

Étude sur la santé



RAPPORT DE RECHERCHE

**État de santé des femmes et des enfants
victimes de violence conjugale**

Lucie Chénard
Hélène Cadrin
Josette Loiséllé

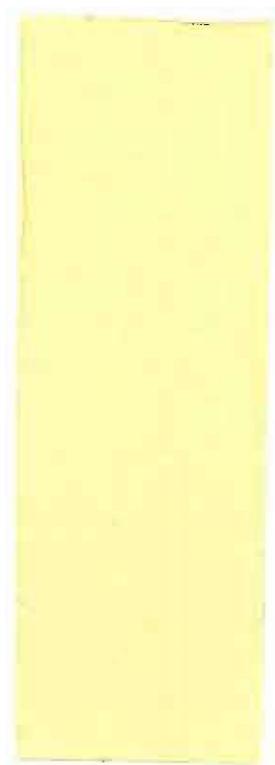
Département de santé communautaire
Centre hospitalier régional de Rimouski

Octobre 1990

HV
6626
C518
1990



SANTÉCOM



Cette étude a été rendue possible grâce à l'octroi d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale.

Dépôt légal - 4^e trimestre 1990
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-9801092-8-2

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

()

RAPPORT DE RECHERCHE

| **État de santé des femmes et des enfants
victimes de violence conjugale**

RÉSUMÉ

L'étude des conséquences de la violence conjugale sur l'état de santé des femmes qui en sont victimes a été effectuée jusqu'à maintenant auprès de femmes séjournant en maison d'hébergement. La présente étude visait à étudier l'état de santé des femmes victimes de violence conjugale et de leurs enfants mais dans un contexte de vie habituel, c'est-à-dire au moins un an après leur séjour en maison d'hébergement. Cette étude visait également à comparer le portrait de santé de ces femmes et de leurs enfants au portrait de santé d'une population comparable. L'étude a été effectuée auprès de 110 femmes ex-hébergées et de 121 enfants. Les données ont été recueillies en utilisant les questionnaires de l'enquête Santé Québec 1987 et les entrevues se sont déroulées entre le 15 octobre 1989 et le 15 avril 1990. La population de référence, comprenant 3 510 femmes et 3 754 enfants, a été choisie parmi la population ayant participé à l'enquête Santé Québec et présentant les mêmes caractéristiques d'âge, de scolarité, de statut civil et d'occupation principale que la population à l'étude.

Huit femmes étudiées sur dix ont subi plus d'une forme de violence avant de recourir aux services d'hébergement; la violence psychologique et la violence verbale sont les formes de violence les plus souvent rapportées. Sept enfants sur dix ont également été violentés. L'état de santé de ces femmes et de leurs enfants se distingue nettement de l'état de santé de la population générale et ce sont les problèmes de santé mentale qui les affectent en tout premier lieu. Ces femmes et ces enfants sont nombreux à effectuer des consultations, et les principaux professionnels consultés sont les médecins, les travailleurs sociaux et les psychologues.

Ces premiers résultats mettent en relief que les femmes qui se sont soustraites définitivement à la violence conjugale présentent un meilleur état de santé mentale mais, qu'en plus, cette séparation est avant tout bénéfique aux enfants. Ces résultats laissent apparaître que l'amélioration de l'état de santé des femmes violentées, et surtout celui de leurs enfants, serait conditionnelle à la rupture avec le conjoint violent.

REMERCIEMENTS

Les situations de violence conjugale sont souvent niées par les personnes qui en sont victimes. Pour cette raison, les études conduites auprès de personnes vivant ou ayant vécu des situations de violence conjugale ne peuvent être réalisées sans que de nombreuses collaborations soient établies, et ce, tant auprès des personnes directement concernées qu'auprès des intervenants et des organismes qui travaillent auprès de celles-ci. Pour la réalisation de l'enquête de santé auprès des femmes violentées, de nombreuses collaborations ont été nécessaires principalement au niveau de la collecte des données.

A cet effet, nous devons souligner la participation des personnes et organismes suivants:

- Toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'enquête en répondant aux nombreuses questions;
- Les enquêteuses et toutes celles qui ont personnellement été impliquées dans les démarches auprès des femmes violentées: **Guylaine Babin, Josée Fournier, Anne Gauthier** et **Brigitte Sohier** ainsi que **Jacqueline Leclerc**;
- Le conseil d'administration et la coordonnatrice de chacune des quatre maisons d'hébergement du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie pour avoir libéré du personnel et facilité la cueillette des données sur le terrain:
 - **Françoise Bergeron**, La Débrouille Inc., Rimouski
 - **Pierrette Robitaille** et **Lyne Beaulieu**, La Gigogne Inc., Matane
 - **Noëlla Therriault**, Le Centre Louise-Amélie Inc., Ste-Anne-des-Monts
 - **Doria Grenier** et **Blanche Morin**, Maison d'hébergement de Pabos, Pabos;
- Le **Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale** et la **Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec** qui ont appuyé et encouragé la réalisation de cette étude.

Au processus de cueillette de données, s'ajoutent toutes les activités de vérification, de codage, de saisie et de traitement des données ainsi que tout le travail de secrétariat. Les personnes qui ont assuré la bonne marche et la qualité de ces activités sont:

- **Diane Morin, Nicole Proulx** et **Doris Charron** pour la production des questionnaires, le travail de secrétariat et la révision du texte;
- **Danielle Ruest** pour la vérification des questionnaires complétés, le codage et la saisie des données;
- **Mario Morissette** pour la codification des problèmes de santé;

- **Josée Ricard et Jean-Claude Proulx** pour la codification des médicaments;
- **Gilbert Otis** pour le traitement des données de l'enquête auprès des femmes violentées de même que des données provenant de l'enquête Santé Québec.

Tout au cours du processus de réalisation de cette enquête, nous avons pu bénéficier de la disponibilité d'une personne-ressource fort précieuse en la personne de **Louise Guyon** dont les connaissances, tant sur l'enquête Santé Québec que sur les problèmes des femmes, sont reconnues. De plus, Louise Guyon a réalisé l'une des étapes cruciales de cette étude en assurant la formation des enquêteuses de manière à ce que les données recueillies dans le cadre de cette enquête soient comparables à celles recueillies par l'enquête Santé Québec.

Enfin, nous devons des remerciements à tous les lecteurs qui ont pris le temps de lire avec attention la version préliminaire de ce rapport. Ces remerciements s'adressent à Daniel Bolduc, Gilles Légaré, Monique Duchesne et Marthe Hamel du Département de santé communautaire de Rimouski, de même qu'à Madeleine Levasseur et Yvon Brunelle du MSSS qui ont assumé avec minutie et rigueur ce travail de lecteur critique.

PRÉFACE

La violence : une emprise qui laisse sa marque

Du silence des maisons à la une des journaux, la violence conjugale est devenue un fait reconnu : reconnu pour son ampleur, reconnu pour son caractère inacceptable, reconnu pour le malaise créé dans les rapports hommes—femmes, mais très peu reconnu pour ses effets sur les femmes et les enfants. Parce qu'il y a des effets et qu'ils laissent leur trace très longtemps, la reconnaissance de ses effets nous permettra de comprendre la gravité du problème. La compréhension de la problématique nous donnera les moyens, comme société, de mettre en place les moyens adéquats pour enrayer cette violence et ses conséquences.

Jusqu'à maintenant, peu de recherches ont été entreprises pour questionner et évaluer l'impact de la violence conjugale sur la santé physique et mentale des femmes et de leurs enfants. La présente recherche prend donc toute son importance par l'éclairage qu'elle apporte sur la réalité des femmes et de leurs enfants qui sont passés en milieu d'hébergement.

Dès que sont mis en évidence les effets destructeurs de la violence conjugale, l'incompréhension populaire face à la réaction des femmes surgit alors en douce. Pourquoi ne s'est-elle pas soustraite plus rapidement de ce milieu de violence? Pourquoi s'est-elle laissée atteindre autant dans son intégrité? Était-elle plus fragile que les autres femmes?

Pour répondre à ces questions et bien saisir les enjeux, il faut se référer directement au vécu des femmes victimes de violence traduit ici par les maisons qui maintiennent un contact soutenu avec ces femmes et leurs enfants depuis plus de 15 ans. Qu'en est-il de ces expériences?

Une femme violentée est d'abord une femme. Elle se différencie des autres par le seul fait qu'elle est victime de violence. Chacune a sa propre personnalité et son propre cheminement, mais elles s'avèrent fortement influencées par la socialisation. Cette socialisation, qui oriente les petites filles à devenir des femmes plus sujettes à être victimisées, se transmet à travers l'éducation véhiculée par la famille, les médias, l'école, la publicité.

Chaque femme apprendra au cours de sa vie qu'il existe des dangers réels au fait d'être une femme : celui de se faire violer, harceler, agresser, incester, humilier, dominer, menacer par des hommes. Pour protéger les petites filles de ces dangers, les parents et l'entourage ont tendance à les limiter dans leurs déplacements, les accompagner dans leurs sorties, les conseiller dans leurs relations, contrôler leur tenue vestimentaire pour ne pas qu'elles soient trop provocantes, etc. Elles recevront différents messages, tels qu'elles sont incapables de se défendre, qu'elles n'ont pas de pouvoir sur ce genre de situations, qu'elles doivent être prudentes et, conséquemment, qu'elles doivent être protégées par un homme (le conjoint se substituant au père et au frère). Se croire sans arme et sans défense face à l'agression induit les femmes à vivre avec la peur et une certaine insécurité qui se normalisent à travers les années.

Mais lorsque le protecteur devient l'agresseur, qu'arrive-t-il pour la femme? Cette femme verra alors sa sécurité personnelle fortement ébranlée et sera tentée de réagir conformément aux attentes de la société, c'est-à-dire en essayant de comprendre la violence de son conjoint et de sauver le couple. Dans la mesure où elle se sent responsable du bien-être familial, elle s'attribuera la responsabilité des torts : «Qu'ai-je fait pour le mettre «hors de lui»? Suis-je incapable de le rendre heureux? Il a des problèmes et je ne sais pas comment l'aider».

C'est alors que le cycle de la violence s'installera. Toutes les énergies de la femme seront centrées sur le conjoint pour atténuer les tensions, pour éviter l'agression, pour croire en ses justifications, pour croire en sa rémission puisque ce cycle imposé par l'homme violent amène la femme à n'agir qu'en réponse au contrôle exercé par le conjoint. Devant la tension créée par le conjoint, la majorité des femmes développeront une peur paralysante et mettront tout en oeuvre pour créer un climat de détente. Devant l'agression (physique, psychologique, verbale ou sexuelle), les femmes pourront vivre l'humiliation, la honte et la colère mais rapidement les justifications évacueront leur sentiment d'outrage et les invalideront dans leurs perceptions. Plusieurs se croiront alors responsables de cette violence. Devant la rémission, beaucoup d'entre elles espéreront et voudront croire au changement de sorte qu'elles feront tout en leur pouvoir pour maintenir permanent cet état. Ce cycle piègera la femme parce qu'il lui fera croire qu'elle est responsable de la violence tout autant que de la rémission. Cette perception biaisée est d'autant plus forte qu'elle est entérinée par des messages véhiculés autour d'elle. Plus le cycle se répètera et plus elle se sentira incompétente de n'avoir pu

freiner la violence; aussi elle tentera encore de trouver des solutions. Dans un tel contexte, comment peut-elle penser à elle et combler ses besoins? Bref, à force d'être centrée sur l'autre, la femme en viendra à ne plus penser à elle et tentera d'éviter le pire. C'est une question de survie!

Mais s'ajoute à cela toutes les conséquences de l'agression. L'agression physique est clairement une atteinte à l'équilibre physique de la femme et dont on connaît les multiples séquelles (maux de dos, blessures, migraines, membres cassés, etc.) puisqu'elles sont tangibles. Mais en plus de l'agression physique, il existe toutes les autres formes de violence qui se conjuguent les unes aux autres et qui sont plus insidieuses et difficilement mesurables.

La violence verbale, qui se traduit par des menaces de mort, harcèlement, menaces d'enlever les enfants ou de se faire interner en psychiatrie, etc., induit nécessairement à la peur. Le conjoint va-t-il mettre à exécution ses menaces? Comment alors dormir, travailler, vivre le quotidien, survivre à la peur? Comment se débarrasser de cette peur et de cette angoisse même après la rupture d'avec le conjoint, puisque la majorité des assassinats conjugaux ont lieu suite à cette rupture?

Il y a aussi la violence psychologique qui dénigre la femme, qui l'humilie, qui l'atteint dans son intégrité personnelle. À force d'être traitée avec mépris, la femme ne peut plus croire en ses possibilités, ne peut plus croire en elle et ne peut plus s'estimer. Cette estime de soi, détruite par la violence du conjoint, ne se reconstruit pas par le simple fait de partir. Elle est longue à rétablir et demande du soutien.

Il y a aussi la violence sexuelle qui contrôle les femmes dans leurs corps, dans leur sexualité et qui les réduit à un objet de plaisir utilisé pour satisfaire les fantasmes et les pulsions du conjoint.

Il y a aussi la violence économique qui sert de contrôle à la liberté et à l'autonomie. En bref, la violence conjugale, quelqu'en soit la forme, est un moyen pour l'homme agresseur d'assurer son emprise sur la femme. Ainsi, en la maintenant dans la peur, en la dénigrant, en la blessant, en la violant, en la maintenant pauvre, cet homme la contrôle et annihile ses chances de quitter son milieu.

À ce stade, l'entourage immédiat pourra véhiculer les mêmes valeurs que la société en général et fera des pressions sur la femme : certains lui conseilleront de partir, d'autres l'accuseront de ne pas le comprendre, certains voisins ne voudront pas l'entendre, d'autres entreprendront des démarches en son nom. Bref, tout le monde a son opinion et ne prend pas en considération son expérience et l'interprétation qu'elle en donne. Les jugements portés l'amèneront à se taire, à s'isoler, à protéger le conjoint, à cacher la violence.

Prendre sa liberté devient alors pour elle toute une épreuve. C'est prendre rendez-vous avec la peur et la solitude, c'est refaire sa vie, c'est être isolée, voire se cacher, c'est affronter le système de l'État (justice, aide sociale, services sociaux), c'est aussi s'appauvrir. Mais le pire pour plusieurs est le constat d'échec.

Alors, à la question «Pourquoi les femmes vivent dans un milieu empreint de violence», nous répondons d'une part que toutes les femmes sont amenées et préparées à tolérer d'une certaine façon la violence des hommes. D'autre part, confrontées à un conjoint violent, elles se retrouvent traquées par le cycle de l'agresseur, ce qui rend périlleux leur départ.

Cette violence a pour effet de détruire la notion du bonheur et c'est le constat de toutes les intervenantes lorsque les femmes arrivent en maison d'hébergement. Elles sont blessées, anxieuses, stressées, atteintes jusqu'au plus profond de leur être : dans leurs valeurs, leurs croyances, leurs perceptions, leur identité.

Leur séjour en maison d'hébergement leur permettra d'entreprendre les démarches nécessaires pour continuer leur vie; elles auront été entendues, crues et soutenues. Mais la blessure est profonde et ce n'est pas en un mois d'hébergement qu'elle pourra se cicatriser. Il faut du temps et surtout un lieu privilégié pour en parler, pour exorciser ce mal destructeur institué par la violence d'un conjoint.

En travaillant avec les femmes en maison d'hébergement, les intervenantes ont vite reconnu l'importance d'un suivi après l'hébergement. D'ailleurs, les femmes demandent à poursuivre la relation de confiance qui s'est installée durant leur séjour. Elles veulent reconstruire leur estime personnelle, reprendre du pouvoir sur leur vie, réinstaurer

une relation saine avec leurs enfants. Elles veulent reprendre leur vie en main car il s'avère difficile de se départir seule des effets de la violence conjugale.

Les maisons d'hébergement tentent tant bien que mal de mettre en place des programmes de suivi, mais le financement actuel ne leur permet pas d'offrir de façon soutenue et organisée un tel programme. Le suivi a pour mission de poursuivre l'intervention amorcée durant le séjour. Il est clair que la dévictimisation ne freine pas la violence d'un conjoint mais elle permet d'en atténuer les effets affectant la santé physique et mentale des femmes et de leurs enfants. Le suivi permet aussi la reconstruction de l'estime personnelle et du sentiment de compétence de ces femmes. En bref, l'intervention des maisons d'hébergement soutient les femmes dans une démarche de prise en charge et d'autonomie.

Ce suivi devrait dès lors être accessible aux femmes ainsi qu'aux enfants qui furent victimes de violence conjugale, hébergés ou non en maison d'hébergement, de façon à ce qu'ils aient accès à un lieu commun pour «se refaire une santé».

Pour mettre fin au phénomène de violence conjugale, il faudra que la société véhicule des valeurs d'égalité et de respect des libertés individuelles entre les hommes et les femmes. C'est la communauté qui en bénéficiera par une meilleure santé publique et par une réduction dans les coûts et dans l'utilisation des services sociaux et de la santé.

Diane Prud'homme
pour le Regroupement provincial des maisons
d'hébergement et de transition pour femmes
victimes de violence

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	iv
Liste des annexes	vi
Liste des sigles	vii
Lexique	viii
INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Contexte	3
1.2 Ressources et services disponibles aux femmes victimes de violence conjugale et à leurs enfants.....	4
1.3 Recension des écrits	6
2. OBJECTIFS	15
3. MÉTHODOLOGIE	16
3.1 Hypothèses	16
3.2 Population	16
3.3 Variables	18
3.4 Cueillette des données	19
3.5 Traitement des données	22
3.6 Analyse	22
4. RÉSULTATS	24
PARTIE I - Description	
4.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	24
4.2 Violence subie	31
4.3 Profil social.....	33
4.4 État de santé	36
4.5 Conséquences	48
PARTIE II - Hypothèses	
4.6 Délai depuis la fin de l'hébergement.....	57
4.7 Changement de statut civil.....	58
4.8 Violence subie.....	58
4.9 Santé mentale chez les enfants.....	59
DISCUSSION	60
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES	72
ANNEXES	76

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Population étudiée selon le degré d'atteinte et la participation	2 1
TABLEAU 2	Caractéristiques lors de l'hébergement des femmes rejointes et non rejointes	2 5
TABLEAU 3	Femmes rejointes selon leur participation et certaines caractéristiques lors de l'hébergement	2 6
TABLEAU 4	Caractéristiques socio-économiques des femmes à l'étude	2 7
TABLEAU 5	Évolution des caractéristiques socio-économiques entre le moment de l'hébergement et le moment de l'enquête	2 9
TABLEAU 6	Dépendance et peur envers le conjoint	3 0
TABLEAU 7	Violence subie par les femmes	3 2
TABLEAU 8	Violence subie par les enfants	3 2
TABLEAU 9	Proportion des femmes qui ont obtenu un point par question d'intégration sociale, ESFV et ESQ	3 4
TABLEAU 10	Indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ	3 4
TABLEAU 11	Proportion des femmes insatisfaites de leur support social selon diverses composantes du support perçu, ESFV et ESQ	3 5
TABLEAU 12	Fréquence des problèmes de santé chez les femmes, ESFV et ESQ ..	3 7
TABLEAU 13	Taux de problèmes de santé par 100 femmes, ESFV et ESQ	3 8
TABLEAU 14	Indice pondéral, ESFV et ESQ	3 9
TABLEAU 15	Taux d'accidents chez les femmes selon le lieu, ESFV et ESQ	4 0
TABLEAU 16	Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les femmes, ESFV et ESQ	4 1
TABLEAU 17	Idées suicidaires et tentatives de suicide, ESFV et ESQ	4 2
TABLEAU 18	Niveau de détresse psychologique, ESFV et ESQ	4 3
TABLEAU 19	Perception de l'état de santé, ESFV et ESQ	4 3
TABLEAU 20	Fréquence des problèmes de santé chez les enfants, ESFV et ESQ ..	4 5
TABLEAU 21	Taux de problèmes de santé par 100 enfants, ESFV et ESQ	4 6

TABLEAU 22	Taux d'accidents chez les enfants selon le lieu, ESFV et ESQ	4 7
TABLEAU 23	Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les enfants, ESFV et ESQ	4 7
TABLEAU 24	Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, femmes, ESFV et ESQ	4 9
TABLEAU 25	Catégorie de professionnel consulté, femmes, ESFV et ESQ	4 9
TABLEAU 26	Lieu de consultation, femmes, ESFV et ESQ	5 0
TABLEAU 27	Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, femmes, ESFV et ESQ	5 1
TABLEAU 28	Consommation de médicaments, femmes, ESFV et ESQ	5 2
TABLEAU 29	Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, enfants, ESFV et ESQ	5 3
TABLEAU 30	Catégorie de professionnel consulté, enfants, ESFV et ESQ	5 4
TABLEAU 31	Lieu de consultation, enfants, ESFV et ESQ	5 4
TABLEAU 32	Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, enfants, ESFV et ESQ	5 5
TABLEAU 33	Consommation de médicaments, enfants, ESFV et ESQ	5 6
TABLEAU 34	Profil social et état de santé des femmes selon certaines caractéristiques	5 8
TABLEAU 35	Fréquence des problèmes psychologiques chez les enfants selon le statut civil de la mère	5 9

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 Localisation des maisons d'hébergement des M.R.C. du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
- ANNEXE 2 Pondération
- ANNEXE 3 Répartition des enfants par groupe d'âge et par sexe, Enquête de santé auprès des femmes violentées (ESFV) et Enquête Santé Québec (ESQ)
- ANNEXE 4 Questionnaires
- ANNEXE 5 Caractéristiques des répondantes et des non-répondantes au Questionnaire auto-administré (QAA)
- ANNEXE 6 Tableaux détaillés des résultats

LISTE DES SIGLES

OCCSF	Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme
CESSSS	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DSC	Département de santé communautaire
ESFV	Enquête de santé auprès des femmes violentées
ESQ	Enquête de santé Québec 1987
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSI	Psychiatric Sympton Index
QAA	Questionnaire auto-administré
QRI	Questionnaire rempli par interviewer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

LEXIQUE

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Voir "score de détresse psychologique".

INDICE GLOBAL

Mesure composite regroupant les données partielles de plusieurs indicateurs.

INDICE DE SANTÉ GLOBALE

Score de santé obtenu à partir de réponses à différentes questions sur l'incapacité, la présence ou l'absence de problèmes de santé ou de symptômes. Cet indice a été adapté de la méthode dite des "ridits" mise au point par le Département de santé publique de l'État de Californie. La santé y est vue de façon globale et elle varie sur un continuum allant d'un état minimal à un état optimal. L'indice correspond à la probabilité pour chaque individu d'avoir un état de santé pire ou meilleur que celui des personnes de son groupe de référence (ex.: groupe d'âge, niveau socio-économique).

NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Niveau le plus élevé du score de détresse psychologique caractérisé par un plus grand nombre de symptômes psychologiques ou physiques que l'on pense être reliés à des désordres psychiatriques.

PRÉVALENCE

Nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide (accident ou suicide, par exemple) dans une population déterminée, à un moment donné ou au cours d'une période donnée, sans distinction entre les nouveaux cas et les cas anciens.

PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES SÉVÈRES

Affections mentales chroniques qui génèrent des coûts sociaux importants: déficience mentale, troubles psychotiques sévères, dépression, confusion et pertes de mémoire.

QUÉTELET

Indice pondéral basé sur le rapport entre le poids et le carré de la taille d'une personne; c'est une mesure largement utilisée dans les enquêtes (Body Mass Index). Elle permet de définir quatre catégories: l'insuffisance de poids, le poids normal, l'excès de poids et l'obésité.

SCORE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Score obtenu à partir de réponses à une grille de 29 questions développées par F.W. Ilfeld et adaptée au questionnaire de Santé Québec. La détresse psychologique est associée aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs. Elle ne mesure pas de diagnostics précis mais tente d'estimer la fréquence de gens ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention.

TALX

Nombre des événements (maladie, décès, etc.) survenus dans une population donnée durant une période déterminée, rapportés sur l'effectif de cette population pour la même période.

INTRODUCTION

L'état de santé d'une personne, tout comme celle d'une population, résulte de la combinaison de quatre grands facteurs ou déterminants que sont la biologie humaine, les habitudes de vie, l'environnement physique et social et, enfin, l'organisation des soins et services de santé. Les phénomènes de violence contre la personne s'inscrivent dans l'environnement social et, à ce titre, influencent l'état de santé des personnes qui en sont victimes. Ces phénomènes de violence sont de différents ordres et parmi ceux-ci figurent la violence conjugale.

La reconnaissance de la violence conjugale comme problème socio-sanitaire est un fait relativement récent. Au Québec, jusqu'en 1985, la violence conjugale était vue comme un problème personnel à caractère privé sans aucune portée sociale. Ce n'est qu'à partir de 1985, avec la publication par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de sa politique en matière de violence conjugale, que la violence conjugale est reconnue dès lors comme un problème social inacceptable.

C'est en grande partie, sinon en totalité, grâce aux représentations faites par les mouvements féministes, et plus particulièrement par les associations des maisons d'hébergement accueillant des femmes violentées, que la violence conjugale est devenue l'un des problèmes de santé prioritaires retenus par le MSSS. Toutefois, la recension des écrits et des données sur les conséquences de la violence conjugale a permis de mettre en évidence la nécessité de mieux documenter le sujet. Dans le cadre de sa politique en matière de violence conjugale, le MSSS incluait dans ses objectifs opérationnels, "l'augmentation des connaissances sur le phénomène de la violence envers les femmes et la diffusion de ces connaissances" par la promotion de la recherche sur les aspects de cette question (MSSS, 1985).

Dans le but de participer à l'amélioration des connaissances sur la violence conjugale, le Département de santé communautaire (DSC) de Rimouski, impliqué depuis 1987 dans le dossier de la violence, a entrepris une étude en vue de mesurer l'impact de la violence conjugale sur l'état de santé des femmes qui en sont victimes et de leurs enfants.

La réalisation de cette étude n'a pas été sans présenter des difficultés importantes inhérentes à la population visée, soit les femmes ayant été victimes de violence conjugale. Malgré des estimations prudentes qui chiffrent à une femme sur dix (MacLeod, 1980) la proportion de femmes victimes de violence conjugale, ces femmes ont en commun le désir de ne pas afficher publiquement une situation qui les place en état de victime et dont elles se sentent souvent honteuses. Deux difficultés majeures ont été rencontrées: identifier la population de femmes à l'étude et, surtout, les rejoindre. Ces deux difficultés ont été présentes tout au long du déroulement de l'étude, et c'est grâce uniquement à la participation étroite et à une collaboration exceptionnelle de quatre des cinq maisons d'hébergement, situées sur le territoire des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie, qu'il a été possible de colliger les informations qui sont présentées dans ce rapport.

Cette étude, conduite de concert avec les maisons d'hébergement et les associations provinciales, constitue une des premières expériences de collaboration entre ces organismes communautaires et un organisme public du réseau de la santé et des services sociaux. Cette étude n'aurait pu se réaliser sans l'expertise et le lien de confiance que les intervenantes des maisons d'hébergement ont développés auprès des femmes violentées.

La première partie de ce rapport fait état des services destinés aux femmes victimes de violence conjugale, des connaissances actuelles du phénomène de la violence conjugale ainsi que des conséquences connues liées à la violence conjugale. Les deuxième et troisième parties décrivent les objectifs de l'étude et la méthodologie de l'enquête. Enfin, la quatrième partie présente les résultats de l'étude, lesquels résultats seront par la suite discutés.

1. PROBLÉMATIQUE

Cette étude est axée sur les conséquences de la violence conjugale sur la santé des femmes victimes de cette violence et sur la santé de leurs enfants. La problématique situera, dans un premier temps, le contexte de cette étude ainsi que les services disponibles aux femmes qui vivent dans un contexte de violence conjugale et, dans un second temps, décrira les connaissances déjà acquises tant sur le phénomène de la violence conjugale que sur ses conséquences.

1.1 Contexte

Les femmes qui vivent dans un contexte de violence conjugale ont comme caractéristique commune de garder le silence sur la situation de violence qu'elles subissent. Ainsi, les femmes qui ont eu recours à des services spécifiques pour les femmes victimes de violence conjugale ne représentent, de l'avis des experts, que la pointe de l'iceberg (CESSSS, 1987). Enfin, les auteurs des études réalisées auprès de l'ensemble de la population soulignent un taux élevé de sous-déclaration. L'enquête Santé Québec confirme cette sous-déclaration en obtenant une prévalence inférieure à 2 femmes victimes de violence conjugale pour 100 femmes (Clarkson, 1989).

L'un des éléments liés à la violence conjugale est le silence ou la tolérance envers ces situations. D'une part, la majorité des femmes violentées par leur conjoint gardent le silence sur ce qu'elles vivent et, d'autre part, les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (médecins, travailleurs sociaux, etc.) restent silencieux dans la mesure où les investigations sur les causes des problèmes pour lesquels elles consultent sont laissées de côté. Diverses raisons ont été identifiées par les experts consultés par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS, 1987) pour expliquer la tolérance qui existe envers ces situations. De la part des femmes, ce sont principalement la dépendance économique et affective envers le conjoint violent, le sentiment de culpabilité, la faible estime de soi et les difficultés sinon l'impossibilité de changer la situation qui constituent les principales raisons identifiées. Les menaces de toutes sortes et le harcèlement sont également des raisons invoquées par les femmes justifiant leur inaction (Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1990). De la part des professionnels, les raisons sont du même ordre mais se situent à un autre niveau, soit la reconnaissance jusqu'à un certain point du rôle des femmes dans la violence dont elles sont

victimes, la réticence à intervenir dans les conflits conjugaux jugés à caractère privé, l'absence de moyens disponibles pour modifier la situation de ces femmes et, enfin, un intérêt mitigé de la part des administrateurs à investir des ressources dans ce domaine.

1.2 Ressources et services disponibles aux femmes victimes de violence et à leurs enfants

Les établissements du réseau public de santé n'offrent pas de services spécifiques aux femmes violentées même si elles représentent jusqu'à 25% des femmes qui se présentent à l'urgence des centres hospitaliers (MacLeod, 1980). Il en est de même des centres des services sociaux où une partie importante de ces femmes seraient vues par des travailleurs sociaux dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, la violence envers les enfants et la violence conjugale étant souvent intimement liées (Larouche et al., 1980). Toutefois, dans le cadre de ces services, c'est essentiellement le bien-être de l'enfant qui est visé par les interventions et celles-ci prennent fin dès que le dossier de l'enfant est classé. Par ailleurs, l'organisation actuelle des services sociaux de première ligne ne permettrait pas de répondre aux besoins de ces femmes lorsqu'elles en font la demande, puisqu'elles se retrouvent sur une liste d'attente. Or, un grand nombre de femmes qui demandent de l'aide le font au cours des 48 heures qui suivent l'agression et requièrent des services visant à assurer immédiatement leur protection et celle de leurs enfants (CESSSS, 1987).

Les maisons d'hébergement et de transition pour femmes violentées représentent la principale ressource ou alternative qui s'offre aux femmes victimes de violence conjugale en dehors de leur réseau social ou en l'absence d'un tel réseau. Tous les auteurs qui ont étudié la question des ressources accessibles aux femmes violentées partagent l'opinion que ces maisons représentent les seules ressources actuellement disponibles et accessibles aux femmes (Larouche, 1985; MacLeod, 1987; Bilodeau, 1987; CESSSS, 1987). En 1985, les maisons d'hébergement ont accueilli 6 000 femmes et 4 000 enfants (Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1987). Depuis 1975, les maisons d'hébergement du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale ont accueilli plus de 70 000 femmes avec leurs enfants (Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1990).

Les maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ont vu le jour au Québec au début des années 1970. En 1980, on comptait un peu plus d'une vingtaine de maisons d'hébergement et de transition. Situées principalement dans les grands centres urbains, ces maisons ont été créées suite à l'initiative personnelle et collective de femmes pour qui la situation de femmes aux prises avec des problèmes de violence conjugale apparaissait sans issue dès lors qu'elles envisageaient ou devaient quitter la résidence familiale.

En 1990, on compte plus de 60 maisons d'hébergement et de transition réparties sur tout le territoire du Québec. Ces maisons sont regroupées sous deux associations provinciales: le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence, lequel regroupe des maisons s'adressant spécifiquement aux femmes violentées, et la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec. Ces associations offrent principalement des services de formation et d'information destinés au personnel des maisons d'hébergement et ont pour mandat d'effectuer, après consultation, des représentations notamment auprès du MSSS et du ministère de la Justice. Au départ, ces représentations visaient à faire reconnaître l'existence de la violence conjugale et son importance ainsi que le rôle des maisons d'hébergement et de transition; maintenant elles visent à faire reconnaître ces services au même titre que des services essentiels tout en continuant à consacrer des énergies pour réduire la violence faite aux femmes et assurer un financement adéquat pour l'ensemble des maisons d'hébergement.

Les maisons d'hébergement et de transition font face à certaines difficultés qui sont directement reliées à leur reconnaissance en tant que services essentiels, sans affiliation à un organisme public et en marge des réseaux établis. Ces difficultés se manifestent principalement par la précarité de leurs moyens financiers, l'absence de garantie de financement des activités à long terme et les énergies qu'elles doivent consacrer à la recherche de subventions.

La raison d'être des maisons d'hébergement est d'offrir un lieu sûr où la femme peut trouver refuge en tout temps pour s'assurer un recul nécessaire leur permettant d'évaluer leur situation (Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1990). C'est un endroit qui accueille aussi les femmes en situation d'urgence, lesquelles situations surviennent lors de la phase d'éclatement de la violence conjugale, permettant ainsi à ces femmes de se soustraire à

cette violence et de mettre leurs enfants à l'abri. Les principaux services offerts par ces maisons, en plus de l'hébergement et de la protection, sont des services d'écoute, d'intervention auprès des femmes et de leurs enfants, de référence et d'information sur leurs droits et recours, sur les services et les démarches à effectuer ainsi que des services d'accompagnement lors de ses démarches. La majorité des activités de ces maisons se concentrent auprès des femmes hébergées. Des activités d'information sont offertes aux femmes non hébergées qui en font la demande. De plus, des activités sont occasionnellement offertes aux femmes ex-hébergées mais ces activités se situent en marge des activités régulières des maisons. En raison de la précarité de leurs moyens financiers pour répondre aux seules demandes d'hébergement et en l'absence d'une position claire de la part du MSSS sur les activités de suivi, les maisons d'hébergement éprouvent des difficultés financières pour assurer des activités de suivi qui permettraient de poursuivre les activités de soutien et les démarches entreprises lors de l'hébergement.

1.3 Recension des écrits

La recension des écrits rend compte des connaissances actuelles sur le phénomène de la violence conjugale. Cette recension traite de la définition, de l'ampleur du phénomène de même que des conséquences pour la femme victime de violence conjugale et pour ses enfants.

1.3.1 Définition de la violence conjugale

La violence conjugale n'est pas un phénomène récent. Cependant, c'est seulement depuis la dernière décennie que l'on tente de comprendre et de mesurer ce phénomène. La définition la plus largement acceptée pour décrire la violence dans le cadre d'une relation de couple est la suivante:

"Femme battue (violence physique), menacée de l'être ou objet de scènes de violence qui laissent présumer qu'elle le sera (violence verbale), ou encore humiliée par des critiques, des railleries et des insultes, lesquelles à long terme, peuvent détruire la personnalité et l'assurance (violence psychologique). Cette violence est exercée par le conjoint dans les cadres du mariage, de l'union de fait, ou encore après que la femme l'ait quitté." (Shee, 1980).

Cette définition permet de distinguer les différentes formes de violence conjugale qui sont exercées: psychologique, verbale et physique. A ces trois formes de violence, s'ajoute la

violence sexuelle. Chacune de ces formes de violence comporte des gestes et des actes qui sont distinctifs. Ces quatre formes de violence peuvent se définir ainsi:

- la violence psychologique: consiste à dénigrer une personne par des paroles visant à atteindre son intégrité physique et morale;
- la violence verbale: consiste à intimider une personne par des menaces;
- la violence physique: consiste à exercer des agressions physiques sur une personne dans le but de lui faire mal physiquement;
- la violence sexuelle: consiste à obliger, par la peur ou par la force, une personne à avoir des relations sexuelles non désirées. (Larouche, 1985)

Parmi toutes les formes de violence, la violence psychologique est la plus difficile à mesurer: elle peut s'exprimer de diverses façons et prendre plus d'une forme (Sinclair, 1985). La violence conjugale vécue par les femmes peut inclure plus d'une de ces formes et se résume rarement à une seule forme de violence. Lorsqu'il y a violence physique, la violence psychologique et la violence verbale sont habituellement présentes et précèdent les gestes de violence physique (Larouche, 1985).

Les auteurs s'entendent pour dire qu'il existe un cycle à la violence conjugale. Ce cycle comprend trois phases: lune de miel, tension et éclatement. Au fur et à mesure que les cycles de la violence conjugale se perpétuent, les formes de violence s'accumulent et les gestes de violence gagnent en intensité (Hofeller, 1982; Larouche, 1985; 1987). Une étude a révélé qu'il existait une relation entre la fréquence et la sévérité de la violence et la durée de la relation faisant ainsi ressortir le caractère escalatoire de la violence conjugale au cours des années (Pagelow, 1981).

1.3.2 Prévalence

Au Canada, aucune étude nationale n'a été réalisée auprès de la population afin de déterminer le nombre de femmes vivant dans un contexte de violence conjugale. Toutefois, des études conduites à partir de données existantes permettent d'estimer la proportion de femmes victimes de violence conjugale. En 1980, le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (CCCSF) a fait une estimation du nombre de femmes victimes de violence à partir des données connues sur le nombre de femmes ayant séjourné dans les

maisons d'hébergement et de transition en 1978 et sur le nombre de femmes ayant déposé, au cours de la même année, une demande de divorce en invoquant la cruauté physique. Cette estimation a permis de chiffrer à une femme sur dix, le nombre de canadiennes victimes de violence conjugale (MacLeod, 1980).

Au Québec, le MSSS publiait des résultats similaires. En 1985, le nombre de femmes victimes de violence conjugale est estimé à 300 000, soit 1 femme de 15 ans et plus sur 8 (MSSS, 1985). Dans le cadre de la consultation d'experts par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), les estimations obtenues établissent que 1 femme sur 7 est violentée (CESSSS, 1987). Au plan judiciaire, les données publiées par le Solliciteur Général du Québec révèlent qu'en 1987, de tous les crimes avec violence rapportés par la police, les infractions relatives à la violence conjugale représentaient près de 17% de tous ces crimes, même s'il reste encore des régions où ce type d'infraction n'est pas répertorié (Ministère de la Justice, 1988). Entre 1987 et 1988, les infractions relatives à la violence conjugale qui ont été rapportées ont connu une hausse de 23%, passant de 6 559 en 1987 à 8 096 en 1988 (Ministère du Solliciteur général, 1988; Ministère de la Sécurité publique, 1989). En 1989, le nombre d'infractions rapportées connaissait une nouvelle hausse de 15%, passant ainsi à 9 376 infractions (Ministère de la Sécurité publique, 1990). Selon ces dernières statistiques, les infractions relatives à la violence conjugale ont été commises par le conjoint alors qu'il vivait avec la victime, dans une proportion de 55%. Les infractions commises par l'ex-conjoint représentent 25% des infractions.

La seule véritable étude menée dans le but de mesurer l'ampleur du phénomène au sein de la population est celle réalisée par Strauss, Gelles et Steinmetz en 1975, auprès de 2 143 familles américaines réparties dans tout le pays. Toutefois, cette étude ne mesurait que la violence physique (Strauss et al., 1980). La même étude a été reprise en 1985 par Strauss et Gelles, sur un échantillon de 3 520 familles. Ils ont constaté une augmentation de la violence physique grave mais une diminution de 47% du total des cas rapportés de violence faite aux enfants et de 37% faite aux femmes. La diminution des cas de violence physique pourrait être due, selon les auteurs, à une augmentation de la résistance à rapporter cette violence et non à une diminution réelle (Strauss et al., 1986).

1.3.3 Caractéristiques des femmes victimes de violence conjugale

Plusieurs auteurs ont tenté de cerner le phénomène de la violence conjugale en analysant les caractéristiques psychologiques, sociales et économiques propres aux femmes victimes de violence conjugale et aux hommes qui l'exercent. Pour ce faire, des études ont été réalisées auprès des femmes victimes de violence conjugale ayant fait appel à des ressources extérieures (maisons d'hébergement, services d'aide aux victimes, policiers, travailleurs sociaux, etc.).

Les auteurs s'entendent pour dire que la violence appartient à tous les milieux socio-économiques, à tous les groupes d'âge et à toutes les races. Les femmes victimes de violence conjugale ne présentent pas de caractéristiques communes si ce n'est qu'il s'agit de femmes dont le conjoint a recours à la violence dans ses relations avec elle (Larouche, 1985). Toutefois, là où il existe des différences entre les femmes victimes de violence conjugale, c'est dans les niveaux de tolérance à cette violence et dans l'adoption du comportement de victime. Même si le statut socio-économique — scolarité, revenu, réseau social — ne protège pas de la violence conjugale, il permet de distinguer les femmes qui se sortent de ce contexte de celles qui ne s'en sortent pas ou plus difficilement, de même que l'attitude adoptée face aux différentes formes de violence subie. Ainsi, les femmes dont le statut socio-économique est élevé auraient la possibilité de se soustraire à la violence conjugale en utilisant leurs ressources personnelles (Larouche, 1985).

A ces caractéristiques personnelles, s'ajoutent des caractéristiques environnementales susceptibles d'influencer les réactions des femmes face à une situation de violence conjugale (CESSSS, 1987). Ainsi, il existerait une différence notable entre les choix qui s'offrent aux femmes victimes de violence conjugale selon qu'elles résident dans une agglomération urbaine d'importance ou en milieu plus restreint. Pour les femmes demeurant en milieu rural, le fait de rompre définitivement le silence, de quelque façon que ce soit, sur la violence qu'elles subissent de la part de leur conjoint, ne leur offre d'autres alternatives que de quitter définitivement ce milieu. Ces femmes vivant en milieu rural se retrouveraient devant un choix plus difficile que les autres femmes: conserver leurs acquis économiques, affectifs et sociaux dans leur milieu tout en étant violentées ou recommencer à zéro en s'éloignant définitivement de leur milieu de référence. De plus, la décision de rompre le silence est souvent discréditée par la famille et les amies, et ce, en raison de l'importance que la collectivité accorde au maintien des relations interpersonnelles au sein de la famille (McLaughlin, 1983; CESSSS, 1987).

Le profil socio-économique des femmes faisant appel à des ressources telles les maisons d'hébergement peut cependant être établi avec plus de précision (MacLeod, 1980; 1987; Regroupement des maisons d'hébergement, 1987; CESSSS, 1987). En grande majorité, les femmes qui utilisent les services d'hébergement se caractérisent principalement par des moyens financiers réduits et l'isolement. Elles ont moins de 40 ans et sont mères de jeunes enfants; ce sont des femmes au foyer qui, au plan économique, dépendent de leur conjoint. Elles se présentent à la maison d'hébergement en situation de crise alors qu'elles ont quitté à la hâte la résidence familiale avec l'aide de policiers, amis ou voisins. Ainsi, les femmes hébergées sont en majorité jeunes, dépendantes économiquement, peu scolarisées et sont peu nombreuses à occuper un travail à l'extérieur.

1.3.4 Conséquences de la violence conjugale

La première conséquence de la violence conjugale serait sa perpétuation à travers les générations; les enfants témoins et victimes de cette violence apprendront à la subir ou à la manifester. Ainsi, les enquêtes auprès des femmes hébergées indiquent que plus de 50% des hommes violents et 33% des femmes violentées ont été battus durant leur enfance (Gelles, 1974; Price et al., 1978-1979; MacLeod, 1980; Westra et al., 1981; Roy, 1982; Kerouac et al., 1986). Toutefois, ces données ne permettent pas d'établir la proportion d'enfants battus durant leur enfance qui deviendront violents ou victimes. A la violence subie durant l'enfance, s'ajouterait le message social véhiculé par la société légitimant le recours à la violence, lequel message serait susceptible d'avoir le même impact sur l'ensemble des enfants que le fait d'être violenté (Volpe, 1988).

La violence conjugale a également des effets sur la santé des femmes et des enfants qui la subissent. Cependant, les études réalisées sur la santé des femmes violentées sont peu nombreuses. L'étude la plus importante et la plus récente sur le sujet est celle réalisée au Québec en 1983-1984, dans la région de Montréal, par Kerouac, Taggart et Lescop: "Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants" (Kerouac et al., 1986). Comme l'ont constaté ces chercheurs, dans la littérature disponible, "... l'évaluation de la santé de la femme est généralement limitée à la nature des blessures physiques et à des tentatives de diagnostic quant à sa santé mentale ... concernant l'évaluation de la santé des enfants et des femmes victimes de violence, les écrits sont pour ainsi dire parcellaires".

L'étude de Kerouac, Taggart et Lescop a porté sur un échantillon de 123 femmes ayant au moins un enfant de moins de 12 ans et séjournant dans l'un des trois centres d'hébergement de la région métropolitaine depuis moins de 20 jours et depuis plus de 8 jours. Les résultats de cette étude ont amené les auteurs à conclure à l'émergence d'un portrait de santé peu reluisant des femmes violentées qui ont eu recours à l'hébergement, autant dans les dimensions physiques, psychologiques que sociales. Les problèmes de santé déclarés sont nombreux et gravitent autour de symptômes variés d'insomnie et de fatigue. Les habitudes de vie de ces femmes sont peu enviables, notamment en ce qui a trait à la consommation de cigarettes, d'alcool et de médicaments. Ces femmes apparaissent déprimées, anxieuses et ont tendance à la somatisation. Elles s'adonnent à peu d'activités sportives et récréatives.

Les études évaluant l'état de santé des enfants vivant dans un contexte de violence conjugale sont aussi peu nombreuses. Une étude révèle que ces enfants sont anxieux (Hughes et al., 1983). Leur état de santé est déficient et se compare à celui d'enfants dont les parents sont alcooliques (Armstrong, 1981). Ils sont fatigués et nerveux (Moore, 1975). Ils présentent un déficit au niveau de l'audition et du langage (Westra et al., 1981). L'étude de Kerouac, Taggart et Lescop (1986) révèle que les femmes en maison d'hébergement ont une perception plutôt négative de l'état de santé de leurs enfants. Selon cette étude, ces enfants présentent des problèmes de santé physique et psychologique plus importants lorsque comparés à des données d'autres sources sur la santé d'enfants d'âge et de situation sociale comparables. Un fort pourcentage des enfants vivant dans un foyer où la mère est battue sont également des enfants négligés et battus (Larouche et al., 1980; Stacey et al., 1983). Enfin, autant les garçons que les filles qui vivent dans un milieu familial violent présentent davantage de problèmes d'adaptation et de comportement que les autres enfants (MacLeod, 1987).

Le meurtre de femmes constitue l'apogée des conséquences de la violence conjugale (Taney, 1969; Wolfgang, 1976; Boudouris, 1977; Chimbos, 1978). Un fort pourcentage des meurtres commis sur des femmes est attribuable à la violence conjugale (Rod, 1980; Daniel, 1982). Les données disponibles au Canada confirment ces observations puisqu'en 1981, 20% des homicides étaient le fait de querelles familiales; dans presque tous les cas, il s'agit d'hommes qui tuent leur conjointe (CCCSF, 1982). Au Québec, les données permettent de constater que plus du tiers des homicides sont commis dans un contexte de violence conjugale (Le Devoir, 6 octobre 1989)

Les coûts sociaux de cette violence sont élevés et ils se traduisent, notamment, par une augmentation du nombre de crimes violents (MacLeod, 1987). Quant aux coûts économiques, ils sont difficiles à établir car il n'existe pas au Québec de données nationales permettant une évaluation de ces coûts. Par ailleurs, le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition a mis en évidence les coûts de l'utilisation des services de santé et des services judiciaires qu'entraîne la violence conjugale. Réalisée à partir des données disponibles et des informations sur les coûts de la santé et de l'administration de la justice, cette analyse a permis de montrer l'importance de ces coûts sans toutefois les chiffrer (Rose, 1986; MacLeod, 1987).

L'étude de Kerouac, Taggart et Lescop (1986) reflète l'état de santé de femmes violentées dans un contexte bien déterminé. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à la population de femmes violentées dans leur contexte de vie habituel. La plupart des femmes se retrouvent en maison d'hébergement à la fin de la phase d'éclatement de la violence ou au moment qui précède l'éclatement. L'état de santé des femmes violentées devrait ainsi varier selon qu'elles vivent l'une ou l'autre de ces phases. De plus, le fait même de se retrouver en maison d'hébergement peut aussi avoir une influence directe sur leur état de santé. Ainsi, la peur des représailles, la désorganisation matérielle et affective s'ajoutent aux problèmes déjà vécus par ces femmes et peuvent constituer en soi des sources supplémentaires de stress et d'anxiété affectant notamment leurs habitudes de vie (consommation d'alcool, de cigarettes, de médicaments, etc.). Pour d'autres femmes, le fait d'être retirées du contexte de violence dans lequel elles se trouvaient peut avoir une influence positive sur leur comportement et leur santé.

Très peu d'études ont porté sur l'évaluation ou la mesure de l'impact d'un séjour en maison d'hébergement sur les femmes violentées. Parmi les études réalisées, l'une d'elles révèle que les femmes, lorsqu'elles séjournent en maison d'hébergement, regagnent confiance en elles et se sentent transformées (Pahl, 1978). Les centres d'hébergement contribueraient ainsi à rompre l'état de victimisation dans lequel se trouvent les femmes violentées (Walker, 1979).

Giles-Sims voulant vérifier l'incidence d'un passage en maison d'hébergement sur la violence faite aux enfants a interrogé 27 femmes se trouvant en maison d'hébergement et les a contactées à nouveau 6 mois plus tard (Giles-Sims, 1985). Les résultats révèlent que le taux de violence faite aux enfants aurait sensiblement diminué. Cependant, une forte proportion des répondantes vivaient toujours dans un contexte de violence conjugale. Les

plus fortes diminutions de violence faite aux enfants ont été observées chez les enfants des femmes qui ne vivaient plus avec leur conjoint. Une étude plus importante menée sur une population de 155 femmes, dont une partie a été identifiée à partir des dossiers d'une maison d'hébergement et l'autre partie identifiée à partir des dossiers du bureau du procureur, révèle qu'un séjour en maison d'hébergement serait bénéfique à long terme mais seulement pour les femmes qui prennent un contrôle immédiat de leur vie; pour les autres, les effets sont à très court terme (Berk et al., 1986).

1.3.5 Mesure des conséquences de la violence conjugale

La mesure du phénomène de la violence conjugale a été réalisée jusqu'à maintenant en utilisant quatre types de méthode: les enquêtes auprès de la population, la technique par les tiers, les estimations à partir de l'utilisation des services de santé et des services sociaux et les enquêtes auprès de la clientèle des services destinés aux femmes victimes de violence conjugale.

Les enquêtes auprès de la population ont été réalisées, à deux reprises, par un seul groupe de chercheurs américains (Strauss et al., 1986). Cette méthode a l'avantage d'identifier la prévalence déclarée et les conséquences de la violence conjugale. Par ailleurs, elle est la plus coûteuse et la plus longue sans pour autant contrôler le problème de déni. La technique par les tiers, récemment utilisée lors de l'enquête Santé Québec et la version pilote de l'enquête, est adaptée d'une méthode développée initialement dans le cadre d'études sur l'alcoolisme (Levasseur, 1987). Cette méthode augmenterait les chances d'obtenir la prévalence de problèmes sociaux à faible déclaration, dont l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que la négligence et la violence familiale. Les résultats de l'enquête Santé Québec indiquent que les données de prévalence seraient satisfaisantes pour estimer la prévalence de femmes victimes de violence conjugale dont les actes de violence sont perceptibles à l'extérieur du milieu familial (Clarkson, 1989). Cette prévalence s'établit à 1,7 femme sur 100. Cette méthode demeure coûteuse puisqu'elle s'intègre à une enquête de santé auprès de la population. Enfin, les résultats ne concernent que la prévalence des situations évidentes et ne renseignent pas sur l'état de santé des femmes et des enfants violentés.

Les estimations de la prévalence de la violence conjugale établies à partir des données d'utilisation de services est la méthode la plus souvent utilisée pour évaluer le nombre de femmes violentées (MacLeod, 1980). Quoique les résultats demeurent approximatifs, cette méthode d'évaluation de la prévalence est la moins coûteuse et se réalise dans des

délais relativement courts. Elle ne permet toutefois pas de décrire les conséquences de la violence conjugale sur l'état de santé physique et mentale. Enfin, les enquêtes auprès de la clientèle des services destinés aux femmes victimes de violence sont celles les plus couramment utilisées pour étudier la violence conjugale. Elles ne permettent pas d'établir la prévalence du phénomène mais s'attardent surtout à décrire les caractéristiques socio-sanitaires et familiales lors de l'utilisation des services ou peu de temps après.

Sauf exception, les études sur les conséquences de la violence conjugale ont été conduites jusqu'à maintenant auprès de la clientèle des services destinés aux femmes violentées, soit les maisons d'hébergement. Ce choix est fondé sur des motifs de faisabilité. Les enquêtes auprès de la population générale sont coûteuses, nécessitent un large échantillon pour assurer un nombre suffisant de répondants rendant possibles des analyses subséquentes et, enfin, ne permettent pas de contrôler le phénomène de déni.

En résumé, on reconnaît de plus en plus l'importance du phénomène de la violence conjugale même si on est loin d'être en mesure d'en préciser réellement l'ampleur. Les études menées jusqu'à maintenant ont permis d'identifier certaines caractéristiques sociales et familiales des femmes violentées et de leur conjoint. L'état de santé physique et mentale des femmes et des enfants ayant vécu dans un contexte de violence conjugale a été peu exploré. Les problèmes de santé ont été presque exclusivement étudiés en situation de crise lors de l'utilisation de services d'hébergement et ne tenaient pas compte du type de violence subie. On ne connaît que peu ou pas du tout les conséquences de la violence conjugale sur les femmes et les enfants au-delà de la phase d'éclatement.

Les résultats qui ressortent des études réalisées permettent de croire que l'état de santé physique et mentale de ces femmes serait moins bon que l'état de santé d'une population comparable. Les conséquences à moyen et long terme de la violence conjugale sur l'état de santé demeurent imprécises et une meilleure connaissance de ces conséquences permettra de compléter cette partie de la problématique de la violence conjugale.

2. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est d'établir le portrait de santé des femmes et des enfants ayant vécu dans un contexte de violence conjugale.

L'étude des caractéristiques socio-sanitaires des femmes ayant séjourné en maison d'hébergement, suite à une situation de violence conjugale et vivant dans un contexte de vie habituel depuis au moins un an, vise à mieux comprendre les conséquences de cette violence sur ces femmes. La présente étude veut documenter deux aspects de la problématique de la violence conjugale. Elle vise plus précisément à:

- 1 / dresser le portrait de santé des femmes et de leurs enfants ayant séjourné en maison d'hébergement;
- 2 / dresser le profil social de ces femmes.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude se veut essentiellement descriptive, l'objectif général étant de saisir la réalité des femmes et des enfants ayant séjourné en maison d'hébergement. Cette section traitera des hypothèses à l'étude, de la population étudiée, des variables retenues ainsi que des sources de données et de la cueillette des données.

3.1 Hypothèses

Le portrait de santé et le profil social des femmes et de leurs enfants ayant séjourné en maison d'hébergement présentent un intérêt particulier dans la mesure où il est possible de les comparer à une population de référence, soit à une population générale de femmes et d'enfants présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques. L'enquête Santé Québec, réalisée en 1987, permet une telle comparaison de même que l'utilisation d'outils de cueillette de données validés.

Les hypothèses qui seront vérifiées lors de l'analyse des données sont à l'effet que:

- l'état de santé des femmes et des enfants de même que le profil social des femmes ayant séjourné en maison d'hébergement différent de celui des femmes et des enfants de même âge;
- l'état de santé des femmes et des enfants varie selon l'évolution de la situation conjugale;
- l'état de santé des femmes varie selon la violence conjugale subie.

3.2 Population

3.2.1 Population étudiée

La population étudiée est constituée de la clientèle des quatre maisons d'hébergement (Rimouski, Matane, Ste-Anne-des-Monts et Pabos) situées sur le territoire des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie (Annexe 1) et desservant une population vivant principalement en milieu rural. Parmi la clientèle de ces maisons d'hébergement, seules les femmes dont la date de départ de la maison d'hébergement depuis leur séjour est d'au moins un an avant le début de l'enquête ont été retenues. Pour les femmes qui ont séjourné

plus d'une fois en maison d'hébergement, c'est la date du dernier départ qui a été retenue. L'ensemble des femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement pour cause de violence conjugale depuis l'ouverture de la maison jusqu'au 15 octobre 1988 ont été recensées par le personnel de ces maisons. Cette première liste a permis de chiffrer le nombre total de femmes comprises dans la population étudiée, soit 583 femmes ex-hébergées et 850 enfants de moins de 18 ans.

3.2.2 Population de référence

La population de référence représente le groupe contrôle qui permet de comparer les données de la population étudiée à une population générale. Pour les fins de la présente étude, la population de référence est constituée des femmes de 18 ans et plus qui ont participé à l'enquête Santé Québec (ESQ) à titre de personne de référence, soit celles qui complétaient la Fiche d'identification et le Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI) avec l'enquêteur de Santé Québec pour l'ensemble des personnes du ménage.

Ces femmes ont été jumelées aux femmes de cette étude sur la base des caractéristiques ayant le plus d'influence sur l'état de santé: l'âge, le statut civil, le statut d'activité et la scolarité. Afin de conserver le plus grand nombre possible de femmes étudiées et d'assurer ainsi une crédibilité statistique, avant le jumelage, les valeurs manquantes issues du Questionnaire auto-administré (QAA) pour les femmes de l'étude ont été remplacées par des valeurs attribuées selon la technique du "hot deck" (Cox et al. 1985). Cette technique permet d'imputer les valeurs des répondantes aux non-répondantes. Pour appliquer cette technique, toutes les femmes qui ont participé à l'enquête ont été listées selon le patron auquel elles correspondaient en les triant sur la base des caractéristiques connues pour toutes, soit l'âge, le statut d'activité et la présence d'enfants de moins de 18 ans, et ensuite des caractéristiques pour lesquelles des données étaient manquantes, soit la scolarité et le statut civil. Les valeurs manquantes ont ensuite été remplacées par les valeurs des femmes qui les précédaient immédiatement et pour lesquelles l'information était disponible.

Par la suite, le processus de jumelage a été appliqué. Ainsi, pour chaque femme de la présente enquête, toutes les femmes de l'enquête Santé Québec lui correspondant sur la base des caractéristiques retenues lui ont été assignées pour les fins de comparaison des données sur l'état de santé et le profil social, et constituent le groupe de référence. Les

enfants âgés de moins de 18 ans de ces femmes représentent pour leur part le groupe de référence aux enfants des femmes de la population à l'étude. Au total, 3 510 femmes de l'enquête Santé Québec ont été jumelées aux femmes de l'enquête de santé auprès des femmes violentées (ESFV) et le groupe d'enfants de référence comprend 3 754 enfants.

Afin d'ajuster les données sur la base des caractéristiques socio-économiques retenues, la représentation des femmes de l'ESQ pour chacune des femmes de l'ESFV a été pondérée à raison de 32 femmes de l'ESQ pour chaque femme de l'ESFV (Annexe 2). Cette pondération permet de contrôler, avant l'analyse des données, l'influence des facteurs d'âge, de scolarité, de statut civil et de statut d'activité sur l'état de santé. La même pondération a été appliquée aux enfants des femmes étudiées. Enfin, dans le but de vérifier la comparabilité de ces deux groupes d'enfants, ceux-ci ont été comparés par rapport à leur répartition selon l'âge et le sexe. Cette comparaison a permis d'établir que les deux groupes d'enfants ne présentaient pas de différence pour l'âge et le sexe (Annexe 3).

3.3 Variables

Les données recueillies dans le cadre de cette étude visent essentiellement à décrire l'état de santé et le profil social des femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement depuis au moins un an.

Les variables indépendantes retenues aux fins d'analyse des données servent à décrire les caractéristiques socio-économiques et conjugales des femmes lors de leur séjour en maison d'hébergement et au moment de l'étude, de même que le type de violence subie. Les principales caractéristiques socio-économiques sont la scolarité, le statut d'activité et le revenu, alors que les caractéristiques conjugales réfèrent à la situation de couple établie à partir du statut civil. Les femmes mariées ou vivant en union de fait sont considérées vivant avec un conjoint alors que les femmes ayant tout autre statut civil sont considérées sans conjoint. Ce sont les mêmes questions et catégories utilisées par Santé Québec qui sont reprises. Les types de violence retenus sont la violence psychologique, verbale, physique et sexuelle. Ces types de violence ont été décrits à partir d'exemples tirés de la définition des types de violence adoptée par le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition. Ces exemples permettaient aux femmes d'identifier les types de violence qu'elles ont subis.

Les variables dépendantes sont associées aux deux objectifs du projet: portrait de santé et profil social.

Le portrait de santé des femmes a été établi à partir d'indicateurs de santé physique et mentale auxquels s'ajoute la prévalence de problèmes chroniques de santé. Des informations portant sur la consommation de médicaments et le recours aux services de santé ont également été incluses. Le portrait de santé des enfants a porté sur la prévalence de problèmes de santé chroniques ainsi que sur la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.

L'indicateur de santé physique retenu est la perception qu'ont les femmes de leur santé. Les résultats de l'enquête Santé Québec ont permis de vérifier l'adéquation entre la perception que les individus ont de leur état de santé et l'indice de santé globale construit à partir des problèmes de santé et des incapacités rapportés par ces mêmes individus. Les problèmes chroniques de santé qui ont été retenus sont ceux énumérés dans le questionnaire de l'enquête Santé Québec. L'indicateur de santé mentale retenu est l'indice de détresse psychologique obtenu à partir de l'échelle PSI ("Psychiatric Symptom Index") de Ilfeld. La consommation de médicaments a porté sur les deux derniers jours alors que le recours aux services de santé couvrait une période de deux semaines, tout comme dans l'enquête Santé Québec.

Le profil social des femmes a été établi à partir de la mesure du degré d'intégration sociale et du support social perçu. L'indice d'intégration sociale est construit à partir d'éléments portant sur la participation à des activités sociales et aux relations avec l'entourage. Cet indice mesure les liens que les individus entretiennent avec les personnes significatives de leur entourage. Le support social perçu est mesuré par la satisfaction exprimée face aux relations avec l'entourage et la vie sociale en général.

3.4 Cueillette des données

La cueillette des données s'est déroulée entre le 15 octobre 1989 et le 15 avril 1990. Toutes les entrevues ont été réalisées au cours de cette période.

Au cours de la période précédant la cueillette des données, chaque maison d'hébergement a désigné deux membres de son personnel pour effectuer les entrevues. Des deux

enquêteuses désignées, l'une était nommée à titre de remplaçante dans l'éventualité où l'enquêteuse principale aurait été dans l'impossibilité de compléter l'ensemble des entrevues sur son territoire. Toutes les enquêteuses principales ont été en mesure de compléter l'enquête sur leur territoire respectif.

Chaque enquêteuse devait ensuite compléter une fiche relevant les informations générales sur les femmes comprises dans la population étudiée. Ces informations ont servi à identifier pour chaque maison d'hébergement la date de la fin de l'hébergement, la localité de résidence, l'âge et la présence d'enfants au moment de l'hébergement. Pour chaque fiche, un numéro de dossier était attribué, numéro qui était utilisé pour l'ensemble des instruments de l'enquête. Par la suite, toutes les enquêteuses ont reçu une formation théorique et pratique sur l'enquête, le déroulement des entrevues et les instruments. Cette formation, d'une durée d'une semaine, s'est tenue la première semaine d'octobre et a été donnée par une responsable de l'enquête Santé Québec.

L'ouverture des quatre maisons d'hébergement à l'étude se situe entre 1982 et 1986. Au début des opérations de ces maisons, seules quelques informations étaient colligées. Ces informations permettaient essentiellement l'identification nominale des femmes et de leurs enfants. Au cours des années, des informations plus détaillées et précises ont été recueillies, notamment les dates de naissance et le lieu de résidence. Lors de la première cueillette de données réalisée pour établir le relevé des femmes hébergées, plusieurs informations étaient manquantes et touchaient plus particulièrement les premières femmes qui ont été hébergées.

A partir de la liste des femmes à rejoindre, chaque enquêteuse avait pour tâche de localiser chacune de ces femmes, de communiquer avec elles et de les persuader de participer à l'enquête ainsi que de réaliser les entrevues. Lorsque le numéro de téléphone et l'adresse que l'enquêteuse possédait ne permettaient pas de rejoindre l'enquêtée, celle-ci entreprenait des démarches de recherche consistant à contacter des personnes de l'entourage pour tenter de localiser cette femme.

Parmi les femmes hébergées entre la date d'ouverture de chacune des maisons et le 1er octobre 1988, 153 femmes ont pu être localisées et rejointes, ce qui représente un peu plus d'une femme sur quatre (tableau 1). De ces 153 femmes, 41 ont refusé de participer à l'enquête. Parmi les femmes non rejointes, malgré des démarches effectuées

après de leur entourage, aucune information n'a pu être obtenue pour près des deux tiers de ces femmes, alors que ces démarches ont permis de constater que le tiers de ces femmes ont quitté la région. Ainsi, des 583 femmes hébergées, 153 ont pu être rejointes dont 110 ont accepté de participer à l'enquête.

TABLEAU 1 Population étudiée selon le degré d'atteinte et la participation

Population étudiée	N	%	N	%
• Femmes rejointes	153	26,2		
- Refus			41	26,8
- Impossibilité de réaliser l'entrevue			2	1,2
- Entrevue réalisée			110	71,8
• Femmes non rejointes	430	73,8		
- A l'extérieur de la région			142	33,0
- Aucune information			276	64,2
- Décédée et autres motifs			12	2,8
Total	583	100,0		

L'entrevue a été réalisée, règle générale, au domicile de la femme. Dans certains cas, le questionnaire a été administré à la maison d'hébergement ou au Département de santé communautaire de Rimouski. Pour les femmes ayant quitté le secteur de résidence de la maison d'hébergement où elles avaient été hébergées, mais demeurant toujours dans la région, l'entrevue était réalisée par l'enquêtrice de la maison d'hébergement située le plus près de la résidence de ces femmes. Pour les femmes ayant quitté la région, aucune autre démarche n'était entreprise.

A l'exception de la mesure du type de violence subie, les données ont été recueillies en utilisant les instruments de l'enquête Santé Québec (Annexe 4). Les questions relatives à la violence conjugale ont fait l'objet d'un pré-test avant la tenue de l'enquête. Toutes les données ont été obtenues par questionnaires fermés dont une partie était complétée par entrevue et une partie était auto-administrée. Cette procédure respecte celle utilisée par Santé Québec.

Le taux de réponse obtenu au QAA est de 86%. La proportion de QAA remplis partiellement par rapport aux QAA retournés est relativement élevée (35%) mais elle est due essentiellement à une question spécifique qui a trait à la source de revenu (question 63). Pour l'ensemble des femmes qui ont participé à l'enquête, le taux de réponse au QAA pour la majorité des questions se situe entre 80 et 86%. Les caractéristiques des non-répondantes et de celles qui ont répondu partiellement ne diffèrent pas des répondantes pour les variables apparaissant au QRI qui ont pu faire l'objet d'une vérification, soit l'âge, le statut d'activité et la présence d'enfants de moins de 18 ans (Annexe 5).

3.5 Traitement des données

Tous les questionnaires ont été vérifiés et les données manquantes ou non congruentes ont été vérifiées auprès des enquêteuses. Après vérification, les données ont été codifiées à l'aide du manuel de codes utilisé par Santé Québec. La vérification, la codification et la saisie des données, à l'exception des médicaments et des problèmes de santé, ont été assurées par une seule personne habilitée à cette fin. Les médicaments ont été codifiés par deux étudiants en pharmacie de l'Université Laval alors que les problèmes de santé ont été codifiés par un archiviste ayant participé à la codification des problèmes de santé lors de l'enquête Santé Québec. Une vérification de l'exactitude des données saisies a été effectuée sur 10% des questionnaires choisis au hasard. Le taux d'erreur dans la transcription des données s'est avéré inférieur à 1 pour 1000 enregistrements.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Le test du Chi Carré a été appliqué pour déceler la présence de différences significatives au sein de la population étudiée, qu'il s'agisse des femmes ou de leurs enfants. Lors de la comparaison des données des femmes ex-hébergées et de leurs enfants avec les données des femmes de l'enquête Santé Québec et de leurs enfants, le calcul des intervalles de confiance a permis d'identifier les différences significatives pour l'ensemble des résultats. Le seuil de confiance a été fixé à 0,95. L'intervalle de confiance tenait compte de l'effet de plan pour les données de l'ESQ.

3.6 Analyse

L'analyse a été faite en fonction des objectifs de l'étude et des hypothèses. Ainsi, les données recueillies sont analysées dans un premier temps en vue de décrire les

caractéristiques socio-économiques et conjugales et le type de violence subie. Dans un second temps, les données sont analysées en vue de décrire le profil social des femmes et le profil de santé des femmes et des enfants étudiés. Le profil social décrit les résultats de l'indice d'intégration sociale et les données sur le support perçu. Le profil de santé comprend la perception de l'état de santé, la prévalence des problèmes de santé chroniques, les résultats à l'échelle de santé mentale ainsi que la consommation de médicaments et l'utilisation de services de santé. Ces données sont ensuite comparées aux données de l'enquête Santé Québec pour la population de référence de femmes et d'enfants dont les caractéristiques socio-économiques sont comparables. Enfin, ces données sur le profil de santé et le profil social sont décrites selon la violence subie et l'évolution de la situation conjugale et le délai depuis le séjour en maison d'hébergement.

4. RÉSULTATS

Les résultats de l'enquête auprès des femmes ex-hébergées sont présentés dans une première partie de manière à décrire les caractéristiques socio-économiques des femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement pour raison de violence conjugale. Ces informations sont suivies dans un deuxième temps des résultats qui constituent le coeur de cette étude, soit les données qui décrivent leur profil social, leur état de santé ainsi que l'état de santé de leurs enfants. La seconde partie des résultats vise à vérifier les hypothèses selon lesquelles le profil social et l'état de santé des femmes varient en fonction de certaines caractéristiques sociales et de la violence subie.

Tout au long de la présentation des résultats de la première partie, les données de chacune des variables retenues pour décrire le profil social et l'état de santé des femmes et de leurs enfants sont comparées aux données du groupe de référence constitué de femmes de la population générale ayant participé à l'enquête Santé Québec et ayant des caractéristiques socio-économiques comparables. Dans le but d'alléger le texte, les femmes à l'étude, c'est-à-dire les femmes violentées par leur conjoint ayant séjourné en maison d'hébergement, seront désignées sous le terme "femmes ex-hébergées" pour les distinguer des femmes de l'enquête Santé Québec. Dans la même optique, les données apparaissant dans le texte représentent les principaux résultats alors que les données détaillées sont présentées à l'annexe 6.

PARTIE I - DESCRIPTION

4.1 Caractéristiques de la population étudiée

4.1.1 Population à l'étude et population étudiée

Une des difficultés liées à la réalisation de cette enquête a été de rejoindre les femmes. Parmi les 583 femmes ex-hébergées, 74% n'ont pu être rejointes. Les deux principales raisons identifiées sont, en premier lieu, que les informations sur leur lieu de résidence n'étaient plus exactes et que les membres de leur entourage qui ont pu être contactés n'étaient pas en mesure de fournir des informations permettant de les rejoindre et, en deuxième lieu, qu'une partie importante de ces femmes ont quitté la région principalement vers Montréal et Québec.

Les caractéristiques qui distinguent les femmes qui ont été rejointes de celles non rejointes sont l'âge au moment de l'hébergement, la présence d'enfants et la distance de la maison d'hébergement (tableau 2). Ainsi, les femmes âgées de moins de 30 ans, celles qui n'ont pas d'enfants et celles demeurant à plus de 30 kilomètres de la maison d'hébergement ont été rejointes dans des proportions moindres que les femmes des autres groupes. Le temps écoulé depuis la fin de l'hébergement n'a pas d'influence marquée sur le fait de rejoindre ou non ces femmes.

TABLEAU 2 Caractéristiques lors de l'hébergement des femmes rejointes et non rejointes

Caractéristiques	Population non rejointe	Population rejointe	
	%	%	p
Délai depuis la fin de l'hébergement	(429)	(153)	
1 an	26,6	37,9	0,07
2 ans	31,5	26,8	
3 ans	23,1	19,0	
4 ans et +	18,9	16,3	
Age au moment de l'hébergement	(365)	(144)	
19 ans et -	8,8	2,8	<0,01
20 - 29 ans	40,8	26,4	
30 - 39 ans	28,2	40,3	
40 - 49 ans	17,5	18,8	
50 ans et +	4,7	11,8	
Présence d'enfants lors de l'hébergement	(429)	(153)	
Oui	67,1	83,7	<0,01
Non	32,9	16,3	
Distance de la maison d'hébergement	(401)	(153)	
9 km et -	40,1	54,9	<0,01
10 - 29 km	15,0	28,1	
30 - 59 km	12,5	7,8	
60 km et +	32,4	9,2	

Parmi les femmes rejointes, certaines ont refusé de participer à l'enquête. Elles représentent le quart des femmes rejointes. Pour l'ensemble des variables considérées, les femmes qui ont refusé et celles qui ont accepté de participer à l'enquête ne se distinguent pas par ces caractéristiques. L'âge est la seule caractéristique qui distingue

ces femmes de celles qui ont accepté, la participation apparaissant plus faible chez les femmes plus jeunes (tableau 3).

TABLEAU 3 Femmes rejointes selon leur participation et certaines caractéristiques lors de l'hébergement

Caractéristiques	Refus %	Population enquêtée %	p
Maison d'hébergement	(41)	(110)	
Rimouski	41,5	43,6	0,93
Matane	26,8	21,8	
Ste-Anne-des-Monts	17,1	19,1	
Pabos	14,6	15,5	
Délai depuis la fin de l'hébergement	(41)	(110)	
1 an	31,7	40,0	0,66
2 ans	26,8	27,3	
3 ans	19,5	18,2	
4 ans et +	22,0	14,5	
Age au moment de l'hébergement	(32)	(110)	
19 ans et -	3,1	2,7	0,17
20 - 29 ans	37,5	23,6	
30 - 39 ans	25,0	43,6	
40 - 49 ans	25,0	17,3	
50 ans et +	9,4	12,7	
Présence d'enfants lors de l'hébergement	(41)	(110)	
Oui	80,5	84,5	0,73
Non	19,5	15,5	
Distance de la maison d'hébergement	(41)	(110)	
9 km et -	61,0	53,6	0,57
10 - 29 km	26,8	27,3	
30 - 59 km	7,3	8,2	
60 km et +	4,9	10,9	

4.1.2 Caractéristiques actuelles

Le portrait qui se dégage à l'examen des caractéristiques socio-économiques actuelles des femmes étudiées montre certaines particularités (tableau 4). Ainsi, parmi ces femmes, la majorité ont des enfants de moins de 18 ans, très peu sont mariées et, pour celles qui vivent en situation de couple, dans 1 cas sur 2, il s'agit d'une union de fait. Elles sont peu scolarisées et ont un faible revenu. Ce portrait ne diverge pas du portrait des femmes qui

TABLEAU 4 Caractéristiques socio-économiques des femmes à l'étude

Caractéristiques	ESFV %	ESQ %
Age au moment de l'enquête*	(110)	(3510)
20 - 29 ans	14,5	14,5
30 - 39 ans	43,6	43,6
40 - 49 ans	25,5	27,3
50 ans et +	16,4	14,5
Activité principale*		
Travail	29,1	30,0
Études	11,8	10,0
Tenait maison	48,2	50,9
Inactive-santé	6,4	3,7
Inactive-autres	4,5	5,5
Scolarité relative*		
Quintile 1	31,8	30,0
Quintile 2	21,8	23,6
Quintile 3	22,7	25,5
Quintile 4	16,4	13,6
Quintile 5	7,3	7,3
Statut civil*		
Mariée	29,8	46,5
Vivant en union de fait	25,5	6,3
Séparée/Divorcée	37,2	37,2
Veuve	1,1	2,3
Seule	6,4	7,7
Nombre d'enfants de 17 ans et -		
0	35,5	35,4
1	29,1	27,2
2	23,6	24,6
3 et +	11,8	12,7
Revenu personnel		
0\$ - 5 999\$	40,0	36,4
6 000\$ - 11 999\$	45,6	30,0
12 000\$ - 19 999\$	8,9	17,1
20 000\$ et +	5,5	16,6

* Les femmes de l'ESQ ont été jumelées aux femmes de l'ESFV pour ces variables et, en conséquence, ces données ne sont représentatives uniquement que des caractéristiques des femmes de l'ESFV.

utilisent les services des maisons d'hébergement. Toutefois, ce portrait socio-économique se distingue à plusieurs égards de celui de l'ensemble des femmes du Québec. Elles correspondent à moins de 40% des femmes québécoises, proportion de femmes dans l'enquête Santé Québec qui ont pu être jumelées aux femmes de cette enquête sur la base des seules caractéristiques d'âge, de scolarité, de statut civil et de l'activité principale (tableau 4). La différence observée entre ces femmes par rapport au statut civil est attribuable au fait que, lors du jumelage, les statuts *mariée* et *vivant en union de fait* ont été regroupés. Ainsi, la proportion de femmes ex-hébergées vivant en union de fait est de loin supérieure à celle des femmes de l'ESQ. Enfin, les femmes ex-hébergées sont deux fois moins nombreuses que les femmes de l'ESQ à disposer d'un revenu personnel supérieur à 12 000\$.

4.1.3 Évolution des caractéristiques socio-économiques

L'enquête recueillait des données sur certaines caractéristiques au moment de l'hébergement afin de vérifier l'évolution de ces caractéristiques depuis le séjour de ces femmes en maison d'hébergement. Les caractéristiques retenues à cette fin sont le statut civil, l'activité principale, la scolarité, la présence d'enfants de moins de 18 ans, le revenu personnel et la principale source de revenu.

Ces données indiquent que, à l'exception de la présence d'enfants et de la scolarité, la moitié des femmes enregistrent des modifications depuis leur hébergement au plan économique par des changements touchant l'activité principale, le revenu personnel et la principale source de revenu (tableau 5). Toutefois, dans l'ensemble, ces modifications n'ont pas entraîné une amélioration sensible de leur niveau économique puisque celles qui ont connu une amélioration sensible de leurs conditions économiques demeurent marginales. Ainsi, seulement 10% des femmes qui avaient un revenu inférieur à 12 000\$ ont aujourd'hui un revenu supérieur à ce montant et 15% sont passées de l'aide sociale au marché du travail. Par ailleurs, plus du quart des femmes dont le revenu était de 12 000\$ et plus ont maintenant un revenu inférieur à 12 000\$. Les changements qui touchent le plus de femmes sont enregistrés chez celles dont le revenu personnel était inférieur à 6 000\$. La proportion de celles qui sont passées de la maison aux études est relativement élevée et concerne un peu plus de 15% des femmes. Cette proportion de femmes qui sont retournées aux études expliquerait l'augmentation du niveau de scolarité noté chez 20% des femmes.

TABLEAU 5 Évolution des caractéristiques socio-économiques entre le moment de l'hébergement et le moment de l'enquête

Situation lors de l'hébergement		---> Situation au moment de l'étude	
	N	N	%
<u>Statut civil</u>			
• Mariée	64	• Mariée	24 37,5
		• Union de fait	11 17,2
		• Séparée/divorcée	28 43,8
		• Veuve	1 1,6
• Union de fait	18	• Union de fait	9 50,0
		• Mariée	1 5,6
		• Séparée	8 44,4
<u>Présence d'enfant de moins de 18 ans</u>			
• Sans enfant	5	• Sans enfant	4 80,0
		• Avec enfant	1 20,0
<u>Scolarité</u>			
• < 12e année	60	• Moins de 12 ans	48 80,0
		• 12 ans et +	12 20,0
<u>Revenu personnel</u>			
• < 6 000\$	56	• Moins de 6 000\$	30 53,6
		• 6 000 - 11 999\$	20 35,7
		• 12 000\$ et +	6 10,7
• 6 000-11 999\$	22	• 6 000 - 11 999\$	19 86,4
		• Moins de 6 000\$	1 4,5
		• 12 000\$ et +	2 9,1
• 12 000\$ et +	7	• 12 000\$ et +	5 71,4
		• Moins de 12 000\$	2 28,6
<u>Principale occupation</u>			
• Maison	67	• Maison	49 73,1
		• Travail extérieur	1 1,5
		• Études	11 16,4
		• Autres	6 9,0
<u>Principale source de revenu</u>			
• Emploi	17	• Emploi	11 64,7
		• Aide sociale	3 17,6
		• Autres	3 17,6
• Aide sociale	26	• Aide sociale	20 76,9
		• Emploi	4 15,4
		• Autres	2 7,7

La caractéristique socio-économique qui enregistre des changements affectant une majorité de femmes est le statut civil. Ainsi, plus de 60% des femmes mariées lors de l'hébergement sont séparées ou divorcées au moment de l'enquête.

4.1.4 Dépendance envers le conjoint

Trois éléments ont été retenus pour estimer la dépendance envers le conjoint. La dépendance économique a été mesurée d'une part, par la perception que les femmes ont de leur dépendance financière à l'égard du conjoint, qu'elles demeurent ou non avec un conjoint et qu'il s'agisse du conjoint violent ou d'un nouveau conjoint et, d'autre part, par la possession d'un compte de banque (tableau 6). Même si une majorité de femmes ont changé de statut civil, deux femmes sur trois demeurent financièrement dépendantes d'un conjoint, soit en totalité, ce qui est le cas d'une femme sur deux, soit en partie. Dans les faits, trois femmes sur cinq n'ont pas de compte de banque à leur propre nom; ainsi, soit qu'elles n'aient pas du tout de compte de banque (29%), soit qu'il s'agisse d'un compte conjoint.

TABLEAU 6 Dépendance et peur envers le conjoint

Composantes	N	%
Dépendante du conjoint (88)		
Oui	43	48,9
En partie	16	18,2
Non	29	32,9
Compte de banque (91)		
Non	26	28,6
Oui - compte conjoint	28	30,8
Oui - compte personnel	37	40,6
Peur que le conjoint arrive à l'improviste (55)		
Oui	14	25,5
Non	41	74,5

Le troisième élément retenu pour évaluer la dépendance envers le conjoint s'adresse aux femmes qui ont changé de statut civil et réfère au sentiment de peur qu'elles ont que le conjoint violent arrive à l'improviste. Parmi les femmes qui ont quitté leur conjoint, 25% ont ce sentiment.

RÉSUMÉ

Le profil socio-économique des femmes au moment de l'enquête est sensiblement le même profil que ces femmes présentaient au moment de leur séjour en maison d'hébergement.

Les modifications enregistrées entre le moment de l'hébergement et le moment de l'enquête n'ont pas amené d'amélioration sensible de leur situation économique. Très peu de femmes sont passées de la maison au marché du travail. Dans l'ensemble, très peu de femmes ont vu leur revenu personnel dépasser le seuil des 12 000\$ et la majorité des femmes qui ont vu leur revenu personnel augmenter avaient alors un revenu personnel inférieur à 6 000\$. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que les revenus de la famille ne leur étaient pas disponibles personnellement lors de l'hébergement ou peut s'expliquer par une augmentation des prestations d'aide sociale, principale source de revenu pour plusieurs de ces femmes.

La modification la plus importante est le changement de statut civil. Près de la moitié des femmes qui étaient mariées ou qui vivaient en union de fait lors de l'hébergement vivent maintenant sans conjoint. Cette modification est sans doute la plus appréciable en regard de la violence conjugale que ces femmes ne sont plus officiellement en situation de subir.

Toutefois, malgré le changement de statut civil et une augmentation de leur revenu personnel, qui demeure pour la plupart d'entre elles sous le seuil de la pauvreté, près de 70% des femmes sont économiquement dépendantes d'un conjoint. Et cette dépendance se manifeste également chez celles qui ont quitté leur conjoint par la peur que le quart d'entre elles entretiennent à l'égard de celui-ci.

4.2 Violence subie

Quatre formes de violence ont été mesurées aussi bien pour la violence subie par les femmes que pour la violence exercée à l'égard des enfants (tableaux 7 et 8). Toutes les femmes ont évidemment subi de la violence de la part de leur conjoint, l'étude s'adressant exclusivement à ces femmes. Plus de la moitié d'entre elles ont été victimes de trois ou quatre formes de violence. Les formes de violence les plus fréquentes sont la violence psychologique et la violence verbale. Sans exclure les autres formes de violence, plus de la moitié des femmes ont subi de la violence physique alors que plus de 25% ont subi de la

violence sexuelle. La violence rapportée par ces femmes, et exercée à leur endroit, correspond au modèle de violence conjugale où les épisodes de violence impliquant des agressions physiques sont habituellement précédés d'épisodes de violence psychologique et verbale.

TABLEAU 7 Violence subie par les femmes

	N	%
Fréquence (95)		
1 forme de violence	15	15,8
2 formes de violence	21	22,1
3 formes de violence et +	59	62,1
Prévalence		
Violence psychologique	87	91,6
Violence verbale	81	85,3
Violence physique	52	54,7
Violence sexuelle	26	27,4

Pour les femmes victimes de violence conjugale qui ont des enfants, la proportion d'enfants victimes de violence est importante, c'est 70% des enfants qui ont également été violentés. Plus de la moitié des enfants de ces femmes ont subi au moins deux formes de violence. La violence verbale et la violence psychologique sont les deux formes de violence les plus fréquemment rapportées. Ainsi, 1 enfant sur 2 est victime de violence verbale ou psychologique, 1 enfant sur 4 est un enfant battu et 1 enfant sur 20 est sexuellement agressé.

TABLEAU 8 Violence subie par les enfants

	N	%
Fréquence (81)		
Aucune forme de violence	24	29,6
1 forme de violence	16	19,8
2 formes de violence	21	25,9
3 formes de violence et +	20	24,7
Prévalence		
Violence verbale (87)	49	56,3
Violence psychologique (84)	46	54,8
Violence physique (84)	20	23,8
Violence sexuelle (87)	4	4,6

RÉSUMÉ

La violence dont les femmes ex-hébergées ont été victimes correspond au modèle de violence conjugale tel que décrit dans la littérature. Presque toutes les femmes ont été victimes de violence psychologique et verbale alors que la violence physique est rapportée par 50% de ces femmes. De plus, la majorité des femmes ont subi plus d'une forme de violence. Le fait le plus marquant demeure que la majorité des enfants de ces femmes ont également été victimes de violence, dont 25% ont été battus et 5% ont été agressés sexuellement.

4.3 Profil social

Le profil social de ces femmes est décrit à partir d'éléments de l'environnement social mesurant les relations que les personnes entretiennent avec les membres de leur entourage et la satisfaction qu'elles tirent de ces relations. Les éléments retenus pour décrire l'environnement social sont la fréquence des rencontres sociales, la présence d'un conjoint, d'amis et d'enfants ainsi que la proportion de temps libre passé avec d'autres. Ces différents éléments de l'environnement social, analysés par l'enquête Santé Québec, permettent d'évaluer l'intégration sociale et le support social perçu.

4.3.1 Intégration sociale

La mesure des relations sociales des femmes avec leur entourage permet d'évaluer leur intégration sociale à partir d'un indice qui tient compte des contacts qu'elles entretiennent avec les personnes de leur entourage. Cet indice est construit à partir de cinq éléments de l'environnement social: rencontres sociales, conjoint, amis, enfants et temps libre. Pour chacun de ces éléments de l'environnement social, un point est accordé lorsque les réponses données indiquent la présence de relations sociales suivies. L'indice prend la valeur de 0 à 5: 0 à 2 signifiant une faible intégration sociale, 3 signifiant une intégration modérée et de 4 à 5, une intégration sociale élevée.

Les résultats de l'enquête montrent que la presque totalité des femmes étudiées ont des enfants, des amis et participent régulièrement à des rencontres sociales (tableau 9).

Toutefois, lors de temps libre, une femme sur quatre se retrouve seule et près d'une femme sur deux n'a pas de conjoint, qu'il s'agisse d'une union légale ou d'une union libre.

Ces femmes se distinguent des femmes de l'enquête Santé Québec principalement par le fait d'être plus nombreuses à se retrouver seules quoiqu'elles soient proportionnellement plus nombreuses à avoir des enfants de moins de 18 ans.

Près de trois femmes sur quatre ont un indice d'intégration sociale élevé et, considérées globalement, elles ne se distinguent pas des femmes de l'ESQ (tableau 10).

TABLEAU 9 Proportion des femmes qui ont obtenu un point par question d'intégration sociale, ESFV et ESQ

Intégration sociale	ESFV %	ESQ %
Rencontres sociales 1 fois/ 2-3 mois et +	94,6	92,9
Temps libre Moitié du temps ou + avec d'autres	* 73,1	* 83,4
Présence d'amis	91,4	97,2
Présence d'un conjoint	54,8	56,2
Présence d'enfants	* 93,6	* 85,5

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

TABLEAU 10 Indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ

Indice d'intégration sociale	ESFV %	ESQ %
Faible	3,2	5,5
Modéré	23,2	15,8
Élevé	73,7	78,6

4.3.2 Support social perçu

Le support social perçu est mesuré à partir de la satisfaction des femmes face à leurs relations avec leurs amis, leur conjoint et leurs enfants et face à leur vie sociale.

Exception faite des relations avec leurs amis, la proportion de femmes qui sont insatisfaites se situe entre 10 et 26% selon les éléments de l'environnement social considérés (tableau 11). L'insatisfaction la plus marquée se situe dans les relations conjugales. L'insatisfaction face à leur vie sociale est exprimée par une femme sur cinq et l'insatisfaction dans leurs relations avec leurs enfants par une femme sur dix.

TABLEAU 11 Proportion des femmes insatisfaites de leur support social selon diverses composantes du support perçu, ESFV et ESQ

Composantes Support social perçu	ESFV %	ESQ %
Amis	2,4	3,2
Vie sociale	20,4	16,4
Conjoint	*26,0	*6,8
Enfants	*10,5	*3,3

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Elles se distinguent des autres femmes sur deux points. Elles sont trois fois plus nombreuses à être insatisfaites de leurs relations avec leurs enfants et quatre fois plus à être insatisfaites de leurs relations conjugales lorsqu'elles vivent en situation de couple.

La principale source de support social perçu apparaît être les amis. Presque la totalité des femmes ont des relations avec des amis et ces relations sont satisfaisantes. Ce qui n'est pas le cas pour les relations conjugales et les relations avec les enfants.

RÉSUMÉ

Le profil social des femmes ex-hébergées indique que ces femmes jouissent d'une bonne intégration sociale principalement par le fait qu'elles ont des enfants, des amis et qu'elles participent sur une base régulière à des rencontres sociales. Elles sont cependant nombreuses à ne pas avoir de conjoint puisqu'une proportion importante de ces femmes

vivent seules. Par contre, cette situation est compensée par des relations qu'elles entretiennent avec d'autres personnes.

Toutefois, malgré une bonne intégration sociale, le taux d'insatisfaction dans leurs relations avec leurs enfants et avec leur conjoint, lorsqu'elles sont en situation de couple, de même que le taux d'insatisfaction face à leur vie sociale indiquent que le support social de ces femmes repose principalement sur leurs amis. Le fait que ces femmes se retrouvent souvent seules durant leur temps libre suppose que la présence d'amis, à elle seule, serait insuffisante pour assurer un support social satisfaisant ainsi qu'une vie sociale satisfaisante.

4.4 État de santé

Les problèmes de santé traités dans cette partie comprennent l'ensemble des problèmes de santé physique, les problèmes de poids et les problèmes de santé mentale. Une mesure globale de l'état de santé s'ajoute aux problèmes de santé rapportés par la mesure de la perception que les femmes ont de leur état de santé. Lors de l'analyse des données de l'enquête Santé Québec, les réponses à cette question ont montré une concordance à la fois avec les problèmes de santé rapportés et l'état de santé mentale.

4.4.1 Femmes

Problèmes de santé

Les problèmes de santé physique ont été identifiés à partir des problèmes de santé rapportés aux sections du questionnaire rempli par interview (QRI) traitant des problèmes de santé chroniques, de la consultation auprès de professionnels, de la consommation de médicaments ainsi que des accidents et blessures.

Tout comme pour l'enquête Santé Québec, les troubles de la vision, correspondant à des vices de réfraction et à des troubles de l'accommodation, ainsi que les troubles de l'audition, qui correspondent à des difficultés à entendre, ne figurent pas parmi les problèmes de santé. Pour l'enquête auprès des femmes ex-hébergées, ces problèmes ont été identifiés lors de l'entrevue, alors que pour l'enquête Santé Québec, ces problèmes ont été identifiés au questionnaire auto-administré et n'ont pas été retenus lors de l'analyse

des problèmes de santé. Par contre les autres troubles de la vision ou de l'audition, qui ont été spécifiés dans les différentes sections du QRI, sont inclus dans les problèmes de santé.

Les questions sur les problèmes de santé indiquent que la presque totalité des femmes ex-hébergées rapportent au moins un problème de santé (tableau 12). La majorité d'entre elles rapportent plus d'un problème, ce qui est effectivement le cas pour neuf femmes sur dix. En moyenne, quatre problèmes de santé sont rapportés par ces femmes.

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées ne présentent pas le même profil de problèmes de santé. D'une part, la proportion de femmes de l'enquête Santé Québec ne présentant aucun problème de santé est de 30%, alors que cette proportion est de 2% seulement chez les femmes ex-hébergées. Enfin, le nombre moyen de problèmes de santé rapportés par les femmes de l'enquête Santé Québec est deux fois moindre, soit moins de deux problèmes par femme. En somme, les femmes ex-hébergées sont plus nombreuses à avoir des problèmes de santé et elles ont également plus de problèmes de santé que les autres femmes.

TABLEAU 12 Fréquence des problèmes de santé chez les femmes, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV %	ESQ %
Au moins un problème	*98,2	*70,7
• Un problème	*10,0	*25,2
• Plus d'un problème	*88,2	*45,5
Aucun problème	*1,8	*29,3

Nombre moyen de problèmes/femme	4,1	1,8

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Les problèmes de santé les plus fréquents chez les femmes ex-hébergées sont les troubles mentaux, les affections ostéo-articulaires — arthrite et rhumatisme et maux de dos —, les maux de tête, les troubles digestifs et les affections cutanées (tableau 13). L'ensemble de ces problèmes représente près de la moitié des problèmes de santé de ces femmes.

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, ce sont les mêmes problèmes de santé qui sont les plus fréquents. Toutefois la prévalence de ces problèmes, et des autres problèmes, est différente. Ainsi, les femmes ex-hébergées, comparativement aux femmes de l'enquête Santé Québec, ont une prévalence quatre fois plus élevée de troubles mentaux, de troubles digestifs, d'anémie et d'ulcères gastriques et duodénaux. La prévalence est deux fois plus élevée pour les maux de tête, les maux de dos, l'hypertension et l'asthme, la bronchite et l'emphysème. Les femmes ex-hébergées montrent cependant une prévalence moindre que les autres femmes de certains problèmes de santé. Ainsi, elles rapportent moins d'affections respiratoires aiguës, de grippe, de troubles de la thyroïde, de malaise et de fatigue ainsi que d'autres affections ostéo-articulaires.

TABLEAU 13 Taux de problèmes de santé par 100 femmes, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV	ESQ
Troubles mentaux	*75,5	*19,9
Maux de tête	*45,5	*20,3
Arthrite et rhumatisme	*32,7	*18,0
Maux de dos	*32,7	*15,1
Troubles digestifs fonctionnels	*25,5	*7,7
Troubles de la vision	*23,6	*1,3
Allergies et affections cutanées	*22,7	*11,6
Hypertension	*14,5	*6,7
Asthme, bronchite, emphysème	*13,6	*5,0
Traumatismes	13,6	7,2
Allergies	12,7	9,1
Anémie	*11,8	*3,8
Troubles des organes génitaux féminins	9,1	4,9
Rhume des foins	*8,2	*5,5
Ulcères gastriques et duodénaux	8,2	2,2
Maladies cardiaques	7,3	4,7
Affections respiratoires aiguës	4,5	7,2
Autres troubles digestifs	4,5	2,9
Troubles de thyroïde	2,7	3,7
Grippe	2,7	4,0
Troubles de la dentition	2,7	0,8
Malaise et fatigue	2,7	4,7
Troubles de l'audition	1,8	1,3
Autres affections ostéo-articulaires	0,9	5,2
Autres	47,2	14,9

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Les femmes ex-hébergées ont davantage de problèmes de santé que les femmes de l'enquête Santé Québec, et les problèmes qui les affectent en plus grand nombre sont surtout des problèmes de santé mentale et des problèmes chroniques de santé physique.

Indice pondéral

L'indice pondéral est obtenu en utilisant l'indice de masse corporelle calculé à partir du rapport poids/taille (Indice de Quételet). Les quatre catégories de cet indice ont été établies selon les limites des valeurs de l'indice pondéral qui s'appliquent aux femmes, soit:

- poids insuffisant: valeurs inférieures à 18,7;
- poids normal: valeurs comprises entre 18,7 et 23,7;
- excès de poids: valeurs comprises entre 23,8 et 28,5;
- obésité: valeurs égales ou supérieures à 28,6.

Parmi les femmes ex-hébergées, une proportion importante de femmes ont un poids qui se situe au-dessus du poids normal, soit près d'une femme sur deux (tableau 14). Ainsi, près de 20% des femmes ex-hébergées sont obèses et plus de 25 % ont un poids excessif compte tenu de leur taille. L'insuffisance de poids se retrouve chez 10% de ces femmes.

TABLEAU 14 Indice pondéral, ESFV et ESQ

Indice pondéral	ESFV %	ESQ %
Poids insuffisant	9,5	7,7
Poids normal	43,2	52,2
Excès de poids	28,4	29,2
Obésité	18,9	10,8

Comparées aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées présentent une proportion plus élevée de femmes obèses, réduisant d'autant la proportion de femmes ayant un poids normal. Ainsi, les femmes ex-hébergées sont proportionnellement moins nombreuses que les autres femmes à avoir un poids normal et elles sont près de deux fois

plus nombreuses à être obèses. Les différences observées ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Accidents et blessures

Les accidents retenus par l'enquête sont les accidents qui ont causé des blessures suffisamment graves pour obliger la personne à limiter ses activités normales.

Dans l'ensemble, les femmes ex-hébergées ont un taux d'accidents avec blessures d'un accident pour dix femmes (tableau 15). Le principal lieu d'accident est la maison où près de la moitié des accidents se produisent.

TABLEAU 15 Taux d'accidents chez les femmes selon le lieu, ESFV et ESQ

	Accidents pour 100 femmes						Total
	Maison	Route	École	Travail	Loisirs	Autres	
• ESFV	4,5	1,8	0,9	0,9	0,0	1,8	10,0
• ESQ	1,5	1,1	0,0	0,4	0,4	2,0	5,4

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, elles sont deux fois plus nombreuses à avoir des accidents. La différence est surtout attribuable aux accidents qui se produisent à la maison.

Problèmes psychologiques qualifiés de sévères

Les problèmes psychologiques qualifiés de sévères sont tirés des questions portant sur les problèmes de santé chroniques. Ces problèmes sont identifiés par les questions portant spécifiquement sur les éléments suivants: déficience mentale ou intellectuelle, dépression, périodes de grande nervosité ou d'irritabilité, périodes de confusion ou périodes où la personne a des visions ou entend des voix ou pense que quelqu'un l'espionne.

Près de la moitié des femmes ex-hébergées ont un ou plus d'un problème psychologique qualifié de sévère (tableau 16). Ce sont les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité qui constituent le problème le plus fréquent. La dépression vient en deuxième lieu. Les

périodes de confusion ou perte de mémoire occupent le troisième rang et touchent une femme sur cinq.

TABLEAU 16 Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les femmes, ESFV et ESQ

Problèmes psychologiques sévères	ESFV %	ESQ %
Déficiences mentales	0,9	0,0
Dépression	* 14,5	* 3,7
Grande nervosité ou irritabilité	* 41,8	* 6,7
Confusion ou perte de mémoire	* 5,5	* 0,4
Vision et voix	2,7	0,2
Total des femmes	* 45,5	* 9,4

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées ont des problèmes psychologiques qualifiés de sévères dans des proportions supérieures. Elles sont près de cinq fois plus nombreuses à avoir de tels problèmes et elles se distinguent par la prévalence de périodes de grande nervosité et d'irritabilité, de dépression et de périodes de confusion ou perte de mémoire. Ainsi, alors que respectivement 7% et 4% des femmes de l'enquête Santé Québec rapportent des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité et souffrent de dépression, ces proportions sont respectivement de 42% et de 15% chez les femmes ex-hébergées.

Idées suicidaires et tentatives de suicide

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide portent sur les 12 derniers mois. Les questions évaluant les idées suicidaires étaient formulées de manière à ne conserver que les femmes qui avaient pensé sérieusement au suicide.

Au total, plus d'une femme hébergée sur huit a pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, alors que près de 3% ont fait une tentative de suicide au cours de la même période de temps (tableau 17).

TABLEAU 17 Idées suicidaires et tentatives de suicide, ESFV et ESQ

Suicide	ESFV %	ESQ %
Idées suicidaires	* 12,7	* 4,4
Tentatives de suicide	2,7	0,9

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Comparativement aux femmes de l'enquête Santé Québec, elles sont trois fois plus nombreuses à avoir pensé au suicide. Ainsi, les femmes ex-hébergées montrent un taux d'idéation suicidaire important, soit une femme sur huit, et se distinguent nettement des autres femmes.

Détresse psychologique

La détresse psychologique a été estimée à l'aide d'une échelle de santé mentale, le Psychiatric Symptom Index (PSI), constituée de 29 questions. Les résultats à ces questions varient sur une échelle de 0 à 100. Ces résultats sont ensuite divisés en trois niveaux de détresse psychologique sur la base de quintile. Les valeurs se situant à l'intérieur des trois premiers quintiles (0-59) indiquent un score faible, les valeurs qui se situent dans le quatrième quintile indiquent un score modéré alors que les valeurs se situant dans le cinquième quintile indiquent un score élevé de détresse psychologique. Pour les fins de la présente étude, les valeurs de référence pour déterminer les niveaux de détresse psychologique sont celles obtenues au PSI par les femmes de l'enquête Santé Québec.

Par comparaison aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées se retrouvent en plus forte proportion avec un niveau élevé de détresse psychologique (tableau 18). Pour l'ensemble de ces femmes, 34% obtiennent un score élevé, indiquant ainsi qu'une femme sur trois présente un niveau élevé de détresse psychologique, soit une fois et demie la proportion de femmes de l'enquête Santé Québec ayant un même niveau de détresse psychologique.

TABLEAU 18 Niveau de détresse psychologique, ESFV et ESQ

Niveau de détresse psychologique	ESFV %	ESQ %
Faible	52,0	60,0
Moyen	14,0	20,0
Élevé	*34,0	*20,0

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé, mesurée par une seule question, donne une indication de la perception que les femmes ont de leur propre état de santé comparativement à d'autres femmes de leur âge.

Parmi les femmes ex-hébergées, 40% s'estiment en très bonne et excellente santé (tableau 19). La proportion de femmes qui qualifient leur santé de moyenne et de mauvaise est d'un peu plus de 20%.

TABLEAU 19 Perception de l'état de santé, ESFV et ESQ

Perception de l'état de santé	ESFV	ESQ
Excellente	19,1	13,6
Très bonne	22,3	38,2
Bonne	37,2	34,1
Moyenne	18,1	12,1
Mauvaise	3,2	2,0

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, les femmes ex-hébergées sont moins nombreuses à s'estimer en bonne santé et sont conséquemment plus nombreuses à s'estimer en moins bonne santé. Elles sont également plus nombreuses que les femmes de l'enquête Santé Québec à se juger en excellente santé. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives de sorte que les femmes ex-hébergées et les autres femmes ont une perception de leur état de santé qui se rapproche.

RÉSUMÉ

Le portrait de santé qui se dégage de l'analyse des problèmes de santé des femmes ex-hébergées est loin d'indiquer que ces femmes sont en bonne santé physique et mentale. Les principaux problèmes qu'elles présentent sont des problèmes de santé mentale. Ces problèmes apparaissent autant lors de l'analyse des différents problèmes de santé que lors de l'analyse des problèmes psychologiques, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide ainsi qu'à l'échelle de détresse psychologique.

De plus, aux problèmes de santé mentale s'ajoute une série de problèmes chroniques de santé physique. A quelques exceptions près, toutes ces femmes ont plus d'un problème de santé.

Près de la moitié des femmes ex-hébergées ont au moins un problème psychologique qualifié de sévère. Comparées à des femmes ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques, elles sont plus nombreuses à avoir des problèmes de santé mentale et à présenter un niveau élevé de détresse psychologique. A l'exception de quelques problèmes aigus, les femmes ex-hébergées se démarquent nettement des autres femmes pour l'ensemble des problèmes de santé.

4.4.2 Enfants

L'état de santé des enfants de ces deux groupes de femmes est décrit à partir des problèmes rapportés dans les sections traitant des problèmes de santé chroniques, de la consommation de médicaments et de la consultation de professionnels ainsi que dans la section traitant des accidents et des blessures. A moins d'indications spécifiques, les mêmes critères et catégories définis pour les données décrivant l'état de santé des femmes sont utilisés pour décrire l'état de santé des enfants.

Problèmes de santé

Un peu plus de 60% des enfants des femmes ex-hébergées présentent au moins un problème de santé (tableau 20). La moitié de ces enfants ont plus d'un problème de santé. La moyenne est de 1,2 problème de santé par enfant.

TABLEAU 20 Fréquence des problèmes de santé chez les enfants, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV %	ESQ %
Au moins un problème	* 62,8	* 45,7
• Un problème	* 36,4	* 29,6
• Plus d'un problème	* 26,4	* 16,1
Aucun problème	* 37,2	* 54,3

Nombre moyen de problèmes/enfant	1,2	0,7

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Comparativement aux enfants des femmes de l'enquête Santé Québec, les enfants des femmes ex-hébergées sont plus nombreux à avoir des problèmes de santé et à présenter plus d'un problème. Pour ces enfants, le nombre moyen de problèmes est près du double de celui des autres enfants.

Les problèmes de santé les plus fréquents affectant les enfants sont les troubles mentaux, les allergies et affections cutanées, les maux de tête, l'asthme et les traumatismes (tableau 21). Ces problèmes de santé représentent la moitié des problèmes de santé affectant les enfants. Les problèmes respiratoires — les affections respiratoires aiguës, la grippe, le rhume des foins, l'asthme et la bronchite et l'emphysème — représentent pour leur part près du quart des problèmes de santé rapportés affectant ces enfants.

TABLEAU 21 Taux de problèmes de santé par 100 enfants, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV	ESQ
Troubles mentaux	*20,7	*4,5
Allergies et affections cutanées	13,2	8,0
Maux de tête	8,3	3,0
Asthme	7,4	5,4
Traumatismes	7,4	4,4
Affections respiratoires aiguës	6,6	6,3
Troubles de la dentition	5,8	1,9
Allergies	5,0	6,4
Arthrite et rhumatisme	4,1	1,2
Grippe	3,3	6,1
Bronchite, emphysème	3,3	1,4
Troubles de la vision	2,5	1,0
Maladies cardiaques	2,5	0,2
Troubles des organes génitaux féminins	2,5	0,3
Anémie	1,7	0,9
Rhume des foins	1,7	3,1
Maux de dos	1,7	0,7
Troubles de l'audition	1,7	3,8
Autres troubles digestifs	0,8	0,3
Autres affections ostéo-articulaires	0,8	0,4
Autres	13,2	8,7

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Le profil des problèmes de santé de ces enfants se distingue sensiblement de celui des enfants des femmes de l'enquête Santé Québec principalement par une prévalence élevée de troubles mentaux. Ils présentent cinq fois plus de troubles mentaux que les autres enfants.

Ce qui caractérise notamment ce portrait des problèmes de santé des enfants des femmes ex-hébergées, c'est à la fois la proportion importante d'enfants ayant au moins un problème de santé (63%) et la prévalence des troubles mentaux (21%) chez ces enfants.

Accidents et blessures

La proportion des enfants qui ont eu des accidents suffisamment graves pour causer des blessures entraînant une limitation des activités normales est de 7,4%. Chez les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec, cette proportion est deux fois moindre.

Ces accidents se sont produits principalement à la maison, à l'école et sur la route (tableau 22). À l'exception des lieux de loisirs où le taux d'accidents est comparable pour les deux groupes d'enfants, les enfants des femmes ex-hébergées présentent des taux d'accidents qui sont plus élevés.

TABLEAU 22 Taux d'accidents chez les enfants selon le lieu, ESFV et ESQ

	Accidents pour 100 enfants						Total
	Maison	Route	École	Travail	Loisirs	Autres	
• ESFV	4,1	2,0	3,1	0,0	1,0	0,0	10,2
• ESQ	0,6	0,4	0,9	0,1	1,1	0,5	3,6

Problèmes psychologiques qualifiés de sévères

Chez les enfants, trois problèmes psychologiques qualifiés de sévères sont retenus: il s'agit de la déficience mentale ou intellectuelle, de la dépression et de périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.

Dans l'ensemble, 16% des enfants présentent des problèmes psychologiques sévères (tableau 23). Cette proportion est importante à la fois parce qu'elle représente les deux tiers des troubles mentaux affectant ces enfants et, à la fois, par comparaison avec les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec où la proportion des enfants présentant de tels problèmes est inférieure à 2%.

TABLEAU 23 Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les enfants, ESFV et ESQ

Problèmes psychologiques sévères	ESFV	ESQ
Déficience mentale	3,3	0,3
Dépression	2,5	0,0
Grande nervosité ou irritabilité	*11,6	*1,3
% d'enfants	*16,5	*1,6

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Ce sont les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité qui viennent en tête de liste des problèmes psychologiques sévères affectant plus d'un enfant sur dix. La déficience mentale et la dépression affectent respectivement 3,3 et 2,5% des enfants. Comparativement aux enfants des femmes de l'enquête Santé Québec, les enfants des femmes ex-hébergées se démarquent largement.

RÉSUMÉ

Le portrait de santé des enfants des femmes ex-hébergées qui se dégage de l'analyse des problèmes de santé est loin d'être enviable. Plus de la moitié de ceux-ci présentent au moins un problème de santé et les problèmes qui viennent en tête de liste et précèdent de loin tous les autres problèmes sont des troubles mentaux. En effet, plus de 16% des enfants présentent un problème psychologique qualifié de sévère.

De plus, aux problèmes de santé mentale s'ajoutent notamment des problèmes chroniques de santé physique dont la prévalence est supérieure à celle des autres enfants. À l'exception de quelques problèmes, les enfants des femmes ex-hébergées se démarquent nettement des autres enfants, y compris les accidents avec blessures graves qui surviennent à la maison.

4.5 Conséquences

La consultation de professionnels de même que la consommation de médicaments figurent parmi les conséquences des problèmes de santé lorsque ces gestes sont reliés à la présence de problèmes et ne sont pas effectués à titre préventif.

4.5.1 Femmes

Consultation d'un professionnel

Les données de l'enquête permettent de connaître la consultation de professionnels au cours des deux semaines précédant l'entrevue ainsi que le lieu de la dernière consultation.

Près de la moitié des femmes ont consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue (tableau 24). Par rapport aux femmes de

l'enquête Santé Québec, elles sont deux fois plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé.

TABLEAU 24 Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, femmes, ESFV et ESQ

Consultation	ESFV %	ESQ %
Au moins une consultation	*46,3	*25,6
• Une consultation	*33,6	*20,1
• Plus d'une consultation	*12,7	*5,5
Aucune consultation	*53,7	*74,4
Nombre moyen de consultations/femme	0,6	0,4

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Les principaux professionnels consultés sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les travailleurs sociaux et les infirmières (tableau 25). Les consultations effectuées auprès de ces professionnels représentent les deux tiers de toutes les consultations. Les consultations auprès des médecins généralistes représentent, à elles seules, le tiers des consultations effectuées par ces femmes.

TABLEAU 25 Catégorie de professionnel consulté, femmes, ESFV et ESQ

Catégorie de professionnel	ESFV %	ESQ %
Médecin généraliste	19,1	13,0
Médecin spécialiste	7,3	5,5
Travailleur social	*7,3	*0,4
Infirmière	*6,4	*1,1
Dentiste	5,5	3,6
Chiropraticien	*3,6	1,6
Psychologue	3,6	*0,4
Pharmacien	2,7	3,3
Optométriste/opticien	1,8	2,3
Autres	5,5	1,3

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, le profil de consultation selon la catégorie de professionnels consultés indique certaines différences. Les médecins généralistes et les médecins spécialistes demeurent les principaux professionnels consultés pour les deux groupes de femmes. Par contre, les travailleurs sociaux, les infirmières et les psychologues ont été davantage consultés par les femmes ex-hébergées que par les femmes de l'enquête Santé Québec.

Lieux de consultation

Le lieu de consultation correspond au lieu de la dernière consultation lorsque plus d'un professionnel avait été visité au cours des deux semaines précédant l'entrevue.

Les deux principaux lieux de consultation sont le bureau privé et la clinique d'un hôpital où ont lieu un peu plus de 60% des consultations (tableau 26). La proportion des consultations qui ont lieu à la maison ou par téléphone représente 10% de toutes les consultations.

TABLEAU 26 Lieu de consultation, femmes, ESFV et ESQ

Lieu de consultation	ESFV %	ESQ %
Bureau privé	* 38,0	* 57,6
Clinique d'un hôpital	24,0	18,4
Maison/au téléphone	10,0	6,8
Urgence	8,0	7,8
CLSC/Centre de santé	4,0	4,5
Autres	16,0	5,0

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Les lieux de consultation des femmes ex-hébergées diffèrent de ceux des femmes de l'enquête Santé Québec, lesquelles consultent en majorité les professionnels au bureau privé. Pour les deux groupes de femmes, la proportion des consultations qui ont lieu à la clinique d'urgence est identique et représente moins de 10% des lieux de consultation.

Médicaments

Les médicaments recensés par l'enquête sont les médicaments consommés au cours des deux jours précédant l'entrevue.

Les données sur la consommation des médicaments indiquent que trois femmes sur quatre ont consommé au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'entrevue et que la moitié de ces femmes consomment plus de deux médicaments (tableau 27).

TABLEAU 27 Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, femmes, ESFV et ESQ

Médicaments	ESFV %	ESQ %
Au moins un médicament	*74,5	*64,4
• Un médicament	0,9	0,1
• Deux médicaments	30,0	32,6
• Trois médicaments et +	*43,6	*31,7
Aucun médicament	*25,5	*35,6
Nombre moyen de médicaments/femme	3,4	2,4

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Par rapport aux femmes de l'enquête Santé Québec, elles sont plus nombreuses à consommer des médicaments et le nombre de médicaments consommés est plus important.

Le tiers des femmes ex-hébergées consomment des vitamines et minéraux alors que des analgésiques et des tranquillisants sont consommés par une femme sur cinq (tableau 28). Ces femmes se distinguent des femmes de l'enquête Santé Québec principalement pour la consommation de tranquillisants et de vitamines. Elles sont près de deux fois plus nombreuses à consommer ces médicaments. Les analgésiques sont consommés sensiblement dans les mêmes proportions par les deux groupes de femmes.

TABLEAU 28 Consommation de médicaments, femmes, ESFV et ESQ

Catégorie de médicament	ESFV %	ESQ %
Vitamines-Minéraux	*34,5	*20,8
Analgésiques	22,7	18,8
Tranquillisants-Sédatifs-Somnifères	*18,2	*9,9
Pilule contraceptive	11,8	10,9
Onguent pour la peau	10,9	7,5
Aliments et produits naturels	8,2	8,0
Médicaments pour le coeur ou la tension	8,2	7,4
Laxatifs	8,2	5,0
Médicaments pour le rhume ou la toux	7,3	5,7
Médicaments pour l'estomac	2,7	3,6
Stimulants	2,7	1,3
Antibiotiques	0,9	2,4
Autres médicaments	18,2	11,5

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

RÉSUMÉ

Au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête, près de la moitié des femmes ex-hébergées ont consulté un professionnel de la santé. La moitié de ces consultations ont été faites auprès d'un médecin et plus d'une consultation sur dix auprès d'un travailleur social ou d'un psychologue. Ces femmes sont deux fois plus nombreuses que les autres femmes à avoir consulté un professionnel et elles se démarquent surtout par l'importance des consultations auprès des travailleurs sociaux et des psychologues.

Ces consultations ont surtout lieu au bureau privé quoiqu'elles soient également fréquentes à la clinique d'un hôpital. Ce qui n'est pas le cas des autres femmes, celles-ci consultant en majorité au bureau privé.

Les femmes ex-hébergées sont nombreuses à consommer des médicaments, et le nombre moyen de médicaments consommés se situe au-delà de trois médicaments durant les deux jours qui ont précédé l'entrevue. Tout comme pour les femmes de l'enquête Santé Québec, les vitamines et minéraux constituent une part non négligeable des médicaments consommés par les femmes ex-hébergées. Cependant, celles-ci sont deux fois plus nombreuses que les autres femmes à consommer des tranquillisants, soit 20% des femmes ex-hébergées.

4.5.2 Enfants

Consultation d'un professionnel

Près d'un enfant sur trois a consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue (tableau 29). Comparativement aux enfants des femmes de l'enquête Santé Québec, ils sont plus nombreux à avoir consulté.

TABLEAU 29 Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, enfants, ESFV et ESQ

Consultation	ESFV %	ESQ %
Au moins une consultation	*32,2	*18,9
• Une consultation	21,5	16,3
• Plus d'une consultation	*10,8	*2,6
Aucune consultation	*67,8	*81,1

Nombre moyen de consultations/enfant	0,3	0,2

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Ces consultations ont été effectuées principalement auprès des dentistes, des médecins généralistes et des travailleurs sociaux (tableau 30). Le profil de consultation de ces enfants se démarque peu de celui des enfants des femmes de l'enquête Santé Québec en ce qui a trait aux consultations effectuées auprès des dentistes et des médecins généralistes, mais la différence apparaît dans la proportion des consultations qui se font auprès de travailleurs sociaux et de psychologues. Alors que la proportion des consultations auprès de ces professionnels est de 0,5% chez les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec, elle est de plus de 10% chez les enfants des femmes ex-hébergées.

TABLEAU 30 Catégorie de professionnel consulté, enfants, ESFV et ESQ

Catégorie de professionnel	ESFV %	ESQ %
Dentiste	9,1	6,7
Médecin généraliste	7,4	7,4
Travailleur social	*7,4	*0,3
Médecin spécialiste	4,1	2,6
Psychologue	*3,3	*0,2
Pharmacien	2,5	1,3
Optométriste/opticien	1,7	1,7
Infirmière	1,7	0,7
Chiropraticien	0,8	0,3
Autres	6,6	0,6

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

Lieux de consultation

Le principal lieu de consultation chez les enfants des femmes ex-hébergées est le bureau privé (tableau 31). Les consultations dans un CLSC ou centre de santé sont marginales et représentent moins de 3% des consultations. Enfin, les consultations à domicile ou qui ont été effectuées par téléphone représentent plus de 10% des lieux de consultation.

TABLEAU 31 Lieu de consultation, enfants, ESFV et ESQ

Lieu de consultation	ESFV %	ESQ %
Bureau privé	53,8	55,7
Maison/au téléphone	*12,8	*6,0
Clinique d'hôpital	10,3	15,0
Urgence	10,3	13,1
CLSC/Centre de santé	*2,6	*7,2
Autres	10,3	2,9

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

La répartition des consultations au bureau privé, à l'urgence et à la clinique d'un hôpital est comparable entre les deux groupes d'enfants. Cependant, les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec consultent plus souvent à un CLSC ou à un centre de santé. Les

enfants de femmes ex-hébergées ont plus souvent des consultations à domicile ou par voie téléphonique que les autres enfants.

Médicaments

La majorité des enfants ne prennent aucun médicament (tableau 32). Toutefois, c'est un peu plus de 40% de ces enfants qui ont consommé des médicaments au cours des deux jours précédant l'entrevue. La proportion d'enfants qui consomment des médicaments est comparable entre les enfants des femmes ex-hébergées et les autres enfants. Somme toute, le nombre moyen de médicaments consommés par enfant est comparable (1,1 vs 1,0).

TABLEAU 32 Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, enfants, ESFV et ESQ

Médicaments	ESFV %	ESQ %
Au moins un médicament	42,1	37,5
• Un médicament	0,0	0,0
• Deux médicaments	29,7	28,1
• Trois médicaments et +	12,4	9,4
Aucun médicament	57,9	62,5

Nombre moyen de médicaments/enfant	1,1	1,0

Parmi les enfants des femmes ex-hébergées, plus d'un enfant sur quatre consomme des vitamines et minéraux (tableau 33). La proportion d'enfants qui consomment ces médicaments parmi les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec est beaucoup plus faible, soit moins d'un enfant sur cinq. L'utilisation de la pilule contraceptive est fréquente parmi les filles des femmes ex-hébergées. Sans prendre en considération l'âge, près de 20% de celles-ci sont des utilisatrices. Elles sont deux fois plus nombreuses que les autres filles à prendre la pilule contraceptive. Pour tous les autres médicaments, la proportion d'enfants qui en consomment est comparable entre les enfants des femmes ex-hébergées et les enfants des femmes de l'enquête Santé Québec.

TABLEAU 33 Consommation de médicaments, enfants, ESFV et ESQ

Catégorie de médicament	ESFV %	ESQ %
Vitamines-Minéraux	*28,9	*16,8
Pilule contraceptive	*17,9	*4,5
Médicaments pour le rhume ou la toux	6,6	8,1
Analgésiques	3,3	6,2
Onguent pour la peau	3,3	5,4
Antibiotiques	0,8	4,8
Aliments et produits naturels	0,8	1,2
Laxatifs	0,0	0,2
Tranquillisants-Sédatifs-Somnifères	0,0	0,1
Autres médicaments	1,7	2,1

* Les résultats précédés d'un "*" sont significativement différents entre les deux groupes.

RÉSUMÉ

Le tiers des enfants des femmes ex-hébergées ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue. Les médecins, les travailleurs sociaux et psychologues ainsi que les dentistes constituent les principaux professionnels consultés. Ces consultations ont lieu principalement au bureau privé. Ils sont plus nombreux que les autres enfants à avoir ainsi consulté un professionnel et ils se démarquent notamment par les consultations auprès des travailleurs sociaux et psychologues.

Près de la moitié de ces enfants prennent des médicaments et il s'agit avant tout de vitamines et de minéraux et, chez les filles, de pilules contraceptives.

PARTIE II - HYPOTHESES

Cette seconde partie vise essentiellement à vérifier trois hypothèses ayant trait à des différences dans le profil social et l'état de santé entre les femmes ex-hébergées, selon certaines de leurs caractéristiques. Une quatrième hypothèse sera vérifiée et porte sur l'état de santé mentale des enfants. Les caractéristiques retenues pour vérifier ces hypothèses sont le délai depuis la fin de l'hébergement, la présence ou non d'un conjoint pour les femmes qui vivaient en couple lors de l'hébergement et la violence subie. Ces hypothèses ont été formulées en tenant compte à la fois des informations relevées de la recension des écrits et des observations faites par le personnel des maisons d'hébergement.

Les hypothèses sont à l'effet que:

- plus le délai depuis la fin de l'hébergement est grand, meilleurs seront le profil social et l'état de santé des femmes;
- les femmes vivant sans conjoint au moment de l'enquête présenteront un profil social et un état de santé plus favorables que les femmes vivant avec un conjoint;
- le profil social et l'état de santé des femmes variera selon le nombre de forme de violence qu'elles auront subie: plus le nombre sera élevé, plus les résultats seront défavorables;
- les enfants des femmes vivant sans conjoint au moment de l'enquête seront moins nombreux à présenter des problèmes psychologiques qualifiés de sévères que les enfants des femmes vivant avec un conjoint.

Le profil social et l'état de santé de ces femmes ont été évalués à partir d'indicateurs. L'indicateur retenu pour évaluer le profil social est la satisfaction des femmes face à leur vie sociale, tandis que pour évaluer l'état de santé, les indicateurs retenus sont la perception qu'elles ont de leur état de santé, la prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères et la détresse psychologique qu'elles présentent.

4.6 Délai depuis la fin de l'hébergement

Le délai depuis la fin de l'hébergement semble influencer la satisfaction face à la vie sociale et, dans une moindre mesure, l'état de santé mentale des femmes ex-hébergées (tableau 34). Toutefois, ce n'est qu'à partir d'un délai de trois ans ou plus que des différences sont notées quant à la présence de problèmes psychologiques et de détresse psychologique. Ainsi, les femmes ex-hébergées ayant séjourné en maison d'hébergement

depuis au moins trois ans au moment de l'enquête présentent un profil plus favorable que les autres femmes ex-hébergées.

TABLEAU 34 Profil social et état de santé des femmes selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	Vie sociale	Perception	Problèmes	Ilfeld
	Insatisfaction %	État de santé Mauvaise %	psychologiques 2 et plus %	5e quintile %
Délai				
1 an	21,6	18,9	16,3	35,1
2 ans	22,2	23,1	20,0	37,0
3 ans et +	17,9	23,3	11,1	30,0
Statut civil				
Conjoint	27,3	18,8	18,2	39,4
Sans conjoint	17,4	16,7	10,4	29,2
Violence subie				
1 forme	13,3	33,3	33,3	40,0
2 formes	23,8	28,6	4,8	28,6
3 formes et +	21,1	15,5	8,5	33,9

4.7 Changement de statut civil

Le fait de vivre avec ou sans conjoint apparaît être la caractéristique qui a le plus d'influence à la fois sur le profil social et l'état de santé. Ainsi, les femmes qui vivent sans conjoint sont plus nombreuses à être satisfaites de leur vie sociale et à présenter un meilleur état de santé. Les différences les plus marquées entre ces deux groupes de femmes ont trait à la satisfaction face à leur vie sociale, à la prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères et au niveau de détresse psychologique. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

4.8 Violence subie

En ce qui a trait au nombre de formes de violence subie, il est difficile de dégager un portrait de santé pour l'un ou l'autre des groupes, laissant ainsi supposer que toute forme de violence, peu importe le nombre, a une influence sur le profil social et l'état de santé et que les différences possibles entre les femmes s'expliqueraient par d'autres variables.

A prime abord, ce sont les femmes qui ont subi une seule forme de violence qui présentent le plus de problèmes de santé mentale et qui se perçoivent en mauvaise santé en plus grand nombre. Par contre, elles sont plus nombreuses à être satisfaites de leur vie sociale.

4.9 Santé mentale chez les enfants

Les données indiquent clairement que les enfants dont les mères vivent avec un conjoint sont de loin plus nombreux que les autres enfants (30,4 vs 8,2) à présenter des problèmes psychologiques qualifiés de sévères (tableau 35).

TABLEAU 35 Fréquence des problèmes psychologiques chez les enfants selon le statut civil de la mère

Problèmes psychologiques qualifiés de sévères	Statut civil de la mère		p
	Mariée/union de fait %	Séparée/divorcée %	
Aucun problème	69,6	91,8	0,01
Au moins un problème	30,4	8,2	

Pour l'ensemble des enfants de ces femmes, la proportion d'enfants présentant de tels problèmes psychologiques est de 16%. La démarcation entre ces enfants selon la présence ou non d'un conjoint laisse croire que la majorité des enfants présentant des problèmes psychologiques qualifiés de sévères se retrouveraient dans les familles où la mère vit avec un conjoint.

RÉSUMÉ

Cette analyse de l'état de santé en fonction de certaines caractéristiques fait ressortir l'impact du contexte de violence conjugale sur l'état de santé mentale, autant chez les femmes que chez leurs enfants. Les femmes qui vivent sans conjoint présentent globalement un meilleur état de santé mentale que les autres femmes et cette constatation est encore plus marquée chez leurs enfants. Le temps écoulé depuis leur séjour en maison d'hébergement aurait également une influence sur l'état de santé mentale mais seulement lorsque le délai est d'au moins trois ans.

DISCUSSION

La discussion des résultats de cette enquête portera sur la validité interne et externe des données, sur les limites des dimensions étudiées et sur la portée de ces résultats.

Validité

La validité interne des résultats est assurée principalement par le choix d'instruments de cueillette des données déjà validés, la formation du personnel et le processus de vérification de codification des questionnaires. Ces éléments de la validité interne assurent également la comparabilité des résultats de la présente étude à ceux de l'enquête Santé Québec. Cette comparabilité des résultats est également assurée par le jumelage et la pondération qui ont été effectués avant l'analyse, contrôlant ainsi l'influence des facteurs socio-économiques sur l'état de santé.

La validité externe des résultats est plus difficile à établir. La difficulté principale dans l'analyse des données d'études réalisées auprès d'une population de femmes victimes de violence conjugale est d'établir la représentativité de ces femmes par rapport à l'ensemble des femmes victimes de violence conjugale. Les études ne peuvent, en effet, être conduites qu'auprès de femmes qui ont pu être identifiées comme telles et qui acceptent de participer à une telle enquête. Deux groupes de femmes victimes de violence conjugale ne sont jamais rejointes: celles qui ont été violentées et qui ont réussi à se soustraire à cette violence par leurs propres moyens et celles qui gardent le silence sur leur situation.

La population à l'étude se restreint aux femmes qui ont utilisé les services des maisons d'hébergement. D'une part, elles ne représentent qu'une faible proportion des femmes victimes de violence conjugale et, surtout, ce sont celles qui ont effectué une première démarche et qui ont toujours la possibilité d'obtenir du support auprès du personnel de ces maisons. D'autre part, il est impossible de comparer les caractéristiques des femmes violentées utilisant les services d'hébergement à celles de l'ensemble des femmes violentées. Le problème de déni et de silence n'a pas permis jusqu'à maintenant de disposer de ces informations. Toutefois, le fait de choisir parmi ces femmes celles qui vivent actuellement dans un contexte de vie habituel, depuis au moins un an après leur

séjour en maison d'hébergement, permet d'éliminer l'effet de situation propre à l'hébergement noté lors des études réalisées auprès des femmes en maison d'hébergement.

Par ailleurs, les femmes qui ont participé à l'enquête ne représentent que 20% de l'ensemble des femmes qui ont utilisé les services d'hébergement des maisons situées sur le territoire des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie.

D'une part, on ne peut pas prendre pour acquis que ces femmes représentent l'ensemble des femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement puisqu'il ne s'agit pas, au départ, d'un choix aléatoire basé sur une étude auprès d'un échantillon. La proportion de femmes non rejointes, c'est-à-dire qui sont parties sans laisser d'adresse, est trop importante pour raisonnablement présumer que ces femmes, qui n'ont pu être rejointes, ne diffèrent pas au plan de la santé de celles qui ont été rejointes. L'état des connaissances actuelles ne permet pas d'estimer les conditions de vie de ces femmes et de leurs caractéristiques tant au plan conjugal, économique que social.

Ces femmes non rejointes correspondent probablement en partie aux femmes qui ont définitivement rompu tout lien avec leur milieu. D'une part, une partie de ces femmes présentent deux caractéristiques qui les distinguent des femmes rejointes et qui leur permettent d'être plus facilement mobiles: elles sont jeunes et sans enfants. D'autre part, les observations des enquêteuses auprès des membres de la famille permettent de croire qu'une partie de ces femmes vivraient toujours dans le même contexte de violence conjugale et seraient déménagées pour se soustraire aux pressions du milieu. Cette situation a déjà été observée notamment lors de l'évaluation auprès de la clientèle d'un service destiné aux parents dont les enfants présentaient des problèmes de développement socio-affectif (Sergeur, 1987). Cette étude indiquait que les adresses étaient inexactes pour 15% de la clientèle qui avait été reçue en consultation durant la dernière année et que la grande majorité de cette clientèle non rejointe présentait des caractéristiques socio-économiques communes avec les femmes étudiées. Toutefois, il est impossible d'établir dans quelle proportion les femmes non rejointes se situent dans l'un ou l'autre groupe et, conséquemment, d'estimer l'influence de ces informations manquantes sur la portée des données.

Enfin, une partie des femmes rejointes ont refusé de participer à l'enquête. Même si au plan des caractéristiques socio-économiques elles ne se distinguent pas des femmes qui ont accepté de participer à l'enquête, les observations des enquêteuses, qui ont communiqué avec ces femmes, permettent de penser qu'une partie importante de celles-ci vivent dans une situation de violence conjugale et que certaines d'entre elles craindraient des représailles de la part du conjoint. D'autres femmes ont mentionné qu'elles désiraient tout simplement ne plus aborder ce sujet. Le fait de n'avoir pu obtenir la participation de ces femmes est plus susceptible d'amener une sous-estimation des données qu'une surestimation.

En ce qui a trait à la population de référence, soit les femmes de l'enquête Santé Québec, celle-ci est constituée d'une population générale de femmes dont la situation de violence conjugale est inconnue. Compte tenu des estimations provinciales et des caractéristiques socio-économiques de ces femmes, comparables à celles de l'étude, on peut raisonnablement estimer que 10% de ces femmes sont susceptibles d'être également victimes de violence conjugale. Conséquemment, la population de référence inclurait également des femmes violentées faisant en sorte que les différences observées dans l'état de santé entre les deux groupes seraient d'autant plus significatives.

Malgré les restrictions liées à la difficulté d'établir la représentativité des femmes étudiées, il demeure possible de dégager les conséquences de la violence conjugale sur l'état de santé de ces dernières. Cette généralisation est rendue possible dans la mesure où l'état de santé de ces femmes est comparé à l'état de santé d'une population générale de femmes ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques, contrôlant ainsi les facteurs qui influencent l'état de santé et, dans la mesure où elle va dans le sens, non pas de décrire le portrait de santé de toutes les femmes victimes de violence conjugale, mais de décrire les conséquences de cette violence sur leur état de santé. Enfin, la population étudiée, comparativement à l'ensemble des femmes violentées, est plus susceptible d'amener une sous-estimation des problèmes de santé plutôt qu'une surestimation. Il est vrai que les femmes qui se soustraient à la violence conjugale par leurs propres moyens n'ont pas été rejointes par cette étude, ce qui aurait pour effet de surestimer les résultats. Par contre, le fait que les femmes qui vivent en situation de violence conjugale sans utiliser les services d'hébergement n'ont pas été rejointes, que des femmes ayant utilisé ces services n'ont pu être rejointes ou ont refusé de participer sous-estimerait les présents résultats.

Ainsi, les résultats de cette étude permettent de répondre à la question suivante: est-ce que les femmes qui sont victimes ou qui ont été victimes de violence conjugale et leurs enfants présentent le même portrait de santé que les femmes de la population générale?

Limites

La taille de la population étudiée ne permet pas de procéder à de multiples croisements des variables entre elles. Le nombre de répondantes est souvent trop restreint pour que ces résultats soient généralisables.

Les informations recueillies sur le conjoint à partir du statut civil présentent une limite importante. Le questionnaire tel que formulé permettait de recueillir des informations sur la situation conjugale en identifiant la présence ou non d'un conjoint lors de l'hébergement et au moment de l'enquête. Il ne permettait pas cependant de distinguer si le conjoint présent au moment de l'étude est le même conjoint que lors de l'hébergement ou s'il s'agit d'un nouveau conjoint. La présence de cette limite dans l'information sur le conjoint actuel a pour effet de restreindre l'interprétation des résultats qui mettent en relation l'état de santé actuel et la présence d'un conjoint qui serait violent. En effet, une femme sur deux vit avec un conjoint mais, pour le tiers de ces femmes, le conjoint actuel est un nouveau conjoint. En admettant que dans tous les cas où il s'agit d'un nouveau conjoint et que celui-ci n'est pas violent, alors il y aurait sous-estimation de la prévalence des problèmes de santé reliés à la violence chez les femmes qui vivent avec un conjoint violent et chez leurs enfants lorsqu'on les compare aux femmes qui vivent sans conjoint et à leurs enfants.

Les informations recueillies sur la violence subie comportent également une limite importante. La violence qui est rapportée, autant pour les femmes que pour les enfants, est celle qui a été subie au cours des trois mois précédant le séjour en maison d'hébergement. C'est la violence qui a conduit à recourir aux services d'hébergement dont il est question et non la violence subie actuellement.

Aucune question ne permet d'établir la situation actuelle de violence autant pour les femmes qui vivent seules que pour les femmes qui vivent avec un conjoint. La seule extrapolation possible consiste dans le fait que les femmes qui vivent seules sont

théoriquement à l'abri de la violence conjugale. De plus, pour les femmes qui sont retournées avec leur conjoint, la littérature montre que ces femmes se retrouvent dans les mêmes conditions de vie qu'avant leur séjour en maison d'hébergement c'est-à-dire, dans un contexte de violence conjugale. Ainsi, les données de l'état de santé des femmes qui sont retournées vivre avec leur conjoint permettraient d'estimer les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le degré d'intégration sociale de l'ensemble des femmes et des enfants qui vivent dans un contexte de violence conjugale comparativement à celles qui vivent maintenant seules.

Chez les enfants, l'étude de la violence subie comporte deux limites supplémentaires qui restreignent l'analyse des données. Les questions posées aux femmes s'adressaient à l'ensemble de leurs enfants et les réponses ne peuvent être appliquées aux enfants pris individuellement. Ainsi, les différences dans l'état de santé selon les formes de violence subie ne peuvent être étudiées et seules des distributions de fréquence peuvent être réalisées. De plus, la violence subie par les enfants ne peut être attribuée exclusivement au conjoint violent, les questions sur la violence faite aux enfants ne spécifiaient pas qui posait ces gestes de violence. Cette limite ne se pose pas dans le cas des femmes, puisque les femmes à l'étude étaient sélectionnées à partir de dossiers de violence conjugale.

La dernière limite porte sur la période de collecte des données, laquelle diffère entre l'enquête auprès des femmes ex-hébergées et l'enquête Santé Québec. La période de cueillette des données auprès des femmes ex-hébergées s'est déroulée entre les mois d'octobre et avril alors que la cueillette des données auprès des femmes de l'ESQ s'est déroulée tout au long de l'année. Cette différence, dans les périodes de cueillette des données, est susceptible d'entraîner un biais dans la prévalence de problèmes de santé aigus et la consommation de médicaments dont la répartition n'est pas uniforme durant l'année. Ainsi, il y aurait surestimation des problèmes de santé et des médicaments consommés qui sont plus fréquents en automne et en hiver chez les femmes ex-hébergées et leurs enfants par rapport à la population de l'ESQ et sous-estimation pour les problèmes de santé et les médicaments consommés qui se retrouvent plus souvent au printemps et à l'été.

Parmi les problèmes de santé et les médicaments, ceux qui seraient surestimés chez les femmes ex-hébergées et leurs enfants seraient principalement liés aux problèmes aigus

des voies respiratoires et aux médicaments associés, alors qu'il y aurait sous-estimation des accidents, autres que sur la route, principalement chez les enfants. La surestimation la plus probable a trait à la consommation de vitamines et de minéraux. La consommation plus élevée de ces médicaments qui est observée, autant chez les femmes ex-hébergées que chez leurs enfants, comparativement aux femmes et aux enfants de l'ESQ, pourrait être attribuable à des périodes de collecte de données différentes entre les deux enquêtes.

Portée des résultats

Le support social perçu des femmes violentées se distingue de celui des autres femmes. Elles sont plus nombreuses à être insatisfaites de leurs relations avec leur conjoint et leurs enfants. L'insatisfaction face au conjoint n'a rien de surprenant pour celles qui vivent une relation conjugale, puisqu'il s'agit pour la majorité de ces femmes de leur conjoint violent. Toutefois, la majorité des femmes ex-hébergées qui vivent avec un conjoint sont satisfaites de leurs relations avec celui-ci. Ce résultat est surprenant compte tenu du contexte de violence déjà vécu mais pourrait s'expliquer soit par une amélioration effective des relations conjugales, qu'il s'agisse du même conjoint ou d'un nouveau conjoint, soit par l'ambivalence des sentiments de la femme envers son conjoint, phénomène qui a déjà été observé en situation de violence entre la victime et son agresseur, ou soit par la négation d'une situation insatisfaisante. L'insatisfaction face à leurs enfants peut être reliée à l'importance des troubles mentaux présents chez ceux-ci. Enfin, la satisfaction exprimée dans les relations avec les amis pourrait être attribuable à la nécessité de tels amis, à la fois pour les femmes qui vivent seules et à la fois pour les femmes vivant avec un conjoint et étant insatisfaites de leurs relations conjugales.

L'utilisation du degré de satisfaction face à la vie sociale, à titre d'indicateur du support social perçu lors de l'enquête Santé Québec, avait montré un lien avec les problèmes de santé mentale. Ce lien n'apparaît pas à l'analyse des données, la satisfaction face à la vie sociale et l'état de santé mentale ne se comportant pas de la même façon. Il est probable que d'autres éléments extérieurs à la vie sociale — enfants, conjoints, amis — jouent un rôle aussi important face à l'état de santé mentale. Ces résultats laissent voir que les éléments de la vie personnelle seraient plus étroitement liés à l'état de santé mentale que la satisfaction face à la vie sociale.

La majorité des femmes ont vécu plus d'une forme de violence et la plupart d'entre elles ont subi plus de deux formes de violence. Ce cumul de la violence ne permet pas d'étudier les variations du profil social et de l'état de santé selon l'une ou l'autre forme de violence subie. Presque toutes les femmes ont subi à la fois de la violence psychologique et verbale, et la moitié d'entre elles ont subi de la violence physique. Le caractère progressif des manifestations de violence où l'utilisation de la violence physique suit la violence verbale, tel que décrit par la littérature, semble s'appliquer à la violence que ces femmes ont vécue.

Compte tenu du cumul des formes de violence, c'est le nombre de formes de violence qui a été retenu pour analyser l'impact de la violence sur l'état de santé. L'interprétation de ces résultats est cependant limitée du fait que les formes de violence ne sont pas prises en considération mais surtout en raison de l'absence de la connaissance de la situation actuelle de violence. A prime abord, les résultats indiquent que le fait d'avoir subi une forme de violence aurait plus d'impact sur l'état de santé que d'en avoir subi plusieurs formes. Ce résultat pourrait s'expliquer par les effets négatifs sur la santé qui seraient plus grands en présence d'une menace latente associée aux premières formes de violence, que sont la violence psychologique et verbale, que les gestes de violence physique. Cette situation a déjà été observée en présence de phénomènes socio-économiques menaçants dont le chômage, où la crainte de perdre un emploi a plus d'effets négatifs que la perte effective de l'emploi. Cependant, le fait de ne pas tenir compte de la situation conjugale actuelle, dans l'analyse des données sur la violence, ne permet pas de distinguer les femmes qui vivent avec un conjoint de celles qui vivent sans conjoint. Le fait de quitter le conjoint violent apparaît nettement comme le facteur ayant le plus positivement influencé l'état de santé. Il serait intéressant de vérifier l'hypothèse à l'effet que les femmes qui quittent leur conjoint après leur séjour en hébergement sont plus nombreuses parmi les femmes qui ont subi plusieurs formes de violence que parmi celles qui auraient subi une seule forme de violence.

Les données sur l'état de santé des femmes et des enfants sont cohérentes et plus particulièrement celles qui ont trait à l'état de santé mentale. Chez les femmes, la prévalence de troubles mentaux, de problèmes psychologiques qualifiés de sévères, d'idées suicidaires de même que de détresse psychologique est toujours plus élevée chez les femmes violentées que chez les femmes de la population générale. A ces problèmes de

santé, s'ajoutent la consultation auprès de psychologues et de travailleurs sociaux de même que la consommation de tranquillisants qui sont plus importantes. Chez les enfants, les questions sur l'état de santé sont plus restreintes et la cohérence peut être vérifiée par la prévalence plus élevée à la fois de troubles mentaux et de consultations auprès de psychologues et de travailleurs sociaux.

Ces femmes et ces enfants ont en commun une prévalence plus élevée de troubles mentaux que les autres femmes et leurs enfants. Le seul facteur qui les distingue est la violence conjugale jumelée, dans sept cas sur dix, à la violence parentale.

Le portrait de santé des femmes et des enfants qui se dégage de l'analyse des problèmes de santé correspond au portrait établi par les études réalisées auprès des femmes et des enfants lors de leur séjour en maison d'hébergement. Cette situation laisse supposer que l'état de santé des femmes ex-hébergées et de leurs enfants ne se distingue pas de façon significative de l'état de santé des femmes et de leurs enfants lorsqu'ils séjournent en maison d'hébergement.

L'analyse de la prévalence des problèmes de santé selon l'état matrimonial des femmes violentées et de leurs enfants présente un intérêt certain. Parmi les variables étudiées, c'est la situation conjugale qui manifestement a le plus d'impact sur les problèmes de santé mentale. Les femmes qui ne vivent plus avec un conjoint se démarquent de celles qui vivent en relation de couple. Toutefois, les femmes sans conjoint, tout en rapportant moins de problèmes de santé mentale que les femmes qui vivent avec un conjoint, présentent plus de problèmes que les femmes de la population en général. L'écart entre les enfants des femmes ex-hébergées vivant sans conjoint et les enfants des femmes vivant avec un conjoint est de loin plus important et leurs résultats s'approchent de la prévalence de troubles mentaux rapportés pour une population générale d'enfants. En somme, les femmes qui quittent leur conjoint violent et vivent seules, en plus d'améliorer leur propre état de santé mentale, assurent une meilleure santé mentale à leurs enfants. Ce changement de situation familiale, habituellement source de problèmes chez une certaine proportion d'enfants, serait, en situation de violence conjugale, bénéfique d'abord aux enfants, ensuite aux femmes.

Dans l'enquête Santé Québec, la question sur la perception de l'état de santé s'était avérée un indicateur de l'état de santé, à partir de sa concordance avec la perception que les personnes ont de leur santé et l'indice de santé globale. Les résultats de la présente étude semblent indiquer que la perception de l'état de santé, selon la prévalence des problèmes de santé mentale, n'est pas aussi étroitement liée. Ainsi, alors que les femmes ex-hébergées ont un profil de santé mentale fort différent de celui des femmes de l'enquête Santé Québec, la perception de leur état de santé est comparable entre ces deux groupes de femmes. Il serait intéressant de vérifier avec les données de l'enquête Santé Québec le lien entre la perception de l'état de santé et la prévalence des problèmes de santé mentale tout en contrôlant les incapacités physiques, l'hypothèse étant à l'effet que la perception de l'état de santé varierait davantage en fonction des problèmes de santé physique que des problèmes de santé mentale.

Les femmes et les enfants étudiés rapportent davantage d'accidents graves que les femmes et les enfants de l'ESQ, lesquels accidents se produisent principalement à domicile. Comme les accidents représentent une des raisons importantes des visites effectuées à l'urgence, soit une visite sur quatre, les données sur les lieux de consultation auraient dû montrer une utilisation plus importante de ces services par les femmes ex-hébergées et leurs enfants, ce qui ne s'observe pas dans les résultats. Les motifs de consultation selon le lieu n'ont pas été analysés en raison des petits nombres. Plus d'une explication est possible: soit que les motifs des visites à l'urgence diffèrent d'un groupe à l'autre, l'analyse des motifs de consultation selon le lieu aurait pu montrer des différences mais celle-ci n'a pas été réalisée en raison des effectifs réduits; soit en raison de la différence dans les périodes de temps de référence, les accidents étant ceux qui se sont produits sur une période d'une année alors que les consultations sont celles qui ont été effectuées au cours de deux semaines; soit que les femmes étudiées utilisent moins les services d'urgence lors d'accidents et blessures; soit en raison de l'organisation des services de santé qui diffèreraient entre le territoire à l'étude et l'ensemble du Québec. Seule une étude spécifique sur ce sujet pourrait permettre de mieux comprendre ces résultats. D'autant plus que la littérature indique que les femmes violentées constitueraient une clientèle importante des femmes qui utilisent les services d'urgence.

Signification de ces résultats

Cette étude ne visait à identifier ni les causes ni les circonstances entraînant la violence, elle visait à décrire les conséquences de la violence conjugale sur l'état de santé des femmes et des enfants. Cette description n'est utile toutefois que dans la mesure où les résultats justifieront l'adoption de mesures visant, sinon la disparition, la réduction de la violence conjugale et de ses conséquences.

Même s'il est évident que le seul fait d'être victime de violence conjugale n'a rien d'enviable, lorsque cette situation conduit à quitter sa propre résidence pour se retrouver en maison d'hébergement, cela suppose, de plus, le fait que l'on ne peut compter sur ses propres ressources ou celles de son environnement social. Cette situation présente un ensemble d'éléments qui sont susceptibles de menacer l'équilibre bio-psycho-social ou l'équilibre mental de plus d'une personne.

Ces constatations ont déjà été illustrées par les études réalisées auprès des femmes au moment de leur hébergement. Mais les résultats de la présente étude laissent présager que l'équilibre, rompu lors de la période d'éclatement, reste fragile. Les résultats indiquent que ces femmes souffrent en plus grand nombre de détresse psychologique et que les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes.

Qu'en est-il des enfants? Le fait pour des enfants de vivre dans une famille où leur mère est violentée affecte sans aucun doute leur sentiment de sécurité mais lorsqu'ils sont eux-mêmes victimes de violence, leur équilibre est compromis, sinon déjà perturbé. Tout comme pour les femmes, leurs enfants présentent un état de santé peu enviable, notamment par la présence de troubles mentaux et de problèmes psychologiques qualifiés de sévères.

De fait, cette étude révèle que les femmes violentées et leurs enfants ont des problèmes de santé qui persistent même après la phase d'éclatement, et ce, en dépit de l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Cette constatation s'applique tout particulièrement aux enfants des femmes qui vivent en situation de couple.

L'importance des problèmes de santé qui est illustrée par cette étude devrait conduire d'une part, à s'interroger sur les objectifs des interventions et, surtout, sur l'efficacité de ces interventions pour réduire les conséquences de la violence conjugale, autant pour les femmes que pour leurs enfants. Par ailleurs, des actions concrètes devraient être prises de manière à ce que les situations de violence conjugale passent des faits divers aux événements exceptionnels dans les chroniques journalistiques.

Études

Les points qui restent à étudier pour améliorer les connaissances sont nombreux. Pour être en mesure de mieux comprendre les conséquences de la violence conjugale, deux aspects apparaissent toutefois plus importants que les autres. Le premier aspect concerne les femmes qui n'ont pu être rejointes, dont le nombre est trop important pour ne pas s'y attarder davantage. Une telle étude ne pourrait être conduite que par les maisons d'hébergement qui sont les seules ressources à offrir des services spécifiques à ces femmes et qui ont su établir un lien de confiance avec celles-ci. Le but de l'étude serait de répondre notamment à la question suivante: que sont devenues les femmes qui n'ont pu être rejointes dans le cadre de la présente étude; ont-elles quitté leur conjoint violent ou se trouvent-elles plus isolées qu'auparavant avec leur conjoint? Le second aspect a trait à l'état de santé mentale des enfants. Dans la présente étude, en raison du nombre restreint d'enfants à l'étude et des limites liées aux données sur la situation conjugale et la violence subie par les enfants, il s'avère difficile de dégager l'élément qui a le plus d'influence sur l'état de santé des enfants des femmes ex-hébergées. Ainsi, l'étude de la violence subie et de la présence ou non d'un conjoint pourrait être réalisée ultérieurement afin de vérifier dans quelle mesure c'est la présence d'un conjoint, la violence à l'égard des enfants ou la conjonction de la violence et de la présence d'un conjoint qui influencent négativement l'état de santé mentale des enfants des femmes ex-hébergées.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude permettent de documenter les conséquences de la violence conjugale sur l'état de santé des femmes et de leurs enfants et de répondre à la question: "Les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ont-ils un portrait de santé différent de celui d'une population comparable?" La réponse est oui et sans aucune ambiguïté. Ces femmes et ces enfants présentent davantage de problèmes de santé et les problèmes qui les affectent le plus, sont des problèmes de santé mentale. Toutefois, ces problèmes sont moins fréquents chez les enfants dont la mère ne vit plus avec un conjoint.

Ces résultats indiquent surtout que l'état de santé des femmes violentées et de leurs enfants serait étroitement associé au contexte général de violence et non au contexte spécifique entourant la situation d'hébergement — phase d'éclatement, incertitude face à l'avenir, etc. —. Les femmes qui ont quitté leur conjoint et qui vivent seules présentent un meilleur profil de santé mentale que les autres femmes. Ces informations supplémentaires sur les conséquences de la violence conjugale sont suffisamment explicites pour affirmer qu'en situation de violence conjugale, c'est le fait de se soustraire à la situation de violence qui présente la meilleure garantie d'une amélioration de l'état de santé. Toutes les actions futures visant à réduire la violence et les conséquences de cette violence faite aux femmes et également celle qui est faite aux enfants devraient prendre ces résultats en considération.

RÉFÉRENCES

- Armstrong, Louise (1983), *The Home Front: Notes from the Family War Zone*, Washington DC, McGraw-Hill Book.
- Berk, R.A., Newton, P.J., Berk, S.F. (1986), «What a Difference a Day Makes: An Empirical Study of Impact of the Shelters for Battered Women», *Journal of Marriage and the Family*, no. 48, p.481-490.
- Bilodeau, Angèle (1987), *La violence conjugale, recherche d'aide des femmes*, Les Publications du Québec, Québec.
- Boudouris, James (1977), «Homicides and the Family», *Journal of Marriage and the Family*, no. 33.
- Chimbos, Peter D. (1978), *Marital Violence: A Study of Interpersonal Homicide*, San Francisco, R&E Research Associates, 109 p.
- Clarkson, May (1989), *Problèmes sociaux rapportés par un tiers: Méthodologie et premiers résultats*, Enquête Santé Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, p. 31.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987), *Programme de consultation d'experts, Dossier "Femmes"*, Québec, 222 p.
- Conseil du statut de la femme (1978), *Pour les Québécoises: égalité et indépendance*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 335 p.
- Cox, Brenda G., Cohen Steven B. (1985) *Methodological Issues for Health Care Surveys*, Statistics: Textbooks and Monographs, Marcel Decker Inc, New York, p. 218-232.
- Daniel, E.A. (1982), «Female Homicide Offenders Referred for Pretrial Psychiatric Examination, A Descriptive Study», *American Academy of Psychiatry and the Law*, Bulletin 10, n°4, p. 261-269.
- Gelles, Richard J. (1974), *The Violent Home: A Study of Physical Aggression Between Husbands and Wives*, Beverley Hill, Sage, 230 p.
- Gelles, Richard J. (1979), *Family Violence*, Beverley Hill, Sage, 219 p.
- Giles-Sims, Jean (1985) «A Longitudinal Study of Battered Children of Battered Wives», *Family Relations*, Vol. 34, n°2, avril 1985, p. 205-210.
- Hofeller, K. (1982), *Social Psychological situational factors in wife abuse*, Palo Alto, California.
- Hughes, H.M., Barad, S.J. (1983), «Psychological Functioning of Children in a Battered Women's Shelter: A Preliminary Investigation», *American Journal of Orthopsychiatry*, no.53, juillet 1983, p.525-531.

- Kerouac, S., Taggart, M.E., Lescop, J. (1986), *Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants*, Ed. Université de Montréal, Montréal, 147 p.
- Larouche, G. Hodgins, S., (1980), *Violence conjugale: antécédents et conséquences*, Université de Montréal, École de Service social et CSSMM.
- Larouche, Ginette (1985), *Guide d'intervention auprès des femmes violentées*, Montréal, Corporation des travailleurs sociaux du Québec, 93p.
- Larouche, Ginette (1987), *Agir contre la violence*, Montréal, Éditions La pleine lune, 554 p.
- Levasseur, Madeleine (1987), *Sources et justifications de questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, Cahier technique 87-03, Santé Québec, p. 33.
- Macleod, Linda (1980), *La femme battue au Canada: Un cercle vicieux*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, 1980, 72 p.
- MacLeod, Linda (1987), *Pour de vraies amours...Prévenir la violence conjugale*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, 191 p.
- McLaughlin, Audry (1983), *Kaushee's Place: Yukon Women's Transition Home*, Rapport final, Ministère des Affaires indiennes et du Nord, Whitehorse, p. 33.
- Ministère de la Justice (1988), *Rapport, Colloques régionaux sur la violence envers les femmes et les enfants et dans la pornographie*, Gouvernement du Québec, 83 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1985), *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Gouvernement du Québec, 59 p.
- Ministère de la Sécurité publique (1989), "Violence Conjugale", *Statistiques 1988*, Gouvernement du Québec, p.3.
- Ministère de la Sécurité publique (1990), "Violence Conjugale", *Statistiques 1989*, Gouvernement du Québec, p.3.
- Ministère du Solliciteur général du Québec (1985), *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, Gouvernement du Québec, 36 p.
- Ministère du Solliciteur général du Québec (1988), "Violence Conjugale", *Statistiques 1987*, Gouvernement du Québec, p.3.
- Moore, J.C. (1975), «Yo Yo Children: Victims of Matrimonial Violence », 54, p.557-563.
- Pagelow, Mildred Daley (1981), «Factors Affecting Women's Decisions to Leave Violent Relationships», *Journal of Family Issues*, 2, p.391-414.
- Pahl, Jan (1978), *A Refuge of Battered Women, A Study of the Role of a Women's Centre* London: HMSO, 81 p.

Price, J., Armstrong, J. (1978-1979), «Battered Wives: A Controlled Study of Predispositions», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol.12, n° 43, p.43-47.

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale (1987), *La sexualité blessée: Étude sur la violence sexuelle en milieu conjugal*, Montréal, 87 p.

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale (1990), *Au Grand Jour*, Montréal, Éditions Remue-Ménage.

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale (1990), *La violence conjugale, ... c'est quoi au juste*, Montréal, 48 p.

Rod, Tess (1980), *Marital Murder in Violence in the Family: A Collection of Conference Papers*», Ed. Jocelyne A. Scutt Canberra: Australian Institute of Criminology, p.95-105.

Rose, Ruth (1986), *Étude économique, Budget d'opération d'une maison de quinze places et moins*, UQAM - Relais Femmes.

Roy, M. (1982), *The Abusive Partner: An analysis of Domestic Battering*, New York, Van Nostrand Reinhold.

Sergerie, M (1987), *Évaluation de la satisfaction des services rendus à la clientèle par le Service de psychiatrie infantile et juvénile 'SPIJ' du Centre hospitalier régional de Rimouski*, Département de santé communautaire, Rimouski, 54 p.

Shee, Sandra (1980), *Des victimes de violence conjugale: les femmes battues au Québec*, École de criminologie, Université de Montréal, p. 14.

Sinclair, Deborah (1985), *Pour comprendre le problème des femmes battues, Guide de formation pour les conseillers et les intervenants*, Toronto, Ministère des Services sociaux et communautaires, Programme de lutte contre la violence au foyer, 204 p.

Solliciteur général du Canada (1985), "Le sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain: les femmes victimes d'actes criminels", *Bulletin* n° 4 , p.4-9.

Stacey, W., Shupe, A. (1983), *The Family Secret: Domestic Violence in America*, Boston, Beacon Press, 237 p.

Straus, M.A., Gelles, R.J. (1986), «Societal Change and Change in Family Violence from 1975 to 1985, as Revealed by Two National Surveys», *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 48, n°3, August 1986, p. 465-479.

Straus, M.A., Gelles, R.J., Steinmetz, S. (1980), *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, New York, Anchor Press-Double-Day.

Taney, E. (1969), «Psychiatry Study of Homicide», *American Journal of Psychiatry*, 125, p. 1252-1258.

Volpe (1988), *Project Regal Road School*, Toronto.

Walker, L.E. (1978), «Battered Women and Learned Helplessness», *Victimology: An International Journal*, vol.2, n° 3-4, p. 525-534.

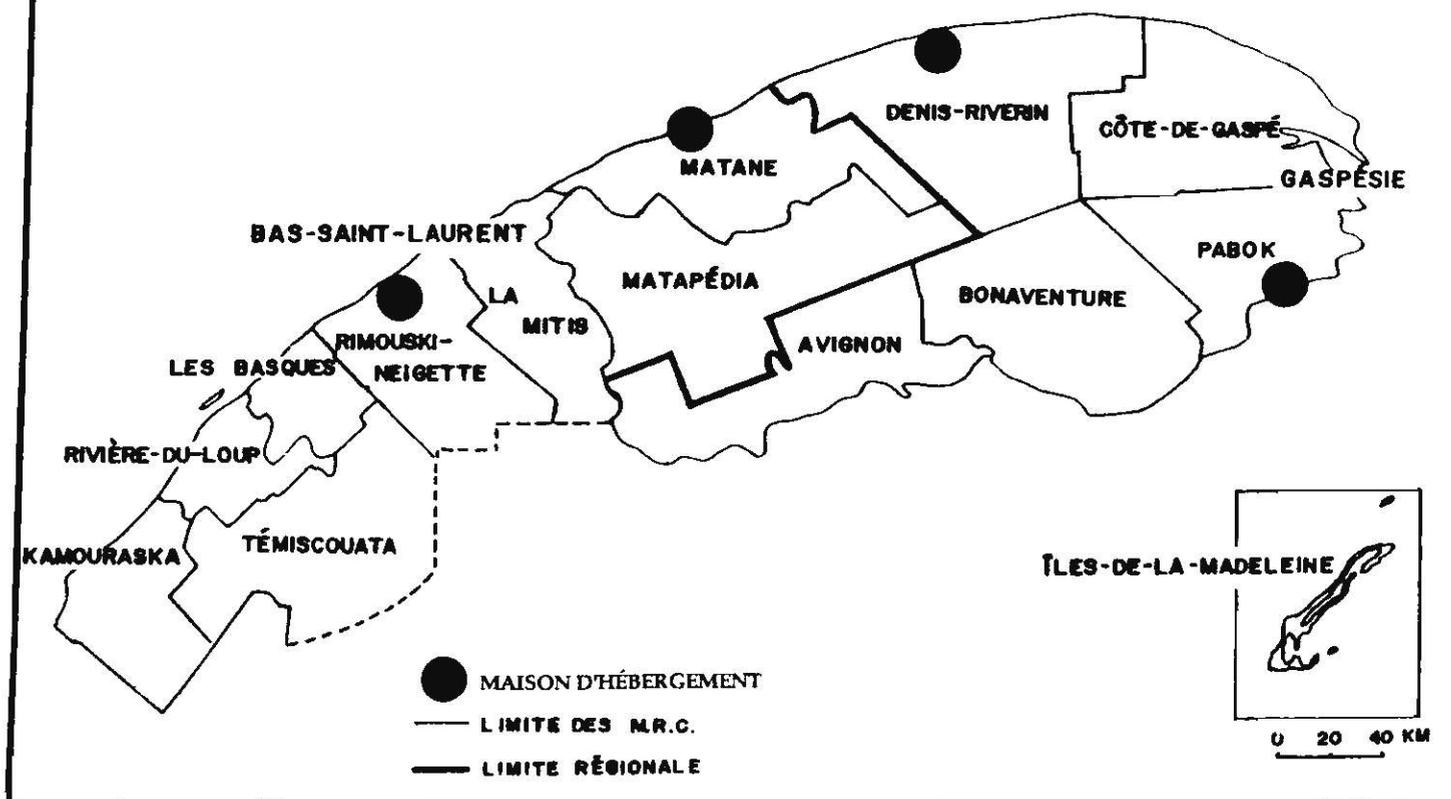
Walker, L.E. (1979), *The Battered Women*, New York, Harper & Row.

Westra, B., Martin, H.P. (1981), «Children of Battered Women», *Maternal-Child Nursing Journal*, vol.10 (printemps 1981), p.41-54.

Wolfgang, Marvin E. (1976), «Family Violence and Criminal Behavior», *American Journal of Psychiatry and the Law*, Bulletin 4, p.316-327.

ANNEXES

LOCALISATION DES MAISONS D'HÉBERGEMENT
DES M.R.C. DU BAS-ST-LAURENT ET DE
LA GASPÉSIE-ILES-DE-LA-MADELEINE



Pondération

Femmes de l'enquête Santé Québec et leurs enfants - Facteur de pondération: 31,909

Patron #	Facteur de pondération	ESQ		ESF
		Réel	Pondéré	
1	0,798	80	63.84	2
2	7,977	4	31.91	1
3	15,955	2	31.91	1
4	5,802	11	63.82	2
5	0,495	129	63.85	2
6	15,955	2	31.91	1
7	5,318	6	31.91	1
8	31,909	2	63.82	2
9	21,273	3	63.82	2
11	4,909	13	63.82	2
12	0,709	90	63.81	2
13	7,977	4	31.91	1
14	0,971	230	223.33	7
15	7,977	8	63.82	2
16	5,549	23	127.63	4
17	10,636	3	31.91	1
18	0,626	153	95.78	3
19	2,127	15	31.91	1
20	31,909	1	31.91	1
21	5,802	11	63.82	2
22	0,793	161	127.67	4
23	0,928	172	159.62	5
24	6,382	15	95.73	3
25	5,802	11	63.82	2
26	0,144	222	31.97	1
27	63,818	1	63.81	2
28	6,382	5	31.91	1
29	6,382	5	31.91	1
30	0,223	143	31.89	1
31	0,798	40	31.92	1
32	3,191	10	31.91	1
33	3,359	19	63.82	2
34	0,420	76	31.91	1
35	0,343	186	63.80	2
37	10,636	3	31.91	1
38	0,977	98	95.75	3
39	6,382	5	31.91	1
40	11,966	8	95.73	3
41	15,955	2	31.91	1
42	0,638	150	95.70	3
43	0,459	139	63.80	2
45	7,977	12	95.72	3
46	0,541	118	63.84	2
47	0,658	97	63.83	2
48	1,994	16	31.90	1
49	0,760	42	31.92	1
50	2,364	27	63.83	2
51	0,512	187	95.74	3
52	1,450	22	31.90	1
53	31,909	2	63.82	2
54	0,679	47	30.50	1
55	0,144	222	31.97	1
56	0,939	34	31.93	1
57	0,583	219	127.68	4
58	0,177	180	31.86	1
59	63,818	1	63.82	2
61	5,318	6	31.91	1
62	1,877	17	31.91	1
Total		3510	3509	110

RÉPARTITION DES ENFANTS ÉTUDIÉS SELON L'ÂGE ET LE SEXE,
ENQUÊTE DE SANTÉ AUPRES DES FEMMES VIOLENTÉES (ESFV)
ET ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 1987 (ESQ)

Caractéristiques	ESFV		ESQ		p
	N	%	N	%	
Groupe d'âge					
< 2 ans	4	3,3	171	4,6	0,34
2-4 ans	17	14,1	460	12,3	
5-11 ans	64	52,9	1714	45,7	
12-15 ans	26	21,5	965	25,7	
16-17 ans	10	8,3	444	11,8	
Sexe					
M	65	53,7	1982	52,8	0,91
F	56	46,3	1772	47,2	

Fiche d'identification

1. N° de dossier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Adresse _____ 3. Code postal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. N° de maison <input type="checkbox"/>	5. Date de la fin de l'hébergement : jour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. N° de l'interviewer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. N° de téléphone () _____ 8. Date et heure des rendez-vous : 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____			
9. Renseignements sur les membres du foyer	<input type="checkbox"/> N° de personne	<input type="checkbox"/> N° de personne	<input type="checkbox"/> N° de personne	<input type="checkbox"/> N° de personne	<input type="checkbox"/> N° de personne
10. Indiquer toutes les personnes qui demeurent actuellement dans ce logement, qui n'ont pas de lieu de résidence ailleurs ou qui sont temporairement absentes (affaires, études, hôpital, etc.)	Prénom : _____ Nom : _____	Prénom : _____ Nom : _____	Prénom : _____ Nom : _____	Prénom : _____ Nom : _____	Prénom : _____ Nom : _____
11. Quelle est la date de naissance de _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">CALCULEZ L'AGE</div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> an
12. Cela signifie qu'il ou elle est âgé de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> âge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> âge
13. VÉRIFIEZ LE SEXE DE CHACUN ET CODEZ 1= homme 2= femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. REMETTEZ LA FICHE DE RÉFÉRENCE "A" Quel est le lien entre vous et _____ Si autre précisez _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. ORI. Y a-t-il des réponses 1= oui 2= non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Raisons de non-réponses					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Q individuel : livré 1= oui 2= non 9= N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Commentaires					

Cette fiche est confidentielle

Nombre de fiches de

Étude sur la santé



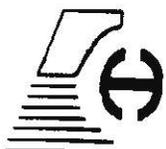
<p>N° DE DOSSIER</p> <p><input type="text" value="2"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>N° DE L'INTERVIEWER</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>N° DU QUESTIONNAIRE</p> <p><input type="text"/> de <input type="text"/></p>

Composante «interview»

Registre des visites

N° de visite	Date			Durée de l'interview				Durée de l'interview (min)			Commentaires
	Jour	Mois		Début		Fin					
1											
2											
3											
4											

Département de santé communautaire
 Centre hospitalier régional de Rimouski
 150, avenue Rouleau
 Rimouski (Québec)
 G5L 5T1



SECTION I - PROBLEMES DE SANTÉ CHRONIQUES

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE**

Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée

ENCERCLEZ LE "1", "NON" OU "8". SI 1 OU 8 ÉCRIVEZ DANS LA CASE DE LA PERSONNE
APPROPRIÉE POUR CHAQUE PROBLÈME DE CHAQUE PERSONNE.
INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

MONTREZ LA FICHE "G" ET DEMANDEZ

1. Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de :

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Anémie | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| b) Maladie de la peau ou autres
allergies cutanées..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| c) Autres allergies..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| d) Rhume des foies..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| e) Sérieux maux de dos ou de la colonne..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| f) Arthrite ou rhumatisme..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| g) Autres problèmes sérieux des os
et des articulations..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| h) Cancer..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| i) Paralysie cérébrale..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| J Diabète..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| k) Emphysème ou bronchite chronique
ou toux persistante ou asthme..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| l) Déficience mentale ou intellectuelle..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| m) Dépression..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| n) Épilepsie..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| o) Hypertension (haute pression)..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| p) Maladie du cœur..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| q) Troubles urinaires ou maladie du rein..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| r) Ulcères d'estomac..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| s) Autres troubles digestifs..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| t) Goitre ou troubles de la thyroïde..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| u) Migraines ou maux de tête fréquents..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |
| v) Incapacité ou handicap suite à la
perte d'un membre..... | 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas |

a

b

c

d

e

f

g

h

i

j

k

l

m

n

o

p

q

r

s

t

u

v

SECTION I - PROBLEMES DE SANTÉ CHRONIQUES (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

- w) Paralysie suite à un accident..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- x) Paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- y) Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- z) Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- aa) Incapacité ou handicap suite à l'obésité.... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- bb) Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

w

x

y

z

aa

bb

2 a) Et maintenant y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale, ou tout autre handicap?

- 1 = oui (QUI?)
2 = non (Passez à 3)
3 = ne sait pas (Passez à 3)

b) Si oui, quel est le problème de santé _____

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

3. Y a-t-il un ou plusieurs de vos enfants qui sont actuellement dans une famille d'accueil, un hôpital, un centre d'accueil ou un autre établissement?

- 1 = oui
2 = non

Si oui, combien? _____ NOMBRE

SECTION II- AUDITION—VISION

Parlons maintenant de votre capacité à entendre et de votre vision.

ENCERCLER LA RÉPONSE
OUI NON

- 4 a) Portez-vous un appareil auditif?..... 1 2 → Passez à c)
- b) Avez-vous de la difficulté à entendre même avec votre appareil auditif?..... 1 2

SECTION II - AUDITION—VISION (suite)

OUI NON

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

- c) Si vous ne portez pas d'appareil auditif, avez-vous de la difficulté à entendre une conversation normale?..... 1 2
- 5. a) Portez-vous des lunettes ou des verres de contact? 1 2 → Passez à c)
- b) Avez-vous de la difficulté à voir même avec vos lunettes (ou verres de contact)? 1 2
- c) Avez-vous de la difficulté à lire les caractères ordinaires du journal sans lunettes (ou verres de contact)?..... 1 2
- d) Avez-vous de la difficulté à reconnaître un ami de l'autre côté de la rue sans lunettes (ou verres de contact)?..... 1 2

SECTION III - RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites au cours des 2 dernières semaines.

ENCERCLEZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8"; SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE, MONTREZ LA FICHE "C" ET DEMANDEZ

- 6. Au cours des 2 dernières semaines : quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé :
 - a) Un—une médecin généraliste..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas a
 - b) Un—une médecin spécialiste..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas b

SI OUI, DE QUEL—S SPÉCIALISTE—S S'AGIT-IL?

PRÉCISEZ

- c) Un—e dentiste 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas c
- d) Un—e denturologiste..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas d
- e) Un—e infirmier—ère..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas e
- f) Un—e pharmacien—ne..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas f
- g) Un—e optométriste ou un—e opticien—ne..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas g

**SECTION III- RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX
(suite)**

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE**

- h) Un—e physiothérapeute ou un—e ergothérapeute..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- i) Un—e chiropraticien—ne..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- j) Un—e acupuncteur—trice..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- k) Un—e psychologue..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- l) Un—e travailleur—euse social—e ou un—e autre conseiller—ère du même type..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

Si oui, PRÉCISEZ LA PROFESSION

- m) Toute autre personne qui fait des traitements ou qui donne des conseils 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

Si oui, PRÉCISEZ LA PROFESSION

SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A CONSULTÉ, PASSEZ À LA QUESTION 8.

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A CONSULTÉ UNE FOIS OU PLUS AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, DEMANDEZ :

7. a) Quelle est la dernière personne que _____ a consulté?

PRÉCISEZ LA PROFESSION

MONTREZ LA FICHE "D" ET DEMANDEZ :

- b) Où a eu lieu la dernière consultation de _____ ?

PRÉCISEZ LE LIEU

 h

 i

 j

 k

 l

 m

**SECTION III - RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX
(suite)**

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

c) Quel était le principal problème de santé à l'origine de cette consultation?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Depuis combien de temps _____ a-t-il—elle ce problème?

1 = jour

2 = semaine

3 = mois

4 = année

5 = ne sait pas

UNITÉ

NOMBRE DE

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

ENCERCLEZ LE "1", "NON" OU "8", SI 1 OU 8. ÉCRIVEZ DANS LA CASE DE LA PERSONNE
APPROPRIÉE. POUR CHAQUE PROBLÈME DE CHAQUE PERSONNE,
INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres
du foyer ont pris, au cours des 2 derniers jours (pilules, onguent, sirop).

8. Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants :

- a) Analgésiques (pilule contre la douleur)
comme l'aspirine?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- b) Tranquillisants, sédatifs ou somnifères?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- c) Médicaments pour le cœur ou la tension
artérielle (pression sanguine)?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- d) Antibiotiques? 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- e) Remèdes ou médicaments pour
l'estomac? 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- f) Laxatifs? 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- g) Remèdes contre la toux ou le rhume?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- h) Onguents pour la peau?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- i) Vitamines ou minéraux?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas
- j) Suppléments alimentaires comme la
levure de bière, les algues, de la
poudre d'os, etc.?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

a

b

c

d

e

f

g

h

i

j

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

k) Stimulants pour avoir plus d'énergie
ou se remonter le moral?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

l) Tout autre médicament?..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

Si oui, PRÉCISEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

m) Pilule contraceptive?
(femmes seulement)..... 1 = oui (Qui?) non 8 = ne sait pas

SI PERSONNE DANS LE FOYER N'A PRIS DE MÉDICAMENT,
PASSEZ À Q.16

Pour chacun des médicaments utilisés dans les 2 derniers jours, nous vous demandons certaines informations supplémentaires.

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

k

l

m

1er médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

9. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) Au COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il—elle pris ce médicament
au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris
ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLEME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous
pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

2^e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

10. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

3^e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

11. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

4^e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

12. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

5^e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

13. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

SECTION IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

6e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

14. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ESPACE

7e médicament

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

15. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION : SI ANTIBIOTIQUE)

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

V- ACCIDENTS ET BLESSURES

Les questions qui suivent portent sur les accidents ayant causé des décès.

16. a) Au cours des 12 dernières mois, vos enfants ont-ils eu un accident ou blessure ayant entraîné le décès?

1 = oui

2 = non — Passez à Q.16 d)

b) Quel était l'âge au décès de la—des personne—s décédée—s?

c) Quelle est la cause exacte du décès de la—des personne—s décédée—s?

SONDEZ LA CAUSE MÉDICALE ET PRÉCISEZ

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

Les questions qui suivent portent sur les accidents ayant causé des blessures assez graves pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales. Voici quelques exemples de ces blessures : fracture, coupure ou brûlure grave, entorse au pied, etc.

d) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou vos enfants avez eu des accidents ou blessures ayant entraîné des limitations au niveau des activités?

1 = oui

2 = non —(Sinon, le questionnaire est terminé)

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UN ACCIDENT (OU BLESSURE), DEMANDEZ :

e) Est-ce que _____ a eu un accident :

ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE

	OUI	NON
1. à la maison	1	2
2. dans un lieu de loisirs.....	1	2
3. à l'école.....	1	2
4. de la route	1	2
5. de travail	1	2
6. autre genre d'accident.....	1	2

précisez _____

 1

 2

 3

 4

 5

 6

V- ACCIDENTS ET BLESSURES (suite)

Pour cet—ces autre—s accident—s :

f) Combien d'accidents avec blessures _____ a-t-il—elle eus au cours des 12 derniers mois?

NOMBRE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ESPACE

g) Quelle est la principale blessure que _____ a eue?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET
INSCRIVEZ DANS LA ZONE

h) Suite à cet—ces accident—s a-t-il—elle eu d'autres problèmes de santé physiques ou mentaux (causés par cet (un de ces) accident—s)?

1 = oui

2 = non —(Sinon, le questionnaire est terminé)

i) (Si oui) Quel est le principal problème de santé qu'il—elle a eu?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET
INSCRIVEZ DANS LA ZONE

Étude sur la santé



N° DE DOSSIER				
<input type="text" value="3"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
N° DE L'INTERVIEWER				
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Votre situation familiale et votre santé

MERCI DE VOTRE COLLABORATION ESSENTIELLE À LA RÉUSSITE DE CETTE ÉTUDE.

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS QUI VOUS CONCERNENT.

RÉPONDRE DANS LES 5 JOURS SERAIT PRÉFÉRABLE.

SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À COMPRENDRE LES QUESTIONS OU SI VOUS DÉSIREZ PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR CETTE ÉTUDE, VOUS POUVEZ COMMUNIQUER AVEC NOUS AU NUMÉRO (418) 724-8456.

SI VOUS HABITEZ À L'EXTÉRIEUR DE RIMOUSKI, NOUS ACCEPTONS LES FRAIS DE VOTRE APPEL TÉLÉPHONIQUE.

CE QUESTIONNAIRE SERA TRAITÉ DE FAÇON ANONYME ET CONFIDENTIELLE.

Département de santé communautaire
Centre hospitalier régional de Rimouski
150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec)
G5L 5T1

date de réception



INSTRUCTIONS

Les questions qui suivent ont plusieurs choix de réponses possibles et vous devez choisir celle qui vous convient le mieux. Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indication contraire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Voici quelques exemples sur la façon dont nous apprécierions que vous répondiez :

EXEMPLE 1: Encercler le chiffre correspondant à une réponse.

Question 1

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général ...

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Excellente.....	1
Très bonne.....	2
Bonne.....	3
Moyenne.....	4
Mauvaise.....	5

Question 17

- | | <u>Jamaïs</u> | <u>De temps en temps</u> | <u>Assez souvent</u> | <u>Très souvent</u> |
|---|---------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| 17. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Question 42

42. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal prise?

OUI1
NON2

EXEMPLE 2 : Écrire un chiffre

Question 59 b

- 59 b/ Si oui, combien d'enfants avez-vous ou aviez-vous âgés de :

	Maintenant	Lors de l'hébergement
• moins de 2 ans	_____	_____
• 2 à 4 ans	_____	_____
• 5 à 11 ans	_____	_____
• 12 à 15 ans	_____	_____
• 15 ans et plus	_____	_____

EXEMPLE 3 . Donner 2 réponses

Question 66

Quelle est ou était la principale occupation de votre conjoint au cours de l'année précédente?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Maintenant	Lors de l'hébergement
• Travail rémunéré à l'extérieur	1	1
• Travail rémunéré à domicile	2	2
• Chômage	3	3
• Études	4	4
• Sans occupation	5	5
• Autres (précisez)	6	6

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

I - VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Commençons par quelques questions sur votre santé en général.

- 1 Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général ...

Excellente	.....	1
Très bonne	.....	2
Bonne	.....	3
Moyenne	.....	4
Mauvaise	.....	5

II - DIVERS PROBLEMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

La façon dont vous vous êtes sentie durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes sentie l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence au cours de la dernière semaine :

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Tres souvent	
2 Vous êtes-vous sentie ralentie ou avez-vous manqué d'énergie?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
7 Vous êtes-vous sentie seule? .....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous eu des blancs de mémoire?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>

11 - DIVERS PROBLEMES PERSONNELS (suite)

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

ENCEPCLER VOTRE RÉPONSE

	<u>Jama</u> s	De temps <u>en temps</u>	Assez <u>souvent</u>	Très <u>souvent</u>	
9. Avez-vous perdu intérêt au plaisir dans votre vie sexuelle?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu les "bleus"?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Vous êtes-vous sentie tendue ou sous pression?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Vous êtes-vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose?...1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormie?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentie sur le point de pleurer?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
21. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous manqué d'appétit?.....1		2	3	4	<input type="checkbox"/>

II - DIVERS PROBLEMES PERSONNELS (suite)**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	<u>Jama</u> s	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
23. Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
24. Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
26. Vous êtes-vous sentie négative envers les autres?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
27. Vous êtes-vous sentie facilement contrariée ou irritée?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
28. Vous êtes-vous fâchée pour des choses sans importance?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
29. Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou à d'autres muscles?.....	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

III - LE SUICIDE

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	<u>OU</u>	<u>NON</u>	
31. Vous est-il déjà arrivé de penser sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie)?.....	1	2	<input type="checkbox"/>
Sinon, passez à Q. 33			
32. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?	1	2	<input type="checkbox"/>
33. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?	1	2	<input type="checkbox"/>
Sinon, passez à la Q. 35			
34. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?.....	1	2	<input type="checkbox"/>

IV - VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

Les questions qui suivent portent sur les relations avec les gens qui vous entourent et sur la satisfaction face à votre vie.

35. Au cours des **12 derniers mois**, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis ou des connaissances?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

- Plus d'une fois par semaine.....1
- Une fois par semaine.....2
- Au moins une fois par mois.....3
- 1 fois à tous les 2 ou 3 mois.....4
- Environ 1 fois par année.....5
- Jamais.....6

36. Diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des **2 derniers mois**?

- Presque entièrement seule.....1
- Plus de la moitié du temps seule.....2
- À peu près la moitié seule et la moitié avec d'autres.....3
- Plus de la moitié du temps avec d'autres.....4
- Presque entièrement avec d'autres.....5

37. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

- Très satisfaisante.....1
- Plutôt satisfaisante.....2
- Plutôt insatisfaisante.....3
- Vraiment insatisfaisante.....4

38. a) Avez-vous des amis?

- OUI..... 1
- NON..... 2 → Passez à Q.39

b) Si OUI, en général êtes-vous satisfaite de vos rapports avec vos amis?

- Très satisfaite.....1
- Plutôt satisfaite.....2
- Plutôt insatisfaite.....3
- Vraiment insatisfaite.....4

IV- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite) NE RIEN INSCRIRE

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

DANS CETTE SECTION

39. a) Avez-vous des enfants à vous?

 OUI..... 1
 NON..... 2 → Passez à Q.40

b) Si OUI, comment trouvez-vous les relations que vous avez avec eux?

 Très satisfaisantes..... 1
 Plutôt satisfaisantes..... 2
 Plutôt insatisfaisantes..... 3
 Vraiment insatisfaisantes..... 4

40. a) Etes-vous actuellement mariée ou vivant en union libre?

 OUI..... 1
 NON..... 2 → Passez à Q.41

b) Si OUI, comment trouvez-vous votre relation de couple?

 Très satisfaisante..... 1
 Plutôt satisfaisante..... 2
 Plutôt insatisfaisante..... 3
 Vraiment insatisfaisante..... 4

41. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

 OUI..... 1
 NON..... 2

42. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal prise?

 OUI..... 1
 NON..... 2

IV- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

43. Quel est votre poids? ___ kg 1 OU ___ lb 2

44. Quelle est votre grandeur? ___ m ___ cm 1 OU ___ pi ___ po 2

45. Combien aimeriez-vous peser? ___ kg 1 OU ___ lb 2

Les questions qui suivent portent sur votre consommation d'alcool.

46. Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

- OUI 1
- NON 2 —Passez à Q.50

47. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

- OUI 1
- NON 2 —Passez a Q.50

48. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées?

- En avez-vous bu :
- a) Chaque jour 1
 - b) De 4 à 6 fois par semaine 2
 - c) De 2 à 3 fois par semaine 3
 - d) Une fois par semaine 4
 - e) Une ou deux fois par mois 5
 - f) Moins d'une fois par mois 6

IV- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

49. À partir d'hier, combien de consommations avez-vous prises chaque jour au cours des **7 derniers jours**?

La table suivante peut vous aider à répondre à cette série de questions :

1 CONSOMMATION =	2 CONSOMMATIONS =
1 petite bouteille de bière (12 onces ou 360 ml)	1 grosse bouteille de bière
1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml)	1 verre double de boisson forte
1 petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (1-1 1/2 onces) avec ou sans mélange	1 coup accompagné d'une bière ("beer chaser")

Encercler le chiffre vis-à-vis votre réponse (une réponse par journée)

	Hier	Avant hier	Il y a 3 jours	Il y a 4 jours	Il y a 5 jours	Il y a 6 jours	Il y a 7 jours
Aucune consommation	0	0	0	0	0	0	0
1 consommation	1	1	1	1	1	1	1
2 à 3 consommations	2	2	2	2	2	2	2
4 à 7 consommations	3	3	3	3	3	3	3
8 à 11 consommations	4	4	4	4	4	4	4
12 consom. ou plus	5	5	5	5	5	5	5
Je ne sais pas	8	8	8	8	8	8	8

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

V- SITUATIONS DE VIOLENCE

Les questions qui suivent portent sur les situations de violence que vous avez connues au cours des **3 mois précédant votre séjour en maison d'hébergement.**

Au cours des **3 mois** précédant votre séjour en maison d'hébergement, avez-vous subi :

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

50. De la violence physique?

(Exemple: être pincée, frappée, poussée, bousculée, retenue, griffée, mordue, étouffée, reçu des coups de pied, de poing, des gifles, etc.)

- Oui..... 1
- Non..... 2

V- SITUATIONS DE VIOLENCE (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

51. De la violence psychologique?

(Exemple: être injuriée, menacée, ridiculisée, méprisée, humiliée, blâmée, etc.)

- Oui..... 1
- Non..... 2

52. De la violence verbale?

(Exemple: être placée en situation de peur due à des menaces de suicide; à des coups de poing ou de pied sur les murs ou les meubles; se faire briser des objets personnels; être privée de sommeil, de médicaments ou de nourriture; être menacée de mort, de rapports sexuels avec les enfants, etc.).

- Oui..... 1
- Non..... 2

53. De la violence sexuelle?

(Exemple: être forcée à vous déshabiller, à avoir des relations sexuelles, à des pratiques ou comportements sexuels qui vous répugnent, à avoir des relations sexuelles après avoir été battue ou à avoir des relations sexuelles avec des amis, etc.)

- Oui..... 1
- Non..... 2

Si vous aviez des enfants, au cours des 3 mois précédant votre séjour en maison d'hébergement, vos enfants ont-ils subi :

Si vous n'aviez pas d'enfant, passez à Q.58

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

54. De la violence physique?

(Exemple: être pincé, frappé, poussé, bousculé, étouffé, avoir reçu des coups de pied, coups de poing, etc.)

- Oui..... 1
- Non..... 2

55. De la violence psychologique?

(Exemple: être injurié, menacé, ridiculisé, méprisé, humilié, etc.)

- Oui..... 1
- Non..... 2

V- SITUATIONS DE VIOLENCE (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

56. De la violence verbale?

(Exemple: être placé en situation de peur due à des menaces de mort, être privé de sommeil, de médicaments ou de nourriture, se faire briser des objets personnels ou tuer un animal aimé, etc.)

- Oui..... 1
- Non 2

57. De la violence sexuelle?

(Exemple: être forcé à se déshabiller, à subir des attouchements à avoir des relations sexuelles, etc.)

- Oui..... 1
- Non 2

VI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les quelques questions qui suivent permettront de comparer votre état de santé à celui d'autres personnes au Québec, ayant des caractéristiques semblables aux vôtres. Ces questions permettront également de comparer votre situation socio-économique actuelle à votre situation économique lors de votre séjour à la maison d'hébergement.

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Maintenant Lors de l'hébergement

58. Quel est ou était votre statut civil?

- | | | |
|---|---|---|
| • Mariée et vivant avec votre conjoint..... | 1 | 1 |
| • Vivant en union libre | 2 | 2 |
| • Séparée et vivant sans conjoint..... | 3 | 3 |
| • Divorcée et vivant sans conjoint..... | 4 | 4 |
| • Veuve et vivant sans conjoint..... | 5 | 5 |
| • Jamais mariée et vivant sans conjoint... | 6 | 6 |

59. a) Avez-vous ou aviez-vous des enfants?

- | | | |
|-------------|---|---|
| • Oui | 1 | 2 |
| • Non | 1 | 2 |

b) Si oui, combien d'enfants avez-vous ou aviez-vous âgés de :

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| • moins de 2 ans..... | — | — |
| • 2 à 4 ans | — | — |
| • 5 à 11 ans | — | — |
| • 12 à 15 ans..... | — | — |
| • 15 ans et plus..... | — | — |

VI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Maintenant Lors de l'hébergement

60. Quel est ou était votre plus haut niveau de scolarité?

- | | | |
|---|----|----|
| • Études primaires (7e année)..... | 1 | 1 |
| • Huit années ou secondaire I..... | 2 | 2 |
| • Neuf années ou secondaire II..... | 3 | 3 |
| • Dix années ou secondaire III..... | 4 | 4 |
| • Onze années ou secondaire IV..... | 5 | 5 |
| • Douze années ou secondaire V..... | 6 | 6 |
| • Études partielles dans une école de métiers
ou un collège commercial privé, un institut
technique, un cégep, une école de sciences
infirmières, une école normale..... | 7 | 7 |
| • Diplôme ou certificats d'études d'une
école de métiers ou un collège commer-
cial privé, un institut technique, un
cégep, une école de sciences infir-
mières, une école normale..... | 8 | 8 |
| • Études partielles à l'université..... | 9 | 9 |
| • Certificat, baccalauréat, maîtrise
ou doctorat acquis..... | 10 | 10 |

61. Quelle est ou était votre principale occupation au cours de
l'année précédente (un seul choix par colonne)?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| • Travail au foyer..... | 1 | 1 |
| • Travail rémunéré à l'extérieur..... | 2 | 2 |
| • Travail rémunéré à domicile..... | 3 | 3 |
| • Chômage..... | 4 | 4 |
| • Études..... | 5 | 5 |
| • Sans occupation..... | 6 | 6 |
| • Autres (précisez)..... | 7 | 7 |

62. Quel est ou était votre revenu annuel brut (avant déduction d'impôt)
au cours de l'année précédente?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| • aucun —————> passez à Q. 64..... | 1 | 1 |
| • de 1 \$ à 5 999 \$..... | 2 | 2 |
| • 6 000 \$ à 11 999 \$..... | 3 | 3 |
| • 12 000 \$ à 19 999 \$..... | 4 | 4 |
| • 20 000 \$ à 29 999 \$..... | 5 | 5 |
| • 30 000 \$ à 39 999 \$..... | 6 | 6 |
| • 40 000 \$ à 49 999 \$..... | 7 | 7 |
| • 50 000 \$ et plus..... | 8 | 8 |
| • ne sais pas..... | 9 | 9 |

VI. RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Maintenant Lors de l'hébergement

63. Quelle est ou était votre principale source de revenu (un seul choix)?

- | | | |
|---|---|---|
| • D'un emploi | 1 | 1 |
| • De l'aide sociale | 2 | 2 |
| • De l'assurance chômage | 3 | 3 |
| • Des allocations familiales ou du
crédit d'impôt pour enfants | 4 | 4 |
| • D'une pension alimentaire | 5 | 5 |
| • D'un régime de rentes ou de la
pension de retraite | 6 | 6 |
| • D'une autre source (précisez) : | 7 | 7 |

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Les questions qui suivent portent sur la situation socio-économique de votre conjoint.

Si vous vivez seule présentement, vous répondez à la deuxième colonne seulement, c'est-à-dire la situation de votre conjoint lors de l'hébergement.

64. Quel est ou était son plus haut niveau de scolarité?

- | | | |
|--|----|----|
| • Études primaires (7 ^e année) | 1 | 1 |
| • Huit années ou secondaire I | 2 | 2 |
| • Neuf années ou secondaire II | 3 | 3 |
| • Dix années ou secondaire III | 4 | 4 |
| • Onze années ou secondaire IV | 5 | 5 |
| • Douze années ou secondaire V | 6 | 6 |
| • Études partielles dans une école de
métiers ou un collège commercial
privé, un institut technique, un
cégep, une école de sciences infir-
mières, une école normale | 7 | 7 |
| • Diplôme ou certificats d'études d'une
école de métiers ou un collège commer-
cial privé, un institut technique, un
cégep, une école de sciences infir-
mières, une école normale | 8 | 8 |
| • Études partielles à l'université | 9 | 9 |
| • Certificat, baccalauréat, maîtrise
ou doctorat acquis | 10 | 10 |

VI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Maintenant Lors de l'hébergementNE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

65. Quelle est ou était la principale occupation de votre conjoint au cours de l'année précédente?

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| • Travail rémunéré à l'extérieur..... | 1 | 1 |
| • Travail rémunéré à domicile..... | 2 | 2 |
| • Chômage..... | 3 | 3 |
| • Études..... | 4 | 4 |
| • Sans occupation..... | 5 | 5 |
| • Autres (précisez)..... | 6 | 6 |

66. Quel est ou était le revenu annuel brut (avant déduction d'impôt) de votre conjoint au cours de l'année précédente?

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| • aucun —————> passez à Q.68..... | 1 | 1 |
| • de 1 \$ à 5 999 \$..... | 2 | 2 |
| • 6 000 \$ à 11 999 \$..... | 3 | 3 |
| • 12 000 \$ à 19 999 \$..... | 4 | 4 |
| • 20 000 \$ à 29 999 \$..... | 5 | 5 |
| • 30 000 \$ à 39 999 \$..... | 6 | 6 |
| • 40 000 \$ à 49 999 \$..... | 7 | 7 |
| • 50 000 \$ et plus..... | 8 | 8 |
| • ne sais pas..... | 9 | 9 |

67. Quelle est ou était la principale source de ses revenus (un seul choix par colonne)?

- | | | |
|--|---|---|
| • D'un emploi..... | 1 | 1 |
| • De l'aide sociale..... | 2 | 2 |
| • De l'assurance chômage..... | 3 | 3 |
| • Des allocations familiales ou du
crédit d'impôt pour enfants..... | 4 | 4 |
| • D'une pension alimentaire..... | 5 | 5 |
| • D'un régime de rentes ou de la
pension de retraite..... | 6 | 6 |
| • D'une autre source (précisez) :..... | 7 | 7 |

VI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Au cours des 12 mois précédant votre séjour en maison
d'hébergement :

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

68. Qui gérait le revenu familial ou décidait des dépenses?

- Vous le gériez seule..... 1
- Votre conjoint le gérait seul..... 2
- Vous le gériez ensemble..... 3

69. a) Possédiez-vous un compte de banque?

- Oui 1
- Non ——— passez à Q. 70..... 2

b) Si oui, le compte était-il à :

- À votre nom seul..... 1
- À votre nom et à celui de votre conjoint... 2
- Au nom de votre conjoint seulement..... 3

70. Sur le plan financier, vous considérez-vous dépendante ou à la charge de votre conjoint?

- Oui 1
- En partie 2
- Non 3
- Ne sais pas..... 4

71. Si vous ne demeurez plus avec votre conjoint, avez-vous peur qu'il arrive chez-vous à l'improviste?

- Oui 1
- Non 2

Nous vous remercions encore une fois d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire et nous vous rappelons que toute l'information qui y est incluse demeurera **anonyme** et **confidentielle**.

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTES ET DES NON-RÉPONDANTES
AU QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ (QAA)

Caractéristiques	En totalité		Réponse au QAA		En partie		p
	N	%	N	%	N	%	
Groupe d'âge							
20-39 ans	49	54,4	12	80,0	3	60,0	0,15
40 ans et +	41	45,6	3	20,0	2	40,0	
Principale occupation							
Maison	43	47,8	8	53,3	2	40,0	0,74
Travail/Études	38	42,2	6	40,0	1	20,0	
Autres	9	10,0	1	6,7	2	40,0	
Présence d'enfants							
Oui	57	63,3	11	73,3	3	60,0	0,76
Non	33	36,7	4	26,7	2	40,0	

TABLEAUX DÉTAILLÉS DES RÉSULTATS

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2-1	Caractéristiques lors de l'hébergement des femmes rejointes et non rejointes	A 6-3
TABLEAU 2-2	Caractéristiques de la population à l'étude non rejointe selon les motifs	A 6-4
TABLEAU 3-1	Femmes rejointes selon leur participation et certaines caractéristiques lors de l'hébergement	A 6-5
TABLEAU 4	Caractéristiques socio-économiques des femmes à l'étude	A 6-7
TABLEAU 5-1	Statut civil lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-8
TABLEAU 5-2	Présence d'enfants lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-8
TABLEAU 5-3	Scolarité lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-8
TABLEAU 5-4	Revenu personnel lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-9
TABLEAU 5-5	Occupation principale lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-9
TABLEAU 5-6	Principale source de revenu lors de l'hébergement et lors de l'enquête	A 6-10
TABLEAU 5-7	Nombre et pourcentage de femmes dont les caractéristiques socio-économiques sont demeurées identiques et les principales modifications enregistrées entre le moment de l'hébergement et l'enquête	A 6-11
TABLEAU 9	Composante de l'indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ	A 6-12
TABLEAU 10	Indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ	A 6-12
TABLEAU 11	Composantes du support social perçu, ESFV et ESQ	A 6-13
TABLEAU 12	Fréquence des problèmes de santé chez les femmes, ESFV et ESQ ..	A 6-14
TABLEAU 13	Nombre et taux de problèmes de santé par 100 femmes, ESFV et ESQ	A 6-15
TABLEAU 14	Indice pondéral, ESFV et ESQ	A 6-16
TABLEAU 15	Prévalence des accidents chez les femmes selon le lieu, ESFV et ESQ	A 6-16
TABLEAU 16	Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les femmes, ESFV et ESQ	A 6-17
TABLEAU 17	Idées suicidaires et tentatives de suicide, ESFV et ESQ	A 6-17

TABLEAU 18	Niveau de détresse psychologique, ESFV et ESQ	A 6-17
TABLEAU 19	Perception de l'état de santé, ESFV et ESQ	A 6-18
TABLEAU 20	Fréquence des problèmes de santé déclarés chez les enfants, ESFV et ESQ	A 6-19
TABLEAU 21	Taux de problèmes de santé par 100 enfants, ESFV et ESQ	A 6-19
TABLEAU 22	Prévalence des accidents chez les enfants selon le lieu, ESFV et ESQ	A 6-20
TABLEAU 23	Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les enfants, ESFV et ESQ	A 6-21
TABLEAU 24	Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, femmes, ESFV et ESQ	A 6-22
TABLEAU 25	Catégorie de professionnel consulté, femmes, ESFV et ESQ	A 6-22
TABLEAU 26	Lieu de consultation, femmes, ESFV et ESQ	A 6-23
TABLEAU 27	Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, femmes, ESFV et ESQ	A 6-24
TABLEAU 28	Consommation de médicaments, femmes, ESFV et ESQ	A 6-24
TABLEAU 29	Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, enfants, ESFV et ESQ	A 6-25
TABLEAU 30	Catégorie de professionnel consulté, enfants, ESFV et ESQ	A 6-25
TABLEAU 31	Lieu de consultation, enfants, ESFV et ESQ	A 6-26
TABLEAU 32	Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, enfants, ESFV et ESQ	A 6-27
TABLEAU 33	Consommation de médicaments, enfants, ESFV et ESQ	A 6-27
TABLEAU 34-1	Etat de santé des femmes ex-hébergées selon le délai depuis la fin de l'hébergement	A 6-28
TABLEAU 34-2	Etat de santé des femmes ex-hébergées selon le statut civil au moment de l'enquête	A 6-29
TABLEAU 34-3	Etat de santé des femmes ex-hébergées selon le nombre de forme de violence subie	A 6-30
TABLEAU 35	Fréquence des problèmes psychologiques chez les enfants selon le statut civil de la mère	A 6-31

TABLEAU 2-1

Caractéristiques lors de l'hébergement des femmes rejointes et non rejointes

Caractéristiques	Population non rejointe		Population rejointe	
	N	%	N	%
Maison d'hébergement				
Rimouski	158	36,7	65	42,5
Matane	112	26,0	36	23,5
Ste-Anne-des-Monts	42	9,8	28	18,3
Pabos	118	27,4	24	15,7
Délaï depuis la fin de l'hébergement				
1 an	114	26,6	58	37,9
2 ans	135	31,5	41	26,8
3 ans	99	23,1	29	19,0
4 ans et +	81	18,9	25	16,3
Age au moment de l'hébergement				
19 ans et -	32	8,8	4	2,8
20 - 29 ans	149	40,8	38	26,4
30 - 39 ans	103	28,2	58	40,3
40 - 49 ans	64	17,5	27	18,8
50 ans et +	17	4,7	17	11,8
Présence d'enfants lors de l'hébergement				
Oui	288	67,1	128	83,7
Non	141	32,9	25	16,3
Distance de la maison d'hébergement				
9 km et -	161	40,1	84	54,9
10 - 29 km	60	15,0	43	28,1
30 - 59 km	50	12,5	12	7,8
60 km et +	130	32,4	14	9,2

TABLEAU 2-2

Caractéristiques de la population à l'étude non rejointe selon les motifs

CARACTÉRISTIQUES	Hors région N	Adresse inconnue N	Autres N	Total N
Maison d'hébergement				
Rimouski	46	106	6	158
Matane	18	90	4	112
Ste-Anne-des-Monts	30	10	2	42
Pabos	48	70	0	118
Total	142	276	12	430
Durée depuis la fin de l'hébergement				
1 an	40	71	3	114
2 ans	43	88	4	135
3 ans	31	65	3	99
4 ans et +	28	51	2	81
Total	142	275	12	429
Age au moment de l'hébergement				
19 ans et -	10	20	2	32
20 - 29 ans	59	88	2	149
30 - 39 ans	36	65	2	103
40 - 49 ans	16	47	1	64
50 ans et +	1	13	3	17
Total	122	233	10	365
Présence d'enfants lors de l'hébergement				
Oui	97	185	6	288
Non	45	90	6	141
Total	142	275	12	429
Distance de la maison d'hébergement				
9 km et -	42	112	7	161
10 - 29 km	18	42	0	60
30 - 59 km	10	38	2	50
60 km et +	66	61	3	130
Total	136	253	12	401

TABLEAU 3-1

Femmes rejointes selon leur participation et certaines caractéristiques
lors de l'hébergement

Caractéristiques	Refus		Population enquêtée	
	N	%	N	%
Maison d'hébergement				
Rimouski	17	41,5	48	43,6
Matane	11	26,8	24	21,8
Ste-Anne-des-Monts	7	17,1	21	19,1
Pabos	6	14,6	17	15,5
Décali depuis la fin de l'hébergement				
1 an	13	31,7	44	40,0
2 ans	11	26,8	30	27,3
3 ans	8	19,5	20	18,2
4 ans et +	9	22,0	16	14,5
Age au moment de l'hébergement				
19 ans et -	1	3,1	3	2,7
20 - 29 ans	12	37,5	26	23,6
30 - 39 ans	8	25,0	48	43,6
40 - 49 ans	8	25,0	19	17,3
50 ans et +	3	9,4	14	12,7
Présence d'enfants lors de l'hébergement				
Oui	33	80,5	93	84,5
Non	8	19,5	17	15,5
Distance de la maison d'hébergement				
9 km et -	25	61,0	59	53,6
10 - 29 km	11	26,8	30	27,3
30 - 59 km	3	7,3	9	8,2
60 km et +	2	4,9	12	10,9

TABLEAU 3-2

Caractéristiques des femmes rejointes selon leur participation

CARACTÉRISTIQUES	Refus N	Acceptation N	Total N
Maison d'hébergement			
Rimouski	17	48	65
Matane	11	24	35
Ste-Anne-des-Monts	7	21	28
Pabos	6	17	23
Total	41	110	151
Durée depuis la fin de l'hébergement			
1 an	13	44	57
2 ans	11	30	41
3 ans	8	20	28
4 ans et +	9	16	25
Total	41	110	151
Age au moment de l'hébergement			
19 ans et -	1	3	4
20 - 29 ans	12	26	38
30 - 39 ans	8	48	56
40 - 49 ans	8	19	27
50 ans et +	3	14	17
Total	32	110	142
Présence d'enfants lors de l'hébergement			
Oui	33	93	126
Non	8	17	25
Total	41	110	151
Distance de la maison d'hébergement			
9 km et -	25	59	84
10 - 29 km	11	30	41
30 - 59 km	3	9	12
60 km et +	2	12	14
Total	41	110	151

TABLEAU 4

Caractéristiques socio-économiques des femmes à l'étude

Caractéristiques	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Age au moment de l'enquête				
20 - 29 ans	16	14,5	511	14,5
30 - 39 ans	48	43,6	1532	43,6
40 - 49 ans	28	25,5	957	27,3
50 ans et +	18	16,4	511	14,5
Statut d'activité				
Travail	32	29,1	1052	30,0
Études	13	11,8	351	10,0
Tenait maison	53	48,2	1787	50,9
Inactives-santé	7	6,4	127	3,7
Inactives-autres	5	4,5	192	5,5
Scolarité relative				
Quintile 1	35	31,8	1053	30,0
Quintile 2	24	21,8	830	23,6
Quintile 3	25	22,7	894	25,5
Quintile 4	18	16,4	479	13,6
Quintile 5	8	7,3	255	7,3
Statut civil				
Mariée	28	29,8	1632	46,5
Vivant en union de fait	24	25,5	220	6,3
Séparée/Divorcée	35	37,2	1309	37,2
Veuve	1	1,1	79	2,3
Seule	6	6,4	272	7,7
Nombre d'enfants de 17 ans et -				
0	39	35,5	1243	35,4
1	32	29,1	955	27,2
2	26	23,6	862	24,6
3 et +	13	11,8	450	12,7
Revenu personnel				
0\$ - 5 999\$	36	40,0	1180	36,4
6 000\$ - 11 999\$	41	45,6	973	30,0
12 000\$ - 19 999\$	8	8,9	556	17,1
20 000\$ et +	5	5,5	538	16,6

TABLEAU 5-1

Statut civil lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement							
	Mariées		Union de fait		Séparées		Autres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariées	24	37,5	1	5,6	1	16,7	-	-
Union de fait	11	17,2	9	50,0	2	33,3	2	100,0
Séparées/Divorcées	28	43,8	8	44,4	3	50,0	-	-
Autres	1	1,6	-	-	-	-	-	-
Total	64	100,0	18	100,0	6	100,0	2	100,0

TABLEAU 5-2

Présence d'enfants lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Oui	82	96,5	1	20,0
Non	3	3,5	4	80,0
Total	85	100,0	5	100,0

TABLEAU 5-3

Scolarité lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement					
	11e année et -		12e année		Collégial et +	
	N	%	N	%	N	%
11e année et -	48	80,0	-	-	-	-
12e année	12	20,0	21	91,3	-	-
Collégial et +	-	-	2	8,7	6	100,0
Total	60	100,0	623	100,0	6	100,0

TABLEAU 5-4

Revenu personnel lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement					
	5 999\$ et -		6 000\$-11 999\$		12 000\$ et +	
	N	%	N	%	N	%
5 999\$ et -	30	53,6	1	4,5	-	-
6 000\$-11 999\$	20	35,7	19	86,4	2	28,6
12 000\$ et +	6	10,7	2	9,1	5	71,4
Total	56	100,0	22	100,0	7	100,0

TABLEAU 5-5

Occupation principale lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement							
	Maison		Emploi		Études		Autres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maison	49	73,1	1	33,3	1	100,0	-	-
Emploi	1	1,5	-	-	-	-	6	46,2
Études	11	16,4	1	33,3	-	-	1	17,6
Autres	6	9,0	1	33,3	-	-	6	46,2
Total	67	100,0	3	100,0	1	100,0	13	100,0

TABLEAU 5-6

Principale source de revenu lors de l'hébergement et lors de l'enquête

Lors de l'enquête	Lors de l'hébergement					
	Emploi		Aide sociale		Autres	
	N	%	N	%	N	%
Emploi	11	64,7	4	15,4	4	22,2
Aide sociale	3	17,6	20	76,9	6	33,3
Autres	3	17,6	2	7,7	8	44,4
Total	17	100,0	26	100,0	18	100,0

TABLEAU 5-7

Nombre et pourcentage de femmes dont les caractéristiques socio-économiques sont demeurées identiques et les principales modifications enregistrées entre le moment de l'hébergement et l'enquête

Caractéristiques socio-économiques	N	%
Identiques		
Statut civil (91)	36	39,6
Statut d'activité (84)	43	51,2
Scolarité (89)	70	78,7
Présence d'enfants (90)	86	95,6
Revenu personnel (85)	42	49,4
Source de revenu (61)	32	52,5
Modifiées		
Statut civil		
• Mariées --> Autres (64)	40	62,5
Statut d'activité		
• Maison --> Travail/Études (50)	18	36,0
Scolarité		
• Scolarité plus élevée (89)	19	21,3
Revenus		
• <12 000\$ --> 12 000\$ et + (78)	8	10,3
Source de revenus		
• Aide sociale --> Travail (26)	4	15,4

TABLEAU 9

Composantes de l'indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ

Composantes	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Amis				
Oui	85	91,4	3348	97,2
Non	8	8,6	150	2,8
Rencontres sociales				
Plus d'une fois par semaine	43	46,7	1220	35,5
1 fois par semaine	25	27,2	1150	33,5
1 fois par mois	10	10,9	817	23,8
1 fois à tous les 2-3 mois	9	9,8	-	-
1 fois par année	5	5,4	245	7,1
Temps libre				
Entièrement seule	12	12,9	198	5,6
Moitié du temps seule	13	14,0	382	11,0
Moitié du temps seule et avec d'autres	22	23,7	1015	29,1
Moitié du temps avec d'autres	15	16,1	1012	29,0
Entièrement avec d'autres	31	33,3	881	25,3
Conjoint				
Oui	51	54,8	1923	56,2
Non	42	45,2	1501	43,8
Enfants				
Oui	88	93,6	2992	85,5
Non	6	6,4	508	14,5

TABLEAU 10

Indice d'intégration sociale, ESFV et ESQ

Indice d'intégration sociale	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Faible	3	3,2	195	5,5
Modéré	22	23,2	555	15,8
Élevé	70	73,7	2758	78,6
Total	95	100,0	3508	100,0

TABLEAU 11

Composantes du support social perçu, ESFV et ESQ

Composantes	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Rapports avec amis				
Très satisfaisants	37	44,0	1571	47,4
Plutôt satisfaisants	45	53,6	1637	49,4
Plutôt insatisfaisants	2	2,4	103	3,1
Vraiment insatisfaisants	0	0,0	5	0,1
Vie sociale				
Très satisfaisante	25	26,9	869	25,0
Plutôt satisfaisante	49	52,7	2041	58,6
Plutôt insatisfaisante	15	16,1	479	13,8
Vraiment insatisfaisante	4	4,3	91	2,6
Rapports avec conjoint				
Très satisfaisants	16	32,0	998	52,8
Plutôt satisfaisants	21	42,0	766	40,5
Plutôt insatisfaisants	7	14,0	102	5,4
Vraiment insatisfaisants	6	12,0	26	1,4
Rapports avec enfants				
Très satisfaisants	43	50,0	1807	61,3
Plutôt satisfaisants	34	39,5	1041	35,3
Plutôt insatisfaisants	7	8,2	80	2,7
Vraiment insatisfaisants	2	2,3	18	0,6

TABLEAU 12

Fréquence des problèmes de santé déclarés chez les femmes, ESFV et ESQ

Nombre de problèmes de santé	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucun problème	2	1,8	1029	29,3
1 problème	11	10,0	886	25,2
2 problèmes	23	20,9	563	16,0
3 problèmes	16	14,5	496	14,1
4 problèmes	20	18,2	272	7,7
5 problèmes	15	13,6	139	4,0
6 problèmes	6	5,5	58	1,7
7 problèmes	6	5,5	42	1,2
8 problèmes	3	2,7	7	0,2
9 problèmes	2	1,8	10	0,3
10 problèmes	2	1,8	8	0,2
11 problèmes	2	1,8	1	0,0
12 problèmes	1	0,9	-	-
13 problèmes	1	0,9	-	-

TABLEAU 13

Nombre et taux de problèmes de santé par 100 femmes, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Troubles mentaux	83	75,5	698	19,9
Maux de tête	50	45,5	714	20,3
Arthrite et rhumatisme	36	32,7	631	18,0
Maux de dos	36	32,7	529	15,1
Troubles digestifs fonctionnels	28	25,5	270	7,7
Troubles de la vision	26	23,6	47	1,3
Allergies et affections cutanées	25	22,7	407	11,6
Hypertension	16	14,5	234	6,7
Asthme, bronchite, emphysème	15	13,6	177	5,0
Traumatismes	15	13,6	254	7,2
Allergies	14	12,7	321	9,1
Anémie	13	11,8	135	3,8
Tr. des organes génitaux féminins	10	9,1	172	4,9
Rhume des foies	9	8,2	193	5,5
Ulcères gastriques et duodénaux	9	8,2	77	2,2
Maladies cardiaques	8	7,3	165	4,7
Affections respiratoires aiguës	5	4,5	252	7,2
Autres troubles digestifs	5	4,5	101	2,9
Troubles de thyroïde	3	2,7	129	3,7
Grippe	3	2,7	139	4,0
Troubles de la dentition	3	2,7	28	0,8
Malaise et fatigue	3	2,7	166	4,7
Troubles de l'audition	2	1,8	44	1,3
Autres affections ostéo-articulaires	1	0,9	181	5,2
Autres	52	47,2	524	14,9
Total		426,9		187,7

TABLEAU 14

Indice pondéral, ESFV et ESQ

Indice pondéral	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Poids insuffisant	9	9,5	269	7,7
Poids normal	41	43,2	1818	52,2
Excès de poids	27	28,4	1017	29,2
Obésité	18	18,9	376	10,8

TABLEAU 15

Prévalence des accidents chez les femmes selon le lieu, ESFV et ESQ

Lieu d'accidents	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Au moins un accident	11	10,0	177	5,1
Lieux:				
Maison	5	45,5	51	29,2
Loisirs	0	0,0	15	8,4
École	1	9,1	-	-
Route	2	18,2	39	22,1
Travail	1	9,1	14	7,9
Autres	2	18,2	69	39,2

TABLEAU 16

Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les femmes,
ESFV et ESQ

Problèmes psychologiques sévères	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Déficience mentale	1	0,9	1	0,0
Dépression	16	14,5	130	3,7
Grande nervosité	46	41,8	235	6,7
Période de confusion	6	5,5	14	0,4
Vision et voix	3	2,7	8	0,2

TABLEAU 17

Idées suicidaires et tentatives de suicide, ESFV et ESQ

Suicide	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Idées suicidaires	14	12,7	156	4,4
Tentatives de suicide	3	2,7	33	0,9

TABLEAU 18

Niveau de détresse psychologique, ESFV et ESQ

Niveau de détresse psychologique	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Faible	49	52,0	2015	60,0
Moyen	14	14,0	640	20,0
Élevé	32	34,0	780	20,0

TABLEAU 19

Perception de l'état de santé, ESFV et ESQ

Perception de l'état de santé	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Excellente	18	19,1	472	13,6
Très bonne	21	22,3	1321	38,2
Bonne	35	37,2	1180	34,1
Moyenne	17	18,1	418	12,1
Mauvaise	3	3,2	68	2,0
Total	94	100,0	3459	100,0

TABLEAU 20

Fréquence des problèmes de santé déclarés chez les enfants, ESFV et ESQ

Nombre de problèmes de santé	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucun problème	45	37,2	2178	54,3
1 problème	44	36,4	1187	29,6
2 problèmes	15	12,4	468	11,7
3 problèmes	8	6,6	150	3,7
4 problèmes	4	3,3	21	0,5
5 problèmes	3	2,5	2	0,0
6 problèmes	1	0,8	2	0,0
7 problèmes	1	0,8	-	-

TABLEAU 21

Taux de problèmes de santé par 100 enfants, ESFV et ESQ

Problèmes de santé	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Troubles mentaux	25	20,7	179	4,5
Allergies et affections cutanées	16	13,2	321	8,0
Maux de tête	10	8,3	122	3,0
Asthme	9	7,4	217	5,4
Traumatismes	9	7,4	175	4,4
Affections respiratoires aiguës	8	6,6	252	6,3
Troubles de la dentition	7	5,8	77	1,9
Allergies	6	5,0	259	6,4
Arthrite et rhumatisme	5	4,1	47	1,2
Grippe	4	3,3	244	6,1
Bronchite, emphysème	4	3,3	58	1,4
Troubles de la vision	4	2,5	41	1,0
Maladies cardiaques	3	2,5	8	0,2
Troubles des organes génitaux féminins	3	2,5	14	0,3
Anémie	2	1,7	36	0,9
Rhume des foies	2	1,7	125	3,1
Maux de dos	2	1,7	29	0,7
Troubles de l'audition	2	1,7	153	3,8
Autres troubles digestifs	1	0,8	12	0,3
Autres affections ostéo-articulaires	1	0,8	15	0,4
Autres	16	13,2	348	8,7
Total		115,0		68,0

TABLEAU 22

Prévalence des accidents chez les enfants selon le lieu, ESFV et ESQ

Lieu d'accidents	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Au moins un accident	9	7,4	146	3,6
Lieux:				
Maison	4	44,4	24	16,2
Loisirs	1	11,1	45	30,9
École	3	33,3	35	24,1
Route	2	22,2	16	10,7
Travail	0	0,0	4	2,7
Autres	0	0,0	22	15,1

TABLEAU 23

Prévalence des problèmes psychologiques qualifiés de sévères chez les enfants,
ESFV et ESQ

Problèmes psychologiques sévères	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Déficience mentale	4	3,3	12	0,3
Dépression	3	2,5	-	-
Grande nervosité	14	11,6	52	1,3

TABLEAU 24

Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, femmes, ESFV et ESQ

Nombre de consultations	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucune consultation	59	53,7	2615	74,4
1 consultation	37	33,6	704	20,1
2 consultations	12	10,9	146	4,2
3 consultations	-	-	39	1,1
4 consultations	2	1,8	6	0,2
Total	110	100,0	3510	100,0

TABLEAU 25

Catégorie de professionnel consulté, femmes, ESFV et ESQ

Catégorie de professionnel	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Médecin généraliste	21	19,1	455	13,0
Médecin spécialiste	8	7,3	192	5,5
Travailleur social	8	7,3	14	0,4
Infirmière	7	6,4	38	1,1
Dentiste	6	5,5	127	3,6
Chiropraticien	4	3,6	55	1,6
Psychologue	4	3,6	13	0,4
Pharmacien	3	2,7	117	3,3
Optométriste/opticien	2	1,8	82	2,3
Autres	6	5,5	44	1,3

TABLEAU 26

Lieu de consultation, femmes, ESFV et ESQ

Lieu de consultation	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Bureau privé	19	38,0	601	57,6
Clinique d'hôpital	12	24,0	192	18,4
Maison/au téléphone	5	10,0	71	6,8
Urgence	4	8,0	81	7,8
CLSC/Centre de santé	2	4,0	47	4,5
Autres	8	16,0	52	5,0
Total	50	100,0	1044	100,0

TABLEAU 27

Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, femmes, ESFV et ESQ

Nombre de médicaments	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucun médicament	28	25,5	1250	35,6
1 médicament	1	0,9	4	0,1
2 médicaments	33	30,0	1144	32,6
3 médicaments	1	0,9	66	1,9
4 médicaments	16	14,5	480	13,7
5 médicaments	5	4,5	63	1,8
6 médicaments	12	10,9	300	8,5
7 médicaments	2	1,8	38	1,1
8 médicaments	5	4,5	76	2,2
9 médicaments	-	-	26	0,7
10 médicaments	2	1,8	41	1,2
11 médicaments	3	2,7	15	0,4
12 médicaments	-	-	3	0,1
13 médicaments	-	-	-	-
14 médicaments	-	-	-	-
15 médicaments	1	0,9	2	0,1
16 médicaments	-	-	1	0,0
17 médicaments	-	-	1	0,0
18 médicaments	-	-	1	0,0
19 médicaments	1	0,9	-	-
Total	110	100,0	3510	100,0

TABLEAU 28

Consommation de médicaments, femmes, ESFV et ESQ

Catégorie de médicament	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Vitamines-Minéraux	38	34,5	730	20,8
Analgésiques	25	22,7	659	18,8
Tranquillisants-Sédatifs-Somnifères	20	18,2	346	9,9
Pilule contraceptive	13	11,8	383	10,9
Onguent pour la peau	12	10,9	262	7,5
Aliments et produits naturels	9	8,2	282	8,0
Médicaments pour le coeur ou la tension	9	8,2	258	7,4
Laxatifs	9	8,2	175	5,0
Médicaments pour le rhume ou la toux	8	7,3	200	5,7
Médicaments pour l'estomac	3	2,7	125	3,6
Stimulants	3	2,7	47	1,3
Antibiotiques	1	0,9	86	2,4
Autres médicaments	20	18,2	405	11,5

TABLEAU 29

Fréquence des consultations au cours des deux dernières semaines, enfants,
ESFV et ESQ

Nombre de consultations	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucune consultation	82	67,8	3044	81,1
1 consultation	26	21,5	613	16,3
2 consultations	11	9,1	86	2,3
3 consultations	2	1,7	10	0,3
4 consultations	-	-	1	0,0
Total	121	100,0	3574	100,0

TABLEAU 30

Catégorie de professionnel consulté, enfants, ESFV et ESQ

Catégorie de professionnel	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Dentiste	11	9,1	251	6,7
Médecin généraliste	9	7,4	278	7,4
Travailleur social	9	7,4	13	0,3
Médecin spécialiste	5	4,1	99	2,6
Psychologue	4	3,3	8	0,2
Pharmacien	3	2,5	47	1,3
Optométriste/opticien	2	1,7	62	1,7
Infirmière	2	1,7	25	0,7
Chiropraticien	1	0,8	13	0,3
Autres	8	6,6	23	0,6

TABLEAU 31

Lieu de consultation, enfants, ESFV et ESQ

Lieu de consultation	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Bureau privé	21	53,8	504	55,7
Maison/au téléphone	5	12,8	54	6,0
Clinique d'hôpital	4	10,3	136	15,0
Urgence	4	10,3	118	13,1
CLSC/Centre de santé	1	2,6	65	7,2
Autres	4	10,3	29	2,9
Total	39	100,0	906	100,0

TABLEAU 32

Médicaments consommés au cours des deux derniers jours, enfants, ESFV et ESQ

Nombre de médicaments	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Aucun médicament	70	57,9	2504	62,5
1 médicament	-	-	2	0,0
2 médicaments	36	29,8	1127	28,1
3 médicaments	3	2,5	66	1,6
4 médicaments	8	6,6	229	5,7
5 médicaments	2	1,7	16	0,4
6 médicaments	1	0,8	41	1,0
7 médicaments	1	0,8	13	0,3
8 médicaments	-	-	4	0,1
9 médicaments	-	-	7	0,2
10 médicaments	-	-	1	0,0
Total	121	100,0	4008	100,0

TABLEAU 33

Consommation de médicaments, enfants, ESFV et ESQ

Catégorie de médicament	ESFV		ESQ	
	N	%	N	%
Vitamines-Minéraux	35	28,9	673	16,8
Pilule contraceptive	10	17,9	86	4,5
Médicaments pour le rhume ou la toux	8	6,6	323	8,1
Analgésiques	4	3,3	250	6,2
Onguent pour la peau	4	3,3	215	5,4
Antibiotiques	1	0,8	193	4,8
Aliments et produits naturels	1	0,8	47	1,2
Laxatifs	-	-	8	0,2
Tranquillisants-Sédatifs-Somnifères	-	-	3	0,1
Autres médicaments	2	1,7	88	2,1

TABLEAU 34-1

État de santé des femmes ex-hébergées selon le délai depuis la fin de l'hébergement

Indicateurs de l'état de santé	Délai depuis la fin de l'hébergement					
	1 an		2 ans		3 ans et +	
	N	%	N	%	N	%
Perception de l'état de santé						
Excellente/Très bonne	17	45,9	8	28,6	13	43,3
Bonne	13	35,2	12	48,3	10	33,3
Moyenne/Mauvaise	7	18,9	6	23,1	7	23,3
Total	37	100,0	26	100,0	30	100,0
Problèmes psychologiques sévères						
0	23	53,5	14	46,7	22	61,1
1	13	30,2	10	33,3	10	27,8
2 et +	7	16,3	6	20,0	4	11,1
Total	43	100,0	30	100,0	36	100,0
Détresse psychologique						
Quintile 1-2-3	18	48,6	12	44,4	14	46,7
Quintile 4	6	16,3	5	18,6	7	23,3
Quintile 5	13	35,1	10	37,0	9	30,0
Total	37	100,0	27	100,0	30	100,0
Vie sociale						
Satisfaisante	29	78,4	21	77,8	23	82,1
Insatisfaisante	8	21,6	6	22,2	5	17,9
Total	37	100,0	27	100,0	28	100,0

TABLEAU 34-2

État de santé des femmes ex-hébergées selon le statut civil au moment de l'enquête

Indicateurs de l'état de santé	Statut civil au moment de l'enquête			
	Conjoint		Seule	
	N	%	N	%
Perception de l'état de santé				
Excellente/Très bonne	16	50,0	17	35,4
Bonne	4	31,2	5	47,9
Moyenne/Mauvaise	6	18,8	8	16,7
Total	32	100,0	48	100,0
Problèmes psychologiques sévères				
0	16	48,5	28	58,3
1	11	33,3	15	31,3
2 et +	6	18,2	5	10,4
Total	33	100,0	48	100,0
Détresse psychologique				
Quintile 1-2-3	14	42,4	28	58,3
Quintile 4	6	18,2	6	12,5
Quintile 5	13	39,4	14	29,2
Total	33	100,0	48	100,0
Vie sociale				
Satisfaisante	18	72,7	21	82,6
Insatisfaisante	9	27,3	8	17,4
Total	27	100,0	28	100,0

TABLEAU 34-3

État de santé des femmes ex-hébergées selon le nombre de forme de violence subie

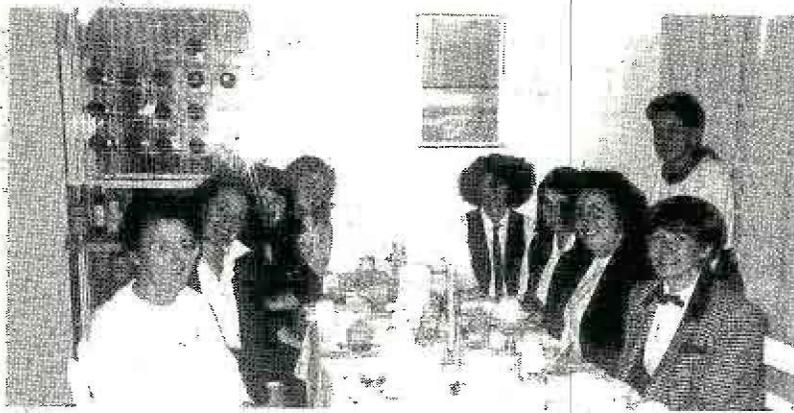
Indicateurs de l'état de santé	Forme de violence subie					
	1		2		3 et +	
	N	%	N	%	N	%
Perception de l'état de santé						
Excellente/Très bonne	6	40,0	8	38,1	25	43,1
Bonne	4	26,7	7	33,3	24	41,4
Moyenne/Mauvaise	5	33,3	6	28,6	9	15,5
Total	15	100,0	21	100,0	58	100,0
Problèmes psychologiques sévères						
0	8	53,3	13	61,9	30	50,8
1	2	13,3	7	33,3	24	40,7
2 et +	5	33,3	1	4,8	5	8,5
Total	15	100,0	21	100,0	59	100,0
Détresse psychologique						
Quintile 1-2-3	8	53,3	11	52,4	30	50,8
Quintile 4	1	6,7	4	19,0	9	15,3
Quintile 5	6	40,0	6	28,6	20	33,9
Total	15	100,0	21	100,0	59	100,0
Vie sociale						
Satisfaisante	13	86,7	16	76,2	45	78,9
Insatisfaisante	2	13,3	5	23,8	12	21,1
Total	15	100,0	21	100,0	57	100,0

TABLEAU 35

Fréquence des problèmes psychologiques chez les enfants
selon le statut civil de la mère

Problèmes psychologiques	Statut civil de la mère			
	Mariée/union de fait		Séparée/divorcée	
	N	%	N	%
Aucun problème	32	69,6	45	91,8
Au moins un problème	14	30,4	4	8,2
Total	46	100,0	49	100,0

C 1161
Ex.2



Assises, de gauche à droite: Noëlla Therriault, Hélène Cadrin, Josée Fournier, Guylaine Babin, Lucie Chénard, Pierrette Robitaille, Anne Gauthier et Brigitte Sohier; debout: Françoise Bergeron



De gauche à droite: Diane Morin, Gilbert Otis, Danielle Ruest, Nicole Proulx et Doris Charron.