
 - Les délais d'attente pour l'obtention de l'aide et la complexité du processus d'accès ont été particulièrement critiqués par les répondantes,
 - Les services d'aides psychologiques gratuits ou à moindre coût s'avèrent limités, voire inexistant dans certains secteurs du Centre-du-Québec.
- ➔ Les participantes qui ont reçu des services en matière de santé mentale ont mis fin aux services pour différentes raisons :
 - 30,1 % parce qu'elles se sentaient mieux,
 - 15,6 % parce que le traitement recommandé était complété,
 - 6,4 % des participantes expliquent la cessation des services par leur incapacité à les payer,
 - 3,3 % parce que le service ou le programme n'était plus disponible.

En fonction de ce qui précède, la dernière section présente les recommandations des participantes et des intervenantes de groupes communautaires, afin d'optimiser l'accessibilité et l'offre de services en matière de santé mentale au Centre-du-Québec.



3.5 - DISCUSSION DES PARTICIPANTES POUR OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

*« J'aimerais préciser un autre volet à la santé mentale des femmes
Quand vous aidez votre enfant souffrant de santé mentale,
à la longue vos besoins personnels en souffrent »*

Tout d'abord, le portrait dressé des Centricaises qui fréquentent les ressources communautaires participant à cette étude est plutôt préoccupant, particulièrement sur le plan de la situation économique et de leur santé mentale. Considérant ces constats, il paraît important que les conditions socioéconomiques des Centricaises soient améliorées. Bédard, Page et coll. (2014, p. 53) recommandent de :

Poursuivre collectivement les actions sociales relatives à l'amélioration des conditions de vie et de travail des femmes. L'influence des conditions socioéconomiques, de l'inclusion sociale et des environnements favorables sur la santé mentale rend impératif l'engagement dans toutes actions susceptibles d'améliorer la vie des femmes.

Dans le même sens, le RQASF (2011, p. 23) avait recommandé :

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

De plus, cette étude a permis de constater qu'un certain nombre de femmes consultent de multiples ressources, surtout celles qui ont une perception négative de leur santé mentale. Ce constat amène plusieurs questionnements, entre autres quant à la formation du personnel des organismes communautaires pour intervenir avec cette clientèle et quant à la concertation entre les intervenants des multiples ressources consultées. Les intervenantes rencontrées ont d'ailleurs appuyé ce besoin d'être mieux formées et informées sur l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Elles ont aussi manifesté la nécessité de mieux se concerter entre organismes.

Outre ces recommandations découlant du portrait des femmes de l'étude, des participantes ont formulé des suggestions en vue d'améliorer l'offre de services en santé mentale. Celles-ci ont été regroupées sous quatre principales recommandations. Ces recommandations sont présentées par ordre d'importance pour les participantes :

- 1) Améliorer l'accès des Centricaises aux services offerts en matière de santé mentale ;
- 2) Sensibiliser et informer la population en matière de santé mentale, notamment quant aux services offerts ;
- 3) Accroître et diversifier l'offre de services adaptés, particulièrement ceux destinés aux proches ;
- 4) Bonifier la qualité des services, particulièrement le suivi.



3.5.1 - AMÉLIORER L'ACCÈS DES CENTRICOISES AUX SERVICES OFFERTS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Comme il a déjà été mentionné, les difficultés d'accès aux services pour la santé mentale des Centricois ont été fréquemment rapportées par les participantes. Cet aspect domine parmi les préoccupations à l'égard de la santé mentale des Centricois fréquentant les groupes communautaires de l'étude.

« Avec mon expérience, j'ai trouvé que le lien des intervenants entre l'hôpital et le retour à la société fut manquant. Oui, ils mettent en contact et c'est tout. Aucun autre lien pour connaître le confort de ce lien. Si ça répond aux besoins, s'il y a d'autres possibilités, bref si ça ne convient pas, la personne est laissée à elle-même et recommence à errer, ne plus se connaître et revenir à son tout début avant le contact avec l'hôpital. Une maman qui veut simplifier pour aider son fils : connaître sa maladie, comment le prendre... j'ai trouvé affreux de me faire répondre "Votre fils est majeur madame" mais c'est drôle quand ils ont un problème, ils savent toujours trouver la maman, pour eux avoir réponse à leurs questions et nous, maman nous laisser dans l'inquiétude après. »

D'autres groupes régionaux et provinciaux de femmes se sont intéressés à la question de la santé mentale et on retrouve dans leurs recommandations ces mêmes préoccupations concernant l'accessibilité et la disponibilité des ressources et des services en matière de santé mentale.

Dans le cadre du rapport *Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, le RQASF (2011, p. 18) conclut que les services publics sont insuffisants :

- L'accessibilité des services sociaux et des services de santé s'amenuise de plus en plus et ce sont les femmes les plus démunies qui en souffrent le plus. En témoignent :**
- ➔ **l'inaccessibilité des services de première ligne en santé mentale (consulter en psychologie exige de nombreux mois d'attente) ;**
 - ➔ **l'accès à une ou un médecin de famille toujours aussi difficile.**

Comme l'ont exprimé nos participantes à la recherche et comme le dit si bien le RQASF (2011, p. 7) :

Lorsque les participantes sont dirigées vers un service de psychologie du réseau public, elles se heurtent à un délai d'attente parfois de plusieurs mois, durant lesquels leur détresse a tendance à s'aggraver.

De plus, l'offre de services gratuits ou à coûts moindres, s'avère limitée, voire inexistante dans certains secteurs du Centre-du-Québec. Même lorsqu'elle est présente, cette offre est insuffisante et très peu connue de la population.

À l'instar du RQASF (2011, p. 26), il est impératif d'améliorer l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale, particulièrement par « des mesures pour répondre aux besoins immédiats des personnes plus démunies et des femmes aux prises avec de grandes difficultés (...) ». Il s'agit d'ailleurs d'une des recommandations de l'étude *La santé mentale des femmes : une richesse pour la région* (Réseau des femmes des Laurentides, 2009) : « Améliorer l'accessibilité aux services de première ligne du réseau de la santé pour les femmes en situation de crise ». Cette recommandation inclut notamment de : « multiplier les services de crise et les rendre accessibles ; favoriser l'accès gratuit à des femmes psychologues ; offrir des soins et services de première ligne dans la communauté (accessibles en tout temps) ». Une autre recommandation de cette étude consiste à : « Améliorer l'accessibilité à des services psychologiques gratuits et diversifiés pour répondre aux besoins spécifiques des femmes (psychiatres, psychologues, travailleuses sociales, ressources alternatives,

etc.) » (Réseau des femmes des Laurentides, 2009). Dans le même sens, Bédard, Page et coll. (2014) ont recommandé d' :

Identifier des moyens de rendre plus accessibles les services de santé mentale et les services sociaux destinés aux femmes dans la région. Une réflexion sur les moyens d'assurer un accès équitable à des services de santé et des services sociaux, notamment à la psychothérapie, pourrait être entreprise. La porte d'entrée aux services de santé mentale et de services sociaux est le guichet d'accès en santé mentale pour les territoires de 50 000 habitants et plus. Pour les plus petits milieux, il est impératif que des liens et des procédures claires de collaboration soient établis avec les services de santé et les services sociaux pour que les femmes puissent avoir accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables.

À la lumière des propos des participantes de la présente étude, ces objectifs ne sont pas atteints. Ils doivent être poursuivis.

3.5.2 - SENSIBILISER ET INFORMER LA POPULATION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, NOTAMMENT QUANT AUX SERVICES OFFERTS

Plusieurs participantes de l'étude ont déploré que les problèmes de santé mentale soient encore tabous. Ces derniers nuisent considérablement à la demande d'aide selon les répondantes. Malheureusement, plusieurs mythes sont encore véhiculés en matière de santé mentale.

« Que ce soit mieux expliqué, la différence entre maladie mentale et santé mentale, pour qu'il y ait moins de tabous. »

« Faire plus de publicités pour connaître les organismes, car il y en a pleins que je ne connaissais pas ! »

Comme il a été mentionné, de nombreuses femmes qui ressentent un besoin d'aide quant à leur santé mentale ne la demandent pas, en raison de ces préjugés. En conséquence, il est important de les contrer par la sensibilisation. L'étude laurentienne quant aux services en matière de santé mentale pour les femmes recommande, dans le cadre du volet d'éducation du grand public, de : « *Faire plus de prévention et de promotion de la santé mentale auprès de la population, mais aussi auprès des professionnels de la santé* », notamment en démystifiant la santé mentale et la maladie mentale et en reconnaissant et combattant les préjugés (Réseau des femmes des Laurentides, 2009). Dans le même sens, Bédard, Page et coll. (2014, p. 52) recommandent de :

Sensibiliser les femmes sur le phénomène de la stigmatisation de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent. La stigmatisation et ses effets sur la personne atteinte d'un trouble mental peuvent être discutés avec les femmes. En groupe, elles peuvent déterminer des moyens pour s'en prémunir si elles ont l'impression d'en être victimes d'une façon ou d'une autre. Ces sensibilisations pourraient aussi permettre de démystifier ce que sont les troubles mentaux et de diminuer les craintes qui empêchent certaines femmes de parler de leurs problèmes de santé mentale à un professionnel de la santé.



De façon générale, il est constaté le peu d'éducation à la santé mentale et de prévention dans ce domaine. La promotion de la santé mentale est identifiée comme une solution préventive qui devrait davantage être mise de l'avant, afin d'éviter que la situation ne devienne dramatique. À ce sujet, l'ICIS (2009, p. 53) recommande :

À l'échelle communautaire, les efforts peuvent cibler le renforcement de l'action communautaire pour promouvoir la santé mentale positive. (...) La recherche souligne par ailleurs l'efficacité des programmes qui tiennent compte des besoins locaux qui conviennent à la culture, qui suscitent la participation des membres de la collectivité et leur donne les moyens de le faire, et qui prennent en considération les inégalités au chapitre de la prévalence des problèmes de santé mentale et de l'accès aux services de santé mentale.

Quelques participantes disent avoir ressenti peu d'empathie, et même des jugements relatifs aux problèmes de santé mentale de la part des professionnels consultés. La sensibilisation à l'égard des professionnels des ressources consultées s'avère donc aussi nécessaire. Également, les intervenantes dans le cadre des groupes de discussion ont identifié à la fois leurs besoins de recevoir de la formation en matière de santé mentale et d'obtenir du soutien, afin de préserver leur propre santé mentale.

Plusieurs participantes ont également déploré que les services en santé mentale soient peu diffusés et méconnus en conséquence. Ainsi, 11,4 % des participantes ne savaient pas où aller chercher de l'aide. Certaines femmes ont dit ne pas savoir qu'elles y avaient droit. Cette méconnaissance des services offerts limite leur accès pour les femmes qui en éprouvent le besoin. La confidentialité des adresses complexifie le recours aux ressources et contribue à perpétuer des tabous à ce sujet. Selon les participantes, augmenter leur visibilité permettrait de sensibiliser la population aux difficultés de santé mentale et contribuerait à démystifier des tabous qui nuisent à la demande d'aide. Le Réseau des femmes des Laurentides (2009) avait déjà recommandé de : « *Faire connaître les ressources communautaires : créer un bottin des ressources et les rendre accessibles (en faire la promotion).* » Dans le même sens, Bédard, Page et coll. (2014, p. 51) recommandent d' :

Informez les femmes de l'ensemble des services d'aide, professionnelle ou communautaire, disponibles pour des problèmes de santé mentale (...) Il y a lieu d'informer les femmes sur les types d'aide professionnelle (services de santé et services sociaux) et communautaires offerts, les objectifs de ces services, leur utilité et leurs limites. Les femmes sont susceptibles de bénéficier d'un accompagnement visant à prendre des décisions éclairées par rapport à la recherche d'aide pour leur santé mentale.

3.5.3 - ACCROÎTRE ET DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES ADAPTÉS, PARTICULIÈREMENT CEUX DESTINÉS AUX PROCHES

Les participantes indiquent un manque de services de façon générale en matière de santé mentale, mais une partie d'entre elles souhaite aussi des services spécifiques et adaptés à certaines clientèles, les femmes et les jeunes par exemple. L'importance de mieux cibler les besoins spécifiques des femmes en matière de santé mentale a été soulignée, notamment en facilitant l'accès par des mesures comme, entre autres, un service de garde pour les enfants lors de rendez-vous. De même, les lacunes quant à la disponibilité de services dans les petites municipalités et en dehors des heures de bureau, soit les soirs et les fins de semaine, ont été nommées. Également, l'absence de ressource en matière de santé mentale adaptée aux réalités des personnes immigrantes a été notée.

« Des fois, je me sens fatiguée d'être une aidante naturelle. »

Parmi les différents besoins spécifiques nommés par les participantes, un d'entre eux paraît particulièrement criant selon le nombre de suggestions reçues : le soutien aux proches des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Elles disent devoir se battre pour obtenir un minimum de soutien. Plus précisément, ces

aidantes souhaitent du soutien financier, du soutien à domicile, du répit familial par l'hébergement temporaire de la personne souffrant de problèmes graves de santé mentale, et que les intervenants ou professionnels travaillent davantage de concert avec elles. Le Réseau des femmes des Laurentides (2009) reconnaît aussi ce besoin de soutien des proches en matière de problèmes de santé mentale, dans le cadre de son objectif de soutenir rapidement les femmes concernées et leurs proches (aidants naturels).

« Ayant une fille schizophrène, donc la nécessité de rencontrer des intervenants comme psychiatre, travailleuse sociale, CIC... Tous ces gens dont supposément doivent travailler avec la famille, par contre ce n'est pas le cas. Nous devons toujours nous battre pour avoir de l'aide. Soit pour la question de l'hospitalisation ou hébergement, etc. Cela fait quinze ans que je me débats, mais sans résultat positif. »

Parmi les services spécifiques en matière de santé mentale, plusieurs participantes ont réitéré l'importance du soutien social par le souhait de maintenir et d'accroître les services axés sur le soutien par les pairs et l'entraide sociale. Ces services sont jugés particulièrement utiles par les femmes de l'étude. Elles ont suggéré à ce propos que des groupes d'entraide en matière de santé mentale soient aussi disponibles et distincts pour celles qui vivent des problématiques passagères ou moins sévères.

En résumé, les Centricaises de l'étude demandent des services en matière de santé mentale plus adaptés à leurs besoins. En cette matière, les besoins consistent principalement à augmenter et diversifier l'offre de services portant sur le soutien social, surtout celui des aidants naturels, mais aussi celui provenant de l'entraide entre les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

3.5.4 - BONIFIER LA QUALITÉ DES SERVICES, PARTICULIÈREMENT LE SUIVI

De façon générale, les femmes de l'étude jugent que les services en matière de santé mentale sont expéditifs, déshumanisés, peu à l'écoute de la femme, sans considération pour la globalité de la personne. Selon des répondantes, l'intervention se limite souvent à la médication pour effacer les symptômes. Comme le commentaire d'une participante le laisse entendre : *« je me questionne sur la suite... Aurons-nous plus de services appropriés ? Moins d'attente ? Des services gouvernementaux plus individualisés ? »*

Quant à la qualité des services, les analyses qualitatives ont permis de constater que le suivi en matière de santé mentale est fort critiqué. Certaines dénoncent *« les services qui se renvoient la balle »*, *« le vide de service une fois la crise passée »*, ou encore *« les trous de services »*. Lorsque le suivi s'effectue, il est considéré comme instable en raison des changements fréquents du personnel et de la médication. Bref, les lacunes quant à la communication et la concertation entre les réseaux sont déplorées. Ainsi, le suivi et la concertation en matière de santé mentale auraient avantage à être améliorés.

D'autres aspects des services pourraient être bonifiés, notamment la qualification et/ou la formation de certains intervenants qui est parfois mise en doute par des participantes à la recherche.

En résumé.



Les propos des participantes qui fréquentent les groupes communautaires de la recherche ont mis en lumière la nécessité d'améliorer les conditions socioéconomiques des femmes de façon générale. Ces propos recueillis par les participantes et les intervenantes rencontrées ont permis de formuler quatre recommandations :

- 1) L'accès des Centricaises aux services offerts en matière de santé mentale doit être amélioré. Cette recommandation est prioritaire selon les répondantes de l'étude ;*
- 2) Il convient de sensibiliser et informer la population en matière de santé mentale, notamment pour contrer les tabous et faire connaître les services offerts ;*
- 3) Les femmes rencontrées estiment qu'il faut accroître et diversifier l'offre de services adaptés, particulièrement ceux destinés aux proches et aux aidants naturels, afin de faciliter le soutien social ;*
- 4) Les répondantes recommandent de bonifier la qualité des services, particulièrement le suivi offert aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Une meilleure concertation entre les services serait fort utile à cet égard.*



CHAPITRE 4 – Conclusion et recommandations

CONCLUSION

Ce rapport met fin à presque trois ans de travail sur une recherche portant sur la santé mentale des femmes fréquentant les organismes communautaires centricois. Pour la TCMFCQ et ses membres, cette recherche était importante, parce qu'elle validait les impressions des intervenantes des groupes membres sur l'état de santé mentale de leurs participantes. En effet, celles-ci trouvaient que les problématiques auxquelles était confrontée leur clientèle s'alourdissaient, que leurs participantes étaient aux prises avec plusieurs problèmes concomitants et que ces situations avaient un impact de plus en plus important sur leur travail.

En donnant la parole aux femmes directement concernées, cette recherche confirme les intuitions des intervenantes et intervenants, mais elle fait plus que cela ; elle réaffirme l'importance d'une approche globale en santé mentale.

En lisant ce rapport, on constate que la majorité des femmes interrogées vivent avec peu de revenus personnels. Certaines vivent une grande pauvreté, ce qui n'est pas sans effet sur leur santé mentale. D'ailleurs, un avis produit par la TCMFCQ en 2012 sur la pauvreté des femmes au Centre-du-Québec corrobore ce fait. Selon les propos d'intervenantes de groupes de femmes interrogées dans le cadre de cet avis :

Il est évident qu'il y a un lien très clair entre la santé physique et mentale des femmes et leurs conditions économiques. Vivre la pauvreté au quotidien amène un grand stress et peu à peu la santé mentale se détériore. Elles sont dépressives, peuvent éprouver des problèmes d'ordre compulsif, ou vivre des crises suicidaires.

(Femmes et pauvreté au Centre-du-Québec, p. 7)

Ces propos se retrouvent également dans le rapport de recherche *Raccrocher de toutes ses forces !* produit par la TCMFCQ en 2014, portant sur le décrochage scolaire des filles et leur retour aux études :

L'insécurité économique qui expose les femmes non diplômées est accentuée par la présence des enfants et a des effets sur le plan de leur santé mentale et physique. De même, les entrevues ont permis d'identifier l'impact du décrochage sur la confiance et l'estime de soi des femmes, avec, pour conséquence, d'ébranler leurs compétences parentales ou de les exposer à des relations amoureuses toxiques.

(Raccrocher de toutes ses forces !, p. 96)

À la lumière de cet avis et ces études, incluant les résultats de la présente recherche, la TCMFCQ ne peut que constater les liens qui existent entre précarité financière et santé mentale, et qu'il est plus que nécessaire de travailler avec une approche globale en santé. C'est pourquoi le concept de santé mentale positive a été priorisé comme base idéologique de cette recherche : il rejoignait tout à fait cette approche préconisée et demandée par les groupes de femmes.

La recherche a permis la rencontre de femmes extraordinaires. Elles ont partagé avec générosité un vécu pas toujours facile. Pourtant, plusieurs d'entre elles ont répondu qu'elles avaient une assez bonne santé mentale. Ce qui peut paraître étonnant, mais prouve les capacités de résilience et d'adaptation présentes chez ces femmes. Ces capacités contribuent à favoriser une santé mentale positive et à rendre *la vie plus florissante que languissante* :

L'adaptation et la résilience ne consistent pas à éviter le changement ou l'adversité, mais plutôt à encourager les gens à évoluer à partir des événements de la vie et à y faire face.

(Explorer la santé mentale positive, p. 14)

Certes, il y aura des dérapages ou des moments où les événements seront plus difficiles. C'est là que les ressources d'entraide interviennent. Elles aident à développer les facteurs de protection pour faire face à l'adversité et reprendre du pouvoir sur sa vie.

« La détérioration de la santé mentale n'est pas une fatalité, c'est, en grande partie, une question de société sur laquelle nous pouvons et devons agir. » Selon l'OMS, « Pour améliorer la santé, il faut agir sur les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire sur les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Toujours selon l'OMS, « La pauvreté est la plus grande menace à la santé. » (OMS, 2009)



Pour conclure, cette recherche sur les femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale poursuit l'objectif de sensibiliser les différentes organisations préoccupées par la santé des femmes à mettre en place des interventions concrètes, pour soutenir les femmes en matière de santé mentale.

D'ailleurs, souhaitons que le plan d'action 2015-2020 en matière de santé mentale au Québec adopté au moment de la rédaction du rapport *Sur la route de la santé mentale positive* aille dans le sens des préoccupations émises par la TCMFCQ dans ce document.



RECOMMANDATIONS

Les membres du comité orienteur en santé mentale de la TCMFCQ ont également voulu apporter leur voix à celles des femmes et des intervenantes, en proposant des recommandations. Il est important de prendre en considération le fait que les femmes ont des besoins spécifiques et que l'offre actuelle en matière de santé et de santé mentale ne correspond pas toujours à leurs besoins. Ces recommandations ont pour but de prévenir les problèmes de santé mentale chez les femmes et également leur offrir une gamme de services répondant aux besoins spécifiques des femmes présentant des difficultés en matière de santé mentale.

Selon certaines des femmes consultées et les intervenantes rencontrées, plusieurs aspects des services en matière de santé mentale ont été relevés comme étant problématiques ou insuffisants. La difficulté d'avoir accès à ces services dans des délais raisonnables est revenue fréquemment au cours de cette recherche. Ainsi, inspirées des améliorations suggérées par les femmes au sujet de l'accès, la qualité et de la diversité des services en matière de santé mentale, voici une série de recommandations.



1) Afin d'améliorer l'accès, la qualité et la diversification des services en matière de santé mentale au Centre-du-Québec, nous recommandons de :

- ➔ Améliorer l'accessibilité à des services psychologiques gratuits pour répondre aux besoins spécifiques des femmes :
 - Réduire les délais d'attente jugés trop longs.
- ➔ Faciliter l'accès aux services, particulièrement pour celles qui vivent dans les petites municipalités ou en milieu rural :
 - Favoriser des mesures pour du transport gratuit et des services de garderie,
 - Intensifier les mesures (programmes) de conciliation travail/famille,
 - Faciliter l'accès à un médecin de famille pour les personnes vulnérables.
- ➔ Offrir des soins et services de première ligne accessibles en tout temps dans la communauté, soit les soirs et les fins de semaine, partout en région ;
- ➔ Offrir de la formation en santé mentale aux divers intervenantes et intervenants des réseaux public et communautaire, accessible aux proches aidants ;
- ➔ Renouveler et diversifier les pratiques et les approches, notamment en tenant compte de la santé globale des femmes :
 - Offrir les conditions nécessaires aux maisons d'hébergement communautaire en santé mentale, afin qu'elles puissent accueillir les femmes avec leurs enfants,
 - Offrir une formation au personnel du réseau public sur l'analyse différenciée selon les sexes,
 - Effectuer une analyse différenciée selon les sexes sur les services en matière de santé mentale.

- ➔ Soutenir les proches aidants, afin de préserver leur propre santé mentale :
 - Développer et promouvoir les ressources offrant du soutien aux proches,
 - Développer différents services de répit, hébergement temporaire, etc.
- ➔ Favoriser l'implication des proches et des intervenants dans le processus de suivi et de traitement ;
- ➔ Faciliter le travail en concertation de façon aidante et cohérente des différentes ressources, tant publiques que communautaires :
 - Faire mieux connaître les ressources communautaires aux intervenantes du réseau de la santé afin d'améliorer la référence.

Il a semblé évident pour plusieurs des participantes à la recherche que des efforts doivent être faits, afin d'améliorer la connaissance de la population en général sur toute la question de la santé mentale. Selon elles, les gens ont encore beaucoup de préjugés à cet égard et elles jugent que cela est un obstacle supplémentaire, quand vient le temps d'aller chercher de l'aide, et pourrait même entraîner une plus grande détresse. En allant dans ce sens, voici quelques recommandations pour davantage de promotion et de prévention au niveau régional en matière de santé mentale, afin que les personnes qui en ont besoin puissent consulter sans honte et surtout avoir une meilleure connaissance des ressources disponibles.



2) Afin d'accentuer les efforts au niveau de la sensibilisation et de l'information en matière de santé mentale, nous recommandons d' :

- ➔ Informer, sensibiliser et démystifier la santé mentale :
 - Faire connaître les ressources, les services et les droits en matière de santé mentale,
 - Promouvoir la santé mentale positive auprès de la population régionale,
 - Reconnaître et combattre les préjugés et la stigmatisation par une campagne médiatique régionale,
 - Démystifier la santé mentale auprès des jeunes et des parents.

Lorsque les femmes ont accès aux services, que ce soit ceux du réseau public ou des organismes communautaires, elles semblent assez satisfaites de l'aide reçue, mais elles ont nommé à de nombreuses reprises la nécessité d'une meilleure concertation. « Parlez-vous », nous disent-elles, « On est tannées d'avoir à répéter toujours et encore notre histoire pour finalement se faire référer à une autre ressource ». Les intervenantes consultées ont fait le même constat, c'est-à-dire que nous avons toutes et tous avantage à mieux nous connaître et à travailler en collaboration. Certains groupes ont développé des façons de faire innovantes, dont il serait possible de s'inspirer pour faire mieux.



3) Afin de soutenir les organismes communautaires dans leurs actions, nous recommandons de :

- ➔ Développer un véritable partenariat entre les organismes communautaires et le réseau de la santé, dans le cadre de leur mission respective ;
- ➔ Soutenir les intervenantes par l'accès à des conditions de travail favorables :
 - Doter les organismes communautaires d'un programme d'aide aux employées pouvant offrir du soutien aux intervenantes.
- ➔ Développer une communauté de pratiques, afin que les intervenantes puissent partager et s'outiller de façon continue ;
- ➔ Offrir de la formation aux intervenantes des groupes communautaires :
 - Intervention en santé mentale et troubles concomitants,
 - Santé mentale des intervenantes,
 - Prévention et sécurité en intervention.
- ➔ Rehausser le financement des organismes communautaires.

Références

- ➔ Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2012), *La santé mentale en Mauricie et au Centre-du-Québec*, extrait de *L'enquête québécoise sur la santé de la population 2008*.
http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/surveillance/enquete_sante/EQSP/2008/sante_mentale.pdf
- ➔ Association canadienne pour la santé mentale (2014), *Les jeunes et l'automutilation*, brochure.
http://www.cmha.ca/fr/mental_health/les-jeunes-et-lautomutilation/
- ➔ BEAUCHAMP, Diane L. (2008), *L'orientation sexuelle et la victimisation – 2004*. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique. Document consulté le 5 juillet 2013.
<http://www.conseil-lgbt.ca/uploads/files/85F0033MIF2008016.pdf>
- ➔ BÉDARD, Emmanuelle, PAGE, Claire et coll. (2014), *Portrait régional sur la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches*.
- ➔ Conseil du statut de la femme (édition 2015), *Le portrait des QUÉBÉCOISES en 8 temps*. Document consulté le 20 juillet 2015. <https://www.csf.gouv.qc.ca/article/2015/04/09/portrait-des-quebecoises-en-8-temps/>
- ➔ Conseil du statut de la femme, *Portrait statistique ÉGALITÉ Femmes/hommes « Où en sommes-nous au Centre-du-Québec »* (2010). <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-statistique-centre-du-quebec-2010.pdf>
- ➔ FLEURY, M.-J., GRENIER, G. (2012), *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, Commissaire à la santé et au bien-être.
<http://laressource.ca/fr/ressources/documents-et-publications/item/etat-de-situation-sur-la-sante-mentale-au-quebec-et-reponse-du-systeme-de-sante-et-de-services-sociaux>
- ➔ Institut de la statistique du Québec (2013), *Population selon le groupe d'âge, femmes, MRC du Centre-du-Québec, 2013*. Site Web consulté le 16 juillet 2015.
http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil17/17mrc_index.htm
- ➔ Institut canadien d'information sur la santé (2009), *Améliorer la santé des Canadiens 2009: Explorer la santé mentale positive*. https://secure.cih.ca/free_products/mh_report_13Feb2009_f.pdf
- ➔ JACKSON, Andrew et coll. (2002), *L'indice de sécurité personnelle 2002*. Ottawa, Conseil canadien de développement social, cité dans Conseil consultatif national sur le troisième âge (2005). *Vieillir pauvre au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, p. 7.
<http://publications.gc.ca/site/archivee-archived.html?url=http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-5-3-2005F.pdf>
- ➔ Maison des femmes des Bois-Francs, *Évaluation de l'état de santé mentale et des besoins des femmes de la région desservie par le CLSC Suzor-Côté*, mai 1988.
- ➔ Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2011). *Caractéristiques de l'immigration au Québec – Statistiques 2006*, 48 p.
- ➔ Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Famille et de l'Enfance (1998), *Avec les familles immigrantes, guide d'intervention*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-265.pdf>

- ➔ Organisation mondiale de la Santé, Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2009), *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr
- ➔ PEARSON, Caryn, JANZ, Teresa et ALI, Jennifer (2003), Article coup d'œil sur la santé, *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
- ➔ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, mai 2003. <http://rqasf.qc.ca/files/sante-lesbiennes.pdf>
- ➔ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2011), *Rapport de recherche « Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins »*. Site Web spécifique à la santé mentale. <http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/>
- ➔ Secrétariat aux affaires autochtones, Gouvernement du Québec (2011). *AMÉRINDIENS ET INUITS - Portrait des nations autochtones du Québec, 2^e édition*. Document consulté le 16 juillet 2015. https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf
- ➔ Statistique Canada (2006), *Profil de la population autochtone de 2006, Résultats pour « Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec »*. Site Web consulté le 1^{er} juin 2015. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=HR&Code1=2404&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Region%20de%20la%20Mauricie%20et%20du%20Centre-du-Quebec&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=2404>



Acronymes

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CIUSSSMCQ	Centre intégré universitaire de santé, de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (anciennement : ASSSMCQ - Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec)
CLSC	Centre local de services communautaires
CSF	Conseil du statut de la femme
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DES	Diplôme d'études secondaires
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ISPC	Institut de santé publique du Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ROBSM-04-17	Regroupement des organismes de base en santé mentale de la Mauricie et du Centre-du-Québec
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
TCMFCQ	Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec



Annexes

ANNEXE 1 - LE RÉSUMÉ DES 5 COMPOSANTES DE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE

1) L'aptitude à jouir de la vie

« Notre aptitude à jouir de la vie est couramment mesurée à l'aide de concepts comme le bonheur, la satisfaction de sa vie et le bien-être subjectif. La recherche révèle qu'une plus grande jouissance de la vie est liée à une combinaison de facteurs relatifs à la génétique et à la personnalité, aux circonstances de la vie, aux caractéristiques familiales et sociales ainsi qu'aux comportements. »

« L'aptitude à jouir de la vie est en partie tributaire de la personnalité, mais elle peut évoluer au fil du temps en fonction des circonstances de la vie et de l'environnement. »



2) L'adaptation aux événements de la vie

Il est indiqué dans le rapport que « les personnes, les groupes ou les collectivités composent de la même façon face au stress : ils l'affrontent ou s'en détournent. » « L'adaptation correspond aux efforts conscients déployés par une personne en période de stress, afin de l'aider à maîtriser ses émotions, ses pensées, ses comportements, sa santé physique et son environnement. »

Stratégies d'affrontement :	Stratégies d'évitement :
<ul style="list-style-type: none">○ Résoudre le problème ;○ Parler aux autres ;○ Prier ou faire appel à une aide spirituelle ;○ Faire de l'exercice.	<ul style="list-style-type: none">○ Avoir recours aux aliments ou consommer des substances (alcool, drogue ou tabac) ;○ Fuir (dormir ou éviter les gens)

« Les stratégies actives sont susceptibles d'engendrer des résultats favorables ou de favoriser la résilience chez les couples, les familles, les groupes et les collectivités. »

« ... la résilience est la capacité d'une personne ou d'un système (famille, groupe, collectivité) de faire face avec succès à l'adversité ou au risque. Cette capacité se développe et évolue au fil du temps, est renforcée par les facteurs de protection de la personne ou du système et de son environnement et contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé. »

« On peut également considérer la résilience comme le processus par lequel une personne va chercher des ressources (sollicite de l'aide) et négocie avec la famille, la collectivité et la culture pour obtenir des ressources précieuses à ses yeux qui lui permettront de s'adapter à sa réalité. »

« L'adaptation et la résilience ne consistent pas à éviter le changement ou l'adversité, mais plutôt à encourager les gens à évoluer à partir des événements de la vie et à y faire face. »



3) Le bien-être émotionnel

« À titre de composante de la santé mentale positive, le bien-être émotionnel positif peut être considéré, tant comme le fait de vivre des émotions que le fait de maîtriser ses émotions. L'objectif de la maîtrise des émotions est d'agir sur la façon dont celles-ci sont vécues, afin d'en tirer le maximum de bienfaits et de limiter tout effet destructeur potentiel. »

« Le concept d'intelligence émotionnelle élargit la notion de maîtrise des émotions et suppose un certain nombre de compétences ou d'aptitudes, notamment :

- ➔ La maîtrise réfléchie des émotions,
- ➔ La compréhension et l'analyse des émotions,
- ➔ La pensée axée sur les émotions,
- ➔ La perception, l'évaluation et l'expression des émotions. »

« Le bien-être émotionnel se rapporte au fait de vivre des émotions positives et de les maîtriser de façon à en tirer le maximum de bienfaits et d'en limiter les effets négatifs potentiels. »



4) Les valeurs spirituelles

« Éprouver un sentiment de bien-être spirituel, c'est-à-dire ressentir un sentiment d'appartenance envers une réalité plus grande que soi et donner un sens à sa vie, constitue également une composante de la santé mentale positive. Outre l'adoption d'un ensemble de valeurs, de croyances et pratiques, la littérature fait état d'éléments communs aux nombreuses manifestations de la spiritualité :

- ➔ Rechercher et trouver la vérité et un sens à sa vie,
- ➔ Établir et entretenir des relations et un sentiment de contact avec soi-même, les autres et une puissance supérieure ou une réalité plus grande que soi. »

« Les valeurs spirituelles peuvent se traduire par des pratiques religieuses ainsi que par l'adoption de valeurs et de principes plus vastes qui donnent un sens à la vie. »



5) Appartenance sociale et respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle

« Un environnement sécuritaire, capable de répondre aux besoins fondamentaux de la personne, est un environnement au sein duquel la santé mentale peut s'épanouir. Tout ce qui met à l'épreuve la capacité des personnes, des groupes et des environnements d'interagir efficacement et équitablement peut être perçu comme un obstacle à la santé mentale positive. »

« Par ailleurs, la présence et la qualité des liens sociaux existants dans nos milieux de vie, d'apprentissage, de travail et de loisir sont associées à divers résultats pour la santé mentale et à d'autres aspects qui contribuent à la santé mentale positive. »

« La santé mentale peut s'épanouir au sein d'environnements sécuritaires, légitimes, équitables et favorables à l'établissement de liens de qualité. »



ANNEXE 2 - LE DOCUMENT DE PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE



Recherche sur les femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale.



Bonjour,

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier de l'attention portée à notre projet de recherche. Nous avons conçu ce document de présentation, afin de vous informer sur différents aspects de la recherche et pour vous soutenir devant certaines interrogations qui pourraient advenir des participantes et de vos membres.

Le contexte

Les conditions de vie des femmes qui fréquentent des organismes de femmes se détériorent et l'accès aux services sociaux et aux services de santé est de plus en plus réduit, ce qui fait vivre aux plus démunies des situations inacceptables qui minent leur santé. De plus en plus de femmes vivant de multiples problèmes demandent l'aide des organismes communautaires. *(Extrait provenant de la recherche du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes [RQASF] intitulée « Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins »)*

La Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec (TCMFCQ) a présenté à ses membres les principaux constats de cette recherche publiée en 2011, leur demandant si ces constats reflétaient la réalité vécue au sein de leur organisme. Les groupes membres ont alors attesté qu'effectivement plusieurs de ces constats reflétaient leur réalité quotidienne. Dès lors, nous avons décidé qu'il nous fallait agir sur la question de la santé mentale des femmes, aux fins de soutenir les organismes dans leur action.

Un comité orienteur intersectoriel en santé mentale a été mis en place dans le but de documenter la problématique de la santé mentale des femmes de notre région, ainsi que de mettre éventuellement en place des actions permettant d'améliorer les services offerts et, plus particulièrement, la concertation des acteurs et actrices concernées.

La présente recherche est donc la première étape pour nous, soit documenter la problématique de la santé mentale des femmes de notre région. Nous avons choisi de diriger notre recherche sur le portrait des femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale. Nous souhaitons, entre autres, savoir comment les femmes perçoivent leur santé mentale et quelle est leur appréciation de la prestation des services offerts en santé mentale sur notre territoire.

Les objectifs

Cette recherche est menée en vue de dresser le portrait des femmes qui fréquentent les groupes communautaires en regard de leur santé mentale. Nous souhaitons :

- Connaître le profil des femmes qui fréquentent les groupes communautaires et celles qui vivent une problématique de santé mentale.
- Connaître leurs besoins en matière de santé mentale et les services auxquels elles font appel.
- Connaître le niveau de satisfaction concernant l'offre et l'accessibilité des services.
- Connaître les ajouts possibles pour optimiser l'offre de services.

Personnes visées

C'est une recherche d'envergure régionale, parmi les femmes qui fréquentent les groupes communautaires. En plus des femmes adultes, nous prévoyons rejoindre les jeunes filles de 14 ans et plus. Nous avons choisi d'approcher certains groupes communautaires, tels que les groupes de femmes, les groupes en santé mentale et les groupes travaillant avec une problématique ayant une incidence sur la santé mentale : défense collective des droits, pauvreté, femmes ayant un handicap, femmes âgées, femmes autochtones, les groupes famille et organismes jeunesse.

Pour notre recherche, nous avons opté pour une sélection aléatoire des répondantes. À cet effet, nous avons prévu différentes méthodes de sélection et de recrutement afin de les solliciter pour participer à la recherche. Ces différentes méthodes seront présentées aux groupes lors du contact téléphonique pour ainsi respecter les différentes réalités de fonctionnement des groupes ciblés.

Fonctionnement par rencontre de groupe ou par entrevues individuelles

Considérant que la réalité des groupes communautaires est très variée et diffère d'un organisme à l'autre et considérant que nous avons le souci de nous adapter à ces différentes réalités ; nous avons prévu deux façons de faire passer le questionnaire aux répondantes. Nous avons prévu un premier fonctionnement par l'entremise d'une rencontre de groupe qui nous permet d'obtenir plus de répondantes, tout en exigeant moins de temps. Pour certains groupes, l'aspect confidentiel et la nécessité d'un certain lien de confiance et d'intimité nous ont amenés à proposer une autre façon de fonctionner, soit par entrevue individuelle qui nécessite un temps plus long, mais qui nous a semblé plus respectueux de la réalité de certaines femmes.

Confidentialité

C'est la responsable de la recherche qui agira à titre d'enquêtrice. Elle prendra un petit temps pour présenter la recherche, mettre à l'aise les femmes et fera passer le questionnaire aux participantes. Toutes les **réponses demeureront confidentielles**. Que ce soit par entrevues individuelles ou par une rencontre de groupe, aucun nom n'est demandé. Les questionnaires sont anonymes et ne contiennent aucune information permettant d'identifier les répondantes.

Les partenaires

Ce projet est mené par la Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec en collaboration avec des groupes communautaires de la région : la Maison des femmes de Drummond, la Maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants La Maison La Nacelle, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles CALACS Unies-Vers-Elles, le Regroupement des organismes de base en santé mentale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la Maison d'hébergement communautaire en santé mentale La Chrysalide et l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Conclusion

Pour résumer très brièvement, on pourrait dire que l'on désire demander aux femmes qui fréquentent les groupes communautaires « **Comment ça va ?** » au niveau de leur santé mentale, « **Avez-vous accès à tous les services dont vous avez besoin ?** » et selon vous, « **Qu'est-ce qui pourrait être amélioré afin de mieux répondre à vos besoins ?** ». Et par souci d'avoir le portrait le plus juste qui soit, il est **TRÈS** important que plusieurs femmes participent à cette recherche. Nous avons besoin de connaître leur opinion pour pouvoir améliorer les choses pour elles et pour les intervenantes et intervenants des groupes communautaires.

MERCI !

	Pour informations : Chantal Descheneaux, agente de projet Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec Téléphone : 819-758-8282 / Courriel : sante@femmescentreduquebec.qc.ca	
---	--	---

ANNEXE 3 - LE DOCUMENT RÉSUMÉ RELATIF AUX 4 MÉTHODES DE FONCTIONNEMENT

Choix de la méthode pour la sélection aléatoire des participantes à la recherche.

Étape préalable

Il aura fallu déterminer si la recherche se fera en **rencontre de groupe** ou en **entrevue individuelle** et avoir fixé une date de rendez-vous. Dans le cas d'une rencontre de groupe, prévoyez une rencontre d'une (1) heure maximum, tandis que dans le cas d'entrevues individuelles, sachez que cela vous prendra une journée complète. Un horaire précis devra avoir été établi, en tenant compte que la durée approximative de l'entrevue est de 30 minutes. Nous suggérons de prévoir un temps d'une (1) heure entre les entrevues.

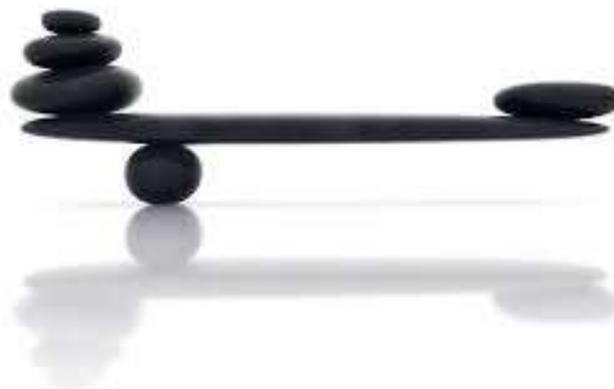
Présentation résumée des méthodes

Fonctionnement par rencontres de groupe		Fonctionnement par entrevues individuelles	
Durée : 30 minutes Objectif : 12 répondantes Avec possibilité d'animation de 30 minutes		Journée complète d'entrevues de 6 à 7 heures Objectif : 6 ou 7 répondantes (1/h) Durée de chaque entrevue : 30 à 45 minutes	
Méthode A - avec liste	Méthode B - sans liste	Méthode C - avec liste	Méthode D - sans liste
<ol style="list-style-type: none"> Le groupe doit numéroter sa <u>liste de femmes « actives »</u>, nous donne le total de femmes. On lui envoie par courriel les numéros des femmes à contacter. Nous suggérons d'en sélectionner une (20) vingtaine. (objectif entre 8 et 12 femmes) Une intervenante communique avec les participantes sélectionnées, leur présente la recherche, leur demande si elles sont intéressées et leur donne rendez-vous à la date et heure déjà identifiée. <ul style="list-style-type: none"> Feuille pour le suivi de la sélection Texte de présentation de la recherche aux femmes 	<ol style="list-style-type: none"> On demande au groupe le nombre de groupes ou d'activités potentielles, et par un tirage au sort, la responsable de la recherche (avec un dé) détermine le groupe ou l'activité auquel s'appliquera la recherche. Afin que cette approche ne soit pas perçue comme décevante pour les participantes de ce groupe, il faut aviser les femmes préalablement (1 semaine avant) en leur spécifiant qu'un temps de 30 minutes sera pris à leur prochaine rencontre afin de participer à une recherche. On pourra également leur spécifier qu'elles auront le choix d'être présentes ou non, et de répondre ou non au questionnaire. Une intervenante communique avec les participantes du groupe pour leur présenter la recherche (voir texte). <ul style="list-style-type: none"> Texte de présentation de la recherche aux femmes 	<ol style="list-style-type: none"> Le groupe doit numéroter sa <u>liste de femmes « actives »</u>, nous donne le total de femmes. On lui envoie par courriel les numéros des femmes à contacter. Nous suggérons d'en sélectionner plus que nécessaire, soit une (12) douzaine. Contactez-les, les unes après les autres, jusqu'à ce que vous en ayez recruté 6 ou 7. Conservez les autres au cas où une femme annulerait sa participation. Une intervenante communique avec les participantes sélectionnées, leur présente la recherche, leur demande si elles sont intéressées et leur donne rendez-vous à la date et heure déjà identifiée. <ul style="list-style-type: none"> Feuille pour le suivi de la sélection Texte de présentation de la recherche aux femmes Grille horaire pour journée d'entrevues 	<p>Cette méthode est réservée aux groupes sans liste de membres qui ont des activités régulières ou des groupes fixes.</p> <ol style="list-style-type: none"> Le groupe attribue à chaque participante potentielle un numéro, nous donne le total de femmes. On lui envoie par courriel les numéros des femmes à contacter. Les numéros sont choisis aléatoirement à l'aide d'un logiciel. Nous suggérons d'en sélectionner plus que nécessaire. Soit une (12) douzaine. Contactez-les, les unes après les autres, jusqu'à ce que vous en ayez recruté 6 ou 7. Conservez les autres au cas où une femme annulerait sa participation. Une intervenante communique avec les participantes ainsi sélectionnées, leur présente la recherche, leur demande si elles sont intéressées et leur donne rendez-vous à la date et heure déjà identifiée. <ul style="list-style-type: none"> Feuille pour le suivi de la sélection Texte de présentation de la recherche aux femmes Grille horaire pour journée d'entrevues
<p>Ne pas oublier de spécifier aux femmes afin de les rassurer, que c'est tout à fait confidentiel, qu'elles ont été sélectionnées « au hasard » et qu'elles ne seront pas les seules à y participer.</p>			

Table de concertation du mouvement des femmes
Centre-du-Québec



*Recherche sur les femmes
qui fréquentent les groupes communautaires
en regard de leur santé mentale*



Le questionnaire, mai 2014



Centre-du-Québec

Mise en contexte :

La présente recherche vise à dresser le portrait des femmes qui fréquentent les groupes communautaires. Nous souhaitons entre autres, savoir comment les femmes perçoivent leur propre santé mentale, avoir leur appréciation de la prestation de services en santé mentale et connaître leurs suggestions afin d'améliorer la situation au Centre-du-Québec.

Nous tenons à vous assurer **qu'aucun nom ne sera identifié** et que le tout est absolument **confidentiel**. Vous avez été sélectionné de façon tout à fait aléatoire afin de participer à ce projet de recherche et votre avis est très précieux pour nous.

HISTOIRE PERSONNELLE

1. Parmi la liste suivante, indiquez quelles ressources communautaires vous avez fréquentées au cours de la dernière année (12 derniers mois), en cochant toutes les cases appropriées.

Ressources communautaires	Consultée « X »
➤ Club de l'âge d'or (FADOQ)	
➤ Centre de femmes	
➤ Maison d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence	
➤ Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles (CALACS)	
➤ Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)	
➤ Ressource en employabilité	
➤ Ressource pour la défense collective des droits (RDDS)	
➤ Ressource pour la famille	
➤ Ressource pour de l'aide alimentaire (distribution de denrées)	
➤ Cuisines collectives	
➤ Ressource en alphabétisation	
➤ Ressource pour personnes handicapées	
➤ Ressource en santé mentale	
➤ Ressource pour personnes immigrantes	
➤ Ressource pour proches aidantes	
➤ Ressource jeunesse (maison de jeunes)	
➤ Ressource en dépendance (alcoolisme, toxicomanie, autres)	
Autres, spécifiez :	
➤	
➤	

2. Comment percevez-vous votre environnement, votre milieu de vie actuel (ville, village, quartier, etc.) ?

- A. Très plaisant
- B. Plaisant
- C. Déplaisant
- D. Très déplaisant

3. En ce moment, comment percevez-vous votre vie sociale ?

- A. Très satisfaisante
- B. Satisfaisante
- C. Insatisfaisante
- D. Très insatisfaisante

4. Est-ce que vous pouvez vous confier ou parler spontanément de situations ou d'événements qui vous touchent profondément avec les personnes suivantes ? Selon l'échelle qui suivante :

A) Très souvent	B) Souvent	C) Peu souvent	D) Pas du tout	E) Ne s'applique pas
-----------------	------------	----------------	----------------	----------------------

➤ Avec votre amoureux ou amoureuse	
➤ Avec vos parents	
➤ Avec vos enfants	
➤ Avec vos amis (es)	
Autre (spécifiez) :	
➤	
➤	

5. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la façon dont vous avez passé vos moments libres et/ou de loisirs au cours des 6 derniers mois ?

- A. Presque entièrement seule
- B. Plus de la moitié du temps seule
- C. À peu près la moitié du temps seule et la moitié avec d'autres personnes
- D. Plus de la moitié du temps avec d'autres personnes
- E. Presque entièrement avec d'autres personnes

6. Si vous avez un emploi ou une occupation (rémunérée ou non), comment aimez-vous votre travail ?

- A. J'aime beaucoup
- B. J'aime bien
- C. Je n'aime pas
- D. Je n'aime pas du tout
- E. Ne s'applique pas

7. Trouvez-vous difficile de cumuler les tâches de travail reliées à l'entretien de la maison et celles reliées à votre emploi ?

- A. Très facile
- B. Assez facile
- C. Assez difficile
- D. Très difficile
- E. Ne s'applique pas

8. Dans quelle mesure vos valeurs spirituelles vous donnent-elles la force de faire face aux difficultés quotidiennes ?

- A. Beaucoup
- B. Assez
- C. Un peu
- D. Pas du tout
- E. Ne s'applique pas

Les valeurs spirituelles peuvent se traduire par des pratiques religieuses ainsi que par l'adoption de valeurs et de principes plus vastes qui donnent un sens à la vie.

9. Avez-vous déjà vécu des épisodes de vie difficiles qui ont eu un impact sur votre santé mentale ?

- A. Souvent
- B. Régulièrement
- C. Rarement
- D. Jamais

10. Indiquez comment vous avez vécu chacun des événements survenus *au cours des 12 derniers mois*. Répondez à toutes les questions, selon l'échelle suivante. Si un des événements ne s'applique pas à votre situation, vous n'avez qu'à répondre E) Ne s'applique pas.

A) Très facilement	B) Facilement	C) Difficilement	D) Très difficilement	E) Ne s'applique pas
--------------------	---------------	------------------	-----------------------	----------------------

➤ Perte d'emploi / congédiement / recherche d'emploi / nouvel emploi	
➤ Difficultés financières	
➤ Maladie grave ou accident	
➤ Décès d'une personne chère	
➤ Retraite (votre retraite)	
➤ Départ des enfants de la maison	
➤ Séparation ou divorce	
➤ Arrivée d'un bébé, grossesse, accouchement	
➤ Avortement, fausse-couche ou bébé mort à la naissance	
➤ Problèmes avec la police ou la cour	
➤ Conflit majeur avec une personne significative	
➤ Victime d'une agression, violence, ou d'intimidation	
Autre (précisez) :	
➤	
➤	

11. **Que vous ayez eu un diagnostic ou non, comment percevez-vous votre santé mentale actuelle ?**

- A. Excellente
- B. Bonne
- C. Passable
- D. Mauvaise

12. **Vous a-t-on déjà diagnostiqué un trouble de santé mentale ?**

- A. Oui
- B. Non

Si oui, lequel ou lesquels : _____

13. **Avez-vous déjà reçu un ou des médicaments pour un trouble de santé mentale, au cours des 2 dernières années ?**

- A. Oui
- B. Non

14. **Si oui, trouvez-vous que ce ou ces médicaments ont été efficaces ou vous ont aidé ?**

- A. Oui
- B. Non

15. **Lors d'épisodes difficiles, avez-vous eu besoin d'aide ?**

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne s'applique pas

16. **Si oui, avez-vous eu l'aide dont vous aviez besoin ?**

- A. Totalement
- B. Partiellement
- C. Pas du tout



17. Si vous estimez avoir eu une réponse à vos besoins, que ce soit totalement ou même partiellement, qui vous a fourni cette aide ? Choisissez toutes les réponses appropriées.

➤ Des membres de ma famille	
➤ Des amis, amies (voisins, voisines)	
➤ Professionnels de la santé	
➤ Ressources privées (psychologue, thérapeute en relation d'aide, etc.)	
➤ Organismes communautaires	
Autres, précisez :	
➤	
➤	

18. Sinon, pourquoi n'avez-vous pas reçu cette aide ? Choisissez toutes les réponses appropriées.

➤ Je préférerais m'en occuper moi-même	
➤ Je pensais que rien ne pouvait aider	
➤ Je ne savais pas où aller chercher de l'aide	
➤ J'ai eu peur de demander de l'aide ou de ce que les autres auraient pensé de moi	
➤ Je ne pouvais pas payer	
➤ J'avais des problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou de l'horaire	
➤ L'aide professionnelle n'était pas disponible au moment où j'en avais besoin (dans la région)	
➤ Le temps d'attente était trop long	
➤ Je ne m'en suis pas occupée (indifférente)	
➤ À cause de problèmes de langue (francisation)	
➤ J'étais prise par mes responsabilités (personnelles, professionnelles ou familiales)	
Autres, précisez :	
➤	



19. Parmi la liste suivante, indiquez quelles ressources ou aides professionnelles vous avez déjà consultées en cochant la case appropriée et indiquez si cette aide vous a été utile ou efficace en répondant oui ou non. (Au cours des deux dernières années)

Liste des ressources	Consultée « X »	Utile ou efficace « Oui ou Non »
➤ Psychiatre		
➤ Médecin de famille		
➤ Psychologue		
➤ Infirmière		
➤ Travailleur social ou conseiller		
➤ Centre de santé et de services sociaux (CSSS)		
➤ Conseiller religieux ou spirituel comme un prêtre, un aumônier ou un rabbin		
➤ Professeur ou orienteur		
➤ Info-Social		
➤ Prévention suicide, ligne d'écoute (1-866-APPELLE)		
➤ Organisme communautaire en santé mentale		
➤ Centre de femmes		
➤ Maison d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence		
➤ Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel		
➤ Organismes en dépendance (alcoolisme, toxicomanie, autres)		
➤ Groupe de soutien ou de discussion sur internet		
Autres, précisez :		
➤		

20. Si vous avez cessé de recevoir les services ou les traitements, indiquez pourquoi. Choisissez toutes les réponses appropriées.

➤ Je me sentais mieux	
➤ J'avais complété le traitement recommandé	
➤ Je trouvais que cela ne m'aidait pas	
➤ Je pensais que le problème allait s'améliorer sans recevoir plus d'aide professionnelle	
➤ Je ne pouvais pas payer	
➤ J'étais trop embarrassée de consulter l'aide professionnelle	
➤ Je voulais résoudre le problème sans aide professionnelle	
➤ J'avais des problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou avec l'horaire	
➤ Le service ou programme n'était plus disponible	
➤ Je n'étais pas confortable vis-à-vis l'approche du ou de la professionnelle	
Autres raisons, précisez :	
➤	

21. Avez-vous déjà pensé à vous suicider ?

- A. Oui
- B. Non

22. Si oui, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- A. Oui
- B. Non

23. Lors d'épisodes de vie difficiles, est-ce que votre consommation (alcool, drogue, médicaments) a tendance à augmenter ?

- A. Beaucoup
- B. Peu
- C. Pas du tout
- D. Ne s'applique pas

24. Avez-vous des suggestions ou commentaires en vue d'améliorer l'offre de services en santé mentale ?

INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

25. À quel groupe d'âge appartenez-vous ?

- Entre 14 et 19 ans
- Entre 20 et 34 ans
- Entre 35 et 49 ans
- Entre 50 et 64 ans
- Entre 65 et 74 ans
- Entre 75 et 84 ans
- Plus de 85 ans

26. Votre niveau de scolarité (complété) correspond à :

- Secondaire 5 et moins
- DEP (diplôme d'études professionnelles)
- DEC (diplôme d'études collégiales)
- BAC (universitaire, 1^{er} cycle)
- Maîtrise / Doctorat
- Autres : _____

27. Votre état civil actuel correspond à :

- Célibataire
- Mariée
- En union libre
- Séparée
 - D'un mariage
 - D'une union libre
- Divorcée
- Veuve
- Remariée
 - Après un divorce
 - Après décès du conjoint
 - Suite à une séparation

28. Précisez votre statut actuel :

- Je vis seule sans enfant
- Je vis en couple sans enfant
- Je vis seule avec enfant (s)
- Je vis en couple avec enfant (s)

Précisez l'âge et le nombre d'enfants :

- Entre 0-5ans : # _____
- Entre 6-12 ans : # _____
- Entre 13-18 ans : # _____
- Plus de 19 ans : # _____

- Autres : _____



29. Pouvez-vous nous préciser votre orientation sexuelle :

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle

30. Le revenu du ménage (incluant celui du ou de la conjointe) correspond à :

- Moins de 10 000 \$
- De 10 à 30 000 \$
- De 30 à 50 000 \$
- De 50 à 70 000 \$
- Plus de 70 000 \$

31. Votre revenu personnel annuel brut (excluant celui du conjoint) correspond à :

- Sans revenus
- Moins de 10 000 \$
- De 10 à 20 000 \$
- De 20 à 30 000 \$
- De 30 à 40 000 \$
- De 40 à 50 000 \$
- Plus de 50 000 \$

32. Comment qualifiez-vous votre situation financière actuelle ?

- Très confortable
- Assez confortable
- Assez difficile
- Très difficile

33. Votre réalité correspond à :

Choisissez toutes les réponses appropriées.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> À la maison | <input type="checkbox"/> Bénévole |
| <input type="checkbox"/> Travailleuse autonome | <input type="checkbox"/> Retraitée |
| <input type="checkbox"/> Travailleuse salariée | <input type="checkbox"/> Étudiante |
| ○ Temps plein | <input type="checkbox"/> Prestataire de la sécurité du revenu |
| ○ Temps partiel | <input type="checkbox"/> Prestataire d'assurance-emploi |
| ○ Sur appel | <input type="checkbox"/> Sans emploi |
| ○ Saisonnier | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

34. Dans quelle municipalité du Centre-du-Québec habitez-vous ? _____



35. Avez-vous accès facilement :

- Une voiture
- Services de transport en commun
- Aucun moyen de transport
- Autres : _____

36. Êtes-vous une femme membre des premières Nations :

- Non
- Oui

37. Êtes-vous une femme immigrante :

- Non
 - Oui
- Si oui, depuis combien d'années êtes-vous au Québec? _____

Appréciation du questionnaire :

38. Est-ce qu'il y aurait des choses que vous auriez aimé exprimer que le questionnaire ne vous a pas permis de dire ?

39. Comment vous sentez-vous après avoir répondu à ce questionnaire ?

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de remplir ce questionnaire. Votre participation à notre projet de recherche est très importante pour nous. **Soyez assuré que vos réponses demeureront confidentielles.**

Il se peut que le fait de répondre à ce questionnaire vous ait bouleversé. Si tel est le cas, nous vous invitons à discuter de cette situation avec un ou une intervenante de votre groupe communautaire ou à faire appel aux différentes ressources mentionnées sur le dépliant que nous vous laissons.

Merci beaucoup de votre contribution !

Pour information :
Chantal Descheneaux, 819-758-8282, sante@femmescentreduquebec.qc.ca
Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec

Réservez à l'administration !

Secteurs :

- 1
- 2
- 3

de saisie _____



ANNEXE 5 - LA LISTE DES 51 GROUPES AYANT PARTICIPÉ À LA RECHERCHE

Accès Travail Drummond	Lien Maison de la Famille (Le)
Accès Travail Victoriaville	Ludolettre
Accueil Grossesses Drummondville	Maison des femmes de Drummondville
Action Libellule	Maison des femmes des Bois-Francis
Alpha-Nicolet	Maison des jeunes de Wickham
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec	Maison des jeunes du Bas-Saint-François
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	Maison des jeunes St-Charles de Drummond
Association des proches aidants Arthabaska Érable	Maison la Chrysalide
Association des proches aidants Bécancour Nicolet-Yamaska	Maison La Nacelle
Association Le Pas (Parents, Amis, Soutien)	Maison La Volte-Face
CALACS La Passerelle	Maison Le Réverbère inc. (La)
CALACS Unies-Vers-Elles	Maison Marie Rivier
Centre d'action bénévole de la MRC de Bécancour	MDJ de Bécancour
Centre d'action bénévole de l'Érable	MDJ de quartier de Drummondville
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	MDJ L'Eau-Vent de Saint-Léonard-d'Aston
Coalition des 45 ans pour l'Emploi	ORAPÉ
Comptoir alimentaire Drummond	ORASSE
Cuisines collectives des Bois-Francis	PARMI ELLES Centre de femmes
Droits Devant / Érable	Partance
Ensoleilvent	Pavillon de l'Assuétude
Femmes Autochtones Odanak	Répit Jeunesse
Fondation de la Tablee populaire	Réseau d'aide Le Tremplin
Groupe d'entraide l'Entrain	Ressource aide alimentaire du Grand Nicolet
Handicap action autonomie Bois-Francis	Services intégrés pour l'emploi (points de services Bécancour et Nicolet)
La Barak de Saint-Germain	Services intégrés pour l'emploi Victoriaville
La Traversée 12-18 inc.	

« La santé mentale positive,
c'est avoir un parapluie
pour se mettre à l'abri
les jours de pluie! »
C.D.



Cette publication peut être consultée sur le site Web de
la Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec :
www.femmescentreduquebec.qc.ca

Centre-du-Québec