

A vertical strip of marbled paper with swirling patterns of green, blue, yellow, and brown, occupying the left side of the page.

Conférences
de la journée d'échange
*Femmes, pauvreté,
discrimination et santé*
à Montréal organisée
par la
Table des groupes de
femmes de Montréal



Table des matières

Avant propos	5
Introduction	6
Présentations des conférencières	7
Les conférences	
Les femmes autochtones et Inuits: un exemple d'intersectionnalité des facteurs et d'exclusion	12
Jessica Quijano, Foyer des femmes autochtones	
En parlant des femmes immigrantes...un exemple de difficultés: Parc Extension	14
Bintou Diallo, Afrique au Féminin	
Femmes racisées: une réalité difficile, pauvreté et exclusion. Un exemple: St-Michel	15
Guerda Amazan, Maison d'Haïti	
Les femmes en situation de handicap et le droit à la santé	16
Florence Pardo, Action des femmes handicapées - Montréal	
Enjeux en lien avec la pauvreté et la santé mentale des femmes à Montréal	18
Louise Baron et Marie-Laurence Tousche, Action autonomie	
Des réalités lesbiennes	20
Suzie Bordeleau, Centre de solidarité lesbienne	

Ruptures, séparations : impacts et intersectionnalité	22
Marie Josèphe Pigeon, Service d'Entraide Passerelle-SEP	
Les femmes, le cancer du sein et l'environnement	24
Jennifer Beeman, Action cancer du sein	
La santé...ça coûte cher.... aux femmes !!!	26
Anabelle Caron, Centre de santé des femmes de Montréal	
Conclusion	28

Conférences de la journée d'échange du 9 mai 2018: Femmes, pauvreté, discrimination et santé à Montréal

Avant propos

La Table des groupes de femmes de Montréal est un regroupement régional de défense de droits créé en 1996, qui vise à promouvoir et défendre les intérêts des femmes dans une perspective féministe d'égalité entre les femmes et les hommes dans la région de Montréal. Elle agit dans les différents secteurs socio-économique et culturels. Ses membres sont variés et viennent de différents secteurs. Elle puise auprès d'eux des expériences, des préoccupations et des analyses diversifiées. Son souci particulier pour l'inclusion de toutes les femmes s'accompagne de la volonté de traiter cette question de manière transversale mais aussi spécifique. Les interventions de la Table prennent différentes formes (rencontres, formations, collaborations, comités de travail, présentation d'avis ou de mémoires, recherches, etc.)

La TGFM tient à remercier les membres du comité Action politique en santé et services sociaux :

Julie Antoine du Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ), pour la visibilité sociale et politique des femmes de la diversité sexuelle

Louise Baron ainsi que deux membres du comité femmes d'Action autonomie

Jennifer Beeman d'Action cancer du sein Montréal/Breast Cancer Action Montréal

Anabelle Caron du Centre de santé des femmes de Montréal

Diana Lombardi du Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (RAFSSS)

Marie Josèphe Pigeon du Service d'entraide Passerelle (SEP)

Elle tient également à remercier :

Anne Lavoie pour sa contribution à l'organisation de la rencontre et la prise de notes

Minerva Gutierrez pour sa contribution à la coordination et la révision du contenu

Carole Benjamin pour sa collaboration à la coordination, l'illustration de la page couverture et la mise en page

Introduction

Les membres du Comité Action politique en santé et services sociaux de la Table des groupes de femmes de Montréal voulaient se donner une journée d'échange entre les groupes de femmes membres de la Table, touchés par les intersections de la santé, la pauvreté et les discriminations.

Les objectifs étaient d'abord de faire émerger des portraits des diverses réalités rencontrées par les groupes membres ainsi que d'échanger et dégager des pistes d'actions.

Des représentantes de groupes de femmes étaient invitées à nous faire part de leurs réflexions et de leurs constats à partir de leur travail concernant les liens qu'elles identifient entre la pauvreté, la santé des femmes et les discriminations qu'elles vivent. Par la suite, les personnes présentes étaient invitées à compléter le portrait en petits groupes (atelier) et en grand groupe (plénière) et à dégager des pistes d'action concernant les suites à donner.

À la lecture des conférences qui suivent émergent des thèmes récurrents : des services de santé qui ne sont pas universels ; des coûts et des barrières à leur accès existent toujours pour trop de femmes et engendrent de l'exclusion.

Un soutien financier inadéquat pour beaucoup de femmes crée des conditions de vie difficiles pour ne pas dire inacceptables qui ont un impact important sur la santé physique et mentale. Des problèmes de santé qui mènent à une perte de revenus qui engendre conséquemment la détérioration des conditions de vie.

Émerge aussi le constat que les femmes se trouvant aux intersections des systèmes d'oppression subissent des abus de pouvoir, dans le cadre du système de santé, qui les rendent vulnérables entre autres à l'imposition de traitements non désirés ou à la surmédicalisation. De plus, certaines femmes font face continuellement à des préjugés fortement ancrés qui font en sorte qu'elles ne reçoivent pas tous les soins et le respect qu'elles doivent recevoir.

La journée d'échange a surpassé les attentes des organisatrices par sa richesse et son importance. Nous trouvons important de laisser des traces de cette première rencontre avec ce document que nous espérons enrichir avec d'autres rencontres. Il est clair que nous avons à peine gratté la surface de ces problématiques et qu'une longue discussion sur les pistes d'action reste à faire.

Bonne lecture !

Présentations des conférencières

Guerda Amazan, coordonnatrice du dossier femmes à la Maison d'Haïti

Il y a 46 ans, la Maison d'Haïti fut créée par un groupe de professionnels ayant fui la dictature en Haïti. Certains ont cheminé dans plusieurs pays puis se sont installés au Québec. Ils se sont regroupés afin d'offrir un service d'accueil aux personnes immigrantes.

L'organisme a pour mission la promotion, l'intégration, l'amélioration des conditions de vie et la défense des droits des Québécois d'origine haïtienne et des personnes immigrantes, ainsi que la promotion de leur participation au développement de la société d'accueil. Toutes ses interventions sont axées sur l'approche citoyenne qu'il préconise. Sa finalité est d'outiller les participantes et les participants afin de leur permettre de prendre la parole et de poser des gestes citoyens.

Les quatre champs d'action de la Maison d'Haïti pour ces populations sont l'éducation, les nouveaux arrivants, les jeunes et les femmes. Ces champs d'action se déploient à travers des activités d'alphabétisation, d'insertion économique, sociale et culturelle, d'intégration des jeunes et de soutien scolaire et parental.

En 2010 a eu lieu un séisme meurtrier en Haïti. Des centaines de personnes en sont décédées dont plusieurs femmes de groupes féministes.

Malgré que l'organisme soit établi au Québec, partout au Canada, il continue à être l'une des références de la communauté haïtienne. Il reçoit des appels de partout. Une fois de plus, le constat démontre que les personnes qui immigreront au Canada ont besoin de stabilité sociale et économique.

Louise Baron, conseillère en défense des droits et responsable du comité femmes à Action autonomie et Marie-Laurence Tousche, membre du comité d'action politique en santé et services sociaux

La mission d'Action Autonomie vise la défense des droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale par une approche d'éducation.

S'appuyant sur le principe de primauté de la personne, leurs démarches s'effectuent dans un rapport d'aide et non d'autorité. L'organisme favorise systématiquement la représentation par les membres lors de prises de paroles dans des événements quelconques.

Action Autonomie revendique un accès à la justice pour toutes. L'accès aux services sociaux devrait être gratuit et universel. Les méthodes de contention doivent être revisitées et mieux réglementées. Certaines femmes, souvent immigrantes, ont beau faire des plaintes à la police, elles ne sont pas écoutées. Elles finissent par quitter le pays afin que les ordonnances de soins, d'hébergement et de traitement cessent.

Action autonomie et le comité pare-chocs se mobilisent avec des militantes et des militants depuis 2006 pour lutter pour l'abolition des électrochocs.

Jennifer Beeman, directrice à Action Cancer du sein

Action cancer du sein du Québec est la seule organisation indépendante du cancer du sein au Canada qui a une mission de prévention de la maladie et qui vise l'élimination des substances toxiques de l'environnement. Nous affrontons les questions difficiles ignorées par les organisations traditionnelles.

Suzie Bordeleau, intervenante au Centre de solidarité lesbienne

S'appuyant sur l'analyse féministe, le CSL a pour mission d'améliorer les conditions de vie des lesbiennes en leur offrant des services et des interventions adaptées à leur réalité, et ce, dans les domaines de la violence conjugale, du bien-être et de la santé. Le CSL est un lieu d'échanges et d'entraide par et pour les lesbiennes. Également, de la sensibilisation s'effectue auprès de diverses institutions sur les différentes réalités des lesbiennes.

Anabelle Caron, coordonnatrice au développement communautaire au Centre de santé des femmes de Montréal.

Organisme communautaire autonome et féministe, le Centre de santé des femmes aide les femmes à s'approprier leur santé sexuelle et reproductive. Pour remplir cette mission, plusieurs volets sont offerts : un service d'accueil et de références où obtenir de l'information en santé gynécologique, un service d'avortement accessible pour toutes les femmes, une clinique gynécologique pour les femmes vulnérables et une série d'ateliers sur la santé sexuelle et gynécologique, ateliers donnés dans les milieux de vie des femmes.

Bintou Diallo, agente de développement et de communication à Afrique au Féminin

Afrique au Féminin est un centre communautaire pour femmes immigrantes. Fondé en 1988, le centre est un lieu de rencontre pour toutes les femmes en général et celles issues de minorités visibles en particulier vivant des difficultés dans leur processus d'intégration sociale et économique dans la société québécoise.

L'un des objectifs poursuivis par Afrique au Féminin est d'amener les femmes immigrantes à devenir des personnes en harmonie avec elles-mêmes et de leur assurer une meilleure intégration dans la société québécoise.

Leur principale mission est de soutenir les femmes immigrantes dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de faciliter leur intégration. Autrement dit, les aider à sortir de l'isolement et les outiller afin de favoriser leur autonomie et leur insertion dans la société d'accueil.

L'organisme fut fondé par des femmes immigrantes professionnelles ne pouvant pas faire valoir leurs diplômes et leurs expériences ici au Canada. Leur mission était d'accompagner des personnes immigrantes dans une démarche d'insertion et d'intégration au travail. L'organisme œuvre maintenant pour TOUTES les femmes dont la majorité vient des pays Sud-Asiatiques et de l'Afrique vu la démographie du quartier dans lequel le centre est situé.

Florence Pardo, coordonnatrice générale d'Action des femmes handicapées (Montréal)

Action des femmes handicapées (Montréal) —AFHM —, est une organisation autonome, à but non lucratif, par et pour les femmes. Dans le cadre d'une analyse intersectionnelle, AFHM travaille à améliorer les conditions de vie des femmes en situation de handicap et de leur famille, à développer des projets et à favoriser les initiatives communautaires, gouvernementales et individuelles encourageant ainsi l'autonomie, le développement personnel ainsi que la pleine participation libre et entière à la vie sociale, culturelle, politique et économique de ces femmes.

Marie Josèphe Pigeon, directrice générale de Service d'Entraide Passerelle

Le SEP (Service d'Entraide Passerelle) est un organisme à but non lucratif fondé en 1971 qui offre support et entraide aux femmes (cisgenres, transgenres et transsexuelles) et aux mères de la grande région montréalaise vivant des difficultés en lien avec la rupture/la séparation/le divorce, quelle que soit l'origine, l'orientation, la condition ou le statut.

Jessica Quijano, coordonnatrice du projet Iskweu project coordinator, Native Women's Shelter of Montreal, Foyer pour femmes autochtones de Montréal

Jessica Quijano est intervenante de rue pour le Foyer des femmes autochtones de Montréal, organisme fondé en 1987 œuvrant auprès de femmes autochtones en difficultés ainsi que de leurs enfants. Elle est aussi coordinatrice du projet Iskweu, une initiative du Foyer des femmes autochtones de Montréal, un projet de prévention et d'intervention pour traiter de la crise sociale des femmes autochtones disparues et assassinées.

Les conférences

Les femmes autochtones et Inuits : un exemple d'intersectionnalité des facteurs et d'exclusion

Jessica Quijano, Foyer des femmes autochtones

C'est depuis près de 500 ans que des femmes autochtones disparaissent et sont assassinées.

Ce n'est que depuis les 40 dernières années que cet enjeu est écouté. Le problème relié au manque de prise au sérieux des disparitions et des meurtres de ces femmes persiste violemment.

Les familles des victimes sont prises au dépourvu puisque bien souvent, aucun suivi n'est effectué dans le cadre de l'enquête.

Les femmes autochtones et Inuits sont plus à risque d'être en situation de pauvreté, d'être dans l'industrie du sexe et de consommer.

Tous ces facteurs les rendent plus susceptibles de disparaître ou d'être assassinées.

Les femmes autochtones, particulièrement, ont de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé, mais aussi au matériel de prévention. Le racisme systémique et la discrimination représentent des barrières importantes pour ces femmes. Une autre barrière à laquelle elles sont confrontées est bien souvent la langue.

Quant aux femmes Inuits, elles sont encore moins représentées dans les différents services auxquels elles feront appel. Ceci s'explique par le fait de l'éloignement du Grand Nord et la difficulté de se déplacer.

Les personnes Inuits n'ont pas le statut d'Indien. Depuis que certaines des pratiques ancestrales de ce peuple ont été rendues illégales par le gouvernement (par exemple la chasse au phoque), les Inuits se retrouvent sans ressources pour subvenir à leurs besoins. Ceci, en plus du manque de service médical, d'éducation et des faibles possibilités d'emplois dans leurs régions. C'est pourquoi plusieurs décident de se diriger dans les grandes villes, dont Montréal.

Dans le cas des femmes Inuits, la réalité en ville est d'autant plus difficile qu'elles sont fortement marginalisées. Aussi, on essaie de les déplacer avec l'embourgeoisement des quartiers qu'elles fréquentent, c'est le cas dans le coin du métro Atwater. Plusieurs espaces publics ont été réaménagés, ce qui représente également un changement pour les femmes en situation d'itinérance.

Il est important de ne pas oublier que la crise des femmes autochtones disparues et assassinées se passe aussi à Montréal et qu'il s'agit d'une extrême violence. En effet, dans le cadre du projet Iskweu, en un an seulement, il y eut 15 femmes disparues et 2 femmes assassinées. Au Québec Il y a encore beaucoup de travail de sensibilisation à faire pour déconstruire les mythes et préjugés à l'égard des autochtones. Nous sommes invitées à poser un regard sur les services offerts par les groupes de femmes : s'il n'y a pas de femmes autochtones et/ou Inuit qui les fréquentent c'est qu'il y a un problème d'accessibilité.

Aussi, afin de rejoindre ces femmes on doit aller les rencontrer dans leurs milieux, dans des espaces qu'elles fréquentent. Comment peuvent-elles être contactées?

A travers le foyer des femmes autochtones ou en participant au projet Iskweu du Foyer pour femmes autochtones de Montréal,
No de tél: (438) 868-2448

En parlant des femmes immigrantes...un exemple de difficultés: Parc Extension

Bintou Diallo, Afrique au Féminin

L'organisme fut fondé par des femmes immigrantes professionnelles ne pouvant pas faire valoir leurs diplômes ici au Canada. Leur mission était d'accompagner des personnes immigrantes dans une démarche d'insertion et d'intégration au travail. L'organisme œuvre maintenant pour TOUTES les femmes, mais principalement du Sud-Asiatique et de l'Afrique. Lorsqu'on parle de santé, de pauvreté et de discriminations, nous pensons directement aux femmes noires, musulmanes et voilées puisque la discrimination est systémique et automatique. Le quartier de Parc-Extension, où se trouve Afrique au féminin, est le 2e quartier le plus pauvre au Canada. Plusieurs des femmes qui fréquentent l'organisme ont des enfants.

Tout au long du processus d'immigration et d'intégration, les défis s'accumulent que ce soit pour la reconnaissance des diplômes et des équivalences, de la barrière de la langue, du racisme systémique, de la reconnaissance des emplois, expériences et études et encore plus.

Lorsqu'elles arrivent au Canada, les femmes sont très heureuses, car les droits des femmes sont reconnus. Soit dit en passant, avec les nombreuses difficultés rencontrées elles se rendent compte que ce n'est pas le monde idéal auquel elles s'attendaient. Elles sont souvent surqualifiées, mais comme elles n'ont pas d'expérience de travail au Québec et que le racisme systémique est persistant, elles n'arrivent pas à se trouver des emplois dans leurs domaines. Si elles décident de retourner aux études, elles se retrouvent complètement dépendantes financièrement de leurs maris et bien souvent dans des logements en mauvais état. La difficulté la plus grande n'est pas l'accueil, mais plutôt l'insertion sociale. Immigrer au Canada n'est pas un choix, mais bien un privilège.

Il y a aussi le fait qu'avec la discrimination et la racisation, les femmes noires doivent travailler davantage. Cela touche aussi énormément leurs enfants qui ont comme modèle leurs parents qui sont diplômés, mais qui ne peuvent pas exercer leurs métiers.

Une immigrante est souvent en meilleure santé qu'une Québécoise lorsqu'elle arrive au Canada. Au bout de 10 ans, sa santé se dégrade considérablement en lien avec la pauvreté et l'insalubrité vécues.

Femmes racisées : une réalité difficile, pauvreté et exclusion. Un exemple : St-Michel

Guerda Amazan, Maison d'Haïti

Le quartier Saint-Michel : Là où les réalités sont difficiles et la pauvreté est grandement présente. La population fréquentant l'organisme La Maison d'Haïti est composée à 90 % de personnes immigrantes et racisées (60 % Haïti et 40 % provenant de d'autres pays).

Au cours de l'été 2017, il y a eu une grande vague de demandeurs d'asile. Parmi lesquels des femmes qui ont traversé de pays en pays avant d'arriver au Québec, enceintes, avec ou sans enfants. Durant leur trajet, elles ont vécu des moments difficiles. Il y a eu des cas de violences sexuelles, physiques et psychologiques, décès de leur proche, emprisonnement, etc.

Le processus de parrainage est certes un moyen d'immigrer, cependant, il est loin d'être sans défis surtout pour les femmes racisées, monoparentales, etc. Parmi ces défis, On peut citer : les barrières linguistiques, la non reconnaissance des acquis professionnels, la pression de leur environnement immédiat (église, famille, ...), l'isolement et la difficulté d'intégration. Leurs impacts sont dévastateurs pour la santé mentale et ils favorisent la pauvreté et l'exclusion sociale. Il est important de signaler une augmentation de la violence familiale et l'éclatement des familles. Il reste beaucoup de choses à faire pour une meilleure compréhension du bagage culturel et une parfaite intégration dans le pays d'accueil.

Depuis des années, le Dossier Femmes de la Maison d'Haïti comporte une dizaine de programmes et projets ayant pour mandat d'apporter une réponse soutenue et adaptée aux besoins pratiques et aux intérêts stratégiques de ces femmes. Il intervient principalement auprès des femmes de 15 à 65 ans dont l'objectif principal est de les outiller avec une perspective d'empowerment. Tout ceci se fait à travers des rencontres individuelles et collectives.

Les femmes en situation de handicap et le droit à la santé

Florence Pardo, Action des femmes handicapées - Montréal

Afin d'établir les liens, pour les femmes en situation de handicap, entre la santé, la pauvreté et les discriminations, commençons d'abord par quelques constats.

Précarité financière et pauvreté

La société dans laquelle vivent les femmes en situation de handicap n'est pas conçue pour elles, pour leurs façons de fonctionner, de communiquer, d'accomplir des tâches, d'agir. On peut voir ça dans :

- La planification urbaine,
- La conception des bâtiments,
- Les méthodes de communication et
- La façon dont les programmes et les services sont structurés

Par conséquent, les femmes en situation de handicap sont nombreuses à ne pas travailler ou à travailler peu. On parle ici d'emploi rémunéré, car plusieurs font du bénévolat et sont actives au sein de leurs familles et communautés. Elles doivent donc composer avec un revenu qui n'est ni suffisant, ni décent.

Elles se retrouvent très souvent dans la pauvreté, plus que les hommes en situation de handicap, encore plus que l'ensemble des femmes, encore plus que l'ensemble des hommes.

Services de santé inadéquats

Les femmes en situation de handicap font face à d'importants obstacles en ce qui a trait aux services de santé. Voici quelques exemples qui illustrent ce fait.

Avec les coupures en soins à domicile, une femme qui a la paralysie cérébrale a vu diminuer significativement le nombre d'heures d'aide aux repas qu'on lui accordait. Depuis lors, elle mange moins bien.

Les femmes se privent de soins gynécologiques et de mammographies parce qu'on ne leur garantit pas l'usage des équipements adaptés. Lorsqu'une femme en situation de handicap arrive à l'urgence, c'est la confusion totale et le manque de préparation à la recevoir. Des femmes qui pourraient vivre

de façon autonome chez elles sont confinées à des CHSLD.

Bien que la façon idéale de mettre en oeuvre l'accessibilité universelle soit au début de tout projet, ce n'est pas ce qui s'est produit avec les nouveaux établissements de santé, tels que le Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM).

- Dans les salles d'attente, Les numéros sont affichés sur des écrans. Comment une personne ayant une déficience visuelle sait-elle que son tour est arrivé?
- Les personnes qui manquent de coordination ne peuvent pas insérer leur carte de la RAMQ dans le scanneur.

Femmes en situation de handicap et discrimination

Les constats énumérés jusqu'ici démontrent clairement que les actions prises à l'endroit des femmes en situation de handicap sont discriminatoires. Et étroitement lié à ces comportements, il y a ce préjugé qui perdure dans notre société « qu'elles sont incapables de travailler, de prendre des responsabilités, d'éduquer des enfants ou d'avoir une vie sexuelle active »

Enjeux économiques, santé et discrimination

Pour une femme en situation de handicap, l'économie et la santé s'influencent mutuellement. Recevoir des services de santé adéquats (services de santé généraux accessibles, soins à domicile, services de réadaptation) mène à l'autonomie, ce qui, par la suite, aide à améliorer sa situation financière. De même, sortir de la pauvreté permet de s'occuper de sa santé, notamment des coûts supplémentaires liés au handicap.

L'élimination des actes discriminatoires envers les femmes en situation de handicap commence par la réalisation que ces dernières sont des membres à part entière de la société, que leurs droits sont brimés et qu'on a l'obligation de faire les changements qui s'imposent, que ce soit au niveau législatif, des budgets alloués, de la conception des programmes et services ou de la formation des intervenant.e.s.

Enjeux en lien avec la pauvreté et la santé mentale des femmes à Montréal

Louise Baron et Marie-Laurence Tousche, Action autonomie

Le 9 mars 2018, Action Autonomie organisait une rencontre avec les femmes ayant pour thématique l'impact de la pauvreté concernant la santé des femmes.

Ce qui ressort principalement de cette rencontre est le peu de revenus qu'elles ont, les difficultés rencontrées en lien avec le logement, le bruit et le voisinage dérangeant, le milieu de vie non sécuritaire, la présence d'insectes dans les milieux urbains, la difficulté à dormir, des services inadéquats de la part des propriétaires, la crainte d'avoir un nouveau propriétaire et d'être délogée ou qu'il y ait une augmentation de loyer, ne pas pouvoir déménager dû aux frais que cela engendre, les femmes se sentent épuisées, l'attente pour des logements sociaux est démesurée (10-15 ans dans certains cas). On constate que les impacts du logement sont omniprésents, une forte majorité paie au-dessus des 30% du revenu mensuel pour se loger!

Pour se nourrir, plusieurs fréquentent des organismes communautaires afin d'avoir recours à leurs banques alimentaires, mais la qualité des produits laisse parfois à désirer ce qui a un effet direct sur la santé de ces femmes.

Dans les organismes ou institutions offrant un hébergement/un milieu de vie, les règles sont parfois sévères et il n'y a pas toujours assez de nourriture pour satisfaire celles qui fréquentent la ressource

La médication qui leur a été prescrite n'est pas toujours remboursée par l'assurance médicaments du Québec ou par une assurance privée. Elles doivent souvent faire le choix entre se nourrir ou prendre leurs médicaments.

Le transport en commun n'est pas accessible à cause de son coût.

Les difficultés financières en lien avec tous ces aspects font en sorte qu'elles ne peuvent pas non plus se payer un téléphone ou l'Internet ce qui les isole énormément dans un monde où les technologies de communication sont inévitables.

Les femmes en situation de pauvreté subissent un regard méprisant et peu de crédibilité leur est accordée lorsqu'elles prennent la parole. Les invitations de la famille et des amis se font rares dû aux nombreux préjugés à leur égard.

Plusieurs sont honteuses de dire qu'elles sont bénéficiaires de l'aide sociale. Cette condition les restreint énormément lorsqu'elles souhaitent faire des sorties.

Sans oublier qu'avec la nouvelle réorganisation du système de santé il est difficile d'avoir rapidement des services de santé et des services sociaux.

Les femmes qui arrivent au Canada comme réfugiées peuvent avoir vécu des traumatismes. Cette dimension n'est pourtant pas toujours prise en considération lorsqu'on aborde leur santé.

Des femmes ayant une ordonnance de soins et/ou d'hébergement (valide seulement au Québec) décident de quitter la province pour ne plus la subir.

ET des électrochocs...

Action Autonomie et le comité Pare-chocs se mobilisent avec des militant·e·s depuis 2006 pour lutter pour l'abolition des électrochocs : *« (...) depuis 2006, à l'occasion de la fête des Mères, un rassemblement d'opposition s'est créé, car les personnes visées sont principalement des femmes. Des centaines de personnes subissent des électrochocs chaque année dans les établissements de santé québécois. Selon les dernières statistiques disponibles, des électrochocs peuvent être administrés à des jeunes filles de 14 ans et moins. Pourtant, les électrochocs entraînent d'importants effets secondaires sur les personnes et leurs impacts à long terme sont mal connus.*

Cette technique controversée existe depuis 75 ans et ne fait l'objet d'aucune surveillance au Québec. Elle est davantage utilisée sur des populations en situation de vulnérabilité avec des problèmes de santé mentale »

N'est-il pas vrai que pour certaines personnes la pratique d'électrochocs à des effets positifs?

Oui en effet, certaines personnes témoignent qu'elles en ont ressenti des bienfaits, mais cela n'empêche pas que l'inverse soit tout aussi vrai.

La question que l'on se pose est : pourquoi cette pratique est illégale dans certains pays? Pourquoi certains hôpitaux refusent d'offrir ce traitement?

Il est plus favorable de trouver des solutions permanentes et moins violentes pour le cerveau. Avec ce traitement les personnes peuvent avoir des convulsions, lesquelles pourraient occasionner des dommages neurologiques importants.

Il n'y a pas d'études récentes qui confirment l'efficacité de ce traitement.

Des réalités lesbiennes

Suzie Bordeleau, Centre de solidarité lesbienne

Il s'agit de la mise en situation de Madame Tremblay, âgée de 70 ans qui habite en centre d'hébergement pour personnes âgées. Depuis qu'elle a fait son « coming out » elle se sent de plus en plus isolée étant donné l'exclusion, la discrimination ainsi que la violence verbale et physique que les autres résident·e·s lui font subir. Celle-ci ne sait pas si c'est en lien avec la lesbophobie ou pour d'autres raisons. Elle émet une plainte et une intervention est faite auprès des personnes concernées, mais les comportements ne changent toujours pas. Il est important de se rappeler que Madame Tremblay est née dans les années 40 et vivait son adolescence dans les années 60 : période où l'homosexualité était illégale et considérée comme une maladie mentale. Ce n'est qu'en 1969 qu'elle fut décriminalisée. Madame Tremblay comme plusieurs autres lesbiennes ont dû cacher leur orientation sexuelle afin de se protéger des violences lesbophobes. Les discriminations découlant des différents systèmes d'oppressions et pouvant s'accumuler dans de nombreux cas sont vécues tout au long du parcours de vie de ces femmes et contribue considérablement à leur appauvrissement. Tel que perdre leurs emplois lorsque l'employeur était informé ou bien encore, être rejetées par leur famille ou être internées en psychiatrie. (considérée comme une maladie mentale et incluse dans le DSM, manuel des diagnostic jusqu'en 1973).

Nous sommes sensibilisées au fait que la lesbophobie est toujours présente et elle est même intériorisée ! Nous naissons avec la présomption d'être hétérosexuel, c'est pourquoi il est nécessaire d'inclure les différentes possibilités d'orientations sexuelles et d'identités à l'éducation des enfants.

Violence conjugale

Il ne faut pas oublier qu'il y a aussi des cas de violence conjugale chez les couples de lesbiennes ayant des conséquences directes sur leur pauvreté donc sur leur santé. Cette réalité est souvent banalisée et n'est pas prise en considération. C'est le cas lorsque celle-ci dénonce une situation de violence conjugale et que les policiers ne retiennent pas leur plainte et/ou s'en moquent. Que peut-on dire à notre employeur si une « amie » nous appelle 15 ou 20 fois par jour.

Pauvreté

Pour terminer, la santé des femmes lesbiennes est directement affectée par les facteurs de pauvreté. Selon le Réseau québécois pour la santé des

femmes dans « Lesbiennes invisibles parmi nous, 2013:

- Deux fois plus de lesbiennes que d'hétérosexuelles sont considérées comme « très pauvres » (15,5 % versus 6,9 %);
- Les lesbiennes peuvent être la cible de crimes haineux, y compris d'agressions verbales et physiques;
- La lesbophobie est à l'origine d'isolement social et elle se répercute sur la santé mentale des lesbiennes notamment par de la dépression, des toxicomanies et même des tentatives de suicide;
- La violence et les agressions n'épargnent pas les relations entre femmes, mais le problème est encore très tabou et souvent minimisé par les fournisseurs de soins;
- La fréquence du cancer du sein serait trois fois plus élevée chez les lesbiennes en raison de facteurs de risque plus élevés : moins d'enfants, obésité, consommation d'alcool et de drogues, tabagisme, notamment;
- Les lesbiennes sont plus vulnérables face à la maladie, elles consultent moins et ont moins accès à la prévention et au traitement en raison des barrières rencontrées dans les établissements de santé ; bon nombre de lesbiennes préfèrent recourir aux médecines complémentaires (homéopathie, naturopathie, etc.) ainsi qu'à l'auto-éducation;
- Des études ont démontré que le personnel de la santé ignore souvent les questions entourant les lesbiennes.

Plusieurs lesbiennes demandeuses d'asile choisissent le Québec mais elles doivent prouver leur lesbianisme pour le traitement de leurs dossiers.

Une recommandation pour le livre : Adolescente lesbienne de Chrystelle Le Berton.

**NOUS AVONS LA RECONNAISSANCE LÉGALE
MAIS PAS TOUTE LA RECONNAISSANCE SOCIALE**

Ruptures, séparations : impacts et intersectionnalité

Marie Josèphe Pigeon, Service d'Entraide Passerelle-SEP

Préambule

Mise en image du processus – panique dans le cerveau au moment de la rupture vécue comme syndrome post-traumatique = santé mentale fragilisée par la situation dès le départ.

La présentation est divisée en 3 parties : pauvreté, santé et discrimination

Pauvreté

La situation de rupture amène une situation de précarité du moins dans les 2 premières années. La séparation implique des pertes pécuniaires (frais de cour et pertes de revenus). Aussi les femmes sont à risque d'itinérance puisqu'il est rare qu'un nouveau logement est trouvé le lendemain de l'annonce de la séparation.

Selon l'expérience du SEP, chaque année de 125 à 165 femmes quitteraient leur conjoint·e si elles avaient l'assurance d'un revenu (d'où la pertinence d'un revenu minimum garanti universel).

Aux inquiétudes financières, s'ajoutent les nombreux deuils, culpabilités (rôle de la femme dans une société patriarcale) et stress généralisé.

Santé

Durant le processus de séparation, il n'est pas rare de constater de l'insomnie prolongée (le cerveau n'arrive pas à se nettoyer, ce qui a le même effet qu'un mini AVC), de la malnutrition (c'est pourquoi les activités collectives du SEP débutent toujours par un repas complet à forte concentration de protéines végétales) et de l'anxiété, avec impact important sur le système nerveux.

On constate aussi des états dépressifs et pour ne pas sombrer, plusieurs utilisent alcool, drogues ou sexe pour s'engourdir. Au SEP notre approche d'autodétermination (ou de réduction des méfaits) est de considérer positivement dans ces gestes la volonté de ne pas souffrir tout en voyant à ce que la solution ne devienne pas un problème supplémentaire.

Cependant, quand elles consultent les professionnel·les de la santé, les femmes en rupture peuvent être confrontées à la discrimination.

Discrimination

Les états dépressifs sont alors souvent diagnostiqués en dépression avec médication sur le long terme. La médication peut bien sûr aider à passer à travers le plus souffrant; la plupart des participantes du SEP qui ont eu recours à la médication s'en sont sorties après quelques semaines voire un couple de mois. Nous questionnons donc la prescription d'antidépresseurs (dont les effets secondaires peuvent être des idées suicidaires) sur plus d'un an.

Sans compter qu'il y a au SEP un cas par année de femmes qui sont hospitalisées en psychiatrie au moment de la rupture – l'appel 911 placé par le conjoint semble pris uniquement en compte plutôt que ce que la femme dit de son vécu et ce de l'ambulance, à l'urgence jusqu'au psychiatre.

Surtout, les pressions sociales sont énormes sur les femmes : elles brisent la famille et elle doivent être performantes dans leur deuil – et en revenir au plus sacrant.

Conclusion

Bref, depuis 1971, le SEP constate que bien que des Lois et des mesures sont mises en place pour assurer l'égalité des femmes et des hommes, l'égalité de fait est bien loin d'être atteinte, sans parler de l'égalité entre les femmes elles-mêmes puisque lorsqu'on regarde la situation des femmes autochtones, parrainées, lesbiennes ou conjointes de fait, on voit bien que les inégalités persistantes contribuent d'autant plus à leur appauvrissement et à la détérioration de leur santé.

Les femmes, le cancer du sein et l'environnement

Jennifer Beeman, Action cancer du sein

Le taux d'incidence du cancer du sein reste relativement stable, mais une femme sur huit aura un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. On remarque toutefois des variations importantes chez différentes populations de femmes.

Le taux d'incidence du cancer du sein a augmenté après la Deuxième Guerre mondiale en même temps que l'utilisation des substances synthétiques dans des biens de consommation s'est intensifiée de manière exponentielle. C'est pourquoi il est primordial d'insister sur la prévention et les facteurs environnementaux avec l'éducation populaire.

En effet, de nombreuses substances toxiques, y compris des perturbateurs endocriniens, se retrouvent dans notre environnement au quotidien, que ce soit dans les produits de cosmétiques et de soins corporels ainsi qu'un grand éventail de biens. Ces expositions peuvent mener à des conséquences importantes pour la santé.

La pauvreté des femmes est un facteur qui impacte négativement leur santé tout comme des problèmes de santé, par exemple : un cancer du sein, peuvent mener à la pauvreté. Par ailleurs, les années à plus haut risque du cancer du sein sont dans la 40-50aine et étant donné que les femmes doivent se retirer du travail, elles s'appauvrissent considérablement.

Les constructions sociales donnant une image de la maladie essentiellement blanche, hétéro et de classe moyenne sont tellement fortes qu'elles font en sorte que de nombreuses femmes et problématiques sont invisibilisées. Il est important de se rappeler qu'il y a une différence d'espérance de vie de près de 10 ans entre les résidents de l'ouest et de l'est de Montréal. En ce qui concerne les femmes immigrantes et des communautés marginalisées, elles font face à des risques élevés dus à l'exposition aux substances toxiques à cause de l'insalubrité des logements, des produits contenant plus de substances toxiques, des expositions au travail et dans leur environnement. Il s'agit du cumul des injustices environnementales.

Lorsqu'on se penche sur le taux de mortalité des femmes vivant avec le cancer du sein, on se rend compte que les femmes noires, (et cette catégorie de femmes n'est pas mieux définie que ça), font face à des

formes de cancer du sein plus agressives sans que les scientifiques sachent pourquoi. Leur taux de mortalité est plus élevé que celui des femmes blanches. De plus, des femmes immigrantes qui arrivent de pays où le taux du cancer du sein est moins élevé qu'au Canada voient leur risque d'un cancer du sein augmenter en 10 ans pour rejoindre le niveau de risque de femmes nées au Canada. Pour certaines scientifiques, il s'agit d'un indice de l'importance de facteurs environnementaux dans les causes de cette maladie.

La santé...ça coûte cher.... aux femmes !!!

Anabelle Caron, Centre de santé des femmes de Montréal

Un des éléments les plus fondamentaux de l'égalité femmes-hommes est le contrôle de notre corps, le contrôle de notre vie reproductive.

En 40 ans, beaucoup de chemin a été parcouru : légalisation de la contraception, décriminalisation de l'avortement, accès à l'avortement dans toutes les régions du Québec (la moitié de l'ensemble des points de services au Canada).

Cependant, face à la **santé reproductive**, les inégalités sont grandes, tant entre les hommes et les femmes qu'entre les femmes elles-mêmes.

Quel est le coût de la gestion de la vie reproductive d'une femme lorsqu'on considère la gestion des menstruations, le coût de la contraception, les rendez-vous médicaux, et autres?

De la puberté à la ménopause, une femme doit dépenser beaucoup d'argent !!!

Combien de femmes doivent attendre avant d'aller chercher leur prescription parce qu'elles n'ont pas d'argent ou n'en utilisent tout simplement pas parce qu'elles n'en ont pas les moyens? Au Centre de santé des femmes de Montréal, les travailleuses en voient régulièrement.

De ce point de vue il y a assurément une inégalité économique entre les femmes et les hommes, sans compter l'impact économique d'une grossesse que la femme assumera longtemps.

Du point de vue de la contraception, il y a aussi des inégalités d'accès entre les femmes. Les médecins sont souvent pressés et ne prennent pas le temps de présenter aux femmes l'ensemble des options qui s'offrent à elles.

Malheureusement, cette situation donne souvent lieu à un double standard : les jeunes femmes, les femmes handicapées, les femmes immigrantes se font très souvent imposer une contraception hormonale (comme le Depo Provera, le stérilet hormonal ou la pilule) faisant valoir que c'est la meilleure option pour elle alors que ces méthodes peuvent provoquer plusieurs effets secondaires.

Au Centre, quand une femme appelle pour prendre un rendez-vous pour se faire poser le stérilet que lui a prescrit son médecin, dans la très grande majorité des cas, son médecin ne lui a jamais dit qu'il existait deux sortes de stérilet... Il faut dire aussi que les compagnies pharmaceutiques ont un grand intérêt financier à faire valoir leurs nouvelles méthodes contraceptives. Et ce sont toujours les femmes qui en paient le prix.

Statut précaire au niveau de l'immigration, précarité financière des femmes d'autres origines

Pour les femmes sans statut d'immigration (qui n'ont pas droit à la RAMQ), le coût de sa santé reproductive peut être très élevé. Non seulement elle doit payer tous ses rendez-vous médicaux et sa contraception, mais si elle devient enceinte, les frais pour un avortement sont d'au moins 650\$ et ceux pour un accouchement se chiffrent en plusieurs milliers de dollars!

Conclusion

Laisser des traces nous est apparue essentiel

Laisser des traces pour s'inspirer des expériences et situations partagées. Ces traces sont le fruit des observations terrain réalisées sous l'angle de l'intersectionnalité, de la diversité des réalités.

Laisser des traces pour ne pas oublier qu'il existe des facteurs qui précarisent à la base les conditions de vie des femmes, particulièrement, de celles qui sont confrontées aux barrières de la double ou parfois triple discrimination/exclusion : les femmes sans statut, les femmes autochtones et Inuits, les femmes en situation d'handicap, etc.

Laisser des traces pour ne pas oublier qu'ils existent et sont encore bien présents ces facteurs d'oppression, qu'ils influencent nos conditions de vie et qu'il faut s'organiser pour les combattre.

Florence Pardo d'Action des femmes handicapées de Montréal nous a mis en garde lorsqu'elle a mentionné : « j'aime beaucoup l'objectif de la journée, celui de faire les liens entre la pauvreté, la santé et les discriminations. Comme ça on ne reste pas seulement dans le quoi, ce qui se passe, mais on entre dans le comment et le pourquoi »

Laisser des traces pour nous questionner, pour réfléchir ensemble à quels sont nos droits en santé? Avons-nous des droits? Car en excluant les femmes de l'accessibilité aux services de santé et sociaux...cela veut-il dire qu'il y a absence de droits?

Enfin, vous voici à la fin de votre lecture!



La TGFM permet, sans autorisation particulière, l'utilisation du contenu du présent document à des fins privées, éducatives et non commerciales à la condition de bien indiquer la source des images et des textes.