

# S

LA

ANTÉ

DES FEMMES

DÉMUNIES

M

IEUX

COMPRENDRE

POUR

M

IEUX

INTERVENIR

HV  
1448  
.Q44  
D924  
1992



Québec 

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

**LA SANTÉ DES FEMMES DÉMUNIES:**

**MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR**

**Lise Dunnigan**

**Nicole Gravel**

**Service à la condition féminine  
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Novembre 1992**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
4<sup>e</sup> trimestre 1992  
ISBN 2-550-27113-0

## **Recherche et rédaction**

Lise Dunnigan

Nicole Gravel

## **Recherche documentaire**

Nicole Métivier

## **Secrétariat**

Renée Boulianne

Louissette Girard

## AVANT-PROPOS

Ce document a été élaboré à l'hiver 1991 à la demande de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) dans le cadre de la publication d'un ouvrage de formation médicale sur l'ensemble des questions qui ont trait à la santé des femmes. Il a été produit dans le but de fournir à la FMOQ une base pour la rédaction des chapitres qui touchent la pauvreté, l'isolement et la monoparentalité chez les femmes.

Dans ce contexte, les auteures avaient comme objectifs de fournir un outil de référence le plus succinct possible, de faire des liens entre les connaissances disponibles sur ces problématiques féminines et les interventions en santé et d'adresser des recommandations concrètes pour la pratique. Conséquemment, les passages les plus significatifs du texte apparaissent en gras, afin d'en faciliter la consultation.

Par ailleurs, l'une des grandes stratégies proposées par la nouvelle politique de la santé et du bien-être adoptée en juin 1992 fait ressortir l'importance pour le système de soins de déployer davantage d'efforts pour améliorer la santé des populations les plus démunies, parmi lesquelles les femmes pauvres, isolées ou responsables d'une famille monoparentale constituent une clientèle prioritaire à plusieurs égards. Ces catégories de femmes sont également priorisées à l'intérieur des orientations ministérielles en condition féminine 1992-2000. Nous avons donc jugé à propos de rendre ce texte disponible pour tous les intervenants et intervenantes qui désirent s'engager dans ce sens. Nous espérons qu'il leur permettra de mieux comprendre les femmes économiquement et socialement démunies et de mieux agir auprès d'elles.

## REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes qui ont aimablement accepté de commenter une première version de ce texte: Madeleine Bouvier (Fédération des associations de familles monoparentales du Québec), Yvon Brunelle (ministère de la Santé et des Services sociaux), D<sup>r</sup> Christine Colin (DSC Hôpital Maisonneuve-Rosemont), Françoise David (Regroupement des centres de femmes du Québec), Renée Dandurand (Institut québécois de recherche sur la culture), Desmond Dufour (ministère de la Santé et des Services sociaux), Micheline Mayer-Renaud (CSS du Montréal métropolitain), Ginette Paquet (ministère de la Santé et des Services sociaux) et Siham Zouali (ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle).

Nous sommes aussi reconnaissantes aux D<sup>rs</sup> Micheline Côté (CLSC Basse-Ville) et Fernand Turcotte (Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval) pour avoir bien voulu réviser la seconde version, ainsi qu'à Rachel Ruest (coordonnatrice du Service à la condition féminine) pour ses précieuses critiques et suggestions à toutes les étapes de l'élaboration du document. Nos remerciements vont enfin à Nicole Métivier qui a effectué la recherche documentaire, à Louise Girard qui a assuré le traitement de texte et à Renée Boulianne qui a réalisé la mise en page finale.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1. FEMMES DÉFAVORISÉES</b>	<b>5</b>
<b>1.1 PROFIL DE SANTÉ DES FEMMES DÉFAVORISÉES</b>	<b>5</b>
<b>1.2 FACTEUR PAUVRETÉ CHEZ LES FEMMES</b>	<b>8</b>
<b>2. FEMMES SEULES, FEMMES ISOLÉES</b>	<b>27</b>
<b>2.1 PROFIL DE SANTÉ DES FEMMES VIVANT SEULES</b>	<b>29</b>
<b>2.2 FACTEUR ISOLEMENT CHEZ LES FEMMES</b>	<b>33</b>
<b>3. FEMMES MONOPARENTALES</b>	<b>43</b>
<b>3.1 PROFIL DE SANTÉ DES MÈRES SEULES</b>	<b>44</b>
<b>3.2 FACTEUR MONOPARENTALITÉ CHEZ LES FEMMES</b>	<b>48</b>
<b>4. RECOMMANDATIONS ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE</b>	<b>59</b>
<b>LECTURES SUGGÉRÉES</b>	<b>69</b>
<b>SOURCES</b>	<b>71</b>

## **INTRODUCTION**

Les professionnels et professionnelles de la santé sont en position de première ligne dans l'intervention auprès des femmes démunies sur le plan économique ou social. Ils jouissent d'une forte crédibilité auprès de ces personnes et sont bien souvent la seule ressource qui leur soit accessible. La qualité de leur contact avec ces patientes peut avoir un impact déterminant sur l'efficacité de l'intervention thérapeutique.

Dans les pages qui suivent, nous aborderons trois facteurs socio-économiques étroitement interreliés, soit la pauvreté, l'isolement social et la monoparentalité. Bien que les populations touchées par ces trois problèmes ne se recoupent pas entièrement, il demeure qu'une grande proportion de mères monoparentales sont pauvres, que la pauvreté conduit souvent à l'isolement social et que bien des femmes vivent toutes ces conditions à la fois.

Les médecins omnipraticiens, en particulier, sont appelés à recevoir souvent ces femmes en consultation et à jouer un rôle clé dans l'identification des interventions les plus adéquates pour améliorer leur santé. Il importe pour eux et pour tout le personnel des services de santé d'avoir une bonne connaissance de ces groupes et des problèmes qui les affectent davantage. Le texte qui suit tente d'apporter quelques éléments en ce sens en utilisant notamment les données de l'enquête Santé Québec menée en 1987 auprès d'un échantillonnage de plus de 11 000 ménages, représentatif de l'ensemble du Québec (1); ces données nous permettent d'analyser les profils de santé de différents groupes de population en fonction des principales variables socio-économiques. Plusieurs autres sources seront aussi utilisées, notamment les données du recensement de 1986.

## **1- FEMMES DÉFAVORISÉES**

## 1. FEMMES DÉFAVORISÉES<sup>1</sup>

Depuis plusieurs décennies, on sait que les pauvres sont plus affectés par la maladie et meurent plus jeunes que les riches. L'amplitude de ces écarts varie d'un pays à l'autre mais leur présence persiste partout à travers le temps en dépit de l'amélioration globale de la santé des populations<sup>2</sup>. Ainsi, les personnes habitant les quartiers défavorisés de Montréal vivent en moyenne 8,8 années de moins que celles résidant dans des quartiers favorisés; leur espérance de vie en bonne santé est inférieure de 14,4 années (3).

**Selon plusieurs recherches, l'âge mis à part, les meilleurs facteurs prédictifs de maladie sont le niveau socio-économique et le revenu familial (4).**

Ce constat s'applique à la fois aux hommes et aux femmes, même s'il n'influence pas leur état de santé exactement de la même façon, comme nous le verrons plus loin. Mais avant d'aborder ces particularités, on peut se demander pourquoi au juste la pauvreté est si étroitement associée à la mauvaise santé.

Deux types d'explications sont invoquées. Colin (4) les résume ainsi. Une première théorie veut que la maladie entraîne les gens dans la pauvreté; c'est-à-dire que les gens atteints de problèmes de santé physique ou mentale ont plus de difficulté à se scolariser, à trouver un emploi et à le

---

<sup>1</sup>. À l'intérieur de cette section, nous utiliserons la plupart du temps les termes «pauvre» ou «défavorisé» pour désigner la catégorie des personnes à faible revenu, et les termes «très pauvre» et «très défavorisé» pour désigner plus spécifiquement la couche la plus démunie à l'intérieur de cette catégorie; ces termes sont expliqués en détail plus loin.

<sup>2</sup>. Ce phénomène a été observé par exemple au Canada dans une étude portant sur la période de 1971 à 1986 (2).

garder et se retrouveront ainsi en plus grand nombre parmi les couches défavorisées. Mais ces situations n'expliquent qu'une faible partie du lien constaté entre la pauvreté et la mauvaise santé (5).

La seconde théorie, qui apporte la plus grande partie de l'explication, invoque les effets négatifs de la pauvreté sur la santé des personnes démunies. Ces effets sont analysés sous trois angles principaux (4) :

- 1) la pauvreté crée des conditions de vie défavorables à la santé : malnutrition, logements insalubres, conditions de travail plus pénibles et moins sécuritaires, etc;**
- 2) elle entraîne des comportements plus à risque et des habitudes de vie plus néfastes : tabagisme, etc;**
- 3) elle crée des attitudes particulières à l'égard de la santé et des rapports différents avec les services de santé et leur personnel.**

Un bon exemple du premier point est celui de la malnutrition. Une famille de deux adultes et de deux enfants, bénéficiaire de l'aide sociale<sup>3</sup>, doit consacrer en moyenne environ 46 % de ses revenus pour le logement, et 36 % pour les autres dépenses fixes et les urgences; il ne leur reste donc que 18 % pour l'alimentation alors que, pour assurer à tous les membres de la famille une alimentation adéquate, cette même famille devrait dépenser pour la nourriture presque 50 % de ses revenus (6).

Pour illustrer le deuxième point, on peut prendre l'exemple de la cigarette. Même s'ils manquent de l'essentiel, les pauvres n'en cesseront pas pour autant de fumer car la cigarette peut constituer

---

<sup>3</sup>. Le ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, responsable de la Loi sur la sécurité du revenu, utilise maintenant le terme «aide de dernier recours» pour parler de l'aide sociale.

la seule gratification immédiatement accessible, l'unique objet d'échange dont ils disposent dans les contacts sociaux (4).

Le troisième point, sans être le plus important, est peut-être le moins bien compris. Chez les personnes pauvres, le souci de protéger sa santé doit souvent céder la place à des problèmes plus urgents et plusieurs envisagent la maladie avec un certain fatalisme. De plus, la distance culturelle qui les sépare du personnel de la santé rend la communication difficile : leur style de vie, leurs valeurs, leur éducation et leur vocabulaire sont différents<sup>4</sup> (7). Enfin, elles sont souvent dans l'impossibilité de suivre les conseils ou les prescriptions reçues, ce qui renforce leur anxiété et leur culpabilité déjà grandes (4).

On sait aussi que les personnes très démunies, en particulier les mères, éprouvent une certaine méfiance dans leurs contacts avec les professionnels et professionnelles du réseau sociosanitaire, une méfiance découlant de la peur qu'on les juge inaptes à s'occuper convenablement de leurs enfants et qu'on leur en enlève la garde (6-44). En consultation, elles n'exprimeront donc pas leurs difficultés aussi rapidement ni aussi clairement qu'on le voudrait. D'autres facteurs plus fréquents en milieu défavorisé, comme l'absence de pouvoir et de contrôle sur sa vie, semblent aussi contribuer de façon significative à la morbidité et à la surmortalité (5). En fin de compte, ces différentes explications sont toutes interreliées. C'est à la fois le manque d'argent, les conditions de vie difficiles et les comportements et attitudes qui déterminent le mauvais état de santé des personnes défavorisées.

---

<sup>4</sup>. La façon de dépenser l'argent est particulièrement éloquente à cet égard. Certains achats «déraisonnables», notamment dans les cadeaux faits aux enfants, leur servent à conserver l'impression qu'ils ont accès comme les autres aux plaisirs de la vie (7). Ces comportements peuvent étonner ou choquer les gens peu familiers avec l'univers de la pauvreté.

## 1.1 PROFIL DE SANTÉ DES FEMMES DÉFAVORISÉES<sup>5</sup>

Sur le plan de la santé, les femmes défavorisées se distinguent de façon importante des autres femmes ainsi que des hommes du même groupe social à plusieurs égards.

**ESPÉRANCE DE VIE : les femmes pauvres ont une espérance de vie inférieure de 1,8 année à celle des femmes plus riches<sup>6</sup>.**

Pour toutes les causes de décès ou pour des causes spécifiques, à l'exception du cancer du sein, les taux de mortalité sont plus élevés chez les femmes pauvres que chez les autres femmes (4). On sait, d'autre part, que les Québécoises vivent en moyenne 7,4 années de plus que les hommes. L'avantage des femmes sur les hommes est encore plus grand dans les couches défavorisées où il atteint 8,7 années de différence, alors que dans les couches plus aisées, les femmes ne vivent que 4,8 années de plus que les hommes (2).

**SANTÉ GLOBALE : les femmes pauvres ont un moins bon indice de santé globale que les femmes riches; entre 45 et 64 ans, leur santé se compare à celle des femmes plus aisées âgées de 65 ans et plus.**

---

<sup>5</sup>. Dans l'enquête Santé Québec, quatre niveaux socio-économiques ont été définis, en utilisant à la fois le revenu familial et le niveau de scolarité pondéré selon l'âge: «Près de 14 % de la population se répartit également entre les catégories "défavorisé" et "très défavorisé". Un peu plus de 20 % se situe dans le groupe "favorisé", alors que le groupe "moyen" comprend près des deux tiers de la population(8).»

<sup>6</sup> L'écart est encore plus marqué entre les hommes pauvres et les hommes riches puisqu'il atteint 5,7 années de vie (2).

**D'autre part, l'écart de santé entre les femmes et les hommes pauvres est plus important que l'écart mesuré entre les pauvres et les riches dans l'ensemble de la population.**

Les femmes pauvres ont un moins bon indice de santé globale<sup>7</sup> que les autres femmes, et ce, à tous les âges de leur vie. C'est parmi les femmes pauvres de 45 à 64 ans que l'état de santé semble se détériorer le plus nettement; le rapport de l'enquête Santé Québec parle d'un phénomène de vieillissement prématuré en milieu défavorisé, se basant sur le fait que les personnes pauvres de 45 à 64 ans ont des indices de santé globale comparables à ceux des personnes favorisées ou à revenu moyen âgées de 65 ans et plus (9).

L'observation faite au sujet de l'écart entre les sexes est d'autant plus étonnante qu'elle va en sens contraire de celle faite à propos de l'espérance de vie. En effet, selon les données brutes, c'est à l'intérieur des deux groupes socio-économiques les plus défavorisés que l'écart de santé entre les sexes est le plus marqué. Même si on réajuste les données pour tenir compte de la proportion différente de personnes âgées dans chacun des groupes, l'écart entre les femmes et les hommes pauvres<sup>8</sup> demeure légèrement supérieur à l'écart mesuré entre les très pauvres et les riches dans l'ensemble de la population<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> L'indice de santé globale, une mesure souvent utilisée depuis l'enquête Santé Québec, est calculé sur la base des incapacités, des problèmes de santé et des différents symptômes déclarés par les personnes interrogées. Il peut varier de 0 à 1. Un indice égal à 0 indique l'absence de tout problème de santé; plus l'état de santé est mauvais, plus l'indice s'élève en se rapprochant de 1.

<sup>8</sup> Ici, la désignation est spécifique et n'inclut pas les très pauvres.

<sup>9</sup> L'indice de santé globale chez les femmes pauvres est de 0,557 et celui des hommes pauvres est de 0,492, soit un écart de 0,065. Par comparaison, l'indice de santé globale pour l'ensemble des personnes très pauvres est de 0,553 et celui des personnes les plus favorisées est de 0,497, soit un écart de 0,056. Ces taux sont standardisés selon l'âge (10).

**SANTÉ PHYSIQUE : les femmes pauvres ont plus de maladies, plus d'accidents et plus d'incapacités que les autres femmes.**

Sur le plan de la santé physique, les femmes défavorisées ont 1,5 à 2 fois plus de maladies cardio-vasculaires, de cancers (sauf le cancer du sein), de maladies respiratoires, d'ulcères gastro-duodénaux, d'accidents, de maladies ostéo-articulaires, etc., que les femmes favorisées (4). Elles ont également plus d'incapacités<sup>10</sup> et de restrictions d'activités que les autres femmes, bien que l'écart soit moins prononcé que chez les hommes (4). Quant aux incapacités dites sévères, elles sont beaucoup plus fréquentes parmi les très défavorisés que parmi les riches, tant chez les femmes que chez les hommes et dans tous les groupes d'âge (8).

**SANTÉ MENTALE : on observe deux à trois fois plus de troubles psychopathologiques, plus d'anxiété, de dépressions et de névroses chez les femmes défavorisées (4); les plus jeunes d'entre elles sont sept fois plus nombreuses à tenter de se suicider que la moyenne des Québécoises (8).**

Selon l'enquête Santé Québec, les femmes pauvres sont aussi plus nombreuses à présenter un niveau de détresse psychologique élevé<sup>11</sup>. Dans les milieux très pauvres, une femme sur trois vit ce problème, comparativement à un homme sur quatre. Les deux groupes d'âge les plus gravement affectés sont les adolescentes (48 %) et les femmes âgées (45 %) (9).

---

<sup>10</sup>. Aux fins de l'enquête Santé Québec, l'incapacité est définie comme une condition de santé qui oblige la personne à garder le lit (incapacité sévère), qui l'empêche de vaquer à ses activités (incapacité modérée) ou qui l'oblige à restreindre ses activités (incapacité légère) (1).

<sup>11</sup>. Mesure obtenue à l'aide d'une échelle de santé mentale comportant 29 questions associées aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité ou de troubles cognitifs (1).

On note aussi trois fois plus de gestes suicidaires chez les femmes très défavorisées (4). À l'intérieur de ce groupe, 7 % des jeunes femmes de 18 à 29 ans ont rapporté une tentative de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui est sept fois plus élevé que la moyenne des Québécoises du même âge<sup>12</sup> (8).

**TABAC ET ALCOOL : les femmes pauvres ont un taux élevé de tabagisme et les plus jeunes fument davantage que les jeunes hommes. Par contre, leur consommation d'alcool est en général moins élevée que celle des femmes plus aisées.**

Sur le plan du tabagisme, ce sont surtout les femmes très défavorisées qui se démarquent; elles comptent 42 % de fumeuses régulières comparativement à 32,5 % des Québécoises. Chez les femmes très défavorisées de 18 à 29 ans, ce taux grimpe à 59 %, soit le plus élevé de tous les groupes d'âge et de sexe<sup>13</sup> (8). Quant à la consommation d'alcool, contrairement à un préjugé fort répandu, elle est en général moins élevée dans les milieux défavorisés<sup>14</sup>; cependant, on trouve une proportion à peu près comparable de buveuses à risque élevé<sup>15</sup> chez les femmes dans tous les groupes socio-économiques, soit environ 8 % (8).

---

<sup>12</sup>. Le taux s'élève à 13 % chez les jeunes hommes très défavorisés de 18 à 29 ans, une proportion dix fois plus élevée que la moyenne des Québécois du même âge.

<sup>13</sup>. Chez les hommes du même groupe, le pourcentage est de 49 %.

<sup>14</sup>. Seulement 38 % des personnes très défavorisées consomment de l'alcool au moins une fois par mois comparativement à 79 % des personnes favorisées (8).

<sup>15</sup>. Terme appliqué aux personnes qui ont un score élevé à l'échelle de l'indice CAGE, construit à partir de quatre questions se rapportant aux comportements, aux sentiments et aux problèmes causés par l'alcool.

**OBÉSITÉ : les femmes pauvres souffrent trois fois plus d'obésité que les femmes riches<sup>16</sup>.**

Dans l'ensemble de la population, les femmes sont plus nombreuses à souffrir d'obésité que les hommes, en particulier parmi les 45 à 64 ans. Les femmes pauvres sont encore plus touchées par ce problème que les autres : alors que chez les hommes de 18 ans et plus le pourcentage de personnes obèses varie de 5 % chez les plus riches à 14 % chez les défavorisées<sup>17</sup>, ce pourcentage passe de 6 % chez les femmes riches à 19 % chez les femmes très défavorisées. Dans ce dernier groupe, près du quart des femmes de 45 à 64 ans sont obèses (8).

**VIE REPRODUCTIVE : les jeunes femmes défavorisées ont davantage recours aux anovulants que les autres femmes du même âge; elles ont aussi plus de chances de vivre une grossesse à l'adolescence.**

Dans le groupe des 18 à 24 ans, 71 % des femmes très défavorisées et 66 % des défavorisées utilisent des anovulants, comparativement à 57 % des plus favorisées; dans les autres groupes d'âge, les différences sont moins marquées entre les groupes socio-économiques (9). Cet écart est peut-être dû au fait qu'on leur prescrit plus facilement ces contraceptifs ou encore que les autres formes de contraception leur sont moins accessibles<sup>18</sup>; il est peut-être aussi relié à une activité sexuelle généralement plus précoce (11).

---

<sup>16</sup>. Dans l'enquête Santé Québec, l'obésité est définie à partir de l'indice de Quételet (Body Mass Index) basé sur le rapport entre le poids et le carré de la taille d'une personne.

<sup>17</sup>. Le pourcentage retombe à 10 % chez les hommes très défavorisés.

<sup>18</sup>. Les anovulants sont la seule forme de contraception qui soit à la fois appropriée à la plupart des femmes de ce groupe d'âge et entièrement remboursée par la RAMQ pour les femmes bénéficiaires d'aide sociale.

Par ailleurs, les femmes pauvres enregistrent un taux de fécondité supérieur; au Québec, en 1985, au moins 15 % des grossesses étaient le fait de femmes bénéficiant de la sécurité du revenu (6). Une étude ontarienne révèle aussi que les naissances chez les femmes de moins de 20 ans sont quatre fois plus nombreuses dans les quartiers défavorisés (12).

Ce phénomène est en relation directe avec la situation socio-économique de ces jeunes femmes. Marquées dès l'enfance par l'absence de revenu et l'insécurité chronique, confrontées aux échecs scolaires et au manque de qualification professionnelle, à la rupture des liens familiaux, à la violence engendrée par les dures conditions de vie ou à des carences affectives profondes, elles ont peu de chances de trouver un avenir différent de celui de leurs parents. Dans ce contexte, la grossesse n'est pas seulement due à un échec de la contraception, c'est souvent le seul projet concevable pour elles, la seule façon d'accéder à un rôle social, à une certaine valorisation; elle correspond aussi à un désir profond d'aimer et d'être aimée. Comme l'exprime Colin, «c'est un défi à l'avenir incertain, à la solitude, au manque d'espoir» (13). Mais dans les faits, la venue de l'enfant les appauvrira davantage et se présentera donc à la fois comme une conséquence et comme une cause de pauvreté.

**SANTÉ PÉRINATALE : les femmes défavorisées vivent plus de problèmes pendant la grossesse; la santé des nouveau-nés est également très affectée et le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé.**

Les femmes pauvres présentent plus de symptômes et de maladies, ont plus de nausées et de vomissements importants, plus d'hypertension de grossesse (10 %), plus d'épisodes infectieux (11 %), plus de maux de dos (48 %) et plus de menaces d'interruption de grossesse ou d'accouchement prématuré que les autres femmes.

Il y a en milieu défavorisé deux fois plus de naissances prématurées (moins de 37 semaines), deux fois plus d'enfants de poids insuffisant (moins de 2 500 g) et trois fois plus d'enfants

souffrant de retard de croissance intra-utérine que dans la population en général (6). L'écart de mortalité infantile est élevé, soit près du double, entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche (14).

Comme on le sait, ces bébés prématurés ou de faible poids seront plus souvent malades et «difficiles», amenant encore davantage de fatigue et de stress pour les mères, en particulier pour celles qui n'ont pas le soutien d'un conjoint. Les praticiennes et praticiens de la santé doivent être particulièrement attentifs aux besoins, exprimés ou non, de ces femmes; l'écoute et le soutien affectif et matériel dont elles disposent sont une condition de base pour préserver leur santé et la qualité de leur relation avec l'enfant.

**RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX MÉDICAMENTS : les femmes défavorisées consultent davantage les médecins généralistes, consomment plus de médicaments et sont hospitalisées plus souvent.**

Si on les compare aux autres femmes, les femmes pauvres se voient prescrire davantage de médicaments; cette tendance se vérifie surtout chez les moins de 65 ans, alors que les écarts s'estompent chez les plus âgées. On remarque une consommation particulièrement élevée de médicaments prescrits chez les femmes très défavorisées de 18 à 29 ans : 84 % en ont fait usage au cours des deux jours précédant l'enquête comparativement à 61 % des autres Québécoises du même âge<sup>19</sup> (8).

Dans l'ensemble, les femmes pauvres consultent plus fréquemment les médecins généralistes, mais moins fréquemment les médecins spécialistes ou les autres ressources professionnelles de la santé que les femmes plus riches. Les femmes très pauvres sont aussi plus souvent

---

<sup>19</sup>. Cet écart est assez marqué, même si on doit se rappeler que ces jeunes femmes sont nombreuses à prendre des anovulants comme nous l'avons vu précédemment.

hospitalisées (13 %) que les autres (8 à 9 %); cette tendance se remarque encore une fois surtout chez les moins de 65 ans (8).

**PRÉVENTION DES CANCERS FÉMININS : le dépistage du cancer du col de l'utérus est pratiqué moins souvent chez les femmes défavorisées; il en est de même pour l'examen des seins par un professionnel ou une professionnelle de la santé. De plus, elles sont moins nombreuses à pratiquer l'auto-examen des seins.**

La moitié environ des Québécoises ont subi un test de dépistage du cancer du col au cours de l'année précédant l'enquête Santé-Québec, alors que seulement 38 % des femmes très défavorisées l'ont fait; cette tendance s'observe seulement chez les femmes de plus de 25 ans. Pour ce qui est de la prévention du cancer du sein, les femmes des milieux très défavorisés sont près de trois fois plus nombreuses que celles des milieux favorisés à n'avoir jamais subi un examen des seins par un professionnel ou une professionnelle de la santé (20 % vs 8 %). On sait aussi que davantage de femmes défavorisées n'ont jamais pratiqué l'auto-examen des seins (9). On peut s'étonner que le nombre plus élevé de consultations médicales chez ces femmes ne se traduise pas par de meilleures pratiques préventives.

## **1.2 FACTEUR PAUVRETÉ CHEZ LES FEMMES**

Les études récentes soulignent l'importance de distinguer deux niveaux à l'intérieur du phénomène de la pauvreté. On dira en général qu'une famille ou une personne est «pauvre» ou «défavorisée» lorsque son revenu global est inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada<sup>20</sup>. Si le revenu d'une famille ou d'une personne correspond à moins de 60 %

---

<sup>20</sup>. Ce seuil correspond à la somme d'argent requise pour couvrir les besoins essentiels en alimentation, en logement et en habillement (15).

du seuil de faible revenu, on parlera alors de «grande pauvreté» ou de milieu «très défavorisé». Au Québec, une personne sur cinq vit dans la pauvreté et une sur dix vit dans la grande pauvreté : le tiers des enfants de familles monoparentales et près du quart de tous les enfants de moins de six ans appartiennent à ce dernier groupe (15-16).

**«Le taux de pauvreté chez les femmes est de 20 % plus élevé que chez les hommes [...]. L'écart au détriment des femmes s'observe également chez les très pauvres [...] soit une différence de 16 %. La surreprésentation des femmes chez les pauvres se maintient pour tous les groupes d'âge et l'écart entre les sexes tend à s'agrandir des plus jeunes vers les plus vieux (15).»**

Parmi les personnes pauvres<sup>21</sup>, la surreprésentation des femmes passe de 17 % chez les 18 à 24 ans à 61 % chez les aînés. Parmi les très pauvres, la tendance est la même mais elle s'arrête chez les 65 ans et plus, où l'écart entre les sexes disparaît pratiquement (15).

Au Québec comme partout ailleurs, la participation des femmes à l'emploi a connu une forte augmentation au cours des vingt dernières années. Le revenu moyen des Québécoises a augmenté et le nombre de celles qui n'ont aucun revenu personnel a nettement diminué. Néanmoins, leurs revenus demeurent largement inférieurs (57,5 % en 1986) à ceux des hommes (17).

Cet écart de revenu est attribuable à un ensemble de facteurs, parmi lesquels figure le fait que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas participer au marché du travail ou à occuper des emplois précaires, irréguliers ou à temps partiel. Cependant, même les

---

<sup>21</sup>. Il faut souligner que les difficultés économiques que rencontrent les femmes sont sous-estimées par le fait qu'on calcule la pauvreté sur la base du revenu familial plutôt que du revenu individuel. Comme les femmes vivant avec un conjoint sont plus souvent qu'eux sans revenu ou ont un revenu plus faible, elles sont davantage en situation de dépendance, parfois même pour leurs besoins essentiels.

travailleuses à temps plein ne gagnent en 1989 que 62,4 % du revenu d'emploi moyen des travailleurs et ce pourcentage tend à reculer depuis quelques années<sup>22</sup> (18).

«Selon un rapport de l'OCDE, la concentration des femmes dans les catégories professionnelles les moins bien payées est de loin le facteur le plus important qui explique le faible niveau de leur rémunération (17).» On sait par exemple que les emplois occupés majoritairement par les femmes comme ceux de vendeuse, de caissière, d'employée de bureau sont moins fortement syndiqués<sup>23</sup> et moins rémunérés. Plus de femmes que d'hommes travaillent au salaire minimum<sup>24</sup>. Or, le niveau du salaire minimum n'a pas beaucoup augmenté au cours des dernières années; sa valeur réelle compte tenu du coût de la vie a diminué de plus de 30 % au Québec entre 1975 et 1987. Pour les parents uniques avec un enfant à charge, travailler au salaire minimum apporte en moyenne un revenu inférieur de 35 % au seuil de pauvreté (21).

Ces faits expliquent en partie l'augmentation beaucoup plus forte du nombre de pauvres chez les femmes salariées (160,4 %) que chez les hommes salariés (28,3 %) entre 1971 et 1986 (21). Ils expliquent aussi pourquoi la proportion de femmes parmi les pauvres n'a pas diminué depuis une quinzaine d'années (22); pour le Québec, elle se situait à 55,5 % en 1986 (15).

**La proportion de femmes qui connaissent la pauvreté pendant  
une longue période est plus élevée que celle des hommes.**

Les taux de pauvreté permettent seulement de connaître le pourcentage de personnes qui sont dans la pauvreté à un moment déterminé; la durée de la situation de pauvreté est une autre

---

<sup>22</sup>. Il avait atteint 69,5 % en 1986 et a diminué par la suite.

<sup>23</sup>. En 1986, 31 % des travailleuses québécoises étaient membres d'un syndicat par rapport à 42 % de l'ensemble de la main-d'oeuvre; le taux de syndicalisation des travailleuses salariées du secteur privé n'était que de 24 % (19).

<sup>24</sup>. Au Québec, on estime que les deux tiers des emplois au salaire minimum sont occupés par des femmes en 1991 (20).

dimension importante. Vivre dans la pauvreté durant quelques mois en raison de circonstances difficiles mais temporaires n'a pas les mêmes répercussions que passer toute une enfance ou de longues années de vie adulte dans la misère, sans espoir d'en sortir dans un avenir prévisible. Or, une étude portant sur la période de 1982 à 1986 a montré que 13 % des Québécoises ayant connu la pauvreté étaient demeurées pauvres pendant toute cette période comparativement à 9,5 % des hommes (23).

On doit également tenir compte de la gravité de cette pauvreté. Vivre avec trois ou quatre mille dollars en-dessous du seuil de pauvreté équivaut pour une famille à un état de privation beaucoup plus grand que lorsqu'il ne manque que quelques dizaines de dollars pour l'atteindre. À cet égard, la situation des mères seules avec enfants est l'une des plus pénibles : au Canada, elles supportent 17 % du fardeau total de la pauvreté<sup>25</sup>, alors qu'elles ne représentent que 3 % des ménages (22).

**La maternité est un facteur étroitement lié à la pauvreté des femmes (22).**

On sait au départ que les familles avec de jeunes enfants vivent plus souvent dans la pauvreté que les autres familles<sup>26</sup>. Mais la maternité rend les femmes plus vulnérables à la pauvreté que les hommes. En effet, bien que les mères de jeunes enfants soient les femmes dont le taux d'emploi a le plus augmenté au cours des vingt dernières années et qu'elles interrompent moins longtemps qu'auparavant leur activité rémunérée à l'occasion d'une grossesse, ces interruptions ont encore un impact très net sur le revenu et sur la position des femmes sur le marché du

---

<sup>25</sup>. Il s'agit du total de la somme qui serait nécessaire à l'ensemble des ménages pauvres pour atteindre le seuil de faible revenu.

<sup>26</sup>. Dans les données du recensement, les familles sont définies comme un groupe de personnes qui partagent le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance ou par adoption (23).

travail. On constate encore aujourd'hui que leur taux d'activité diminue en fonction du nombre et de l'âge des jeunes enfants à la maison (22). D'autre part, lorsque la grossesse survient à un âge précoce, elle affecte directement la poursuite de la scolarité de la mère, qu'elle soit seule ou en couple.

Enfin, comme les revenus des travailleuses ne suffisent pas à les rendre financièrement autonomes, la plupart de celles qui deviennent mères se retrouvent en situation de dépendance économique envers un conjoint. Il n'est alors pas surprenant de constater que les mères seules avec enfants forment la catégorie de familles la plus pauvre de toutes comme on le verra plus en détail à la section 3.

**Plus de la moitié des femmes âgées et seules vivent dans la pauvreté.**

Chez les personnes seules<sup>27</sup> le taux de pauvreté est très élevé. Même si le taux observé chez les femmes seules a un peu diminué entre 1973 et 1988, passant de 53 % à 49 %, il demeure toujours supérieur à celui observé chez les hommes seuls qui était alors de 34,2 % (23).

On sait que les personnes âgées ont vu leur situation nettement améliorée par la hausse du supplément de revenu garanti et par l'amélioration des régimes de retraite. Au Canada, en une dizaine d'années, le taux de pauvreté des femmes âgées a diminué de moitié<sup>28</sup> (22). Mais la situation des femmes âgées vivant seules est demeurée déplorable : en 1986, près des deux tiers d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté (F : 60 %; H : 48 %) (17).

---

<sup>27</sup>. Dans les données du recensement, il s'agit des personnes qui vivent seules ou qui résident dans un ménage sans avoir de lien de parenté avec les autres.

<sup>28</sup>. Le taux de pauvreté des hommes âgés a diminué des deux tiers au cours de la même période.

**Dans leur appartenance à tous les groupes socialement défavorisés, les femmes sont plus durement atteintes par la pauvreté.**

Si les communautés autochtones connaissent des taux élevés de chômage et de pauvreté, les femmes en sont doublement affectées. Au Québec, en 1986, le revenu moyen des femmes autochtones était de 10 755 \$, alors que celui des hommes était de 16 927 \$ (24). La même année, au Canada, 16 % des familles autochtones étaient dirigées par une mère seule (22).

La population immigrante compte aussi beaucoup de femmes très défavorisées. Les femmes sans statut légal et celles qui n'ont qu'un permis temporaire de travail (le plus souvent pour un emploi de travailleuse domestique) sont les plus démunies (22). Les travailleuses latino-américaines et antillaises récoltent en moyenne les plus bas salaires. De plus, on estime à 30 000 le nombre de celles qui travaillent au noir (25). Par ailleurs, les problèmes de connaissance de la langue sont fréquents chez les immigrantes; au Québec, parmi la population immigrée de 15 à 64 ans, environ deux fois plus de femmes que d'hommes ne connaissent ni l'anglais ni le français<sup>29</sup>, ce qui constitue un obstacle important à l'emploi et à l'utilisation des services publics, y compris les services de santé.

Les femmes handicapées, qui comptent pour 12 % des Québécoises de 15 ans et plus vivant en ménage privé, disposent de revenus encore plus faibles que les hommes handicapés; en 1985, 80 % d'entre elles recevaient moins de 10 000 \$ par année, comparativement à 50 % des hommes. Moins nombreuses qu'eux à occuper un emploi, elles disposaient d'un revenu médian d'emploi de 8 360 \$ alors que celui des hommes était de 19 250 \$<sup>30</sup>. Les femmes handicapées

---

<sup>29</sup>. Données fournies par le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration pour l'année 1986.

<sup>30</sup>. Données fournies par l'Office des personnes handicapées du Québec, tirées de *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités*, 1986; les revenus d'emploi sont calculés pour la population de 15 à 64 ans.

sont également moins susceptibles de pouvoir compter sur un conjoint pour les aider financièrement : 52 % d'entre elles vivent avec un conjoint, comparativement à 71 % des hommes handicapés<sup>31</sup>. Enfin, les mères seules handicapées vivent une situation particulièrement difficile à tous les points de vue (22).

**À Montréal, au cours d'une année, environ 5 000 femmes se retrouvent sans abri, dont le tiers ont un enfant à charge.**

Une des images les plus frappantes de la grande pauvreté est peut-être celle des femmes sans-abri. Leur nombre a rapidement augmenté au Québec ces dernières années et elles sont en moyenne plus jeunes que les hommes dans ce groupe. On estime qu'il y a au cours d'une année entre 10 000 et 15 000 personnes qui s'adressent aux refuges pour sans-abri dans la seule région de Montréal et que le tiers environ de ces personnes sont des femmes<sup>32</sup>. La grande majorité d'entre elles, notamment les plus jeunes, ont été confrontées à la violence physique, à l'inceste, aux abus sexuels ou à d'autres formes de mauvais traitements. Un tiers des femmes itinérantes ont un enfant à charge, ce qui n'est le cas que d'un homme sur vingt. Par ailleurs, «des études américaines sur les sans-abri indiquent que les femmes présentent plus de risque que les hommes d'avoir des problèmes de santé mentale et d'avoir déjà été hospitalisées pour des raisons psychiatriques (26)».

**L'enjeu quotidien des femmes défavorisées: survivre à l'exclusion, à la précarité, à l'impuissance et à la dévalorisation.**

---

<sup>31</sup>. Les femmes handicapées de 35 à 54 ans sont deux fois plus susceptibles que les autres femmes du même âge d'être séparées ou divorcées et de ne pas se remarier.

<sup>32</sup>. La proportion actuelle de femmes est estimée à 30 % ou 40 % et on prévoit qu'elle atteindra 50 % dans quelques années si la tendance suit celle observée aux États-Unis (26).

Pour les femmes comme pour les hommes, vivre dans la pauvreté ne consiste pas seulement à manquer d'argent pour satisfaire ses besoins essentiels. Comme nous l'avons vu, la pauvreté persistante est très souvent associée à une faible scolarité, à une difficulté d'insertion sociale et professionnelle (6). Elle consiste aussi à souffrir d'exclusion, c'est-à-dire à se voir exclue soi-même et ses enfants, d'un niveau de vie auquel la plupart des autres ont accès et que tous les moyens de communication présentent comme celui de tout le monde.

«... c'est un peu déprimant quand on ne peut pas faire des choses comme prendre un café avec une amie... inviter des gens à la maison... ou acheter des fruits pour les enfants... surtout quand on est deux à travailler à plein temps et qu'on ne peut rien se payer...» (21)

Pour d'autres encore plus défavorisées, cela signifie priver les enfants d'activités scolaires ou interdire à des adolescents et adolescentes en pleine croissance l'accès au réfrigérateur pendant la période du mois où il s'y trouve quelque chose...

Elle signifie aussi une insécurité quotidienne : ne pas savoir, même quand on y arrive, pendant combien de temps encore on pourra nourrir les enfants à leur faim, pour combien de mois on pourra payer l'électricité; c'est craindre le moindre imprévu, la moindre maladie, etc. Des événements sans grande importance pour une famille aisée, comme un appareil ménager qui se brise, un repas brûlé ou un vêtement d'enfant égaré, prennent des proportions tout autres dans un tel contexte.

La pauvreté signifie encore l'impossibilité de faire des projets, peu d'espoir d'améliorer sa situation, un sentiment d'impuissance qui peut conduire à un certain fatalisme. Quand on arrive à peine à faire face aux besoins urgents, à survivre à travers chaque journée, on n'a pas le temps de prévoir les problèmes du lendemain, de prévenir et de planifier l'avenir. Les problèmes immédiats prennent toute la place et l'énergie disponibles. Les multiples sources de stress conduisent à la recherche de compensations immédiates : on vit au jour le jour, les joies comme les difficultés (7-44).

Enfin, lorsqu'on dépend entièrement de l'assistance de l'État ou que les revenus d'emploi sont trop faibles, le manque d'argent affecte l'estime de soi. Il crée des contraintes qui empêchent les personnes et les familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de faire respecter leurs droits fondamentaux. À la longue, il apporte l'humiliation et la conviction de ne rien valoir soi-même (4-21).

Ce sont toutes ces dimensions de la pauvreté que l'on doit garder à l'esprit quand on se penche sur la santé des femmes défavorisées. L'intervention auprès de cette clientèle comporte donc de très grands défis.

... ..  
... ..  
... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..

## **2. FEMMES SEULES, FEMMES ISOLÉES**



## 2. FEMMES SEULES, FEMMES ISOLÉES

Des études américaines démontrent qu'une personne sur cinq souffre d'une solitude grave et persistante. Au Québec, une proportion semblable de gens disent se sentir souvent ou presque toujours seuls (27). Ce phénomène a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être. Une revue de documentation récente sur le problème de l'isolement débute par l'affirmation suivante :

**«L'isolement est le problème le plus répandu parmi la clientèle des services sociaux; on pourrait même affirmer [...] que la lutte contre ce problème est la tâche première de la profession d'aide.»**

La définition classique de l'isolement utilisée en recherche sociale est «l'absence réelle ou perçue de relations sociales satisfaisantes accompagnée de symptômes de détresse psychologique reliés à cette absence (27)».

L'élément central de cette définition est le degré de satisfaction devant les relations plutôt que le nombre de contacts sociaux; c'est aussi le meilleur prédicteur du sentiment de solitude. L'isolement n'est donc pas synonyme d'absence de liens. On peut vivre seul dans son logement ou avoir un réseau de relations très restreint sans se sentir isolé, tout comme on peut avoir un conjoint, des amis, des relations sociales nombreuses et se sentir quand même seul.

L'action de l'isolement sur la santé se manifeste essentiellement par l'absence ou l'insuffisance de soutien social approprié en cas de maladie ou d'événement stressant. Le soutien social<sup>33</sup> est cet «ensemble d'échanges qui procurent à l'individu une assistance matérielle et physique, un contact social et une relation affective, de même que l'impression qu'il est un objet d'intérêt continu pour les autres» (Pilisuk et Parks) (27). La notion d'échange, de réciprocité a ici toute

---

<sup>33</sup> Le terme «soutien social» est ici utilisé comme équivalent français de l'expression anglaise «social support».

son importance; des études suggèrent que le soutien apporté par l'entourage est beaucoup plus positif lorsqu'il se situe dans le cadre d'une relation où la personne qui reçoit du soutien a le sentiment de pouvoir elle aussi apporter quelque chose à l'autre (28).

**Depuis les années 1970, de nombreuses recherches ont démontré que le soutien social joue un rôle auparavant insoupçonné dans l'étiologie de la maladie, dans le maintien de la santé ainsi que dans le processus de guérison et de réadaptation (29).**

Les trois types d'effets observés en ce qui concerne le soutien social sont l'effet préventif, lorsqu'il réduit la probabilité de problèmes, l'effet «tampon», lorsqu'il atténue l'impact négatif d'un problème ou d'un événement, et l'effet de réadaptation, lorsqu'il favorise le rétablissement après une maladie ou un événement stressant (30). On sait par exemple que la présence ou l'absence de soutien social est un meilleur prédicteur de l'apparition de symptômes psychiatriques que la présence d'événements stressants (31). On a aussi observé, après avoir contrôlé les autres variables, un taux de mortalité plus élevé chez les hommes âgés qui ont un faible soutien social ou qui vivent seuls (32). Le manque de soutien social est aussi relié à une utilisation plus importante des services médicaux : consultations plus fréquentes et plus longues, utilisation plus fréquente des services d'urgence... (33-34).

Un peu comme dans le cas de la pauvreté, bien que la relation entre le soutien social et la santé soit bien démontrée, il est parfois difficile de distinguer la cause de l'effet, puisque cette relation peut jouer dans les deux sens : les problèmes de santé amènent souvent une plus grande difficulté à entretenir des liens sociaux, et le manque de contacts sociaux satisfaisants a un impact direct ou indirect sur l'état de santé (27).

**Un très grand nombre de recherches indiquent une relation significative entre la pauvreté et l'isolement. Selon certaines études, les personnes pauvres et sous-scolarisées sont les plus vulnérables à l'isolement social (27).**

**Il est aussi établi que les personnes vivant seules<sup>34</sup> souffrent davantage de solitude et sont dans l'ensemble deux fois plus insatisfaites de leur vie sociale que les autres (35).**

Au cours des dernières décennies, les ménages constitués d'une seule personne se sont multipliés : ils représentent aujourd'hui un ménage sur cinq. Plus d'une personne sur quatre dans ce groupe déclare se sentir souvent ou presque toujours seule, comparativement à un dixième des personnes vivant avec d'autres (35). Les personnes seules sont aussi plus pauvres et le demeurent pour de plus longues périodes que les personnes vivant avec d'autres. Parmi ce groupe, on trouve trois femmes pour deux hommes.

Les études portant sur l'isolement et sur le soutien social apportent peu de conclusions spécifiques au sujet de la santé des femmes souffrant d'isolement (27). Par contre, la santé des personnes qui vivent seules dans leur logement a fait l'objet d'une intéressante monographie réalisée à partir des données de l'enquête Santé Québec de 1987. C'est à l'aide de ces données que nous pouvons dresser le profil de santé des femmes appartenant à ce groupe.

## **2.1 PROFIL DE SANTÉ DES FEMMES VIVANT SEULES**

Dans l'ensemble, la santé physique et mentale des personnes vivant seules est nettement moins bonne que celle des personnes qui vivent avec d'autres; ce constat se vérifie dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes, mais il est plus marqué chez les femmes (35). Ces

---

<sup>34</sup> Dans l'enquête Santé Québec, les «personnes seules» sont celles qui vivent seules dans leur logement et les «personnes vivant avec d'autres» ou «non seules» sont celles qui vivent avec un membre de leur famille (enfant, conjoint, père, mère ou autre) ou avec d'autres personnes sans lien de parenté; il ne s'agit pas des mêmes définitions que celles du recensement, utilisées dans la section précédente pour distinguer les personnes seules et les familles.

dernières se distinguent notamment des autres femmes sur le plan des incapacités, de la santé mentale, du recours aux services de santé et de la consommation de médicaments.

**SANTÉ GLOBALE : seulement 18 % des femmes vivant seules ne déclarent aucun problème de santé, comparativement à 36 % des autres femmes. Sous certains aspects, la santé des plus jeunes d'entre elles semble particulièrement détériorée.**

L'un des faits les plus suprenants est que parmi les femmes seules de 18 à 24 ans, sept sur dix souffrent d'incapacités ou de conditions chroniques, une proportion se rapprochant de celle déclarée chez les femmes seules de 65 ans et plus. En effet, parmi les femmes seules, le taux est de 71 % chez les plus jeunes et de 77 % chez les plus âgées; parmi les femmes non seules, il est de 40 % chez les plus jeunes et de 72 % chez les plus âgées. Certaines données suggèrent qu'il s'agit surtout de conditions chroniques «légères» dans le cas des plus jeunes (35).

Par ailleurs, pour ce qui est de l'indice de santé globale, l'écart entre les hommes et les femmes parmi les personnes vivant seules est plus important que celui observé dans l'ensemble de la population<sup>35</sup>. Un tel écart n'est pas uniquement attribuable à la plus grande proportion de femmes âgées dans ce groupe; chez les jeunes comme chez les plus âgés, les femmes seules déclarent plus de problèmes de santé que les hommes. Cet écart ne s'explique pas non plus uniquement par la plus grande pauvreté des femmes seules<sup>36</sup>; par exemple, chez les 18 à 24 ans,

---

<sup>35</sup>. En effet, 37 % des hommes vivant seuls ne déclarent aucun problème de santé. Chez les personnes non seules, 36 % des femmes et 48 % des hommes sont dans le même cas.

<sup>36</sup>. Près de 50 % des femmes vivant seules sont pauvres ou très pauvres comparativement à 35 % des hommes vivant seuls.

le taux de pauvreté des femmes est à peine supérieur à celui des hommes seuls alors que ces derniers sont plus nombreux à ne présenter aucun problème de santé<sup>37</sup> (35).

**SANTÉ MENTALE : la détresse psychologique élevée est dans l'ensemble plus fréquente chez les personnes seules (26 % vs 20 %). Elle est plus répandue chez les femmes que chez les hommes dans presque tous les groupes d'âge<sup>38</sup> (35).**

Chez les femmes seules on rencontre trois fois plus de problèmes de dépression que chez les autres femmes (4,3 % vs 1,6 %) et davantage que chez les hommes seuls (2,5 %). Les personnes seules sont plus nombreuses à avoir connu un événement stressant<sup>39</sup> au cours des douze derniers mois (seules : 67 %; non seules : 45 %), en proportion semblable chez les hommes et les femmes (35).

Enfin, les femmes seules de plus de 25 ans rapportent des idées et des gestes suicidaires presque deux fois plus souvent que les autres femmes; le taux le plus élevé, soit 21,7 %, s'observe chez les 25 à 44 ans (35).

Il est intéressant d'observer que parmi les personnes seules, les idées et gestes suicidaires sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (23 % vs 12 %), et ce, à tous les âges; ce problème est particulièrement grave chez les hommes seuls de 18 à 24 ans (32 %). À l'inverse,

---

<sup>37</sup>. La proportion de pauvres dans ce groupe d'âge est de 58 % chez les femmes et de 55 % chez les hommes, alors que la proportion de femmes et d'hommes ne présentant aucun problème de santé est respectivement de 22 % et de 30 %.

<sup>38</sup>. L'exception concerne les hommes de 18 à 24 ans qui sont deux fois plus nombreux à présenter un indice élevé.

<sup>39</sup>. L'enquête Santé Québec mesure la fréquence de huit événements de la vie que des recherches ont permis d'associer à un risque accru de morbidité ou à des habitudes de vie nocives; on y retrouve entre autres le décès d'un proche, la perte d'emploi, la maladie grave, etc.

dans le reste de la population, ce pourcentage est moins élevé chez les hommes que chez les femmes (9 % vs 12 %) à tous les âges, en excluant les 65 ans et plus où la différence devient minime. Dans l'ensemble, les plus affectées parmi les personnes non seules sont les femmes de 18 à 24 ans (19 %) (35).

**RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ : les femmes seules consultent davantage les professionnels et professionnelles de la santé que les autres femmes (37 %) vs 24 %) <sup>40</sup>, et ce, à tous les âges. Elles sont aussi plus souvent hospitalisées que les autres femmes (10 % vs 5 %) <sup>41</sup> (35).**

Ces données concordent avec la plus grande incidence de problèmes de santé chez les femmes vivant seules; elles consultent également un peu plus que les hommes seuls à tous les âges. Quant au nombre plus élevé d'hospitalisations, il s'explique en partie par le grand nombre de femmes âgées parmi ce groupe; mais ces dernières sont quand même un peu plus souvent hospitalisées que les autres femmes du même âge (14 % vs 13 %) et l'écart va dans le même sens dans les groupes d'âge plus jeunes.

**CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS : plus des trois quarts des femmes seules ont consommé au moins un médicament dans les deux derniers jours précédant l'enquête, comparativement à un peu plus de la moitié des autres femmes.**

**Elles sont aussi trois fois plus nombreuses à consommer des tranquillisants (35).**

---

<sup>40</sup>. Pourcentage de femmes ayant rapporté au moins une consultation au cours des deux semaines précédant l'enquête.

<sup>41</sup>. Pourcentage de femmes ayant été hospitalisées au cours des douze mois précédant l'enquête.

La consommation élevée de médicaments se vérifie à tous les âges. Les femmes seules de 18 à 24 ans sont les plus nombreuses à consommer au moins un médicament (84,5 %)<sup>42</sup>, suivies des 65 ans et plus (82,8 %). Le pourcentage observé chez les hommes seuls est en général plus faible, surtout après 65 ans. Signalons de plus que les femmes seules qui consomment au moins trois types de médicaments sont beaucoup plus nombreuses que les autres femmes (24 % vs 9 %) et que les hommes seuls (8 %).

Enfin, on remarque un écart important dans la consommation de tranquillisants : 19 % des femmes seules en avaient consommé au cours des deux derniers jours contre seulement 7 % des autres femmes. Celles âgées de 65 ans et plus en particulier en consomment dans une proportion de 28 %, davantage encore que les autres femmes du même âge (21 %) (taux calculé à partir des tableaux 23 et 24 de Bernier *et al.*) (35).

En résumé, le profil de santé défavorable des femmes vivant seules est en partie déterminé par l'incidence de la pauvreté et par certains effets d'âge, mais une autre partie des écarts observés échappe à ces explications et pourrait être reliée au problème d'isolement.

## **2.2 FACTEUR ISOLEMENT CHEZ LES FEMMES**

L'isolement occupe une place importante dans les conditions environnementales qui affectent la santé des femmes. On ne peut pas dire, toutes proportions gardées, que l'isolement et la solitude soient davantage le fait des femmes que des hommes. Mais on remarque que les femmes sont

---

<sup>42</sup>. On doit tenir compte ici du fait que 62 % des femmes de ce groupe utilisent des anovulants, un pourcentage plus élevé que chez les femmes non seules du même âge, soit 39 %, mais qui se rapproche davantage de celui des jeunes femmes très défavorisées, soit 71 % (taux calculé à l'aide des tableaux 23 et 24 de Bernier *et al.*). Ceci rend les comparaisons difficiles avec les femmes plus âgées et avec les hommes du même groupe en ce qui a trait à la consommation de médicaments.

en nombre absolu plus touchées par la plupart des situations associées à un risque élevé d'isolement.

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ce problème. Certains traits de personnalité ne favorisent pas l'établissement de relations sociales; certaines situations ou événements particuliers augmentent le risque d'isolement en diminuant les possibilités de contacts sociaux<sup>43</sup>.

**On peut dire qu'à un égard ou à un autre, les femmes souffrant d'isolement sont sans doute très nombreuses à pouvoir relier ce problème soit à une situation de pauvreté, soit à une situation de violence familiale ou d'abus sexuel.**

Nous avons déjà mentionné la pauvreté comme une condition très souvent associée à l'isolement. Or, les femmes sont plus pauvres et le demeurent pour des périodes plus longues que les hommes<sup>44</sup>. Chez les personnes pauvres, le problème d'isolement se pose surtout vis-à-vis des personnes sans lien de parenté; le maintien de ces liens exige en effet plus d'effort et de ressources, alors que les contacts familiaux peuvent être maintenus sans cet apport. La pauvreté entraîne aussi des besoins importants se traduisant en demandes qui épuisent l'entourage et le font fuir (27).

Chez les femmes pauvres, il est intéressant de signaler le phénomène d'insularité, une forme particulière d'isolement observée chez certaines mères très défavorisées et vivant dans des conditions difficiles. Ces mères dites «insulaires» sont isolées à l'intérieur d'un réseau social restreint, limité à la famille élargie et aux agences d'aide sociale, à l'intérieur duquel les échanges

---

<sup>43</sup>. Par exemple la faible estime de soi, les attitudes cyniques, le pessimisme, les attitudes dépressives, les contraintes de temps ou de distance, le manque d'argent, le déménagement, le veuvage, la retraite, le divorce, la maladie ou l'hospitalisation, la naissance d'un enfant handicapé, la présence d'une personne malade au foyer (27).

<sup>44</sup>. Voir la section 1.

sont caractérisés par un haut niveau de coercition. Elles ont très peu de soutien provenant de liens d'amitié et perçoivent leurs rapports avec leur entourage comme entachés d'agressivité. Ce type d'isolement est souvent associé à des problèmes de mauvais traitements envers leurs enfants. De façon générale, les cas de négligence parentale sont souvent caractérisés par l'isolement social des parents (27).

On a également observé l'isolement caractéristique des familles incestueuses. Toutes les recherches convergent vers la même conclusion : que ces familles ont à leur tête un père qui abuse de son autorité et qui maintient son contrôle en isolant les membres de la famille (27). Une observation analogue a été faite dans les situations de violence conjugale : l'homme s'efforce généralement de contrôler les déplacements et de restreindre les contacts sociaux de sa conjointe. Ce comportement de contrôle figure même parmi les indicateurs utilisés dans les études évaluatives sur l'efficacité des programmes de traitement des hommes violents (36).

Les liens entre l'isolement des femmes et leur vulnérabilité à la pauvreté et à la violence sont aussi apparus au cours d'une étude récente portant sur la façon particulière dont les femmes analysent et expriment leur problème d'isolement<sup>45</sup> (37). La grande majorité des répondantes vivent dans de dures conditions matérielles, en particulier les mères monoparentales : problèmes financiers, surcharge de travail, emplois précaires et mal rémunérés, etc.

«Tu paies ton loyer, tu paies ta nourriture pour tout le mois, il ne te reste jamais d'argent pour faire quoi que ce soit. C'est illusoire de croire qu'il y a une diversité de choses offertes, des cours, des activités physiques puis des rencontres, car il n'y a jamais d'argent pour payer la gardienne, il n'y a jamais d'argent pour payer le billet

---

<sup>45</sup>. Cette étude a été réalisée en 1991 par le Regroupement des centres de femmes du Québec. Elle a consisté en entrevues semi-dirigées effectuées auprès de 32 femmes choisies parmi la clientèle qui avait fréquenté six centres de femmes au cours des deux années précédentes; ces femmes s'étaient identifiées comme souffrant d'un problème d'isolement au moment de leur venue au centre.

d'autobus. Des petites niaiseries comme ça, mais qui font que tu es enfermée comme un rat dans ton trou (37).»

La violence conjugale est un autre facteur fréquemment mentionné comme étant à l'origine de l'isolement. Plus de la moitié des femmes interrogées subissaient ou avaient subi la violence physique ou psychologique de la part d'un conjoint. Elles confirment que l'une des premières stratégies de contrôle utilisées par les hommes violents est de couper leur conjointe des relations sur lesquelles elle pourrait s'appuyer et de l'empêcher d'en créer de nouvelles.

«Il brimait énormément ma liberté; je voyais les gens que lui voyait, qu'il voulait que je voie, puis en sa présence. J'étais plus que pognée, je ne me voyais pas de porte de sortie (37).»

La marginalité est une autre cause d'isolement identifiée dans plusieurs entrevues avec des femmes immigrantes, lesbiennes, handicapées ou divorcées. Des femmes au foyer expriment quant à elles un isolement lié non seulement à la difficulté de créer des liens en dehors du cadre d'un milieu de travail, mais aussi à leur situation aujourd'hui minoritaire et dévalorisée<sup>46</sup>. À la campagne et en régions éloignées, ou encore en banlieue quand on ne dispose pas d'une voiture, les femmes mentionnent que la difficulté de se déplacer et l'absence d'infrastructures (garderies, transport en commun, activités sociales et culturelles, etc.) créent des obstacles supplémentaires. Un certain nombre d'autres études ont permis les mêmes constats (27).

Les déménagements sont un autre événement souvent mentionné comme facteur à l'origine d'une situation d'isolement par les femmes interrogées dans l'étude. Quant elles doivent déménager, par exemple à la suite du transfert de leur conjoint dans un nouvel emploi, leur intégration au nouveau milieu risque de se faire plus difficilement si elles n'ont pas elles aussi, dès le départ, un milieu de travail comme source de contacts sociaux. Un constat semblable peut s'appliquer

---

<sup>46</sup>. L'enquête Santé Québec suggère également que les femmes à la maison sont moins satisfaites de leurs relations sociales (1).

aux femmes immigrantes qui rencontrent plus de difficultés d'intégration sociale et professionnelle que leurs conjoints et pour lesquelles la rupture des liens avec la famille élargie, au moment de la migration, est généralement plus éprouvante (37).

**Le fait de vivre seul n'a pas les mêmes répercussions sur les deux sexes et les conditions qui entraînent les femmes dans l'isolement ne sont pas tout à fait les mêmes que chez les hommes. En plus de se rattacher à leur position socio-économique, leur isolement prend aussi racine dans leur socialisation et dans la façon dont les rapports hommes-femmes s'expriment à l'intérieur de la famille.**

**Ainsi, l'isolement vécu par les femmes semble davantage caractérisé par le besoin de liens intimes, le surinvestissement dans le rôle familial, l'absence de lieux d'échange et l'exclusion sociale.**

Les recherches ont souvent souligné l'existence d'une relation entre l'isolement et l'absence de conjoint ou de relation amoureuse. Des analyses plus poussées démontrent cependant que ce n'est pas en soi la présence d'un conjoint qui permet d'échapper à l'isolement mais bien la présence d'un confident ou d'une confidente. On constate même que les personnes ayant perdu un conjoint et qui ont un confident ou une confidente ont un moral supérieur aux gens mariés mais qui n'ont personne à qui se confier (27).

On peut mettre cette observation en relation avec trois résultats de l'enquête Santé Québec. Premièrement, l'absence de confident se rencontre moins souvent chez les femmes que chez les hommes (10 % vs 17 %). Or, les recherches indiquent que la personne qui tient la place de confidente pour les hommes est en général une femme, et qu'il s'agit le plus souvent de leur conjointe<sup>47</sup>, mais l'inverse n'est pas aussi fréquent pour les femmes; celles-ci sont d'ailleurs un

---

<sup>47</sup>. La variable conjoint serait d'ailleurs la plus significative pour mesurer la présence de soutien social chez les hommes dans les enquêtes de santé (30).

peu plus nombreuses que les hommes à se déclarer insatisfaites de leur relation avec leur conjoint (F : 7,1 %; H : 4,4 %) (1).

Deuxièmement, le sentiment de solitude est lui aussi dans l'ensemble moins répandu chez les femmes (27). Curieusement, cette observation ne s'applique pas aux personnes vivant avec d'autres : chez ces dernières, la proportion de personnes qui souffrent de solitude est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (11 % vs 8 %). Parmi les personnes seules, par contre, le pourcentage est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (32 % vs 24 %)<sup>48</sup> (35).

Une troisième donnée de l'enquête s'inscrit dans le même sens. Environ 10 % des gens se disent insatisfaits de leur vie sociale, le pourcentage étant semblable chez les deux sexes. Or, les personnes vivant seules expriment davantage d'insatisfaction et à l'intérieur de ce groupe, ce sont les hommes seuls qui se disent plus insatisfaits (35).

Tous ces résultats donnent à penser que les difficultés à établir des liens affectifs satisfaisants n'obéissent pas aux mêmes conditions chez les deux sexes. Les entrevues réalisées parmi la clientèle des centres de femmes contiennent des réflexions intéressantes à ce sujet. Interrogées sur leur perception de l'isolement vécu par les hommes par rapport à leur propre isolement, plusieurs femmes constatent la difficulté qu'ont ces derniers à communiquer sur le plan personnel, à partager leurs émotions et à établir une relation d'intimité, que ce soit avec elles ou encore avec leurs amis de sexe masculin.

Certaines répondantes croient que les hommes ne ressentent pas leur propre isolement, qu'ils camouflent davantage leur manque de liens affectifs en s'évadant dans le travail, dans le sport ou dans des activités sociales. Ils peuvent plus facilement échapper aux responsabilités familiales, ils ont plus de mobilité, plus d'occasions et de lieux pour rencontrer des gens, mais leur difficulté à partager leurs émotions les isole tout autant. Elles estiment qu'il est plus facile

---

<sup>48</sup>. Il demeure néanmoins que les femmes vivant seules sont deux fois plus nombreuses à souffrir de solitude que les autres femmes (24 % vs 11 %), et ce, à tous les âges.

pour les femmes de demander du soutien et de recevoir de la tendresse en dehors d'une relation amoureuse; ce sont plutôt les lieux, les moyens matériels et les occasions de rencontres qui leur font défaut. Cette perception concorde assez bien avec les faits rapportés plus haut (37).

**Il semble que les femmes souffrent relativement moins que les hommes dans le fait de vivre seules et qu'au contraire elles ressentent davantage d'insatisfaction et de solitude que ceux-ci lorsqu'elles ont un conjoint.**

**L'absence émotive du conjoint est identifiée par plusieurs d'entre elles comme principal facteur de leur sentiment d'isolement.**

Un tel portrait est somme toute cohérent : les femmes assument à l'intérieur du couple ou de la famille un rôle de soutien affectif, elles ont des attentes importantes sur ce plan mais elles reçoivent peu de soutien de leur conjoint en retour, et quand elles en ont la possibilité, il leur est plus facile qu'aux hommes de créer des liens affectifs en dehors du couple.

Les auteures de l'étude concluent que l'isolement des femmes est probablement très relié à leur socialisation et au rôle spécifique qu'elles tiennent dans la famille. Dans l'ensemble des entrevues, les changements ou les problèmes dans la situation familiale sont effectivement le plus souvent cités comme facteurs déclencheurs. La rupture ou l'échec des relations avec le conjoint ou avec les enfants auraient un impact plus grand chez elles en raison du fait qu'elles les ont surinvesties (37).

Les femmes interrogées ont déclaré que l'isolement vécu au moment d'une rupture ou du décès d'un proche les avait rendues plus vulnérables à l'abus d'alcool ou de médicaments et à la dépression. D'autres recherches seront nécessaires pour mieux comprendre les effets spécifiques de l'isolement sur leur santé physique et mentale.

1947

1948

1949

1

1950

1951

1952

1953

1954



### **3. FEMMES MONOPARENTALES**



### 3. FEMMES MONOPARENTALES

La configuration démographique du Québec présente aujourd'hui un portrait familial fort différent d'autrefois. En vingt-cinq ans le nombre de familles monoparentales a augmenté six fois plus vite que le nombre de familles biparentales : entre 1981 et 1986 nous enregistrons une augmentation de 164 % des familles monoparentales (38). La probabilité qu'un mariage se termine par un divorce se situait à 45 % en 1987 (39).

**Le recensement de 1986 dénombrait 252 680 familles monoparentales au Québec, soit 20,8 % de l'ensemble des familles avec enfants; de ce nombre, 82,5 % étaient sous la responsabilité d'une femme.**

La monoparentalité, qui décrit le fait qu'un parent seul a légalement la responsabilité quotidienne de ses enfants pendant une période indéterminée de sa vie, est donc un phénomène féminin. De plus, les mères seules sont souvent placées dans des conditions socio-économiques particulièrement pénibles : pauvreté, logement inadéquat, manque de soutien en matière de garde, etc., alors que le partage des responsabilités parentales avec le père pose souvent des problèmes.

Il existe un lien étroit entre les difficultés qu'éprouvent ces mères seules, leurs conditions de vie et leur état de santé. Carolyn A. Gorlick<sup>49</sup> signale ceci :

«À la lumière d'études réalisées récemment, familles mono et biparentales se valent sur le plan du fonctionnement psychiatrique et social. Cela laisse entendre que les

---

<sup>49</sup>. M<sup>me</sup> Gorlick, qui est professeure au Centre d'études en médecine familiale du King's College de l'Université Western Ontario, a entrepris une étude longitudinale sur les femmes en situation de monoparentalité. Elle constate que diverses recherches plus récentes révèlent l'importance du contexte dans lequel vit la famille monoparentale pour expliquer la perception de celle-ci comme milieu pathologique.

problèmes des familles monoparentales résultent des éléments de stress et de tension liés à la pauvreté [...] (40).»

### **3.1 PROFIL DE SANTÉ DES MÈRES SEULES**

Les mères seules se démarquent des autres mères par un niveau de détresse psychologique élevé, une consommation plus grande de médicaments et un recours plus important aux services sociaux pour elles et leurs enfants.

**SANTÉ GLOBALE : autant pour les mères seules que pour toutes les autres mères, leur état de santé et celui de leurs enfants sont intimement liés à leurs conditions socio-économiques.**

Comme ces dernières sont particulièrement pauvres et que leurs enfants connaissent le même sort, il n'est pas étonnant de constater que les diverses études qui comparent l'état de santé des mères monoparentales avec celles en situation de biparentalité concluent à une plus grande prévalence de problèmes de santé chez les mères seules (41). En effet, leur indice de santé globale est moins reluisant que celui des mères biparentales.

De façon globale, leurs habitudes de vie ressemblent à celles des femmes qui vivent dans des conditions socio-économiques comparables. Tout comme les femmes très défavorisées, elles ont un taux de tabagisme plus élevé et elles sont plus touchées par des problèmes d'obésité que les femmes plus aisées.

**SANTÉ MENTALE : les mères seules éprouvent un niveau de détresse psychologique plus élevé et un niveau de santé mentale positive plus faible que les mères biparentales<sup>50</sup>.**

L'enquête Santé Québec (42) nous apprend aussi que 18 % des mères seules ont pensé à se suicider au cours de leur vie comparativement à 11 % des mères biparentales. Il est par contre difficile de traiter cette donnée puisque nous ne connaissons pas le moment où se sont manifestées ces pensées suicidaires<sup>51</sup>.

Selon les études de Jutras et Dandurand (41), les pères seuls reçoivent un soutien moral plus soutenu à court terme de leur réseau familial personnel mais se tournent par la suite vers d'autres sources d'aide que la parenté, alors que les mères seules reçoivent une assistance financière familiale à plus long terme. Dandurand et Ouellette (38) décrivent le réseau d'aide des femmes comme étant généralement en lien constant avec la famille sauf pour celles dont les parents sont décédés ou sont éloignés.

**CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS : les mères seules consomment plus de médicaments que les autres mères, soit 58 % contre 50 %.**

---

<sup>50</sup>. L'indice de détresse psychologique mesure le niveau de détresse à partir de quatre états: dépression, anxiété, agressivité et troubles cognitifs. L'indice de santé mentale positive mesure sept dimensions: l'humeur générale, l'énergie, le contrôle des émotions, l'intérêt envers la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel.

<sup>51</sup>. L'enquête Santé Québec suggère l'hypothèse que la situation des pères seuls serait encore plus grave. Cette enquête souligne que les pères seuls, plus que les mères seules, se disent satisfaits des relations avec leurs enfants mais plus insatisfaits de leur vie sociale. Un plus grand nombre d'entre eux auraient songé à se suicider au cours de leur vie. Soulignons par contre qu'à cause du très petit nombre de pères seuls dans l'échantillon, ces chiffres sont peu fiables.

Selon l'enquête Santé Québec (42), les mères seules se démarquent de leurs consœurs en situation de biparentalité pour ce qui est de la consommation de médicaments non prescrits (52 % contre 46 %). Elles font aussi usage de tranquillisants, prescrits ou non, dans des proportions beaucoup plus grandes que leurs consœurs de familles biparentales. Selon Gorlick, les mères seules à faible revenu «souffrent de troubles psychiatriques plus graves, de maux de tête plus fréquents et plus douloureux et consomment plus de sédatifs et d'analgésiques que les mères en contexte biparental (40)». Il est à noter que les enfants des parents seuls ne sont pas plus nombreux à consommer des médicaments que les enfants qui vivent dans des familles biparentales. Par contre, ceux qui prennent des médicaments en consomment davantage.

**LE RECOURS AUX SERVICES : même si généralement les mères seules sont en moins bonne santé que les autres mères, elles ne recourent pas en plus grand nombre aux services de médecins généralistes ou spécialistes. Par contre, elles requièrent en plus grand nombre les services sociaux pour elles et pour leurs enfants.**

En moins bonne santé que les mères biparentales, on pourrait s'attendre à ce que les mères seules consultent davantage les médecins; pourtant ce n'est pas le cas (42). Elles requièrent, dans l'ensemble, plus de services sociaux, notamment auprès des psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux et autres conseillères et conseillers du même type.

Cependant, selon une étude de Mousseau-Glaser (43), malgré le fait qu'elles soient généralement les plus démunies de toutes les monoparentales, les mères seules célibataires consultent peu les services sociaux<sup>52</sup>. Cette réalité peut-elle être reliée au fait que cette catégorie de mères seules éprouvent une certaine méfiance face au réseau sociosanitaire?

---

<sup>52</sup>. Plus de la moitié (55 %) des clientes du CSSMM sont des femmes divorcées ou séparées alors que les célibataires en situation de monoparentalité sont sous-représentées. Comme nous le verrons plus loin, les mères seules célibataires représentaient, au recensement de 1986, 33 % des familles monoparentales du Québec.

Jutras et Dandurand (41) se questionnent sur «l'assistance actuelle de l'État aux foyers monoparentaux» ainsi que sur l'adaptation des services sociaux, de santé et autres, aux besoins des mères seules. Ces auteures signalent qu'au Québec, les familles monoparentales consultent plus souvent auprès des services d'urgence des hôpitaux et de leurs cliniques externes. Elles soulignent qu'aux États-Unis les femmes séparées sont plus portées que les femmes mariées, célibataires et veuves à utiliser les ressources d'aide formelle, qu'elles soient publiques ou privées. Colin (44) ainsi que Mousseau-Glaser (43) abordent le sujet des mères pauvres qui craignent d'être jugées et cataloguées parmi les «incompétentes parentales» pour ainsi se voir retirer la garde de leurs enfants.

Selon Gorlick (40), les mères seules indiquent plus de désordres émotifs et physiques chez leurs enfants; elle ajoute que souvent, plus les mères seules consultent pour leurs enfants, plus elles développent un sentiment d'incompétence parentale et augmentent leur niveau de stress. Cette auteure constate que les enfants de ces mères sont plus souvent hospitalisés que les autres enfants. Elle explique ce phénomène par le fait que certains médecins ont tendance à hospitaliser plus souvent et plus longtemps les enfants qu'ils jugent en position défavorable à la maison.

Jutras et Dandurand (41) notent que certaines mères seules séparées ou divorcées vivent d'autres problèmes. En effet, il semble exister une corrélation très forte entre la présence de problèmes de santé physique ou de comportement chez les enfants depuis la rupture conjugale et le fait que les parents n'aient pas réussi à s'entendre au sujet de la garde des enfants.

L'enquête Santé Québec constate d'autre part que tout comme les femmes pauvres, les mères seules les plus démunies adopteraient des comportements de «consommation» des services de santé et des services sociaux qui répondent moins à des préoccupations de prévention qu'à des besoins d'interventions curatives et ce, à la fois pour elles et pour leurs enfants (42). Mousseau-Glaser (43) signale de plus que les mères seules les plus démunies n'utiliseraient pas plus fréquemment que les autres femmes le réseau des organismes communautaires. Les hypothèses pouvant expliquer cette réalité s'apparenteraient-elles à celles élaborées plus haut pour le réseau de l'État?

### 3.2 FACTEUR MONOPARENTALITÉ CHEZ LES FEMMES

Pour les femmes, la maternité représente un haut risque d'appauvrissement et la plupart des mères seules vivent, à divers degrés, des difficultés économiques. Au Canada, en 1988, 95 % des mères seules de moins de 25 ans étaient pauvres, 68 % chez les 25 à 34 ans et 42 % chez les 35 ans et plus (45).

**Au Québec, en 1988, les familles monoparentales avaient un taux de pauvreté près de cinq fois supérieur à celui des familles biparentales, soit 41 % comparativement à 9 % (46).**

Cette même analyse constate que le déficit moyen de pauvreté<sup>53</sup> était, pour l'ensemble des familles, de l'ordre de 4 600 \$ alors que celui des familles monoparentales s'élevait à 5 424 \$, soit le plus élevé de tous les déficits moyens selon le type de famille.

Les données québécoises du recensement indiquent que le revenu familial des mères seules était de 17 856 \$, soit un revenu nettement inférieur à celui des pères seuls qui se situait à 30 187 \$ (47). Plusieurs de ces mères monoparentales «aboutissent» à l'aide sociale; en effet, en août 1991, 78 381 familles monoparentales étaient inscrites à l'aide sociale<sup>54</sup> et elles regroupaient plus de 120 000 enfants (46)<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup>. Le déficit moyen de pauvreté se définit comme étant la somme d'argent requise en moyenne pour hausser le revenu d'un ménage jusqu'au seuil de pauvreté de ce groupe.

<sup>54</sup>. Voir note 3, page 6.

<sup>55</sup>. Les familles monoparentales dirigées par des femmes constituaient 70,5 % de toutes les familles qui demandaient de l'aide sociale en février 1991 (48).

La situation de pauvreté des mères seules se vérifie aussi dans les récentes analyses longitudinales (47). Le tableau suivant montre qu'une bonne proportion de mères seules québécoises sont restées pauvres pendant cinq ans. Chez les couples avec ou sans enfants, la situation de pauvreté est moins prolongée.

<b>Pauvreté et structure familiale au Québec, 1982 à 1986,</b>		
	<b>mères seules</b>	<b>familles bipar.</b>
<b>ont connu la pauvreté</b>	<b>70 %</b>	<b>40 %</b>
<b>sont restées pauvres pendant 5 ans</b>	<b>40 %</b>	<b>5%</b>

**Source : Siham Zouali (47).**

Toute cette réalité économique a des répercussions sur la santé et par conséquent sur la possibilité, pour ces femmes, de s'intégrer au marché du travail. Ces mères seules se retrouvent donc dans un cercle vicieux : tiraillées par des problèmes d'argent et toutes les difficultés qui en découlent<sup>56</sup>, elles ne peuvent accéder au marché du travail et n'ayant pas d'emploi, elles demeurent pauvres plus longtemps.

Le fait que la pauvreté soit très liée à la possibilité ou non d'occuper un emploi est reconnu mais l'accès au marché du travail, dans le cas des mères seules, ne garantit pas pour autant un état de bien-être économique. En effet, 55 % des mères seules qui, en 1986, avaient un emploi, gagnaient aux alentours de 14 000 \$ en exécutant du travail de bureau ou dans le domaine de la vente et des services (47).

<sup>56</sup>. Selon une étude de Malo (49), plusieurs mères disent manquer d'argent pour payer l'essentiel (nourriture, logement, vêtements), et presque toutes ne peuvent se payer des loisirs, des vacances, du gardiennage hors du temps de travail.

Les mères seules sur le marché du travail, en plus de se heurter à la rareté des emplois offrant un salaire familial décent, font face à la fois aux difficultés causées par la discrimination en emploi à l'égard des femmes et à la responsabilité de la garde des enfants et de toutes les tâches qui en découlent. Elles éprouvent donc beaucoup d'insatisfaction face aux conditions que leur offre le marché du travail : des emplois souvent sans grand intérêt<sup>57</sup>, des horaires de travail en conflit avec ceux de l'école ou de la garderie ou encore avec les heures de bureau des services sociaux et médicaux<sup>58</sup>, l'incompréhension des employeurs vis-à-vis leurs obligations de prendre des congés pour s'occuper des enfants malades, etc.

Les responsabilités des femmes qui deviennent des mères seules revêtent à la fois des caractéristiques et des conséquences différentes selon les événements qui ont inauguré cette étape de leur vie.

**Il y a trois types de mères seules : celles dont la maternité survient en dehors d'une union reconnue, elles sont célibataires<sup>59</sup>; celles dont la monoparentalité survient lors de la rupture d'une union légale ou de fait, elles sont divorcées ou séparées; celles dont la monoparentalité est causée par un décès, elles sont veuves.**

Les mères célibataires sont décrites dans les études comme étant jeunes avec la responsabilité de jeunes enfants; plusieurs d'entre elles connaissent cette situation à la suite d'une grossesse à

---

<sup>57</sup>. Belware et Charest, dans leur étude qualitative (50), constataient que les mères seules interrogées, compte tenu de leur scolarité et de leur expérience professionnelle, sont très critiques sur le type de travail qu'elles sont en mesure de trouver.

<sup>58</sup>. Plusieurs cliniques en pédiatrie ainsi que les cliniques des hôpitaux ne prennent des rendez-vous que du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures.

<sup>59</sup>. Le concept de mères célibataires utilisé dans cette section ne correspond pas à la notion de l'état civil mais bien à une réalité spécifique de la monoparentalité, soit celle de n'avoir jamais vécu avec un conjoint, de façon légale ou consensuelle.

l'adolescence. Elles ne disposent généralement pas de pension alimentaire pour les enfants et comme elles sont devenues mères relativement tôt, elles se retrouvent souvent peu scolarisées<sup>60</sup>.

Pour toutes ces raisons, elles ont de la difficulté à compétitionner sur le marché du travail et figurent en grand nombre parmi les assistées à long terme de l'État. Ainsi, 50 % des parents seuls inscrits à l'aide sociale en 1991 étaient célibataires (48) alors que le recensement montre qu'à l'échelle du Québec, les familles monoparentales qui étaient sous la responsabilité d'un parent célibataire représentaient 33 % de ces familles. Cette surreprésentation de parents célibataires à l'aide de dernier recours démontre bien dans quelle impasse financière se retrouve cette catégorie de mères seules.

Les mères seules qui sont veuves sont généralement plus âgées avec la responsabilité d'enfants qui sont d'âge scolaire. De plus, elles peuvent disposer de rentes tout en maintenant des contacts avec la famille du conjoint décédé. Par contre, étant plus âgées, elles ont été aussi plus longtemps hors du marché du travail et leur formation peut être dépassée. La catégorie de parents veufs et veuves représentait, au recensement, 17 % des familles monoparentales québécoises et ne constituait, par contre, que 3% de la clientèle de l'aide sociale en 1991 (48).

Les mères devenues seules après la rupture volontaire d'une union légale ou de fait forment probablement la sous-catégorie la plus diversifiée. Elles sont généralement âgées entre 30 et 40 ans avec des enfants dont l'âge peut aussi varier. D'aucunes, selon le degré de scolarisation et le statut socio-économique, vivent dans une certaine autonomie financière. Certaines bénéficient d'une pension alimentaire plus ou moins substantielle et leurs enfants profitent de contacts avec le père et avec la famille paternelle, alors que pour d'autres toutes les relations avec l'ex-conjoint et sa famille sont inexistantes; si elles possèdent peu de qualification et de formation, leur subsistance dépend souvent entièrement de l'État. Entre ces deux extrêmes, toute une gamme de variantes nous donne un portrait complexe des mères seules divorcées ou séparées.

---

<sup>60</sup>. Plusieurs d'entre elles ont dû prendre la charge d'un enfant alors qu'elles étaient encore en plein processus de formation scolaire.

Cette catégorie de mères représentait 50 % des familles monoparentales québécoises au recensement de 1986 et 47 % des responsables d'une famille monoparentale qui avaient recours à l'aide sociale en 1991 (48). Elles sont donc proportionnellement représentées dans le groupe des plus démunies. Pour certaines, les plus scolarisées, le passage à l'aide sociale sera transitoire alors que pour d'autres, généralement celles qui étaient déjà pauvres en situation de couple ou qui sont peu qualifiées sur le plan professionnel, le recours à l'aide sociale se prolongera plusieurs années.

La situation de monoparentalité n'est pas définitive et peut être de durée variable. Si les mères seules sont célibataires, plus elles sont jeunes, scolarisées et actives sur le marché du travail, plus elles ont une probabilité élevée de se retrouver en situation de couple. Quant aux mères seules dépendantes de l'État, elles ont tendance à demeurer sans conjoint plus longtemps (51-52).

La monoparentalité se vit au féminin et cette réalité n'est pas l'effet du hasard; elle représente bien la division traditionnelle des rôles masculin et féminin dans l'organisation familiale, à savoir l'homme pourvoyeur et la femme responsable de répondre d'abord aux besoins des enfants. Les mères doivent donc s'attendre à se retrouver, pendant une partie plus ou moins longue de leur vie, dans des ménages sans conjoint, où non seulement elles devront subvenir à leurs besoins, mais aussi assumer la responsabilité quotidienne des enfants.

Le concept de la monoparentalité décrit en soi le fait qu'un parent élève seul sa progéniture pendant une période donnée de sa vie alors que l'autre parent n'est pas forcément absent; quand il n'est pas décédé ou inconnu, le parent non gardien peut visiter sa progéniture et continuer à subvenir à ses besoins (53). Malheureusement, c'est loin d'être généralement le cas.

**On constate que 38 % des parents non gardiens, très majoritairement des pères, conservent un contact au moins mensuel avec leurs enfants et que lorsqu'un enfant a des problèmes de santé, ils assurent une aide à la mère dans seulement 25 % des cas.**

**De plus, environ 40 % des parents non gardiens s'acquittent de leurs obligations alimentaires en versant une pension; les autres, 60 %, n'ont pas été sollicités pour payer une pension, ou bien refusent de la payer en tout ou en partie (54). Soulignons que seulement le tiers des pensions alimentaires obtenues par ordonnance sont indexées au coût de la vie (22).**

Certaines femmes, et particulièrement celles ayant déjà été victimes de violence conjugale ou ayant connu un contexte familial déviant, préfèrent couper toutes les relations avec l'ex-conjoint et sa famille. Cette réalité occasionne souvent des stress additionnels à ces femmes. Parmi la clientèle du Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, 32 % des femmes en situation de monoparentalité parlent de violence à leur endroit durant la période entourant une séparation ou un divorce<sup>61</sup> et dans le tiers des cas, les enfants étaient aussi touchés par ces comportements (43).

**Les mères seules éprouvent aussi de sérieux problèmes financiers quand vient le temps de se trouver un logement adéquat dans un quartier susceptible d'apporter un certain bien-être à tous les membres de la famille. De plus, bon nombre de mères rapportent des problèmes de discrimination et de harcèlement.**

Cette situation est confirmée par la Commission des droits de la personne qui signale qu'un des principaux motifs de discrimination pour l'accès au logement est le fait d'être une femme qui a la responsabilité des enfants (55-56). Les mères seules se voient donc dans l'obligation de déménager souvent. Elles se placent ainsi dans une position qui peut favoriser l'isolement et affaiblir le réseau social de tous les membres de la famille.

---

<sup>61</sup> Renaud (54) signale que parmi les femmes québécoises en situation de monoparentalité, 31 % ont rompu la relation conjugale à cause de comportements violents du conjoint.

Plusieurs études (52-57-58) ont démontré que les familles monoparentales consacrent une part importante de leur revenu au paiement de leur loyer. Afin de réduire ces dépenses et d'améliorer la qualité de leur logement, plusieurs mères seules se dirigent vers les habitations à loyer modique ou partagent le logement avec une autre personne. Cette mesure d'entraide est pénalisée financièrement lorsque les mères reçoivent de l'aide sociale.

**La pauvreté de ces mères seules et, pour plusieurs, le faible niveau de scolarisation ainsi que leur absence sur le marché du travail, combinés à l'obligation de pourvoir aux besoins quotidiens des enfants, à l'absence de garderies accessibles et aux difficultés de trouver un logement stable dans un environnement sain, sont tous des facteurs qui peuvent conduire ces femmes vers une forme d'isolement tant émotionnel que social mais hors d'un contexte de solitude : l'insularité<sup>62</sup>.**

Cette forme d'isolement se remarque surtout chez des mères seules en situation de grande pauvreté. Celles-ci ne sont pas dépourvues de contacts mais elles sont plutôt engagées dans un type de relations qui leurs sont imposées et qui se limitent à la famille, aux agences d'aide et comptent peu de relations quotidiennes extrafamiliales (27).

Différentes études sur la monoparentalité (38-40-49) rapportent que soutien social reçu par les mères seules provient généralement de la famille maternelle et de confidentes<sup>63</sup>. Pour certaines, les plus favorisées, le soutien social vient aussi d'un réseau d'amitié ou relié au travail, et pour les plus démunies, du réseau des services sociaux. Il semble que très peu de soutien serait apporté par des amitiés de sexe masculin. Gorlick (40) signale d'autre part que les mères qui

---

<sup>62</sup>. Voir la section précédente.

<sup>63</sup>. Le soutien social donné par la famille sert de filet de sécurité lors de dépannage financier ou pour le gardiennage alors que celui qui vient des confidentes est davantage d'ordre émotionnel et pour de menus services, surtout de gardiennage.

ont de nombreux enfants ont peu d'aide. Elle constate que les situations d'extrême pauvreté altèrent négativement le réseau. Elle confirme le lien étroit qui existe entre l'isolement et la pauvreté. Mayer-Renaud (27) souligne que les mères insulaires sont généralement aux prises avec de multiples problèmes parce qu'elles sont défavorisées à tous points de vue. Elles vivent dans des conditions difficiles et sont soumises à des tensions continues. Dans ce contexte, le fait de retrouver chez ces mères de forts risques de négligence envers les enfants et de dépression n'est guère surprenant. Pour Gorlick (40), les sentiments d'insécurité économique, d'impuissance, d'angoisse et le stress qu'éprouve une mère seule se répercutent sur sa relation avec ses enfants, sur son amour-propre et sur son rôle de pourvoyeuse.

Un groupe de travail sur les jeunes (16) constatait récemment que le fait d'être parent seul ne constitue pas en soi un facteur de risque très lourd mais que dans un contexte où les services offerts aux parents sont insuffisants, la monoparentalité place alors les enfants qui vivent dans ces familles dans des situations de risques plus élevés de négligence. Cette fragilité est encore plus évidente dans le cas de très jeunes mères démunies et sans l'appui d'un partenaire.

**«Ce n'est pas la monoparentalité qui viendrait miner leur capacité de remplir adéquatement leur rôle parental mais plutôt la situation de pauvreté qui les enlise et le manque de soutien (16).»**

Ce dont ces femmes ont besoin, c'est d'abord et avant tout d'un niveau de vie économique décent et de conditions de logement adéquates, puis d'un service de garde accessible et sécuritaire leur permettant de sortir de leur isolement, de penser à une certaine intégration sociale et de s'offrir quelques moments de répit. Ces conditions sont un préalable à l'amélioration de leur santé.

on les notations relatives aux points

de la droite réelle et le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

de la droite réelle est le point à l'infini

#### **4. RECOMMANDATIONS ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE**



#### 4. RECOMMANDATIONS ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Beaucoup de personnes du milieu de la santé qui travaillent auprès des clientèles démunies tendent soit à s'épuiser en s'impliquant bien au-delà de leurs limites et de leurs moyens, soit à se sentir totalement dépassées devant la lourdeur et la complexité des difficultés qu'elles constatent dans leur travail.

La pratique en milieu défavorisé demande d'abord beaucoup de souplesse à l'égard de comportements qui peuvent être interprétés, à tort, comme un manque de collaboration : les nombreux rendez-vous manqués, les retards, les prescriptions non suivies, etc. Bien souvent, les personnes qui vivent dans la pauvreté n'ont pas les moyens de surmonter les difficultés imprévues qu'elles rencontrent dans leurs déplacements ou dans l'organisation de leur journée. Il importe de persévérer dans le suivi des interventions, de maintenir le contact et de faire des relances à chaque fois que c'est nécessaire.

Il faut aussi une grande capacité d'analyse pour décoder rapidement des messages qui sont souvent ambigus. Les situations de pauvreté ou d'isolement ne sont pas toujours apparentes et ce n'est qu'après avoir établi une première relation de confiance que l'on sera en mesure de les discerner.

Les huit principes suivants constituent un cadre utile pour travailler dans ce sens.

**Principe 1 - Le respect : traiter la personne démunie avec respect et tenir compte de ses valeurs.**

On doit d'abord prendre le temps d'écouter les femmes qui consultent et d'échanger avec elles. Lorsqu'on soupçonne qu'elles vivent des difficultés, on doit se donner la peine de les questionner directement, mais avec délicatesse, sur leur situation familiale, le poids des charges qu'elles y assument auprès de jeunes enfants, de parents âgés ou malades, sur leurs conditions de logement,

sur leur situation au travail, etc. En rapport avec des sujets plus difficiles à aborder, comme par exemple les cas de violence conjugale ou sexuelle, il est recommandé d'introduire le sujet en indiquant d'abord qu'il s'agit d'un problème très répandu et en reconnaissant le fait qu'il est difficile d'en parler<sup>64</sup>.

Au fil de ces échanges, il importe de mettre à distance ses propres valeurs pour tenir compte de celles qui prévalent dans le milieu de vie de l'autre personne. C'est un effort exigeant mais très profitable. La qualité d'une relation thérapeutique, qu'elle soit de type médical ou social, réside entre autres dans la capacité d'intégrer au diagnostic le contexte socio-économique et familial de la personne qu'on veut aider, de tenir compte des valeurs qui prévalent dans son milieu et qui constituent son cadre de référence, et de démontrer une attitude qui laisse place à toute la dignité humaine de cette personne. Une telle relation risque fort d'être plus positive qu'une relation basée sur un ensemble de préjugés et dans laquelle la personne qui consulte se sent blâmée ou incomprise.

Selon Lehmann, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le rôle du médecin lorsqu'il fait face à une personne défavorisée se situe d'abord au niveau de la revalorisation de la personne :

«Lorsqu'on reçoit en consultation une personne impuissante, peut-être mal vêtue, parfois une hygiène personnelle qui laisse à désirer, une personne qui s'exprime mal et comprend mal nos questions et nos explications, nous sommes directement interpellés par la pauvreté. Lorsqu'on traite cette personne avec respect, lorsque pour le temps qu'elle est avec nous, dans

---

<sup>64</sup>. On peut dire par exemple: «Je rencontre assez souvent des femmes qui subissent de la violence de leur conjoint et je sais qu'il est très difficile d'en parler, mais j'aimerais que vous me disiez si vous vivez ce problème présentement ou si vous l'avez déjà vécu.» Il faut par contre toujours respecter un refus de parler. Même si elle n'y répond pas, le message lancé à cette femme l'amènera peut-être à dévoiler son problème à un autre moment, ou à une autre personne.

le cabinet de consultation, elle devient pour nous la personne la plus importante au monde, alors nous, médecins, avons lutté contre les effets de la pauvreté sur la santé (59).»

**Principe 2 - Le rôle maternel : comprendre la place centrale des enfants dans la vie des femmes démunies et l'impact du rôle de mère sur leur santé et sur leurs choix.**

Un bon exemple de ce principe s'applique à l'intervention auprès des adolescentes très défavorisées, face à la précocité et au nombre de leurs grossesses. Il est nécessaire de garder à l'esprit leur situation socio-économique pour comprendre leurs motifs; il faut saisir l'appel qu'elles lancent afin d'être reconnues socialement, de réaliser un projet de vie qui les amènera à partager amour et tendresse avec un être nouveau. Plusieurs de ces jeunes femmes n'ont aucune autre avenue pour atteindre ces objectifs et la vie ne les a guère préparées à le faire. Une intervention professionnelle adéquate, notamment en matière de contraception, exige d'abord qu'on reconnaisse ces réalités et qu'on respecte leurs choix et leurs valeurs, aussi différents soient-ils de nos propres choix. C'est en partant de là seulement qu'on peut les aider.

Cet impératif ne vient pas nier pour autant la nécessité d'encourager ces femmes à faire des choix éclairés, à trouver d'autres voies de valorisation et d'intégration sociale ou à améliorer leurs conditions de vie. Il signifie plutôt que les approches habituelles, par exemple en périnatalité ou en contraception, n'auront pas les résultats espérés tant qu'elles ne s'attaqueront pas en même temps à la pauvreté, à l'isolement et à la faible estime de soi qui régissent leurs stratégies d'existence.

Dans la même perspective, pour bon nombre de mères monoparentales, l'intégration et la reconnaissance sociale passent avant tout par le premier rôle qu'elles ont à jouer, celui relié à la maternité. Ainsi, plusieurs d'entre elles hypothèqueront leur santé, leur équilibre émotif et psychologique ainsi que leur vie sociale pour permettre à leurs enfants d'avoir un minimum de

bien-être ou dans certains cas pour assurer leur survie. Dans ce contexte, donner à ces mères des consignes concernant leur propre alimentation ou leur repos peut s'avérer insuffisant lorsque de telles consignes les obligent à choisir entre leur propre bien-être et celui de leurs enfants<sup>65</sup>.

Par ailleurs, il est nécessaire de ne pas dissocier les problèmes de santé et de bien-être des mères seules de ceux de leurs enfants. La mauvaise santé des enfants affecte celle de la mère en augmentant le niveau de stress et de fatigue; ces mères seules peuvent être amenées à négliger leurs propres problèmes de santé.

**Principe 3 - La confiance : croire en leurs forces et leurs compétences, avoir confiance en elles et le leur faire savoir clairement, savoir admettre leurs contraintes et leurs réticences face aux choix de traitements.**

Il est malheureusement trop facile d'oublier que ces femmes ont toutes beaucoup de compétences à exercer ou à développer. On l'oublie parce qu'elles sont parfois convaincues elles-mêmes du contraire et que certaines entrent facilement dans un rapport de dépendance. Mais il vaut la peine d'investir efforts et temps pour leur faire comprendre qu'on leur fait confiance, qu'on reconnaît leurs expériences de vie sans les juger et qu'on les croit en mesure de faire des choix.

Il faut ensuite être prêt à en tenir compte dans le plan de soins proposé et à composer avec les contraintes qu'elles vivent ou les réticences qu'elles expriment. Ces réticences peuvent se rattacher à de nombreux facteurs : le fait de ne pas savoir lire, le manque d'argent pour acheter les médicaments ou les aliments qu'on leur recommande, les pressions du conjoint ou de la famille, etc. On devra alors trouver avec elles des solutions réalistes qui soient à leur portée.

---

<sup>65</sup>. Par exemple, il faut savoir qu'une femme enceinte ne gardera pas un supplément de nourriture pour elle si les autres enfants en manquent.

#### **Principe 4 - Briser l'isolement :**

- . s'assurer qu'elles ont du soutien social et leur indiquer des ressources;**
- . prendre contact avec les ressources communautaires du milieu et avoir sous la main un bottin pour référer facilement.**

L'intervention sur les facteurs sociaux associés aux problèmes de santé est un travail long qui ne se réalise pas facilement dans le cadre d'un suivi médical. Les ressources parallèles peuvent être des outils intéressants à explorer, comme complément ou comme substitut à l'assistance médicale, avec les femmes qui vivent des difficultés particulières. Il existe des groupes communautaires ayant une expertise professionnelle reconnue pour venir en aide à ces femmes.

Certains de ces groupes s'appuient sur une approche d'intervention féministe. Cette approche consiste essentiellement à faire comprendre aux femmes toute la dynamique sociopolitique et économique sous-jacente à leurs difficultés, à les déculpabiliser, à renforcer leur estime de soi et à créer des liens de solidarité qui renforcent leur capacité de prise en charge de leurs difficultés. Une telle approche est utilisée avec succès dans les centres de femmes, les maisons d'hébergement pour femmes violentées, les centres de santé des femmes, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, certaines associations de familles monoparentales et bien d'autres.

Plusieurs autres ressources communautaires, sans nécessairement se réclamer de l'analyse féministe, interviennent aussi auprès des femmes de façon très efficace comme les groupes de défense des droits, de réinsertion sociale ou professionnelle, les maisons des jeunes, les maisons de la famille et divers groupes d'entraide. En plus d'informer, ces groupes apportent aussi bien souvent le soutien social qui permet aux femmes démunies ou en difficulté d'amorcer des changements significatifs dans leurs conditions de vie. Il existe également divers programmes

d'aide et de soutien spécifique aux femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment en santé mentale, en alcoolisme, en toxicomanie et en violence conjugale.

On peut tenter d'évaluer la présence de soutien adéquat dans l'entourage de la femme démunie ou en difficulté en lui demandant si elle a quelqu'un à qui elle peut se confier (confident ou confidente), si elle a quelqu'un à qui elle peut demander de l'aide en cas de difficulté (réseau d'aide), et si il est facile pour elle d'entrer en contact avec ces personnes et de les voir régulièrement (proximité du réseau). Si elle est incapable d'en identifier ou si ces personnes ne lui sont pas facilement accessibles, ou encore si elles n'apportent pas un soutien adéquat, il peut s'avérer efficace de tenter de briser son isolement en lui recommandant une ressource appropriée.

À cet effet, il existe dans la plupart des CLSC un bottin des différentes associations et ressources existantes dans le territoire desservi. Ce bottin peut être mis à la disposition des professionnelles et professionnels de la santé; il contient des informations sur les types de services, les moyens d'y avoir accès et les clientèles desservies. Il est préférable d'avoir ce bottin directement sous la main pour s'y référer facilement. Les cabinets, cliniques et divers centres de services médicaux peuvent aussi mettre à la disposition de leur clientèle des dépliants d'information et de sensibilisation sur les organismes d'entraide et les ressources communautaires.

Avant de commencer à effectuer des références, le praticien ou la praticienne aurait avantage à établir un contact personnel préalable avec les ressources en question, ce qui permet de mieux savoir quand y faire appel et d'être plus en confiance. Il faut aussi évaluer, avec la femme qu'on veut aider, son ouverture au type de démarche utilisée, par exemple, face aux démarches individuelles ou aux démarches de groupe.

A la suite d'une référence, il est important pour la professionnelle ou le professionnel de la santé qui a été consulté au départ, de vérifier si la personne en situation d'aide a bien reçu réponse à sa demande. Dans ce contexte, il faudra prévoir dès la première consultation, un deuxième rendez-vous ou un mécanisme de suivi afin de réajuster au besoin le plan de soins qui a été établi avec la patiente.

**Principe 5 - Les médicaments : user de prudence avec les médicaments, en particulier les psychotropes.**

Comme bon nombre de femmes pauvres, isolées ou monoparentales font une consommation importante de médicaments psychotropes, les professionnelles et professionnels de la santé doivent être très vigilants à ce sujet. Même si parfois, pour une courte période, la prescription de médicaments est une réponse adéquate aux besoins, il faut l'utiliser avec grande précaution; cette solution facile et rapide met un baume sur tous les problèmes, mais à moyen terme, elle s'avère généralement à la fois inefficace et coûteuse pour les femmes ou pour la société, et peut contribuer à les enliser dans leurs difficultés.

Que l'on choisisse de prescrire ou non, il faut prendre le temps de faire avec elles la liste de tous les médicaments qu'elles consomment. Il n'est pas rare de voir des patientes consommer plusieurs médicaments sans en connaître les effets réels.

**Principe 6 - La prévention : savoir doser les interventions préventives à travers les urgences.**

Devant une femme qui doit défendre quotidiennement son droit à l'existence, comment faire valoir la nécessité de perdre du poids, de fumer moins, de prévenir le cancer du sein? N'est-il pas plus important d'aider cette femme à modifier les conditions socio-économiques qui hypothèquent sa santé, de l'orienter vers des groupes d'entraide ou de défense des droits ou vers d'autres ressources professionnelles?

La problématique de la prévention et des habitudes de vie en milieu défavorisé est fort complexe. Plusieurs positions se confrontent. Certains diront qu'on doit d'abord améliorer la santé des couches défavorisées, d'autres qu'il faut agir en premier lieu sur leurs conditions de vie. Le débat reste ouvert mais il semble évident que l'on ne peut concevoir une relation efficace entre

le personnel des services de santé et les femmes démunies sans une meilleure compréhension de leur situation socio-économique.

En définitive, il revient à chaque professionnelle et professionnel de la santé et en particulier aux médecins auxquels elles s'adressent de trouver un équilibre entre l'assistance à donner dans le domaine du curatif et dans celui du préventif. Selon les cas, il sera possible d'identifier des approches de prévention adaptées auprès de chaque clientèle. Le personnel des services de santé doit souvent intervenir à ces deux niveaux à la fois. Une des façons les plus efficaces de le faire réside dans la multidisciplinarité.

**Principe 7 - L'approche multidisciplinaire : référer ou travailler davantage en collaboration avec d'autres ressources professionnelles.**

Il est parfois nécessaire pour le praticien ou la praticienne d'expliquer ses limites afin d'orienter les femmes démunies ou en difficulté vers les personnes les plus susceptibles de les aider. Que faire par exemple dans ces cas où les conditions socio-économiques compromettent le déroulement d'une grossesse ou lorsque l'on soupçonne des situations d'isolement total, de violence ou de négligence parentale? Le travail multidisciplinaire devient alors la meilleure stratégie d'intervention.

Une approche multidisciplinaire peut consister à diriger la patiente vers d'autres ressources professionnelles, ou à travailler conjointement avec ces ressources pour le suivi de certaines patientes, ou encore dans les cas plus lourds à orienter la patiente vers une équipe professionnelle multidisciplinaire qui élaborera un plan d'intervention approprié. Ainsi les consultations médicales deviennent un relais important pour mieux dépister les problèmes de nature psychosociale et agir efficacement à leur égard.

**Principe 8 - La formation : se donner des occasions de formation sur l'intervention en milieu défavorisé et sur les approches adaptées aux femmes.**

Il est important de se donner des occasions de formation pour établir un contact avec les personnes défavorisées afin de ne pas cautionner ou minimiser les difficultés qu'expriment les femmes isolées, pauvres ou en situation de monoparentalité. Leurs problèmes sont souvent tels que bon nombre de personnes, placées dans les mêmes situations, adopteraient les mêmes comportements; elles ont l'impression d'être dans un cul-de-sac et les énergies nécessaires pour s'en sortir paraissent démesurées. Une des mesures importantes pour le personnel médical qui se retrouve souvent en première ligne d'intervention consiste à se donner des moyens pour bien connaître le tissu social dans lequel évoluent ces femmes afin de mieux communiquer avec elles et ainsi maximiser la qualité de l'intervention ou, le cas échéant, la pertinence de la référence.

En conclusion, il est clair que le système de soins n'est qu'un déterminant parmi d'autres de l'état de santé de la population et que les véritables solutions résident davantage dans la sphère sociale et économique. Mais tous les praticiens et praticiennes de la santé peuvent à tout le moins s'assurer de ne pas aggraver les difficultés des femmes démunies par des interventions inadaptées, et s'ils en ont la volonté, ils peuvent certainement, de par leur attitude, être un facteur de renforcement dans les efforts que déploient ces femmes pour survivre à chaque jour.



## LECTURES SUGGÉRÉES

- BOURGON, Michèle et Christine CORBEIL. «Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives», in *Santé mentale au Québec*, vol. XV, n° 1, juin 1990, p. 205-222.
- COLIN, Christine *et al.* *Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté. Le point de vue de femmes enceintes de Montréal* (titre provisoire), Montréal, DSC Maisonneuve-Rosemont et DSC Sacré-Coeur, 1991 (à paraître aux Éditions Saint-Martin, 1992).
- Entraide et associations*, dir. Marie-Marthe BRAULT et Lise ST-JEAN, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990.
- GUYON, Louise. *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec, 1990.
- JUTRAS, Sylvie et Renée B.-DANDURAND. *Monoparentalité et santé*, Université de Montréal et Institut québécois de recherche sur la culture (à paraître).
- MAYER-RENAUD, Micheline et Patrice GOYETTE. *Isolement et insularité. Une revue de la littérature sur l'isolement social des familles*, Montréal, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1991.
- PAQUET, Ginette. *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, coll. Documents de recherche n° 21, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989.
- PAQUETTE, Louise. *La situation socio-économique des femmes. Faits et chiffres*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, Les Publications du Québec, 1989.

REGROUPEMENT DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC. *De l'isolement aux solidarités. Recherche sur l'isolement des femmes* (titre provisoire), 1993 (à paraître).

ZOUALI, Siham. *L'évolution démographique et économique de la réalité des familles monoparentales au Québec*, Québec, Direction de la recherche, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991.

## SOURCES

- 1- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Et la santé, ça va?*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, 1988.
- 2- WILKINS, Russel, Owen ADAMS et Anna BRANCKER. «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», in *Rapports sur la santé*, vol. 1, n° 2, 1989.
- 3- WILKINS, Russel. «Health Expectancy by Local Area in Montreal : A Summary of Findings», in *Canadian Journal of Public Health*, vol. 17, mai-juin 1986, p. 216-219.
- 4- COLIN, Christine. «La santé des femmes défavorisées : un quotidien difficile, un avenir compromis», in *Femmes et santé, aspects psycho-sociaux*, dir. Anne QUÉNIART, Montréal, Éd. Gaétan Morin, 1991, pp. 21-32.
- 5- INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES. *Les déterminants de la santé*, Publication n° 5, Toronto, ICRA, septembre 1991.
- 6- COLIN, Christine et Hélène DESROSIERS. *Naître égaux et en santé (La périnatalité au Québec : 3)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- 7- PAQUET, Ginette. *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, coll. Documents de recherche n° 21, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989.
- 8- COLIN, Christine, Jean-Pierre LAVOIE et Carole POULIN. *Les personnes défavorisées/Et la santé, ça va?*, Québec, Les Publications du Québec, 1989.
- 9- GUYON, Louise. *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec, 1990.
- 10- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Et la santé, ça va?*, tome 2, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

- 11- CHARBONNEAU, Louise *et al.* *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale* (La périnatalité au Québec : 2), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- 12- GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ GÉNÉSIQUE DES ADOLESCENTS. *Rapport sur la santé génésique des adolescents*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1990.
- 13- COLIN, Christine. «Naître égaux et en santé ou les conditions de vie des femmes du Quart-Monde», *in Du privé au politique : la maternité et le travail des femmes comme enjeux des rapports de sexes*, Actes de la Section d'études féministes du Congrès de l'ACFAS 1989, dir. Louise VANDELAC *et al.*, Université du Québec à Montréal, 1990, p. 287-298.
- 14- COLIN, Christine. «Pauvreté et santé : des liens étroits», *in Actes du Forum «Les inégalités socio-économiques et la santé : comment agir?»*, Québec, Association pour la santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 45-52.
- 15- FERLAND, Marc. *Vivre sous le seuil de pauvreté au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.
- 16- *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.
- 17- PAQUETTE, Louise. *La situation socio-économique des femmes. Faits et chiffres*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, Les Publications du Québec, 1989.
- 18- MORAZAIN, Jeanne. «Vers l'équité salariale : à dos d'âne ou en 727?», *in La Gazette des femmes*, septembre-octobre 1991, p. 21-23.
- 19- GAGNON, Francine. «Québécoises, qui sommes-nous?», *in La Gazette des femmes*, mai-juin 1991, p. 9-20.
- 20- COMMISSION DES NORMES DU TRAVAIL et le BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Décembre 1988.
- 21- GUNDERSON, Morley, Leon MUSZINSKI et Jennifer KECK. *Vivre ou survivre? Les femmes, le travail et la pauvreté*, Ottawa, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1990.

- 22- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *La femme et la pauvreté, dix ans plus tard*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1990.
- 23- ZOUALI, Siham. *Analyse descriptive de l'évolution de la pauvreté au Québec et dans les autres régions canadiennes 1973-1988* (document de recherche), Montréal, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991.
- 24- *Recueil de données sur la population autochtone du Canada d'après le recensement du Canada de 1986*, Ottawa, Statistique Canada, 1989.
- 25- VILLEFRANCHE, Marjorie. *La pauvreté et les femmes immigrantes*, Rapport du colloque régional «Les femmes et la pauvreté», Montréal, 12 mars 1991.
- 26- OUELLETTE, Françoise-Romaine. *Femmes sans toit ni voix*, Québec, Conseil du statut de la femme et Secrétariat à la condition féminine, Les Publications du Québec, 1989.
- 27- MAYER-RENAUD, Micheline et Patrice GOYETTE. *Isolement et insularité. Une revue de la littérature sur l'isolement social des familles*, Montréal, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1991.
- 28- BRAULT, Marie-Marthe. «Le handicap de l'âge : marginalisation et solidarité de classe d'âge», in *Entraide et associations*, dir. Marie-Marthe BRAULT et Lise ST-JEAN, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990, p. 113-130.
- 29- COHEN, Sheldon et S. Leonard SYME. «Issues in the Study and Application of Social Support», in *Social Support and Health*, dir. Sheldon COHEN et S.Leonard SYME, New York, Academic Press Inc., 1985, p. 3-22.
- 30- BRUNELLE, Yvon. *Aspects théoriques du support social* (document inédit), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.
- 31- LIN, Nan *et al.* «Social Support, Stressful Life Events and Illness : a Model and an Empirical Test», in *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, vol. 20 : 108-119.

- 32- HANSON, Bertin S. *et al.* «Network and Social Support Influence Mortality in Elderly Men», in *American Journal of Epidemiology*, 1989, vol. 130, n° 1 : 100-111.
- 33- GENELL ANDREN, Kjerstin. «A Study of the Relationship Between Social Network, Perceived Ill Health and Utilization of Emergency Care», in *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16 : 87-93.
- 34- BROADHEAD, W.E. *et al.* «Functional versus Structural Social Support and Health Care Utilization in a Family Medicine Outpatient Practice», in *Medical Care*, 1989, vol. 27, n° 3 : 221-233.
- 35- BERNIER, Lorraine, Desmond DUFOUR et Yves PÉRON. *Les personnes vivant seules/Et la santé, ça va?*, Québec, Les Publications du Québec, 1989.
- 36- EDLESON, J.L. et M. SYERS. *The Relative Effectiveness of Group Treatment for Men who Batter*, Minneapolis, ed. The Domestic Abuse Project, 1990.
- 37- REGROUPEMENT DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC. *De l'isolement aux solidarités. Recherche sur l'isolement des femmes* (titre provisoire), 1993 (à paraître).
- 38- B.-DANDURAND, Renée et Françoise-Romaine OUELLETTE. «Les relations de parenté dans la sociabilité et le soutien des foyers monoparentaux de trois quartiers montréalais», in *Relations intergénérationnelles - Parenté - Transmission - Mémoire*, Actes du colloque de Liège, 17 et 18 mai 1991, textes réunis par B. BAWIN-LEGROS, et J. KELLERHALS, Université de Genève et Université de Bruxelles, 1991, p. 93-102.
- 39- MOTARD Louise et Camille TARDIEU. *Les femmes ça compte (2e éd.)*, Québec, Conseil du statut de la femme, Les Publications du Québec, 1990.
- 40- GORLICK, Carolyne A. «Mères monoparentales à faible revenu : stress économique, soutien social, santé et bien-être», in *Transition*, mars 1989, p. 6-7.
- 41- JUTRAS, Sylvie et Renée B.-DANDURAND. *Monoparentalité et santé*, Université de Montréal et Institut québécois de recherche sur la culture (à paraître).

- 42- BELLEROSE, Carmen, Elysabeth CADIEUX et Ellen JOHNSON. *Les familles monoparentales/Et la santé, ça va?*, Québec, Les Publications du Québec, 1989.
- 43- MOUSSEAU-GLASER, Monique. *Le portrait de la clientèle féminine au CSSMM*, Montréal, Direction des services professionnels et Comité de la condition féminine, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1991.
- 44- COLIN, Christine *et al.* *Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté. Le point de vue de femmes enceintes de Montréal* (titre provisoire), Montréal, DSC Maisonneuve-Rosemont et DSC Sacré-Coeur, 1991 (à paraître aux Éditions Saint-Martin, 1992).
- 45- ZOUALI, Siham. «Les familles monoparentales au Québec, leurs réalités et leurs difficultés à intégrer le marché du travail», *in Le marché du travail*, vol. 13, n° 2, février 1992, p. 6-8 et 83-89.
- 46- ZOUALI, Siham et Claire ROUSSEAU. *Les problèmes d'intégration au marché du travail des familles monoparentales au Québec*, Communication pour le 1<sup>er</sup> symposium de recherche sur la famille à l'Université du Québec à Trois-Rivières les 24 et 25 octobre 1991, Québec, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991 (à paraître).
- 47- ZOUALI, Siham. *L'évolution démographique et économique de la réalité des familles monoparentales au Québec*, Québec, Direction de la recherche, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991.
- 48- DIRECTION GÉNÉRALE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES. *Analyse de la situation des responsables de famille monoparentale à la sécurité du revenu*, DGPP, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, juin 1991.
- 49- MALO, Claire. *Étude des besoins des familles monoparentales depuis moins de quatre ans. Rapport final*, Montréal, Fédération des associations de familles monoparentales du Québec, 1990.
- 50- BELLWARE, Jo-Ann et Diane CHAREST. *Monoparentalité féminine et aide sociale. Étude monographique sur la situation des femmes*

*responsables de familles monoparentales et bénéficiaires de l'aide sociale*, Québec, Les Publications du Québec, 1987.

- 51- DUSKIN, Elizabeth. «Les ressources des familles monoparentales : un cercle vicieux», in *L'observateur de l'OCDE* (Organisation de coopération et de développement économique), n° 153, août-septembre 1988, p. 22-25.
- 52- GRAVEL, Nicole et Claire ROUSSEAU. *Les risques de la monoparentalité* (document de travail inédit), Québec, Direction générale des politiques et programmes, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991.
- 53- B.-DANDURAND, Renée et Lise ST-JEAN. *Des mères sans alliance. Monoparentalité et désunions conjugales*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1988.
- 54- RENAUD, Marc, Sylvie JUTRAS et Pierre BOUCHARD. *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, Québec, Les Publications du Québec, 1987.
- 55- ESCOMEL, Gloria et Catherine LORD. «Comment les Québécoises sont-elles logées?», in *La Gazette des femmes*, mai-juin 1990, p. 13-21.
- 56- COMITÉ-LOGEMENT ROSEMONT et le FRAPRU. *Discrimination, harcèlement et harcèlement sexuel*, Montréal, Les Presses solidaires, 1986.
- 57- ROBERGE, Anne. *Données sur la situation des femmes et du logement au Québec* (document inédit), Québec, Société d'habitation du Québec, 1988.
- 58- MONDOR, Françoise. «Le logement. Point d'ancrage pour un nouveau départ», in *Les cahiers de la femme*, vol. 11, n° 2, p. 46-47.
- 59- LEHMANN, François. «La pauvreté, la famille et le médecin», in *Le médecin de famille canadien*, vol. 37, juillet 1991, p. 1612-1616.



