

# **Pour les femmes, chaque porte ne s'ouvre pas nécessairement sur la sécurité**

Mémoire présenté en réponse au document de travail du  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario  
*Chaque porte est la bonne porte*



Novembre 2009

## **Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF)**

Les buts d'AOcVF sont de :

- Promouvoir le développement de ressources en français pour les femmes de l'Ontario qui sont victimes de violence faite aux femmes.
- Soutenir l'action des intervenantes qui œuvrent dans le domaine de la violence faite aux femmes par la formation et la réalisation de matériel éducatif en français.
- Développer la concertation et la communication entre les groupes communautaires, les agences et les organismes qui œuvrent dans le domaine de la violence faite aux femmes.
- Prévenir la violence faite aux femmes par la sensibilisation et l'action.

Selon la *Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes* de l'Organisation des Nations Unies (ONU-CE/CN23/1993/12) :

### *Article premier*

Aux fins de la présente déclaration, l'expression « violence contre les femmes » désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée.

### *Article deux*

La violence contre les femmes s'entend comme englobant, de manière non limitative, ce qui suit :

- La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels sur des enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes, la violence qui n'est pas le fait d'un époux, et la violence liée à l'exploitation.
- La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation dans le cadre du travail, au sein d'établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée.
- La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'état, où qu'elle se produise.

Action ontarienne contre la violence faite aux femmes s'engage à travailler à l'élimination de la violence faite aux femmes, par l'analyse, la formation et l'éducation et par la coordination de l'intervention des groupes qui luttent contre la violence faite aux femmes.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tiré du site Web d'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes. Novembre 2009. URL : <http://francofemmes.org/aocvf/>

## La santé mentale des femmes et la toxicomanie

Puisqu'elles font partie du réseau des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et des maisons d'hébergement francophones, les membres d'AOCVF ont beaucoup travaillé avec les femmes qui vivent les traumatismes de la violence. Elles savent qu'il existe dans les institutions sociales une forme de « cécité sexospécifique » qui a souvent pour effet :

- de considérer comme une maladie la réaction naturelle des femmes au traumatisme,
- de ne pas diagnostiquer ou de mal diagnostiquer les problèmes de santé des femmes et
- de leur prescrire trop de médicaments pour les garder calmes et pour contrôler leur réaction.

Nous reconnaissons les insuffisances du système actuel à répondre aux besoins des femmes en matière de santé, particulièrement ceux des femmes qui ont vécu de la violence et qui, par conséquent, vivent actuellement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Nous appuyons les efforts du gouvernement de l'Ontario visant à améliorer le système de santé pour l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens dans le domaine de la santé mentale et de la lutte aux dépendances. Nous sommes heureuses d'avoir l'occasion de faire des commentaires sur le travail accompli par le groupe consultatif ministériel dans son rapport intitulé *Chaque porte est la bonne porte*.

Le rapport propose des orientations stratégiques et des priorités importantes pour aider à transformer le système de santé de l'Ontario de façon à ce qu'il desserve mieux l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens qui ont besoin d'aide et de soins parce qu'elles ou ils ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Le rapport donne un aperçu de certains problèmes et suggère de nouvelles orientations intéressantes, mais il comporte cependant une faille importante : il ne tient pas compte adéquatement du fossé qui existe entre les sexes dans la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. L'absence d'une analyse sexospécifique dans le rapport en limite considérablement l'utilité pour les femmes et cela pourrait même leur nuire si cette lacune n'est pas comblée. En fait, pour les femmes, chaque porte ne s'ouvre pas nécessairement sur la sécurité.

Nous avons fait une analyse sexospécifique du rapport et nous y avons constaté des lacunes. La question devrait aussi être étudiée en fonction des perspectives de la race, de la classe sociale et des capacités, toutefois nos commentaires ne porteront généralement que sur les différences entre les sexes.

Les femmes ontariennes s'attendent à ce que cette initiative du gouvernement de l'Ontario pour améliorer le système des soins de santé comporte les éléments d'une analyse sexospécifique. Au Canada, tous les niveaux de gouvernement sont liés par les principes d'égalité garantis par les articles 15(1) et 28 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et par plusieurs instruments de droits humains dont le Canada est signataire comme la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* des Nations Unies et *Programme d'action*, le document final de la Conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995. L'Ontario, comme

les autres provinces et territoires, a appuyé publiquement ces instruments de droits humains et a accepté que l'analyse sexospécifique fasse partie intégrante du processus gouvernemental. Pour l'aider à tenir ces engagements, l'Ontario a nommé une ministre de la Condition féminine et créé la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. Étant donné l'existence d'un cadre officiel d'égalité, les femmes s'attendent à ce que l'analyse sexospécifique soit intrinsèque lors d'importantes réformes comme celle-ci et que le nouveau cadre de références pour les futurs soins en santé mentale et en toxicomanie établisse clairement les moyens de répondre aux besoins uniques des femmes. Nous croyons que la nouvelle ministre de la Santé comprendra le rôle crucial de l'analyse sexospécifique dans la formulation des politiques.

Il est possible d'effectuer une analyse sexospécifique. Au cours des deux dernières décennies, on a reconnu l'importance de la différence entre les sexes en santé mentale, même dans des organismes plus traditionnels comme l'Association mondiale de psychiatrie qui a adopté par consensus un énoncé affirmant que la santé mentale doit être mise en contexte à partir des expériences de vie des femmes. On peut également trouver énormément d'écrits fort crédibles dont certains ont été documentés par des survivantes de violence. Le Réseau canadien pour la santé des femmes recèle de grandes compétences en santé et en santé mentale des femmes. Il semble toutefois que le groupe consultatif n'ait pas puisé dans cette mine d'expertise pour mener à bien l'exercice.

## **Les services en français**

De la même manière, malgré que le rapport comporte un engagement par rapport aux services en français (SEF), les membres du groupe consultatif n'ont pas non plus tenu compte des spécificités de la minorité linguistique en matière de santé et n'ont consulté aucune étude portant sur les enjeux de la communauté linguistique minoritaire de langue officielle. Nulle part, le rapport ne tient compte du statut minoritaire et des écarts dans les mesures des déterminants sociaux de la santé (statut socioéconomique, éducation et littératie, immigration) entre la majorité et la minorité contribuant à une inégalité sociale. Pourtant, ces études existent, et récemment, l'une d'elle indique clairement que :

« La barrière linguistique réduirait le recours aux services préventifs et le suivi adéquat des patients particulièrement en ce qui a trait aux services basés sur la communication (santé mentale, réadaptation, services sociaux). »<sup>2</sup>

Louise Bouchard et al. HEALTHCARE POLICY Vol.4 No.4, 2009

Dans son rôle, AOcVF revendique depuis ses débuts pour un meilleur accès à des SEF et démontre que la simple traduction de bonnes intentions ne suffit pas. Il faut dès le départ s'assurer que les besoins spécifiques de la communauté de langue française -dans toute sa diversité- soient pris en considération. Un engagement du bout des lèvres, une vague référence à la *Loi sur les services en français* ou une arrière-pensée en fin de projet ne constituent pas une considération suffisante des besoins de la communauté de langue française.

---

<sup>2</sup> Bouchard, Louise. Gaboury, Isabelle. Chomienne, Marie-Hélène. Gilbert, Anne. Dubois, Lise. *La santé en situation linguistique minoritaire*. HEALTHCARE POLICY Vol. 4, N° 4, 2009 [33]

## Une analyse sexospécifique

Dans la conception des systèmes de santé, il est crucial que la santé des femmes et des hommes et leurs besoins respectifs soient documentés et analysés séparément en raison de leurs différences physiques et des différences dans leur façon de vivre, de travailler et de fonctionner au sein de la société. Les faits suivants sont très bien documentés : en général, les femmes ont moins de sécurité financière que les hommes et comme elles occupent moins de postes à plein temps, elles ont moins accès à des régimes d'avantages sociaux et aux filets de sécurité sociale. Nous savons que les femmes vivent de la discrimination en milieu de travail, en particulier les femmes immigrantes racialisées, les femmes autochtones et les femmes qui vivent avec des handicaps et que cette discrimination se reflète dans leur revenu. Qu'elles soient rémunérées ou non, dans la vaste majorité des cas, ce sont les femmes qui dispensent les soins et elles doivent être considérées avec égalité quand il s'agit d'étudier la façon dont sont dispensés les services en santé mentale. Les femmes sont aussi plus à risque d'être victimisées par l'abus sexuel dans l'enfance, l'agression sexuelle et la violence entre partenaires intimes. Les problèmes de toxicomanie et de santé mentale touchent souvent les femmes survivantes de violence, de traumatismes et d'abus : des problèmes complexes et indirects qui peuvent s'influencer mutuellement. Tout système adéquat de santé mentale doit tenir compte de ces dynamiques et permettre de concevoir des services sécuritaires et appropriés. Le rôle des femmes dans leur collectivité est profondément inscrit dans les normes culturelles, ce qui a souvent pour conséquence la perte d'autonomie et une liberté de choix limitée. Quand on parle de prendre des décisions libres et informées, il faut tenir compte de la subjugation des femmes – même quand il s'agit du choix d'un traitement. Finalement, le fait que les femmes aient davantage recours au système de santé que les hommes est très significatif; elles le font en partie en raison de leurs grossesses, mais aussi dans le cadre des soins qu'elles donnent aux autres membres de leur famille.

En raison du manque d'information sur la toxicomanie et la santé mentale des femmes dans *Chaque porte est la bonne porte*, il est très difficile d'évaluer le cadre de références recommandé par rapport aux besoins des femmes. Par contre, certains aspects du rapport représentent un grave danger pour les femmes.

La place qu'occupe la famille dans l'approche de réforme proposée doit être étudiée. Nous acceptons le fait que, dans les circonstances idéales, le soutien de la famille occupe une place centrale dans la lutte pour vaincre des problèmes de santé et de toxicomanie, mais il faut aussi reconnaître que la famille est l'institution sociale la plus dangereuse pour beaucoup de femmes. Il est également urgent de reconnaître qu'il arrive souvent que les femmes n'aient pas la liberté de nommer les dangers auxquels elles font face au sein de leur propre famille. Faire de la famille la pierre angulaire de tout le système comporte des risques réels pour les femmes.

Le deuxième problème lié au fait de faire de la famille le soutien principal de la stratégie de bien-être du gouvernement est le risque d'augmenter le fardeau des femmes. Nous savons que, dans notre société, ce sont les femmes qui effectuent la vaste majorité des tâches rémunérées et non rémunérées qui sont liées aux soins. Lorsque les programmes gouvernementaux proposent le soutien bénévole de la famille ou de la société, ce sont généralement les femmes qui écoperont des soins à donner. Une surcharge de soins à dispenser pourrait compromettre le bien-être des femmes et aller à l'encontre de l'objectif visé, soit d'améliorer la santé mentale des femmes.

Le rapport traite de façon générale des stigmates que laissent les problèmes de santé mentale et la toxicomanie. Il ne fait toutefois pas mention des stigmates profonds que vivent les femmes qui ne se conforment pas à l'image « idéale » de la femme, particulièrement si elles ont des enfants ou si elles veulent en avoir. Les normes de comportement sociétal sont généralement très élevées – pour les mères, elles sont, à toute fin pratique, quasi inatteignables. Lorsqu'une femme a, en public, un comportement qui suggère qu'elle a des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, les conséquences peuvent être désastreuses. Si elle a des enfants et que son état est connu, elle peut craindre avec raison de perdre ses enfants. Le rapport du groupe consultatif met l'accent sur la collaboration entre un certain nombre d'acteurs sociaux comme agents de détection et d'intervention précoces comme les écoles, les milieux de travail, les agences d'établissement, les pharmacies, les services policiers, etc. Cela pourrait facilement isoler davantage les femmes qui ont besoin d'aide et de soutien et qui ont aussi des interactions avec ces acteurs sociaux. En rendant dangereux le recours aux acteurs sociaux, nous invitons les femmes à camoufler leurs problèmes et à éviter ces lieux afin de ne pas risquer de perdre la garde de leurs enfants. Dans la même veine, toute campagne d'éducation publique liée à cette initiative doit être conçue avec soin. Les comportements des femmes sont déjà scrutés et jugés très sévèrement. L'éducation populaire ne doit pas renforcer la stigmatisation des femmes et elle doit éviter que leur entourage et le grand public ne les jugent encore plus sévèrement.

Un système de santé adéquat doit inclure un éventail de services conçus pour les diverses expériences de vie des personnes qui utilisent ces services. Les services doivent être adéquats sur le plan culturel en fonction de la race, de l'origine ethnique, du sexe, de la classe sociale et de la langue, tout en reconnaissant que les groupes linguistiques ne sont pas monolithiques mais qu'ils sont plutôt diversifiés comme la population dans son ensemble. Il arrive fréquemment que le système actuel ne réussisse pas à combler les besoins spécifiques de certains groupes. En ce qui a trait aux femmes qui ont vécu de la violence, il est très difficile de référer les femmes qui ont besoin de services en santé mentale ou en toxicomanie aux grandes agences ou institutions parce qu'elles y sont trop souvent revictimisées par le même service qui a pour mandat de les aider. On peut aussi ajouter d'autres facteurs de discrimination selon la personne qui demande le service; pour une femme immigrante, par exemple, qui a été agressée sexuellement et qui parle français, il est plus difficile de trouver un service de santé mentale adéquat et dans certaines collectivités, complètement impossible. Rien dans le rapport ne démontre une volonté claire de créer des services en santé mentale et en toxicomanie spécifiques pour les femmes et le rapport ne prône pas non plus des services correspondant à la diversité des femmes. Quoi qu'il en soit, les femmes, elles, ont besoin de services spécifiques. Même dans les services généraux, il est important de s'assurer de donner l'éducation et la formation nécessaires sur la santé mentale et la toxicomanie chez les femmes et cette formation doit être mise en contexte en fonction de la place des femmes dans la société ontarienne contemporaine. Nous savons que cela signifie une augmentation des services actuels ce qui nous amène à notre prochaine préoccupation, l'augmentation des ressources.

Il est inquiétant qu'en établissant les paramètres de cette initiative, le ministre alors en poste ait mis l'accent sur les restrictions budgétaires actuelles limitant ainsi le changement à un maigre remaniement des ressources actuelles. Un certain remaniement est sans aucun doute possible, mais pour les femmes qui sont, en général, mal desservies ou servies inadéquatement, il sera nécessaire d'ajouter de nouvelles ressources pour la création et le maintien de services afin

qu'elles puissent profiter de manière égale de ces réformes. Plusieurs femmes ont besoin de services propres aux femmes qui sont, pour le moment, assez rares.

La stratégie présentement en élaboration doit pouvoir compenser pour le manque actuel d'analyse sexospécifique. Le rapport fait la liste des ministères participant à la stratégie sur la santé mentale et la toxicomanie. Nous sommes complètement découragées de constater que la Direction générale de la condition féminine n'en fait pas partie. Bien qu'il ne s'agisse pas, techniquement, d'un ministère, c'est actuellement la meilleure ressource du gouvernement en matière d'analyse sexospécifique et cette expertise est manifestement essentielle au succès de l'exercice.

Finalement, les membres du groupe consultatif qualifient cette initiative de « réforme de transformation ». Nous avons une notion différente de la transformation. La transformation, ce n'est pas seulement une question de bonne volonté et de remaniement des services actuels grâce à une collaboration homogène.

Notre vision de la transformation correspond au portrait actuel des femmes qui vivent aujourd'hui au Canada. Voici un extrait d'un rapport présenté à Genève en 2008 au Comité des Nations Unies sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes par l'Alliance féministe canadienne pour l'action internationale (AFAI). Le rapport a été rédigé par des femmes et des groupes de femmes de l'ensemble du Canada et il porte justement sur la santé des femmes, la santé mentale et la toxicomanie :

« Alors que le taux de pauvreté subit des fluctuations cycliques, le taux de pauvreté des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. Même lorsque le taux de pauvreté des femmes est au plus bas, une sur huit vit sous le seuil de pauvreté, et ce dans un des pays les plus riches au monde.

En outre, le niveau général de pauvreté masque les taux élevés chez des groupes particuliers de femmes. Les plus récentes statistiques disponibles montrent que :

- Les mères seules demeurent le type de famille les plus pauvres au Canada, avec un taux (basé sur les SFR avant impôt) de 38,1 %, comparé à 11,9 % pour les pères seuls;
- Les aînées vivant seules sont particulièrement vulnérables à la pauvreté (37,2 %), bien en-dessous du seuil de pauvreté, par comparaison à 28,9 % des hommes âgés seuls;
- De toutes les femmes âgées, 16,6 % sont pauvres contre seulement 8,3 % des hommes âgés;
- Le taux de pauvreté des femmes autochtones est de 36 %;
- Des femmes de couleur, 29 % sont pauvres. Les Afro-canadiennes forment le groupe racisé le plus pauvre au Canada, avec un taux de 57 %;
- Le taux de pauvreté des femmes handicapées atteint 26 %;
- Le taux global de pauvreté des femmes nées à l'étranger est de 23 %, et de 35 % pour celles arrivées entre 1991 et 2000.

Le fait que les femmes ne sont pas égales aux hommes sur le plan économique, et plus susceptibles d'être pauvres, n'est pas une coïncidence. Cette situation découle de la sous valorisation du travail accompli par les femmes, des pénalités infligées aux femmes parce

que ce sont elles qui dispensent la majorité des soins aux enfants, aux personnes âgées et handicapées et aux malades, sans compter la discrimination systémique sur le marché du travail qui déprécie leurs tâches et marginalise les travailleuses autochtones, de couleur, immigrantes ou handicapées.

La pauvreté des femmes a des répercussions sexospécifiques. En plus de la dimension économique, la pauvreté décuple pour les femmes chaque facette de l'inégalité. Les femmes pauvres sont plus susceptibles d'être réduites au statut de simples marchandises sexuelles ou d'accepter d'être réifiées et subordonnées sexuellement pour survivre. Elles perdent de l'autonomie sexuelle dans leurs relations. Elles sont aussi stigmatisées comme des femmes sexuellement irresponsables et comme de mauvaises mères. Leur vulnérabilité au viol et aux agressions est amplifiée. Leur capacité de s'occuper de leurs enfants est compromise, et elles sont plus susceptibles de se voir enlever leurs enfants au nom de leur « protection », bien souvent parce qu'elles ne sont pas en mesure de les loger et de les nourrir convenablement ou de leur assurer des conditions de vie sécuritaires. Elles n'ont ni voix ni influence politique. Sans accès à des programmes sociaux adéquats, y compris une aide sociale et des services suffisants, tels des maisons d'hébergement et de transition, les femmes sont beaucoup moins capables de résister ou d'échapper à des situations de subordination et de violence ».<sup>3</sup>

À la lumière de ces faits, il n'est pas difficile de voir pourquoi la santé des femmes se détériore et pourquoi certaines d'entre elles deviennent toxicomanes. Le changement réel dont nous avons besoin pour améliorer la santé mentale des femmes, c'est la transformation de ces conditions. Pour retrouver un état de bien-être, les femmes doivent atteindre l'égalité.

Nous savons toutefois que l'égalité des femmes ne sera pas atteinte dans la prochaine décennie. Nous savons également que toute réforme des systèmes de santé mentale qui promet une amélioration des services pour les femmes en santé mentale et en toxicomanie doit tenir compte des pressions socio-économiques que vivent les femmes et de la violence qui découle de ces conditions ainsi que des conséquences de cette violence. Le rapport ne démontre pas que les membres du groupe consultatif l'ont compris.

En conclusion, la seule porte qui soit la bonne porte pour les femmes est celle qui s'ouvre sur une compréhension pleine et entière de leurs problèmes de santé et qui est bien ancrée dans leurs conditions de vie. C'est la seule porte qui mène à la sécurité pour les femmes et qui leur permettra de reconquérir leur santé. L'Ontario doit trouver le moyen d'ouvrir cette porte.

---

<sup>3</sup> Alliance féministe canadienne pour l'action internationale. *Inégalité des femmes*. Mémoire présenté au comité des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes à l'occasion de l'examen des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> rapports du Canada. Septembre 2008. Pages 10-12. URL : [http://www.fafia-afai.org/files/FAFIA\\_CEDEF\\_2008.pdf](http://www.fafia-afai.org/files/FAFIA_CEDEF_2008.pdf)