

ÉTAT DES LIEUX EN

# SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES AU BAS-SAINT-LAURENT

---

TABLE DE CONCERTATION DES GROUPES DE FEMMES DU BAS-SAINT-LAURENT

MARS 2024



*Table de concertation  
des groupes de femmes  
du Bas-Saint-Laurent*

## RÉALISATION

Table de concertation des groupes de femmes  
Bas-St-Laurent (TCGFBSL)

## RÉDACTION ET COORDINATION

**Carol-Ann Kack**, Agente de développement,  
TCGFBSL

**Catherine Gallant Revelin**, Agente de planification,  
de programmation et de recherche répondante  
régionale en violence conjugale, agression à  
caractère sexuel ainsi qu'au volet Santé et bien-  
être des femmes, des hommes et des personnes  
de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre  
au Centre intégré de santé et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent (CISSSBSL)

## EN COLLABORATION AVEC

**Geneviève Royer**, Coordinatrice à la vie  
associative, TCGFBSL

**Émilie Laliberté**, Agente de développement,  
TCGFBSL

**Sonia Palato**, Agent.e de développement,  
TCGFBSL

## RÉFÉRENCES

*Ce document est fortement inspiré  
du document suivant :*

Portrait de Santé des femmes dans la région  
socio-sanitaire de la Mauricie et du Centre-  
du-Québec, Mars 2022

## REMERCIEMENTS

Toutes les personnes répondantes ainsi que le

**Comité de concertation bas-laurentien  
pour la santé et le bien-être des femmes**

**Clémence Harvey**, agente de développement,  
TCGFBSL

**Nathalie Bernier**, Coordinatrice générale,  
TCGFBSL

# SIGLES ET ACRONYMES

## **ADS+**

Analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle

## **BSL**

Bas-St-Laurent

## **CISSS-BSL**

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

## **ITSS**

Infections transmises sexuellement et par le sang

## **IVG**

Interruption volontaire de grossesse

## **LGBTQIA2S**

Lesbiennes, Gais, Bisexuel.les, Transgenres, Queer ou en Questionnement, Intersexes, Asexuels et Bispirituels.

## **MRC**

Municipalité régionale de comté

## **PASBEF**

Plan d'action en Santé et bien-être des femmes

## **PIDESC**

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

## **PPA**

Personne proche aidante

## **OMS**

Organisation mondiale de la santé

## **ONU**

Organisation des nations unies

## **RAMQ**

Régie de l'assurance maladie du Québec

## **TCGFBSL**

Table de concertation des groupes de femmes Bas-St-Laurent

## **TSPT**

Trouble de stress post-traumatique

# LEXIQUE

## **Expert.es de vécu**

Personne ayant des connaissances et des savoirs acquis par le biais de sa propre expérience en ce qui concerne les enjeux de marginalisation et d'exclusion.

## **Mégenrer**

Ne pas utiliser le genre avec lequel la personne se reconnaît, que ce soit intentionnel ou non.

## **Morinom**

Prénom désigné à la naissance mais qui n'est plus utilisé par la personne à la suite d'une affirmation de genre ou de sexe.

## **Transharmonisation**

Démarches consistant à harmoniser ses caractéristiques physiques avec le genre auquel on s'identifie (qui ne correspond donc pas au genre qui nous a été attribué à la naissance)

## **Travailleuseuse**

Terme inclusif pour parler des personnes au travail qui sont non-binaires.

## **Travail du care**

Travail avec ou sans rémunération et qui consiste à répondre à des besoins de soins, d'éducation, de soutien ou d'assistance aux autres



# TABLE DES MATIÈRES

06		<b>INTRODUCTION</b>			
		Le droit à la santé .....	07		
08		<b>PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE DE LA RÉGION DU BAS-ST-LAURENT</b>			
		1. Démographie .....	10		
		1.1 Territoires .....	10		
		1.2 Répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe ..	11		
		2. Immigration et flux migratoire ..	12		
		3. Populations autochtones et minorités visibles.....	13		
		3.1 Populations autochtones .....	13		
		3.2 Minorités visibles .....	13		
		4. Composition des familles .....	14		
		5. Scolarité – population âgée de 25 à 64 ans .....	14		
		6. Situation économique .....	15		
		7. Répartition des décès et espérance de vie à la naissance (2015-2019) .....	15		
16		<b>ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE DES FEMMES AU BAS-ST-LAURENT</b>			
		Facteurs de risque pour la santé ....	17		
		1. Statut pondéral .....	17		
		2. Niveau d'activité physique, de loisir et de sédentarité .....	17		
		3. Consommation de tabac .....	18		
		4. Consommation d'alcool .....	18		
		5. Consommation de drogues .....	18		
		6. Consommation de médicaments	19		
		7. Santé sexuelle et reproductive ..	19		
		8. Santé mentale .....	20		
21		<b>ANALYSE QUALITATIVE DES ENJEUX ET BESOINS DES FEMMES ET PERSONNES TRANS ET NON-BINAIRES DU BAS-ST-LAURENT</b>			
		1. Méthodologie .....	22		
		2. Portrait de l'échantillon .....	23		
		3. Principaux constats tirés des entrevues réalisées .....	24		
		3.1 Des enjeux menaçant la réalisation du droit à la santé ....	24		
		3.2 Déterminants sociaux et inégalités sociales .....	38		
42		<b>CONCLUSION</b>			
		Médiagraphie .....	43		
		Annexe 1 .....	44		
		Méthodologie .....	46		

# INTRODUCTION

En 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux présentait la 3<sup>e</sup> édition de son Plan d'action en santé et bien-être des femmes (PASBEF) 2020-2024.

Visant à soutenir l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des femmes, ce plan ministériel comprend par ailleurs des moyens issus de la stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021. Ce plan s'inscrit dans les principes du développement durable: santé et qualité de vie; équité et solidarité sociale; participation et engagement; subsidiarité et prévention.

C'est dans le cadre de la mesure 5 issue du PASBEF: *Financer des projets régionaux de collaboration et de concertation ayant un impact sur la santé et le bien-être des femmes*, que la Table de concertation des groupes de femmes Bas-St-Laurent (TCGFBSL), en collaboration avec le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (CISSS-BSL), a choisi de mener cet état des lieux pour dresser un portrait quantitatif et qualitatif de la santé et du bien-être des femmes. La TCGFBSL a tenté de faire un portrait permettant de visibiliser aussi les enjeux et les besoins des personnes trans et non-binaires. Malheureusement, l'absence de données statistiques permet difficilement de le faire. Cependant, leurs réalités ont été soulevées et prises en considération lors des différents entretiens menés dans le cadre du projet. Nous avons donc profité de cette occasion pour les relever.

Dans ce portrait bas-laurentien sur la santé et le bien-être des femmes, nous avons organisé les informations recueillies en trois principaux volets:

- › Portrait sociodémographique et socioéconomique de la région du Bas-St-Laurent
- › État de santé physique, mentale et sociale des femmes du Bas-St-Laurent
- › Principaux enjeux et obstacles à la santé des femmes, des personnes non-binaires et des personnes trans au Bas-St-Laurent

Afin de compléter les informations statistiques existantes et dans le but de rendre compte des spécificités qui sont vécues sur le territoire bas-laurentien, la TCGFBSL a mené plusieurs dizaines d'entrevues auprès d'intervenants et intervenantes œuvrant auprès des populations visées de la région. Nous avons demandé aux personnes répondantes de s'exprimer sur les enjeux vécus par les personnes auprès de qui ils et elles œuvrent ainsi que sur les besoins qu'ils et elles perçoivent.

Cela nous a permis de répertorier plusieurs enjeux et déterminants sociaux qui impactent de façon importante les personnes opprimées sur la base de leur genre au Bas-St-Laurent et de mettre sur pied une table régionale santé et bien-être des femmes afin d'élaborer un plan d'action régional pour répondre aux priorités soulevées.

## LE DROIT À LA SANTÉ

Avant d'aborder plus concrètement les enjeux de santé et de bien-être tels qu'ils le seront dans le présent portrait, nous souhaitons rappeler en quoi consiste le droit à la santé. Ce sont ces aspects de compréhension de la santé et du bien-être qui nous permettront de dresser un portrait de la situation et d'identifier des pistes de solutions.

Formellement, ni au Québec, ni au Canada, on ne retrouve le droit à la santé. Toutefois, il est présent dans plusieurs traités internationaux auxquels le Canada adhère. Plusieurs éléments de ces déclarations, pactes ou traités nous permettent d'avoir une vision commune de ce qu'est la santé.

### Quelques définitions

Tout d'abord, on retrouve dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*<sup>1</sup> ainsi que dans la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé* la vision suivante de la santé<sup>2</sup>: « **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une**

**absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale** ». Cela n'est pas sans rappeler l'énoncé suivant du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels (PIDESC): « **Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.**<sup>3</sup> ».

Plus précisément, dans la déclaration de la quatrième conférence mondiale des Nations Unies de Beijing, on aborde la notion de participation sociale: « **Les femmes ont le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. La jouissance de ce droit est d'une importance cruciale pour leur vie et leur bien-être, et pour leur aptitude à participer à toutes les activités publiques et privées**<sup>4</sup> ».

Lors de la signature de la Déclaration de Rio sur l'environnement en 1992, le Canada s'est par ailleurs engagé à réduire les inégalités en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, reconnaissant que: « **les inégalités en matière de santé sont le fruit des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des conditions sociétales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent**<sup>5</sup> ».

<sup>1</sup> Organisation des Nations Unies. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948. Adopté par les 58 États membres qui constituaient alors l'Assemblée générale. Repéré en ligne le 12 mars 2024: [La Déclaration universelle des droits de l'homme](#)

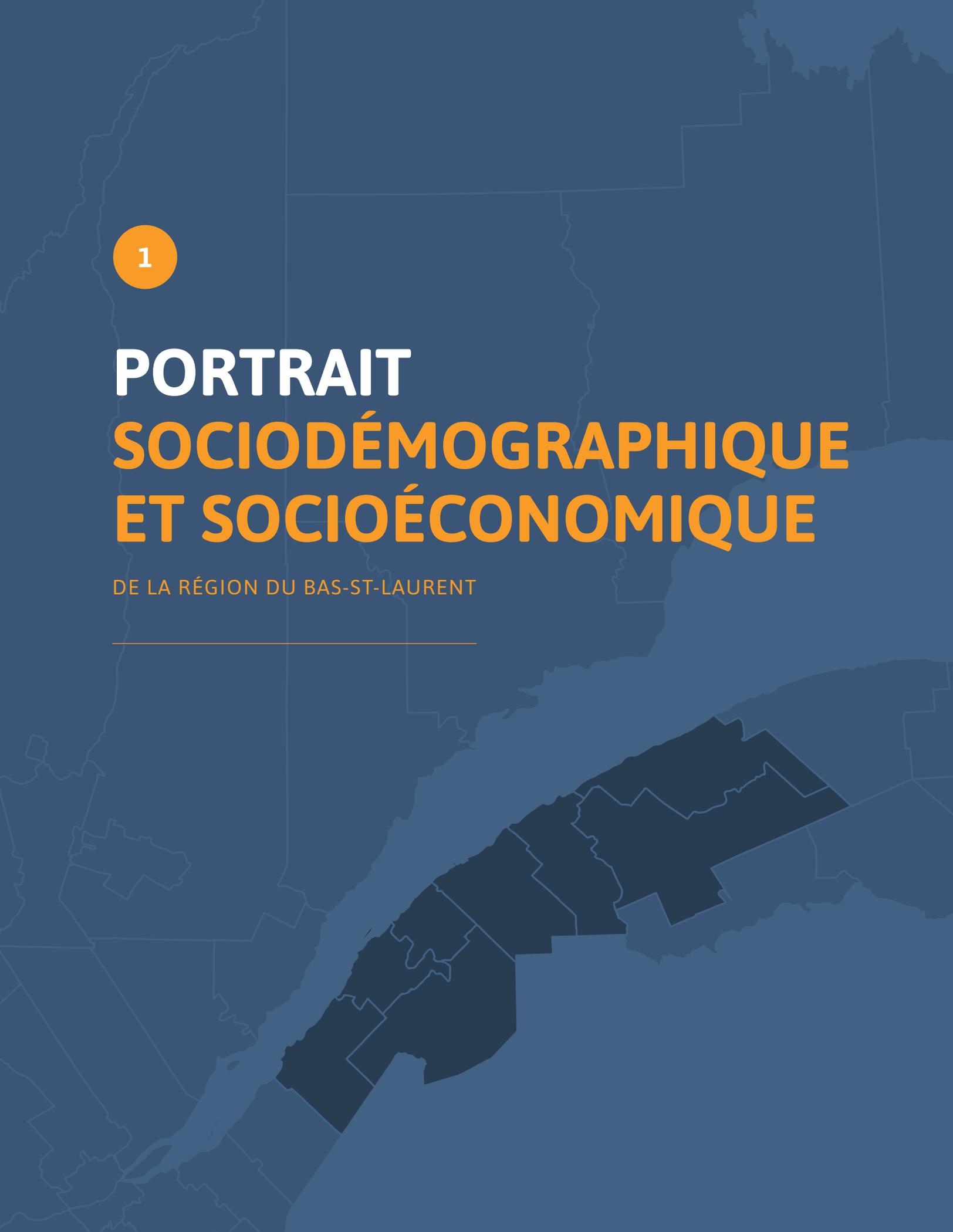
<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, section « Préambule », 1946. (Adhésion du Canada: 19 août 1946). Repéré le 9 avril 2024 en ligne: [Constitution de l'Organisation mondiale de la santé](#)

<sup>3</sup> Haut-commissariat de l'Organisation des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 1976. Repéré le 12 mars 2024 en ligne: [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels | OHCHR](#).

<sup>4</sup> Organisation des Nations Unies. *Déclaration et Programme d'action de Beijing* adopté lors de la Conférence mondiale des femmes à Beijing, 1995. Repéré le 12 mars 2024 à: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

<sup>5</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2011. Repéré en ligne le 9 avril 2024: [Microsoft Word - 111663F-Décl-RIO.docx \(who.int\)](#)





1

# PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE

DE LA RÉGION DU BAS-ST-LAURENT

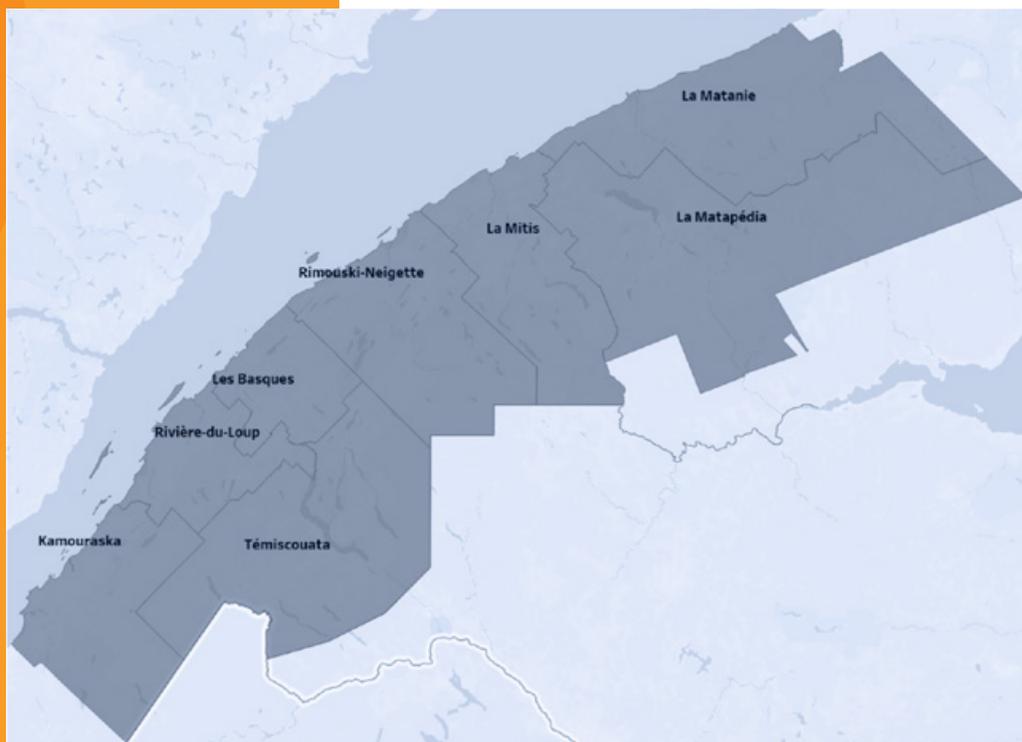
---

# 1 DÉMOGRAPHIE

## 1.1 | TERRITOIRES

En 2022, le Bas-St-Laurent comptait 200 507 personnes habitant sur son territoire<sup>7</sup>, ce qui est l'équivalent de 2,31 % de la population québécoise<sup>8</sup>. Plus précisément, les femmes représentent près de la moitié de la population bas-laurentienne<sup>9</sup>.

Le Bas-St-Laurent s'étend sur une superficie terrestre de 22 185 km<sup>2</sup> et se divise en huit municipalités régionales de comté (MRC) : Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Les Basques, Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matanie, La Matapédia (Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie, 2022). À ce titre, la région se classe au 7<sup>e</sup> rang des 17 régions administratives de la province et occupe 1,71 % de la superficie totale du Québec<sup>10</sup>.



<sup>7</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

<sup>8</sup> Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie, données sur l'occupation du territoire; *Caractéristiques territoriales et municipales*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/bas-saint-laurent/portrait-regional/occupation-du-territoire#:~:text=La%20r%C3%A9gion%20du%20Bas%2DSaint,%2C0%20hab.%2Fkm%C2%B2>

<sup>9</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

<sup>10</sup> Ibid

Il importe de préciser que le Bas-St-Laurent se distingue en matière d’occupation du territoire. Plus précisément, 48,2 % de la population bas-laurentienne réside en zone rurale, contrairement à 18,3 % de la population en moyenne dans le reste du Québec<sup>11</sup>. En revanche, environ le quart de la population totale de la région vit dans la ville de Rimouski et 10 % réside dans la ville de Rivière-du-Loup<sup>12</sup>.

### Caractéristiques municipales

Principales municipalités	Population en 2023	Rang	MRC d’appartenance	Population en 2023	Rang
<b>Rimouski</b>	50 194	23 <sup>e</sup>	Rimouski-Neigette	58 389	29 <sup>e</sup>
<b>Rivière-du-Loup</b>	20 189	59 <sup>e</sup>	Rivière-du-Loup	35 365	52 <sup>e</sup>
<b>Matane</b>	14 304	85 <sup>e</sup>	La Matanie	21 086	71 <sup>e</sup>
<b>Mont-Joli</b>	6 378	159 <sup>e</sup>	La Mitis	18 316	79 <sup>e</sup>
<b>Amqui</b>	6 253	164 <sup>e</sup>	La Matapédia	17 954	81 <sup>e</sup>

Sources : Institut de la statistique du Québec et ministère de l’Économie, de l’Innovation et de l’Énergie.

## 1.2 | RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE GROUPE D’ÂGE ET LE SEXE

### Population selon le sexe et le groupe d’âge, régions administratives et ensemble du Québec, 2022

Région administrative	Groupe d’âge							
	0-19 ans		20-64 ans		65 ans et plus		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>915 032</b>	<b>876 614</b>	<b>2 594 561</b>	<b>2 499 231</b>	<b>843 297</b>	<b>966 924</b>	<b>4 352 890</b>	<b>4 342 769</b>
Bas-Saint-Laurent	18 793	17 811	54 322	52 561	27 501	29 519	100 616	99 891
Saguenay-Lac-Saint-Jean	28 038	26 689	81 098	75 252	34 592	36 661	143 728	138 602
Capitale-Nationale	75 654	72 883	229 968	216 941	80 207	95 958	385 829	385 782
Mauricie	26 124	24 792	78 825	75 435	35 858	40 129	140 807	140 356
Estrie	52 049	49 027	144 460	138 757	58 633	64 282	255 142	252 066
Montréal	202 582	195 739	656 082	630 911	154 842	198 689	1 013 506	1 025 339
Outaouais	46 078	44 362	121 912	121 846	35 557	39 224	203 547	205 432
Abitibi-Témiscamingue	16 359	15 736	43 855	40 679	15 602	16 262	75 816	72 677
Côte-Nord	9 485	9 319	26 708	25 258	9 766	9 869	45 959	44 446
Nord-du-Québec	8 183	7 704	13 799	12 833	2 249	2 148	24 231	22 685
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	7 572	7 296	24 912	24 704	13 503	14 416	45 987	46 416
Chaudière-Appalaches	47 529	45 221	127 374	118 459	50 972	54 517	225 875	218 197
Laval	49 838	47 840	132 315	131 506	38 453	46 524	220 606	225 870
Lanaudière	62 368	59 742	157 766	154 173	52 926	57 290	273 060	271 205
Laurentides	71 536	67 565	193 250	189 774	64 848	70 402	329 634	327 741
Montérégie	165 282	158 543	432 991	421 335	138 392	159 035	736 665	738 913
Centre-du-Québec	27 562	26 345	74 924	68 807	29 396	31 999	131 882	127 151

<sup>11</sup> Institut de la statistique du Québec. Fiches démographiques – Les régions administratives du Québec en 2022, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/fiches-demographiques-regions-administratives-quebec-2022.pdf>

<sup>12</sup> Ministère de l’Économie, de l’Innovation et de l’Énergie, données sur l’occupation du territoire ; *Caractéristiques territoriales et municipales*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/bas-saint-laurent/portrait-regional/occupation-du-territoire#:~:text=La%20r%C3%A9gion%20du%20Bas%2DSaint,%2C0%20hab.%2Fkm%C2%B2>

Selon l'Institut de la statistique du Québec en 2022,

« La population du Bas-St-Laurent est nettement plus âgée que celle de l'ensemble du Québec. Cette région est l'une de celle où la part des 65 ans et plus (28,4%) est la plus élevée, tandis que la part des jeunes de moins de 20 ans (18,3%) y est parmi les plus faibles du Québec. Le Bas-St-Laurent compte ainsi plus de personnes âgées que de jeunes. L'âge moyen en 2022 est de 47,2 ans, ce qui en fait l'un des plus élevés du Québec ».

Le Bas-St-Laurent se distingue donc des autres régions du Québec par sa population nettement plus âgée que celle de l'ensemble du Québec, ainsi que par sa répartition particulière sur le territoire.

Groupe d'âge	Féminin	Masculin
0-17 ans	16 094	16 915
18-24 ans	54 278	56 200
65 ans et plus	29 519	27 501
<b>Total</b>	<b>99 891</b>	<b>100 616</b>

## 2

## IMMIGRATION ET FLUX MIGRATOIRE

En ce qui concerne les échanges migratoires entre la région et l'extérieur du Québec, des gains ont été comptabilisés en 2021-2022. D'ailleurs, le solde migratoire de 2021-2022 est le plus haut jamais enregistré depuis que ces données sont rendues disponibles. Les plus importants gains enregistrés se retrouvent au niveau du nombre de résidents non permanents. Quant à la répartition régionale des personnes immigrantes admises dans la province, moins de 1% de celles-ci se sont établies au Bas-St-Laurent en 2021-2022<sup>13</sup>.

Quant aux échanges inter-régions dans la province, tel que précisé par l'Institut de la statistique du Québec,

« le Bas-Saint-Laurent présente des gains avec les autres régions du Québec pour une quatrième année consécutive entre 2021-2022. [...] La région enregistre des gains dans tous les groupes d'âge sauf les 20-24 ans. Le solde est presque nul chez les 15-19 ans et les 70 ans et plus, mais appréciable dans les autres groupes, notamment chez les 55-64 ans et les 30-44 ans ».

Il importe de préciser qu'actuellement, les données disponibles ne permettent pas de faire la distinction entre les genres en ce qui a trait à la migration. Elles ne permettent pas non plus d'obtenir un aperçu des mouvements migratoires entre les différentes MRC.

<sup>13</sup> Institut de la statistique du Québec. Fiches démographiques – Les régions administratives du Québec en 2022, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/fiches-demographiques-regions-administratives-quebec-2022.pdf>

## 3 POPULATIONS AUTOCHTONES ET MINORITÉS VISIBLES

### 3.1 | POPULATIONS AUTOCHTONES

Selon Statistique Canada, lors du recensement de 2021, 2 % de la population bas-laurentienne a indiqué s'identifier à la population autochtone, ce qui représente 3 905 personnes. Parmi celles-ci :

Identité autochtone	Femmes	Hommes	Total
<b>Métis</b>	915	1 085	2 000
<b>Premières Nations</b>	815	755	1 570
<b>Inuk (Inuit)</b>	45	10	55
<b>Identités autochtones multiples</b>	15	30	45
<b>Autres identités autochtones</b>	95	135	225

Par ailleurs, une portion de la population bas-laurentienne a indiqué, lors du même recensement, avoir une ascendance autochtone à différents niveaux.

### 3.2 | MINORITÉS VISIBLES

Toujours selon le recensement de Statistique Canada de 2021, le nombre de personnes qui s'identifient comme faisant partie d'une minorité visible au Bas-St-Laurent s'élève à 2 820, soit 1,5 % de la population de la région. Cette proportion est nettement inférieure à celle du reste de la province, qui s'élève à 16,1 %. Parmi ce nombre, au Bas-St-Laurent, 1 325 sont des femmes.



## 4 COMPOSITION DES FAMILLES

Les familles bas-laurentiennes, qu'elles aient une personne répondante homme ou femme, ont un ratio similaire concernant le statut matrimonial. Toutefois, nous remarquons un écart important pour les familles monoparentales. Les femmes sont dans ce modèle familial 2,5 fois plus souvent que les hommes. Cet écart important occasionne une précarité plus importante chez les femmes que les hommes au Bas-St-Laurent.<sup>14</sup>

## 5 SCOLARITÉ POPULATION ÂGÉE DE 25 À 64 ANS

Au Bas-St-Laurent, les femmes ont davantage de diplômes d'études secondaires ou une attestation d'équivalence que les hommes. Elles ont davantage de grades supérieurs que les hommes.

On constate que 21,5 % de la population bas-laurentienne possède un diplôme de niveau universitaire contre 33,4 % dans le reste du Québec. 14,9 % ne possèdent aucun diplôme ou certificat alors que c'est plutôt 11,8 % dans le reste du Québec. Au niveau de l'assistance sociale, on retrouve un écart significatif entre la population bas-laurentienne. On y retrouve 5,7 % de la population sur l'assistance sociale, alors que dans le reste du Québec on retrouve un taux de 4,8 %<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Statistique Canada. Profil du recensement. *Recensement de la population de 2021*, produit n° 98-316-X2021001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 2023. Repéré le 9 janvier 2024 en ligne: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

<sup>15</sup> Ibid

## 6 SITUATION ÉCONOMIQUE

La situation économique des hommes bas-laurentiens est plus avantageuse que celle des femmes. En effet, selon Statistique Canada, le revenu total moyen en 2020 se situait à 40 240 \$ pour les femmes, comparativement à 48 600 \$ pour les hommes, ce qui constitue un écart de revenu de 21 %. Par ailleurs, le revenu médian des femmes au Bas-St-Laurent se retrouve parmi les plus bas de la province.

Concernant le taux d'emploi chez les 15 ans et plus, la situation au Bas-St-Laurent est également favorable chez les hommes, dont 54,8 % occupe un emploi, comparativement à 50,9 % du côté des femmes. Bien que l'on constate que les femmes aient plus d'études et de diplômes au BSL, on observe que leur situation économique accuse un retard sur celle des hommes<sup>16</sup>.

	Femmes	Hommes	Total
Taux d'emploi (15 ans et+)	50,9 %	54,8 %	52,8 %
Taux de Chômage (15 ans et+)	7,1 %	7,9 %	7,5 %
Poste permanent	32 430	33 610	66 035
Poste temporaire	7 580	8 400	15 975
Travailleur autonome	4 060	5 720	9 780
Revenu total moyen en 2020 parmi les bénéficiaires (\$)	<b>40240 \$</b>	48 600 \$	
Revenu après impôt moyen en 2020 parmi les bénéficiaires	<b>34 720 \$</b>	40 240 \$	

## 7 RÉPARTITION DES DÉCÈS ET ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

(2015-2019)

On dénote une proportion plus grande de décès par cause de tumeurs chez les hommes que chez les femmes (33,7 % vs 28,2 %) (Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2022). La proportion « autres » de la répartition des décès est plus élevée chez les femmes (31,4 %) que chez les hommes (26,6 %). Les femmes du Bas-Saint-Laurent vivent légèrement plus longtemps que les hommes pour une espérance de vie de 84,2 ans comparativement à 80,3 ans chez les hommes<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

2

# ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE DES FEMMES

AU BAS-ST-LAURENT

---



# FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Cette section relève les caractéristiques de la santé physique, mentale et sociale des femmes au Bas-St-Laurent.

Ces facteurs de risques, relevés selon des portraits statistiques, sont non-exhaustifs, mais peuvent permettre d'entrevoir des disparités régionales et d'identifier les défis principaux à adresser en termes de santé physique et mentale pour les femmes du BSL.

1

## STATUT PONDÉRAL

Concernant l'indice de masse corporelle des femmes bas-laurentiennes âgées de 18 ans et plus, il est observé en 2022 que 33,7 % d'entre elles répondent aux critères d'embonpoint alors que dans l'ensemble du Québec, on observe un taux de 28 %. Au niveau des critères d'obésité, on observe un écart important : 17,4 % des bas-laurentiennes y répondent comparativement à 28 % des femmes pour l'ensemble du Québec<sup>18</sup>.

2

## HABITUDES ALIMENTAIRES

En ce qui concerne les habitudes alimentaires des femmes bas-laurentiennes, on dénote que 41 % des femmes, âgées de 12 ans et plus, consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour. Chez les femmes âgées de 15 ans et plus, 14,1 % consomment au moins une boisson sucrée et plus par jour alors qu'au Québec, c'est plutôt 46,7 % d'entre elles<sup>19</sup>.

3

## NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE, DE LOISIR ET DE SÉDENTARITÉ

L'activité physique des femmes au Bas-St-Laurent a été observée sur une période de 4 semaines en 2022. Les femmes étaient toutes âgées de 15 ans et plus. Il a été démontré que la majorité des femmes étaient actives. Plus précisément, nous observons que 39,4 % étaient actives, 11,6 % moyennement actives, 19,5 % légèrement actives et 29,4 % étaient considérées comme sédentaires<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Ibid

**4****CONSOMMATION DE TABAC**

Selon une récente enquête québécoise sur la santé de la population<sup>21</sup>, on dénote que 18 % des femmes âgées de 15 ans et plus fument du tabac de façon régulière ou occasionnelle au Bas-Saint-Laurent.

**5****CONSOMMATION D'ALCOOL**

Concernant les facteurs de risques liés à la consommation d'alcool des femmes bas-laurentiennes, nous observons qu'en 2017 et 2018, 20,2 % des femmes âgées de 18 ans et plus auraient consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois par mois lors des 12 derniers mois<sup>22</sup>.

\*Comparatif 23,3 % dans l'ensemble du Qc

**6****CONSOMMATION DE DROGUES**

Nous observons en ce qui concerne la consommation de drogues en 2014-2015, que 8,9 % des femmes bas-laurentiennes âgées de 15 ans et plus ont consommé des drogues dans les 12 derniers mois<sup>23</sup>.

\*Comparatif: 13 % dans l'ensemble du QC

---

<sup>21</sup> Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, cycle 2020,2021. Gouvernement du Québec. Repéré le 9 janvier 2024

<sup>22</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à: [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

<sup>23</sup> Ibid

## 7 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Nous observons en 2020-2021 que 14,8 % des femmes bas-laurentiennes avaient consommé des médicaments prescrits contenant des opioïdes contre une moyenne diminuée à 12,5 % pour les hommes. Nous pouvons constater que ce nombre a diminué en ce qui concerne les médicaments non prescrits pour 3,3 % des femmes contre 2,8 % des hommes. La consommation a été observée sur une période de 12 mois<sup>24</sup>.



## 8 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En 2021, en ce qui concerne la santé sexuelle des Bas-Laurentiennes, on dénote sur une proportion de 100 000 personnes, un taux brut d'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang, que 249,7 femmes ont contracté la chlamydie génitale, 11,4 la gonorrhée et 1,2 la syphilis infectieuse.

Quant à l'utilisation d'un moyen de contraception pour les femmes âgées entre 15 et 49 ans ayant été actives sexuellement dans les 12 derniers mois répertoriés, 84,6 % avaient utilisé un moyen de contraception.

Au niveau du taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG), on observe un ratio de 12/1000 chez les 18-19 ans et chez les 20-34 ans, de 2,7/1000 chez les 35-49 ans. Dans l'ensemble du Québec, on retrouve un taux significativement plus élevé. On retrouve des taux d'IVG pratiqués de 19,6/1000 et de 21,4/1000 respectivement pour les 18-19 ans et les 20-34 ans, ainsi que 5,8/1 000 chez les 35-49 ans. Le Bas-St-Laurent aurait donc environ la moitié moins d'IVG pratiqués.

Le taux de fécondité des Bas-Laurentiennes est quant à lui 1,69 enfant par femme (indice synthétique de fécondité)<sup>25</sup>, comparativement à 1,58 dans l'ensemble du Québec.

<sup>24</sup> Ibid

<sup>25</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

## 9 SANTÉ MENTALE

Il importe de préciser que les données entourant la santé mentale de la population bas-laurentienne ont été recueillies dans le contexte de pandémie. Il est observé que le niveau d'insatisfaction de la population était significatif en lien avec la vie sociale pour un nombre de 67,3 % chez les hommes contre 72,8 % des femmes.

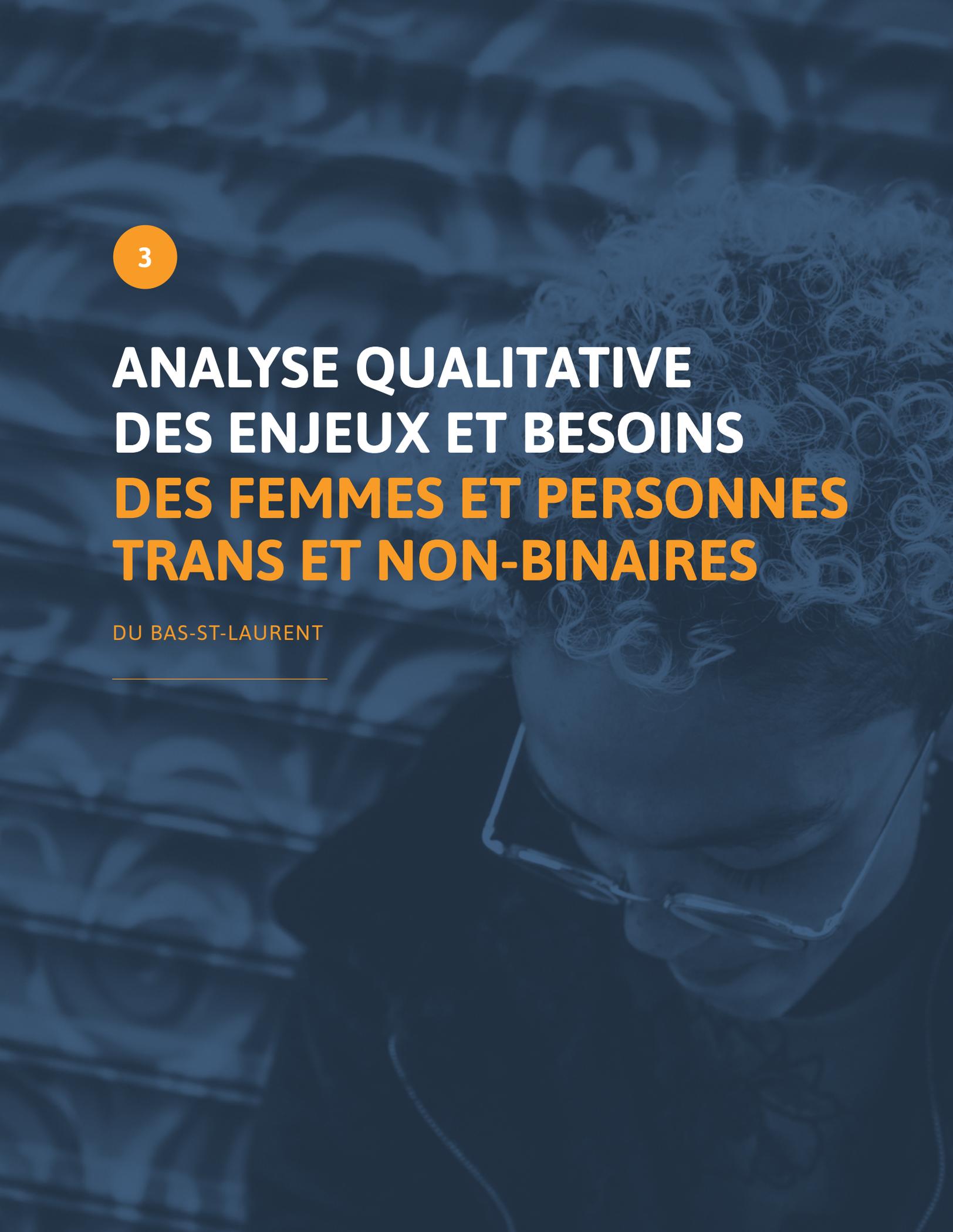
Aussi, une augmentation des symptômes de l'anxiété généralisée a été observée en lien avec la pandémie en 2020 et 2021 chez la population bas-laurentienne. Chez les femmes, 14,7 % avaient des symptômes associés alors que la prévalence est plutôt de 4,7 % chez les hommes.

9,8 % des femmes vivent avec un trouble anxio-dépressif depuis 1 an et plus contre 8,3 % dans le reste du Québec. Il s'agit d'un écart significatif. On constate aussi une différence avec la situation chez les hommes, chez qui seulement 5,1 % vivent avec un trouble anxio-dépressif depuis plus d'un an.

Concernant la prévalence chez les Bas-Laurentiennes pour l'ensemble des troubles mentaux, 14,3 % d'entre elles ont un diagnostic comparativement à 11,7 % des femmes dans le reste du Québec. Si l'on compare aux hommes, c'est encore une fois moins élevé. Au Bas-St-Laurent, 10,5 % d'entre eux ont un diagnostic comparativement à 8,5 % dans l'ensemble des hommes du Québec.

Au niveau des hospitalisations en courte durée pour tentatives de suicide chez les femmes entre 2017 et 2022 au Bas-St-Laurent, on observe un écart significatif entre la région et la moyenne de l'ensemble du Québec, avec un taux d'hospitalisations de 8,4/10 000, contre 4/10 000 pour l'ensemble du Québec<sup>26</sup>, c'est-à-dire plus du double.

<sup>26</sup> Ibid



3

# ANALYSE QUALITATIVE DES ENJEUX ET BESOINS DES FEMMES ET PERSONNES TRANS ET NON-BINAIRES

DU BAS-ST-LAURENT

---

Afin d'enrichir le portrait de l'état des lieux de la santé et du bien-être des femmes au Bas-St-Laurent, la TCGFBSL a mené des entrevues auprès d'acteurs et d'actrices de la région qui interviennent auprès de la population dans différents secteurs de soins ou d'aide.

Ce portrait est inspiré des propos rapportés lors d'entretiens et nous permet de mieux saisir les priorités et les besoins actuels du milieu bas-laurentien.

Dans cette section, les intervenant-es soulèvent des enjeux qui touchent aussi les personnes opprimées sur la base de leur genre plus largement (trans et non-binaire). Nous avons choisi de les inclure à l'analyse afin de visibiliser leur réalité.

## 1

# MÉTHODOLOGIE

Pendant l'année 2021-2022, nous avons mené 60 entrevues semi-dirigées de 5 questions (annexe 1) auprès de répondant-es travaillant dans des organisations communautaires, dans le secteur de la santé et des services sociaux ou qui sont proches aidant-es au Bas-St-Laurent. Nous avons également sondé des personnes expertes de vécues.

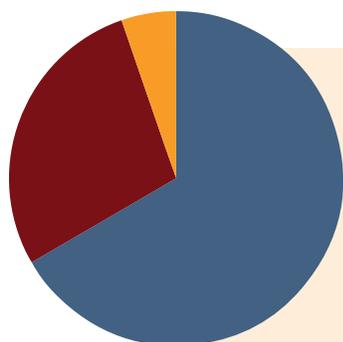
Nous avons invité les répondant-es à penser à toutes les femmes et personnes trans, incluant celles pouvant être à la croisée des oppressions, dans leurs réponses. Les personnes étaient donc libres de nommer leurs observations, sans choix de réponses offert, et l'ont fait avec leur propre perception du concept de la santé.

Il est important de noter qu'une partie des répondant-es ont été rencontrés pendant la période de la pandémie entre 2021 et 2022, ce qui peut teinter certaines réalités qui sont rapportées.

Afin de prioriser des besoins et des enjeux nous avons considéré les 3 critères suivants: ont été **ciblés par une proportion élevée** de répondants et répondantes, concerne un groupe ayant un **fort niveau de marginalisation**, et finalement, possède une **importance spécifique à la condition des femmes**.

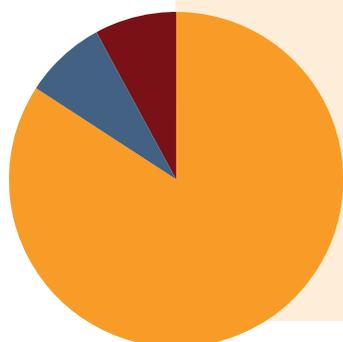


## 2 PORTRAIT DE L'ÉCHANTILLON



### POPULATIONS CONCERNÉES PAR LES INTERVENANT·ES

- Mixte **66.7 %**
- S'identifiant femme uniquement **28.1 %**
- Diversité sexuelle/genre **5.3 %**

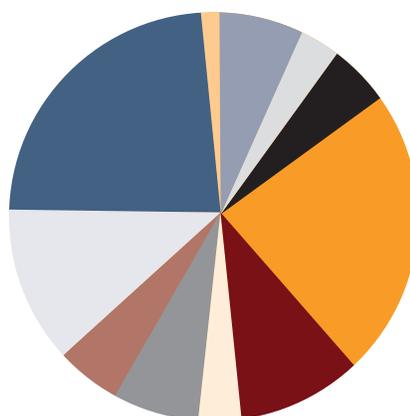


### COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON

- Travailleur·euses d'organismes communautaires autonomes **84,2 %**
- Travailleur·euses dans les services publics **7,9 %**
- Expertes de vécu **7,9 %**

### RÉPARTITION DES RÉPONDANT·ES SUR LE TERRITOIRE

- Tout le Québec **1,7 %**
- Bas-St-Laurent **23,3 %**
- 2 MRC ou+ **11,7 %**
- Kamouraska **5,0 %**
- Rivière-du-Loup **6,7 %**
- Témiscouata **3,3 %**



- La Matanie **6,7 %**
- La Matapédia **3,3 %**
- La Mitis **5,0 %**
- Rimouski-Neigette **23,3 %**
- Les Basques **10,0 %**

## 3 PRINCIPAUX CONSTATS

### TIRÉS DES ENTREVUES RÉALISÉES

Les enjeux soulevés lors des entrevues ont permis de distinguer deux catégories à adresser. La première concerne des **enjeux menaçant la réalisation du droit à la santé**. Ceux-ci comprennent les enjeux d'accessibilité, d'acceptabilité et de disponibilité des services et des soins.

La deuxième catégorie se concentre sur les **déterminants sociaux**. Nous avons choisi de les inclure à notre document, en cohérence avec les définitions du droit à la santé soulignées précédemment. À la TCGFBSL, comme dans plusieurs organismes d'action communautaire autonome du Bas-St-Laurent, ces éléments sont ceux qui motivent les mobilisations et les actions que nous menons en défense de droits et sont indissociables de nos préoccupations concernant la santé et le bien-être de la population.

### 3.1 | DES ENJEUX MENAÇANT LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ



Absence ou insuffisance de l'offre de services, particulièrement en santé reproductive et en périnatalité

La moitié des répondant·es ont fait état de situations qui compromettent l'accès optimal à la santé, par l'absence ou l'insuffisance de l'offre de services sur le territoire bas-laurentien.

#### Pour les personnes à risque de marginalisation

Tout d'abord, au niveau des services touchant les personnes à risque de marginalisation ou d'exclusion, les répondant·es ont souligné des lacunes au niveau des services spécialisés pour les femmes immigrantes (dont l'accès à une banque d'interprètes variées), pour les femmes autistes ayant plus de 21 ans et pour les femmes en situation de handicap. Particulièrement, lors de l'annonce de la permanence de l'état dans un contexte de handicap visuel, il n'y a pas de services psychosociaux qui sont offerts d'emblée. On relate aussi que les services de réadaptation sont insuffisants. Si ce n'est pas considéré comme une urgence, il peut y avoir jusqu'à un an de délai pour obtenir des services. La moitié des répondant·es ont soulevé l'absence de ressources disponibles pour les femmes en situation d'itinérance ou en situation de réinsertion sociale, pour les jeunes mères ou encore pour celles vivant par exemple avec un contexte de passé carcéral ou avec un profil de femme multi-éprouvée.

Les répondant.es nous soulignent que les services sont inadaptés auprès des personnes de la diversité sexuelle et de genre. On remarque particulièrement une complexité de la procédure de *transharmonisation*, un appauvrissement exacerbé par les coûts qui y sont reliés, une augmentation des enjeux de santé mentale, une difficulté à rester sur le marché de l'emploi ou encore des discriminations qu'ils peuvent y vivre. On nous mentionne aussi le fait que leur *morinom*, lequel reste sur leur carte d'assurance maladie restreint leur l'accès aux services. Effectivement, iels craignent d'avoir à fournir des justifications auprès des divers intervenant.es ou encore d'être *mégenré.es*. En plus de vivre des enjeux d'identité de genre, les personnes trans vont également vivre des discriminations sous le couvert de la santé mentale, ce qui aura pour effet d'accroître leur isolement.

Dans un autre ordre d'idée, il nous est rapporté qu'il y a peu de moyens de protection contre les itss pour les personnes avec une vulve. Les divers moyens comme la digue dentaire et le condom féminin ne sont pas adaptés et très peu utilisés.

De plus, il nous est paru que l'accès à la planification familiale pour les couples homoparentaux peut être difficile. Les couples homosexuels qui désirent des enfants doivent passer par une multitude de tests physiques et psychologiques qui contiennent des questions comme; « comment expliquer à l'enfant qu'il aura deux mamans » dénote une grande homophobie sous-jacente du système de santé. Aussi, le besoin d'accès aux services de fertilité rend la tâche plus complexe, surtout pour les familles homoparentales qui vivent en ruralité. Finalement, on souligne qu'il est difficile de vivre son homosexualité dans une résidence pour personnes âgées ou en CHSLD. Comme l'inclusion des orientations sexuelles n'est pas mise de l'avant dans les RPA, les répondant.es nous rapportent ne pas s'y sentir à l'aise, et certaines personnes sont préoccupées pour le moment où elles auront besoin d'aller en hébergement pour cette raison



### **Des besoins importants en matière de violence conjugale et de violences genrées**

Plus du tiers des répondant.es ont par ailleurs souligné l'insuffisance de services pour les femmes victimes de violence conjugale. En effet, sur le territoire bas-laurentien, seulement trois maisons d'aide et d'hébergement sont implantées. Toutefois, la Débrouille a élargi ses services, visant à assurer le maximum de sécurité et d'aide aux femmes cis mais aussi aux personnes trans victimes de violence entre partenaires intimes ainsi que leurs enfants. Cela favorise l'inclusion d'une partie de la population vivant des violences genrées et qui ne sont habituellement pas desservies par les organismes.

Le taux d'occupation peut aller jusqu'à 145 % à certaines périodes de l'année. Parmi les neuf centres de femmes (qui accompagnent de nombreuses femmes qui vivent de multiples violences, que ce soit dans un contexte conjugal, familial ou autre) sur le territoire, les centres de femmes qui n'ont pas de maison d'hébergement dans leur MRC ont davantage de travail d'accompagnement parce que les femmes souhaitent obtenir des services de proximité et que les distances à parcourir, impliquant les frais associés peuvent devenir un frein à demander de l'aide.

Les deux CALACS de notre région font face à une augmentation des demandes d'aide et d'activités de sensibilisation à laquelle ils peinent à répondre, faute de ressources financières et humaines. L'exposition aux violences ont également un impact chez nos jeunes pour qui cette réalité devient un facteur de vulnérabilité au niveau des risques d'exploitation sexuelle. Cette réalité entraîne de multiples conséquences au niveau de la santé (dépression, anxiété, TSPT, idéation suicidaire, dépendance drogues et alcool, infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), stérilité). Par ailleurs, le CALACS de l'est a récemment modifié sa mission afin de rendre ses services plus inclusifs aux populations vivant des violences genrées à caractère sexuel.

L'absence de lieux (notamment pour l'échange sécuritaire d'enfants) est également rapportée dans les entrevues ainsi que l'absence de services pour les femmes ayant développé des comportements violents. Par ailleurs, on dénote une seule maison de seconde étape dans le BSL qui est située dans la Matanie. Plusieurs répondant·es nomment également une exacerbation des problématiques, augmentation des demandes et congestion dans les organismes suivant la pandémie de la covid-19.

## Une offre de services et de soins en santé reproductive et périnatalité insuffisante

Plusieurs éléments ont été soulevés concernant l'insuffisance des services et de soins.

- › Bris de services en obstétrique dans certaines MRC comme La Matanie, La Matapédia et le Témiscouata;
- › L'insuffisance de professionnel·les pouvant prescrire l'interruption de grossesse médicamenteuse (IGM) et d'établissements offrant le service d'aspiration des tissus de grossesse en cas d'avortement (Il est à noter que le service est toutefois offert en cas de fausse couche dans la plupart des urgences);
- › L'absence de services publics en accompagnement au deuil périnatal et post-interruption de grossesse;
- › Le besoin d'une maison des naissances dans l'ouest du territoire (KRTB).
- › Insuffisance du nombre de postes de sage-femmes pour répondre aux besoins sur le territoire du Bas-St-Laurent (sur lequel presque 50 % de la population est en ruralité)
- › Absence de services de relevailles à domicile post-accouchement.
- › Services qui ne sont pas accessibles aux femmes sans papier.

## PISTES D'ACTION



### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Garantir, à TOUTES les femmes qui vivent au Québec, le bénéfice des services de santé assurés par les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que de tout autre programme et service du gouvernement du Québec, pour les interventions liées à<sup>27</sup> :
  - La grossesse, l'accouchement et la période postnatale et notamment les suivis et la prise en charge d'éventuelles complications;
  - La planification familiale (services de planning des naissances);
  - L'interruption de grossesse ainsi que tous les soins et suivis afférents;
  - Les violences basées sur le genre;
  - La prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
  - La prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et d'autres cancers du système reproductif.
- › Permettre aux sage-femmes d'offrir complémentaires des services en interruption de grossesse et en contraception
- › Assurer le financement des programmes et des organismes dans une perspective d'analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle (ADS+). Par exemple, augmenter les ressources financières des maisons d'aide et d'hébergement, des centres de femmes et des CALACS en bonifiant leur financement à la mission. Un financement adéquat permettrait de travailler davantage en prévention ainsi que d'offrir les services sur l'ensemble du territoire et de les rendre plus accessibles aux femmes en situation de vulnérabilité, notamment celles vivant avec un handicap;
- › Revoir les critères de répartition pour les postes de sage-femmes sur les territoires étendus
- › Inclure des mesures qui répondent spécifiquement aux besoins et aux attentes des femmes de la diversité et des femmes autochtones en matière d'agressions à caractère sexuel, en soutenant leurs différentes demandes;
- › Améliorer le traitement des plaintes de harcèlement et de violence à caractère sexuel dès leur dépôt en étant à l'écoute des recommandations des femmes victimes et en demeurant à l'affût des meilleures pratiques;
- › Améliorer l'efficacité des références et des interventions dans le cadre des protocoles socio-judiciaires (policiers, CAVAC, organismes désignés);
- › Assurer un soutien financier nécessaire pour que les écoles et les organismes communautaires participant au déploiement du contenu en éducation sexuelle disposent des ressources nécessaires;
- › Faire des campagnes de promotion et de sensibilisation sur l'importance des relations intimes et sexuelles responsables, épanouies et consentantes, qui respectent les besoins et les limites de chaque partenaire ainsi que sur l'importance des relations saines et égalitaires.

<sup>27</sup> Mémoire santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec. L'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes, peu important leur statut migratoire.. 2022

### POUR LE CISS-BSL

- › Soutenir les organismes communautaires en région et reconnaître qu'ils doivent pallier à l'insuffisance de services spécialisés. Offrir du support clinique aux intervenant·es pour leur permettre de mieux accueillir des personnes multi-éprouvées;
- › Soutenir financièrement la mise sur pied d'un organisme d'aide et d'hébergement au Bas-St-Laurent pour les filles et les femmes multi-éprouvées;
- › Permettre de prescrire l'IGM par télémédecine;
- › Revoir les critères de répartition pour les postes de sage-femmes sur les territoires étendus;
- › Constituer un fonds de dépannage pour faciliter le transport des femmes et de leurs enfants vers les ressources appropriées. Ce fonds pourrait également servir à d'autres besoins immédiats : entreposage des meubles, gardiennage, refuge pour animaux, etc.;
- › Former les intervenant·es des différents secteurs, en particulier la Direction de la protection de la jeunesse concernant les risques liés à la violence post-séparation, pour les enfants et pour les partenaires;
- › Former les intervenant·es du domaine de la santé (CISSS, DPJ) et de la sécurité publique à l'utilisation de la Grille de dangerosité élaborée par le Carrefour sécurité en violence conjugale (CSVC) afin de mieux protéger les victimes et les auteurs de violence à risque suicidaire. Nommer une personne répondante dans chacune des ressources;
- › Sensibiliser les services de santé et de services sociaux, les centres désignés et les corps policiers à l'existence de services alternatifs d'aide et d'accompagnement, inscrire ces services sur la liste de leurs ressources et les offrir d'emblée aux victimes qui portent plainte;
- › Augmenter la disponibilité des services de santé psychologique (services généraux et spécialisés) dans la communauté pour les jeunes mais aussi pour les personnes adultes et plus âgées; donner accès à ces services dans des délais raisonnables;
- › Consolider la concertation intersectorielle, locale et régionale, grâce à un financement adéquat.

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › Développer des mécanismes de protection lors des changements de garde des enfants : mise en place d'organismes désignés et accessibles (vendredi soir et dimanche après-midi pour les interdits de contact). Prévoir la formation du personnel en violence conjugale;
- › Revoir les règlements généraux et les pratiques de l'organisation pour améliorer l'inclusivité de l'organisation.





## Les discriminations quant aux réalités des femmes vivant à la croisée des oppressions

### Méfiance et discriminations

Selon plus de 2/3 des personnes ayant participé aux entrevues, le manque de formation adéquate et de sensibilité des professionnel·les de la santé et des intervenant·es sur les réalités des femmes à la croisée des oppressions serait un obstacle majeur à l'atteinte d'une situation idéale de santé et de bien-être pour ces personnes. Cette réalité peut restreindre l'utilisation des services de soins ou amener les populations touchées à ressentir de la méfiance. Effectivement, les discriminations vécues ou les craintes d'en subir de la part des populations marginalisées font en sorte de les dissuader ou de les décourager à aller chercher de l'aide ou d'accepter d'en recevoir.

Il nous est rapporté que cette recherche d'aide se transforme souvent en un parcours du combattant, particulièrement pour les personnes ayant un profil neurodivergent. Afin d'avoir accès à des services et parfois à certaines sources de revenus, il faut avoir un diagnostic. Pour ce faire, l'accès aux services ayant l'expertise nécessaire, et le chemin pour s'y rendre est loin d'être évident, parfois même pour les travailleur·euses des organismes communautaires et des services publics qui accompagnent ces personnes qui en ont besoin.

Par exemple, on retrouve particulièrement des diagnostics tardifs chez les femmes autistes, dont les problématiques sont parfois malheureusement attribuées à d'autres problématiques (santé mentale, trait de personnalité). Les études étant moins nombreuses et avancées auprès des femmes autistes, les professionnel·les perçoivent moins facilement les critères diagnostiques car ils diffèrent selon le genre. L'absence de diagnostic adéquat mène souvent à des interventions inappropriées et à une exacerbation des difficultés et violences vécues. Les échecs scolaires et à l'emploi se répètent souvent, menant à plus d'isolement et de précarité économique. Plusieurs de ces personnes se retrouvent dans ce phénomène de portes tournantes; elles reçoivent des services ou des soins qui ne répondent pas à leurs besoins, et resteront dans des situations difficiles qui s'exacerbent, ou encore elles se feront refuser des services car les professionnel·les se sentent mal outillé·es pour bien accompagner ou comprendre les défis de ces personnes.

Les répondant·es nous mentionnent, que les femmes vivant avec un handicap auront une plus grande difficulté d'accès aux services de fertilité. Aussi, celles avec un handicap intellectuel subiront encore aujourd'hui des stérilisations forcées, malgré le fait que cette pratique soit fortement déconseillée.



Enfin, les répondant·es soulignent les discriminations que les personnes grosses subissent. On observe des difficultés à obtenir un diagnostic adéquat, puisque l'attention est souvent dirigée sur le poids, autant pour les problèmes de santé physique que mentale. Il est difficile d'avoir du matériel médical adapté et on constate une culture des diètes qui est valorisée dans le système de santé. Dans le milieu scolaire et en emploi, cela peut aussi se traduire par de la discrimination.

### **Des défis complexes pour le personnel soignant**

Lorsque l'on parle des personnes qui sont opprimées sur la base de leur genre et qui sont à la croisée des oppressions, on ajoute au fait d'être une femme ou une personne trans ou non-binaire différents facteurs de marginalisation, comme ne pas maîtriser la langue d'usage, ne pas être caucasien, être autochtone, vivre avec un handicap ou des limitations fonctionnelles, appartenir à la communauté LGBTQIA2S+, vivre dans une relation de violence conjugale, avoir vécu des agressions à caractère sexuel, vivre avec des enjeux de santé mentale, présenter un profil neuro-atypique ou encore vivre en situation de pauvreté. Dès lors, la multiplicité de ces réalités complexes rend particulièrement difficile, pour les personnes concernées, la création d'un lien de confiance avec des professionnel·les et l'accueil sans jugement.



## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Appliquer le principe de Joyce visant à garantir à toutes les personnes autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé;

### POUR LE CISSS-BSL:

- › Offrir des formations au personnel en ADS+ dans le milieu de la santé et communautaire;
- › Imposer un seuil minimum d'heures de formation afin de s'informer ou s'éduquer sur les personnes vivant à la croisée des oppressions (les femmes autochtones, les femmes ayant des limitations fonctionnelles, les personnes trans, les femmes ayant vécu des violences de guerre, etc.);
- › \*Effectuer une recherche-action sur une réalité qui doit être mieux connue (ex.: sur la réalité des lesbiennes immigrantes et réfugiées);
- › \*Accorder une plus grande place à la diversité dans les documents de promotion: ajouter une phrase inclusive (ex.: « Le centre des femmes est ouvert à toutes, quels que soient l'âge, la condition sociale, la nationalité, l'orientation sexuelle. »), des photos de femmes de diverses origines, de femmes handicapées ou de couples de lesbiennes;

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS:

- › \*S'associer à la municipalité afin de développer un projet d'aménagement des lieux publics qui permette aux femmes de circuler en toute sécurité « Femmes secours », un programme en lien avec la sécurité et l'accessibilité universelle: des responsables d'établissements publics ou privés sont invités à adhérer à la charte du programme et à apposer son logo en évidence sur la vitrine de leur établissement;
- › \*Se procurer des outils ou assister à une formation sur l'inclusion de la diversité dans les équipes de travail ou organiser du coaching par des travailleuses autochtones ou issues de l'immigration pour enrichir l'intervention;
- › \*Consulter d'autres ressources lorsque l'équipe fait face à des enjeux inhabituels pour elle;
- › \*Créer un comité avec plusieurs organismes pour réfléchir sur la situation des femmes vivant des situations de handicap ou en situation minoritaire et/ou participer à des tables s'intéressant aux problèmes que vivent des femmes en situation minoritaire;
- › \*Offrir plus d'accompagnement, lorsque nécessaire: augmenter les suivis (sans « prendre en charge » la personne ou « faire à sa place ») jusqu'à ce que la personne puisse intégrer les activités de groupe;
- › Attitudes aidantes de la part des travailleuses: accueil personnalisé, non-jugement, ouverture, souci d'inclusion, confiance, attention portée à l'autre, écoute et respect même lorsque le ou la professionnel·le n'est pas à la croisée des oppressions, neutralité, respect du rythme, croire au potentiel de la personne pour effectuer des changements positifs dans sa vie;
- › Accepter, dans certaines situations, de recevoir la personne sans rendez-vous, et, lorsqu'une femme semble réticente à venir à l'organisme, lui offrir de la rencontrer la première fois dans un lieu convivial, comme un café par exemple<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Les recommandations portant la mention \* sont issues du document produit par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, guide *Accessibilité des services: des pratiques qui ont fait leur preuve*, Montréal, 2013. Repéré le 9 avril 2024 à [accessibilite-services-fr.pdf \(rqasf.qc.ca\)](https://www.accessibilite-services-fr.pdf)



Des difficultés d'accès physiques, économiques, et des difficultés d'accessibilité de l'information

### Transport et accessibilité universelle

Le manque d'accès à un service de transport est l'un des enjeux les plus importants nommé par les répondant-es. Considérant la centralisation des soins dans les grandes villes comme Rimouski et Rivière-du-Loup, alors que 50 % de la population vit en ruralité, il s'agit d'un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé pour les femmes au Bas-St-Laurent. L'enjeu est d'autant plus de taille pour les personnes ayant besoin d'un transport adapté. Les répondant-es soulignent également que plusieurs lieux ne sont pas accessibles pour les personnes à mobilité réduite ou vivant avec des limitations fonctionnelles. Les ressources d'accompagnement sont extrêmement limitées pour des personnes qui ont besoin de soutien dans leur obtention de services de santé et très peu connues de la population.



## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES:

- › \*Faciliter et soutenir l'accès à des moyens de transport adaptés (abordable, facilité d'utilisation, horaire);
- › Octroyer le financement nécessaire pour permettre le déploiement des services d'aide alimentaire dans les zones rurales;
- › Revoir les balises de financement du transport collectif au Québec afin de pouvoir soutenir le transport collectif plus largement dans des régions avec une moins grande densité de population
- › Offrir du soutien financier pour soutenir les initiatives améliorant l'accessibilité universelle, tant dans les services publics, les organismes communautaires et les entreprises privées

### POUR LE CISS-BSL:

- › \*Services de consultation, de prescription et de soutien téléphonique;
- › Offrir de l'accompagnement pour les personnes qui ont besoin de soutien dans leur obtention de services de santé;
- › Réaliser des campagnes de promotion sur les enjeux d'accessibilité universelle et inviter les organisations à agir;
- › Rendre accessible des systèmes ATS (Appareil de télécommunication pour personnes sourdes qui leur permet d'utiliser le téléphone) et ATME (Appareil de télécommunication pour malentendants) aux organismes communautaires qui accueillent des personnes ayant ces besoins

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS:

- › \*Offrir aux femmes et personnes trans qui ne peuvent se déplacer la possibilité de participer à des formations, ou à l'assemblée générale de l'organisme, sur le Web;
- › \*Organiser des activités dans les lieux fréquentés par les populations visées;
- › \*Organiser un service de covoiturage;
- › Adopter des politiques d'accessibilité universelle;
- › \*Indiquer que la ressource est accessible aux personnes en fauteuil roulant lorsque c'est le cas;
- › Améliorer l'accès à l'information: modifier le site Web pour le rendre plus accessible aux personnes ayant un handicap visuel, considérer les enjeux de littératie de la population concernée dans le matériel produit et les communications<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> Les recommandations portant la mention \* sont issues du document produit par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, guide *Accessibilité des services: des pratiques qui ont fait leur preuve*, Montréal, 2013. Repéré le 9 avril 2024 à [accessible-services-fr.pdf \(rqasf.qc.ca\)](https://www.rqasf.qc.ca/accessible-services-fr.pdf)

## Délais d'attente pour les soins et discrimination pour les services de denturologie

Les délais d'attente pour recevoir des services et des soins est aussi un facteur qui a été abondamment souligné, particulièrement au niveau des soins en santé mentale. On souligne aussi le fait que les cliniques de dentistes n'acceptent plus de nouveaux patients, étant complets. Dans ce contexte, les soins dentaires et denturologistes sont inaccessibles pour une partie de la population, dont les femmes et les personnes marginalisées. Situation bien particulière au BSL qui est dénoncée depuis plusieurs années, il n'y a plus de denturologistes qui acceptent de servir les personnes assistées sociales<sup>30</sup>. Être privé de services au niveau de la fabrication, la pose et l'ajustement de prothèses dentaires est une situation déplorable, sachant qu'être dépourvu d'une dentition adéquate peut causer des problèmes de santé ou aggraver ceux déjà présents.

## Privatisation, tarification et frais afférents

Au niveau financier, la privatisation et la tarification des soins de santé rendent les services inaccessibles pour les femmes issues de la classe moyenne et pauvre, bien que cela soit souvent prescrit par un médecin. Devant une liste d'attente d'un an pour des soins psychologiques dans les services publics, il n'est pas réaliste pour tous et toutes de se tourner vers les services privés. Aux coûts des services s'ajoutent : les stationnements payants, la tarification de la plupart des services d'accompagnement en périnatalité, les frais de transport à déboursier pour se rendre aux lieux des rendez-vous (centralisés dans les plus grosses villes comme Rimouski, Rivière-du-Loup), l'accès inégal à l'assurance privée (emplois précaires majoritairement féminin et sans assurances collectives). Il y a également une tarification des services pour les femmes migrantes : les délais dans la régularisation du statut d'immigration engendrent l'inaccessibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).



## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Améliorer les règles de l'aide sociale quant à la pension alimentaire, la clause touchant la vie maritale;
- › Réintégrer les diagnostics d'autisme et de certains troubles graves de santé mentale dans la liste des diagnostics évidents donnant accès au programme de solidarité sociale;
- › Transformer l'approche d'évaluation des contraintes à l'emploi, passant d'une approche biomédicale à une approche psychosociale;
- › Rehausser les prestations des programmes de Solidarité sociale et de revenu de base pour atteindre le seuil de revenu viable<sup>31</sup>.
- › Exiger de la part des services de santé privés une modulation des frais chargés selon le revenu.

### POUR LE CISS BSL

- › Augmenter les « perdiem » pour les déplacements nécessaires pour l'obtention des services indisponibles dans la région de la personne.

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › \*Répondre aux besoins de base (ex. : offrir du dépannage alimentaire, organiser des cuisines collectives);
- › \*Rembourser les frais de transport des femmes qui n'ont pas d'argent pour se rendre à l'organisme;
- › \*Rembourser les frais de garde ou collaborer avec une autre ressource pour « emprunter » leur service de halte-garderie;
- › \*Permettre aux femmes de participer aux activités gratuitement lorsqu'elles ne peuvent pas payer<sup>32</sup>.

## Complexité du système, accès à l'information et fracture numérique

La méconnaissance et l'incompréhension du système de la santé et des services offerts sont aussi soulevées comme des obstacles majeurs à la santé, particulièrement pour les personnes moins à l'aise avec la langue française, avec la lecture ou avec les technologies par le biais desquelles elles pourraient accéder à l'information. La fracture numérique est un obstacle bien présent pour une partie de la population, particulièrement plus âgée, moins scolarisée, ayant un profil neurodivergent, ou encore vivant avec une limitation fonctionnelle. Rappelons-nous que la population du BSL comprend une population particulièrement vieillissante, ce qui fait de la fracture numérique un élément qui touche une plus grande proportion de la population. Par ailleurs, l'absence de moyens financiers peut être un obstacle à l'achat d'un ordinateur, d'un dispositif de navigation ou encore à la connexion à internet. Il faut aussi rappeler que le réseau internet n'est pas encore accessible sur tout le territoire du Bas-St-Laurent.



## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Assurer la couverture internet et la téléphonie cellulaire sur l'ensemble du territoire.

### POUR LE CISSS BSL

- › \*Développer une banque d'interprètes régionale;
- › \*Créer des mesures d'accompagnement telles que des outils d'accès aux technologies et des cybercafés d'entraide pour contrer la fracture numérique;
- › \*Recourir à des interprètes en langue des signes;
- › \*Embaucher des travailleur·euses ou des stagiaires parlant plusieurs langues.

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › \*Expliquer le déroulement de l'activité par l'intermédiaire d'une autre participante qui parle la langue de la participante;
- › Créer des documents plus visuels, notamment pour qu'ils soient à la portée des personnes ayant un faible niveau de littératie ou éprouvant des difficultés de lecture (ex. : réduire la taille des textes, ajouter des photos);
- › \*Proposer des formations ou des cafés-rencontres sur le fonctionnement du système de santé québécois;
- › \*Inviter des conférencier·ères ou des personnes ressources à venir parler des services existants<sup>33</sup>.

<sup>30</sup> Québec offre des soins de denturologie différents selon les clientèles; des personnes en souffrent | Journal Le Soir

<sup>31</sup> Pétition: Réintégration des diagnostics évidents donnant accès au Programme de solidarité sociale (assnat.qc.ca)

<sup>32</sup> Les recommandations portant la mention \* sont issues du document produit par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, guide *Accessibilité des services: des pratiques qui ont fait leur preuve*, Montréal, 2013. Repéré le 9 avril 2024 à [accessibilite-services-fr.pdf \(rqasf.qc.ca\)](https://www.rqasf.qc.ca/accessibilite-services-fr.pdf)

<sup>33</sup> Ibid

## Des services méconnus de la population

On soulève aussi les difficultés d'accès à l'information sur le soutien existant pour les proches aidantes, surtout celles qui sont isolées. Leur charge est accrue par une offre de services limitée sur le territoire et il est difficile de savoir quels sont les services auxquels elles ont accès. Dans le même ordre d'idée, le manque de promotion et d'information par rapport aux services de sage-femmes, surtout auprès des clientèles plus marginalisées (personnes racisées, issues des communautés LGBTQIA2S+, etc) jumelé avec une absence de formation des sage-femmes sur les réalités de ces communautés crée des inégalités dans l'accès à la santé obstétricale. Il y a parallèlement, un manque de connaissance des ressources et des services chez les femmes de la population, mais également entre intervenant·es autant du réseau que du communautaire. De plus, Les répondant·es mentionnent, que les services de réadaptations sont méconnus, même à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Ils ne seraient pas toujours offerts aux personnes handicapées visuelles. En outre, le délestage, les fermetures de dossier, le mauvais référencement et le manque de clarté dans les rôles des différents intervenant·es, augmentent significativement ces problématiques.

## PISTES D'ACTION



### POLITIQUES PUBLIQUES

- › \*Utiliser des approches de proximité, par la présence de travailleur·euses de rue ou par la présence de représentant·es d'organismes ou de services dans les lieux fréquentés par les personnes opprimées sur la base de leur genre (ex.: soirées de bienvenue aux immigrant·es, cours de francisation, organismes d'éducation aux adultes, cliniques médicales, hôpitaux, centres de la petite enfance, centres locaux d'emploi, organismes pour la famille, bibliothèques, centres commerciaux, etc.)<sup>34</sup>

### POUR LE CISS-BSL

- › Faire une campagne de promotion et d'information par rapport aux services de sage-femmes, surtout auprès des clientèles plus marginalisées;
- › Faire une campagne de promotion sur les services et programmes existants pour les proches aidant·es;
- › Offrir une formation sur les réalités des populations marginalisées aux sage-femmes afin de favoriser l'accueil de ces populations dans leurs services.

<sup>34</sup> Les recommandations portant la mention \* sont issues du document produit par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, guide *Accessibilité des services: des pratiques qui ont fait leur preuve*, Montréal, 2013. Repéré le 9 avril 2024 à [accessibilite-services-fr.pdf \(rqasf.qc.ca\)](https://www.rqasf.qc.ca/accessibilite-services-fr.pdf)

## Des services qui ne se connaissent pas toujours entre eux

Par ailleurs, les répondant·es dénotent que ce ne sont pas tou·t·s les intervenant·es dans le réseau et les organismes qui connaissent bien les services offerts et les particularités de ces services sur le territoire et même au sein du CISSS-BSL. Cette méconnaissance fait en sorte que les personnes qui consultent ne sont pas systématiquement référées vers le bon service au bon moment dans leur parcours de soins. Également, il est soulevé qu'il y a des préjugés défavorables du milieu médical quant à l'utilisation des services sage-femmes ce qui réduit l'accès aux services puisqu'ils ne sont pas promus par la communauté médicale.



## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Élargir le champ d'action des sage-femmes
- › Décentraliser la gouvernance des services sage-femmes qui a été imposée par la réforme du système de santé pour permettre une plus grande autonomie et une meilleure culture de proximité.
- › Reconnaître la pratique sage-femme dans la culture médicale comme étant une pratique autonome et sécuritaire.
- › Reconnaître l'accouchement comme un acte naturel et non pathologique.

### POUR LE CISSS-BSL

- › Collaborer avec les ressources de la région pour qu'elles dirigent des participantes vers l'organisme communautaire dont elles ont besoin (organismes d'accueil et d'intégration, alphabétisation, recherche d'emploi, éducation des adultes, CLSC, etc.);
- › Faciliter la collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires en assurant des références personnalisées et en vérifiant de quelle façon les services offerts peuvent convenir à la personne;
- › Faire une campagne de promotion et d'information par rapport aux services de sage-femmes, auprès du milieu médical;
- › Profiter des opportunités de concertation pour prendre contact avec des personnes ressources provenant d'autres organisations.

### 3.2 | DÉTERMINANTS SOCIAUX ET INÉGALITÉS SOCIALES

Certains groupes d'individus sont plus susceptibles d'être victimes d'exclusion sociale ou de discrimination (ex.: les minorités visibles, les femmes, les personnes ayant des limitations fonctionnelles) et donc, de vivre dans des conditions de vie moins favorables à la santé. Ces facteurs sociaux ou économiques sont liés à la place qu'occupe une personne dans la société.



#### Charge mentale des femmes

Lors des entretiens, plusieurs répondant-es nous ont parlé de l'importance de la place de la charge mentale des femmes et de l'isolement qui y est relié. La majorité du temps, ce sont les mères ou même les belles-mères qui doivent composer avec la gestion familiale. Que l'on pense aux rendez-vous pour les enfants, la gestion des repas, l'épicerie ou le comptoir alimentaire, plus souvent, ce sont elles qui prennent ces responsabilités en charge. Par ailleurs, en contexte de crise comme lors de la pandémie, ce sont elles qui ont été davantage sollicitées pour assurer l'isolement préventif avec les enfants et la gestion de la vaccination.

Si les enfants ont des besoins particuliers (handicap, troubles du spectre de l'autisme, troubles de comportements, plan d'intervention à l'école, etc) ce sont majoritairement elles qui assument tout l'accompagnement, tout comme si un proche ou un parent nécessite des soins. Dans un contexte de difficulté d'accès et d'insuffisance des services, le poids sur leurs épaules est décaplé.

Les répondant-es rappellent aussi que les femmes portent parfois même la charge mentale de consulter ou de compléter des démarches avec leur conjoint et d'avoir un rôle de facilitatrice entre celui-ci et le personnel soignant. Le fait de devoir accomplir toutes ces tâches a évidemment un impact pour elles au niveau économique (perte d'emploi, diminution des heures de travail, diminution de salaire, phénomène du plafond de verre) et également sur leur santé mentale. Cela limite leur temps disponible pour le loisir ou pour solliciter leur réseau de soutien. L'absence de reconnaissance formelle de ce travail invisible perpétue les inégalités de santé mais aussi économiques entre les genres.

## PISTES D'ACTION<sup>35</sup>



### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Prendre en compte la charge mentale dans les politiques publiques et créer les instances pour assurer des actions de prévention en temps de crise (reconnaissance du travail non rémunéré dans les politiques publiques et la protection de droits acquis qui freinent l'assignation du travail invisible aux femmes duquel découle la charge mentale);
- › Inciter et normaliser le travail du care assumé par les hommes (sensibilisation aux stéréotypes de genre et par le développement de politiques incitant un plus grand investissement de leur part dans la sphère domestique);
- › Soutenir le travail du care dans les milieux de travail (assurer une offre diversifiée de services de soutien et des moyens financiers pour en bénéficier qui agissent sur l'ensemble des différentes composantes de la charge mentale plutôt que de se limiter à certaines dimensions plus traditionnelles du rôle des femmes).

### POUR LE CISS BSL

- › Améliorer les services de soins et de soutien à la famille offerts à la population et offrir un accès équitable à ces ressources;
- › Reconnaître la nature complexe de la charge mentale et ses stéréotypes associés (développer des outils de mesure pertinents et sensibles aux multiples réalités des femmes);
- › Adopter des pratiques en cohérence avec l'ADS+ .

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › Adoption d'un cadre théorique intersectionnel comme l'ADS+.



<sup>35</sup> Ces pistes d'actions sont tirées ou fortement inspirées du rapport de recherche *Synthèse des connaissances sur la notion renouvelée de charge mentale: Constats et invisibilités sur la santé et le bien-être des femmes*, ces solutions se distinguent de celles habituellement mises de l'avant et qui font reposer sur les femmes le fardeau de transformer leurs comportements et leurs habitudes sans réellement réduire leur charge mentale, ou encore de la déléguer vers d'autres femmes dans des positions vulnérabilisées



## Non reconnaissance des proches aidantes

Selon les répondant-es, le rôle de proche aidante est pris pour acquis par la société à travers le rôle de conjointe, de mère ou d'amie proche. Elles ne sont pas rémunérées pour ces implications et doivent souvent réduire les heures de travail ou quitter leur emploi pour assumer ce rôle, ce qui amène une baisse de revenu. Elles soulignent le manque de formations et d'informations de la part du personnel soignant.

Cette réalité est perçue comme traduisant d'un manque de sensibilité de leur part. Certaines d'entre elles expriment qu'elles ont du mal à s'identifier elles-mêmes comme proches aidantes et ne vont donc pas chercher le soutien dont elles pourraient bénéficier. Pour d'autres, les attentes que le milieu leur porte est un tel fardeau qu'elles ont de la difficulté à identifier ou reconnaître leurs propres besoins, ne sachant pas s'il pourrait y avoir des pistes de solutions.

Elles nomment le manque de soutien pour exécuter certaines tâches de soins et pour obtenir un répit. Leur charge est accrue par le manque de services sur le territoire (logements ou maisons adaptées, service d'aide à domicile, transport). Elles doivent par ailleurs se déplacer fréquemment et sur de plus longues distances sur le territoire, ce qui a aussi des impacts financiers.

## PISTES D'ACTION<sup>36</sup>

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Revoir en profondeur le chèque emploi service et soutenir (dont financièrement) les organismes à but non lucratif pouvant être mandataires, en limitant le recours aux agences privées plus onéreuses.
- › Harmoniser la mise en place et les critères d'octroi des services de soins et de soutien à domicile.

### POUR LE CISSS BSL

- › Mieux soutenir les personnes proches aidantes (PPA) pour éviter leur épuisement et leur appauvrissement, en les informant notamment des ressources disponibles.

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › Favoriser des programmes d'information et de formation visant le bien-être de la PPA, la bienveillance envers elle-même et l'information sur ses droits et les ressources disponibles en vue de préserver la santé de la PPA et d'alléger son fardeau;
- › Sensibiliser sur le fait que la PPA puisse être maltraitée elle aussi et mettre en place du soutien si tel est le cas.

<sup>36</sup> Ces pistes d'actions sont tirées ou fortement inspirées du mémoire déposé par le Regroupement des aidants naturels du Québec en 2021 lors de la consultation pour le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027.



## Difficultés d'accès aux logements et aux places en garderie

L'accès au logement abordable est un défi de taille sur tout le territoire bas-laurentien. Il l'est d'autant plus pour les femmes avec des enfants. Il a été rapporté à plusieurs reprises que les femmes se voient refuser la location d'un logement parce qu'elles ont la garde des enfants. Cette situation amène des difficultés financières puisqu'elles doivent tout de même se loger. Il est également rapporté que les femmes victimes de violence conjugale qui tentent de se relocaliser se voient parfois refuser la location d'un logement dans les petits milieux car les propriétaires connaissent l'ex-conjoint et ne veulent pas créer de chicane ou risquer de faire briser leurs biens. Il faut aussi souligner que la précarité résidentielle rend les femmes particulièrement vulnérables aux abus, notamment sexuels.

Faute de logement, certaines femmes doivent quitter leur région, et par le fait même, perdent leur médecin de famille, ce qui entrave leur accès aux soins.

Le manque de places en garderie est aussi un obstacle important à la santé et au bien-être des femmes : accès à l'emploi, isolement et entraves à l'obtention de services de soins pour elles-mêmes. Ce manque de place impacte davantage les femmes qui, en général, portent la charge des responsabilités familiales. De plus l'on remarque un manque d'aide spécialisée dans les services de garde pour les enfants avec des besoins particuliers et une absence de services éducatifs en milieu de garde subventionné. Ces lacunes ajoutent de la pression sur le parent, souvent la mère, qui doit essayer par elle-même d'y pallier.

Dans ce contexte, les femmes qui arrivent comme immigrantes au Québec vivent un défi particulier : l'accès à la francisation. Avec la charge des responsabilités familiales et parfois le manque de places en garderie, les femmes se retrouvent limitées dans leur possibilité de fréquenter la francisation. Élément central pour s'intégrer et découvrir sa société d'accueil, pour accéder à l'information, socialiser et s'insérer à l'emploi (stabilité financière), l'accès à la francisation est un déterminant de la santé important pour beaucoup de nouvelles arrivantes au Bas Saint-Laurent.

## PISTES D'ACTION

### POUR LE CISS-BSL ET TOUTES LES ORGANISATIONS:

- › Offrir des horaires souples : ne pas exiger une ponctualité trop serrée (laisser une marge de manœuvre de quelques minutes, par exemple);
- › Accepter de recevoir sans rendez-vous dans certaines circonstances;
- › Permettre aux femmes de participer aux activités en compagnie de leurs enfants lorsqu'elles ne peuvent faire autrement;
- › Offrir des services de halte-garderie ou de service de garde ponctuel;
- › Sensibiliser le milieu de l'emploi à l'importance de la conciliation travail-famille;
- › Offrir des mesures d'adaptation et de soutien dans les institutions d'enseignement.

## Manque de personnel et épuisement professionnel

Un des faits saillants exprimé lors des entrevues réalisées avec les travailleuses des métiers de soins est l'épuisement généralisé causé par la surcharge de travail et la pénurie de personnel, et ce, dans tous les milieux. Cela s'inscrit en cohérence avec le manque de services sur le territoire (logements ou maisons adaptées, service d'aide à domicile, transport, répit) et qui entraîne une augmentation de la charge de travail et de la charge mentale. Les travailleur·euses soulignent le fait de devoir constamment sortir de leur cadre d'action habituel pour répondre aux besoins.

De plus, la non reconnaissance des diplômes acquis dans certains pays diminue la possibilité d'avoir une meilleure capacité financière de ces dernières, cela les place également dans une position de précarité. Les femmes sont également sur-représentées dans le secteur des soins. Puisque ce sont souvent elles qui sont incombées au travail familial, qui est par ailleurs souvent invisibilisé, elles sont plus susceptibles de s'absenter ou d'interrompre leur emploi.

## PISTES D'ACTION

### POLITIQUES PUBLIQUES

- › Octroyer un financement à la mission permettant aux organismes de remplir leur mission et d'offrir de meilleures conditions salariales, favorisant une meilleure rétention du personnel.

### POUR LE CISSS DU BSL

- › Mettre fin aux mesures de contrainte de travail telles que les heures supplémentaires obligatoires ou l'impossibilité de prendre des vacances;
- › Augmenter l'autonomie des travailleuses sur le terrain (décentraliser les pouvoirs décisionnels sur les unités).

### POUR LES AUTRES ORGANISATIONS

- › Assurer la mise en place de mesures de conciliation travail-famille;
- › Valoriser une approche holistique et préventive de la santé.

## CONCLUSION

La région du Bas-St-Laurent comprend 200 507 personnes sur un territoire de 22 185 km. La moitié de sa population vit en région rurale, particularité régionale qui contribue aux défis de santé et de bien-être de la population. La population possède un âge moyen plus élevé que dans l'ensemble du Québec, ainsi qu'un revenu médian parmi les plus bas de la province, particulièrement chez les femmes. Malheureusement, ce contexte exacerbe aussi les inégalités en termes de santé et de bien-être. On y retrouve une pression accrue sur les soins de santé, de services sociaux et l'hébergement nécessaires.

Les défis de disponibilité, d'accessibilité et le besoin de collaboration pour les acteurs et actrices du milieu qui doivent répondre à des situations complexes sans services spécialisés sont des obstacles de taille. Des lacunes importantes ont aussi été soulevées au niveau des soins en santé reproductive et périnatale. Par ailleurs, le taux d'interruption volontaire de grossesse est significativement moindre (presque la moitié) que celui dans le reste du Québec alors que le taux de fécondité est pour sa part plus élevé. Ces situations méritent notre attention.

La situation actuelle du manque de logement social ou abordable ainsi que le manque de places en garderie exacerbent les inégalités pour les femmes et les personnes opprimées sur la base

de leur genre qui sont racisées, autochtones, judiciarisées, âgées ou vivant avec un handicap. Le fait que les services en violence conjugale soient complètement saturés a de quoi nous inquiéter, particulièrement dans ce contexte où les personnes touchées n'ont pas toujours la possibilité de quitter leur domicile.

Finalement, la charge mentale et le manque de reconnaissance et d'accompagnement des personnes proches aidantes s'ajoutent au fardeau financier et à l'isolement de ces personnes, ce qui affecte indéniablement leur santé et leur bien-être, tout en perpétuant les inégalités sur la base du genre. Un important travail est à faire pour les rejoindre, leur faire connaître les services à leur disposition ainsi que leur offrir le soutien nécessaire pour aller chercher de l'aide. Cela doit tout d'abord commencer par des services qui sont en mesure de bien accueillir et comprendre les défis existants pour ces populations.

De nombreuses pistes d'actions peuvent être envisagées, que ce soit en termes de politiques publiques, **de financement** ou encore de mode de gouvernance. À l'échelle régionale, des recommandations peuvent être mises en œuvre, particulièrement en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès à l'information et sur les besoins de formations afin de rendre les services plus inclusifs pour les personnes issues de groupes minoritaires.

# MÉDIAGRAPHIE

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche\\_bsl\\_2022\\_decembre\\_0.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/fiche_bsl_2022_decembre_0.pdf)

Collectif Genre, santé, environnement, Programme actions concertées - *Synthèse des connaissances sur la notion renouvelée de charge mentale: Constats et invisibilités sur la santé et le bien-être des femmes*, Université du Québec à Montréal, 2023. Repéré le 9 avril 2024 à [resume\\_isabellecourcy\\_2023.pdf \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/resume_isabellecourcy_2023.pdf)

Haut-commissariat de l'Organisation des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 1976. Repéré le 12 mars 2024 en ligne: [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels | OHCHR](https://www.ohchr.org/fr/instruments-et-documents/pacte-international-relatif-aux-droits-economiques-sociaux-et-culturels).

Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, cycle 2020,2021*. Gouvernement du Québec. Repéré le 9 janvier 2024 à : [Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021 \(quebec.ca\)](https://www.institut-statistique-quebec.ca/fr/publications-et-produits/2020-2021)

Institut de la statistique du Québec. Fiches démographiques – *Les régions administratives du Québec en 2022*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/fiches-demographiques-regions-administratives-quebec-2022.pdf>

Médecins du monde, *Mémoire sur la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec l'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes, peu importe leur statut migratoire*, 2022. Repéré en ligne le 9 avril 2024: [Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec\\_15avril-2022.pdf](https://www.medecinsdumonde.ca/Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec_15avril-2022.pdf) ([medecinsdumonde.ca](https://www.medecinsdumonde.ca))

Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie, données sur l'occupation du territoire; *Caractéristiques territoriales et municipales*, 2022. Repéré le 9 janvier 2024 à: <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/bas-saint-laurent/portrait-regional/occupation-du-territoire#:~:text=La%20r%C3%A9gion%20du%20Bas%2DSaint,%2C0%20hab.%2Fkm%C2%B2>

Organisation Mondiale de la Santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, section «Préambule»*, 1946. (Adhésion du Canada: 19 août 1946). Repéré le 9 avril 2024 en ligne: [Constitution de l'Organisation mondiale de la santé](https://www.who.int/about/constitution)

Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, 2011. Repéré en ligne le 9 avril 2024: [Microsoft Word - 111663F-Décl-RIO.docx](https://www.who.int/publications/m/item/microsoft-word-111663f-d%C3%A9cl-rio) ([who.int](https://www.who.int))

Organisation des Nations Unies. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948. Adopté par les 58 États membres qui constituaient alors l'Assemblée générale. Repéré en ligne le 12 mars 2024: [La Déclaration universelle des droits de l'homme](https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights)

Organisation des Nations Unies. *Déclaration et Programme d'action de Beijing* adopté lors de la Conférence mondiale des femmes à Beijing, 1995. Repéré le 12 mars 2024 à: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

Regroupement des aidants naturels du Québec, *Mémoire présenté à lors de la consultation pour le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027*, Montréal, 2021. Repéré le 9 avril 2024 à: [PAM-RANQ-VF.pdf](https://www.procheaidance.quebec/PAM-RANQ-VF.pdf) ([procheaidance.quebec](https://www.procheaidance.quebec))

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, guide *Accessibilité des services: des pratiques qui ont fait leur preuve*, Montréal, 2013. Repéré le 9 avril 2024 à [accessibilite-services-fr.pdf](https://www.rqasf.qc.ca/accessibilite-services-fr.pdf) ([rqasf.qc.ca](https://www.rqasf.qc.ca))

Statistique Canada. Profil du recensement. *Recensement de la population de 2021*, produit n° 98-316-X2021001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 2023. Repéré le 9 janvier 2024 en ligne: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Loi sur la santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, mis à jour 23 décembre 2023. Repéré le 15 mars 2024 en ligne: [s-4.2 - Loi sur les services de santé et les services sociaux](https://www.gouv.qc.ca/s-4.2) ([gouv.qc.ca](https://www.gouv.qc.ca))

# MÉTHODOLOGIE

## ANNEXE 1

### Les répondant·es ont répondu aux cinq questions ouvertes suivantes:

1. Quels sont les enjeux spécifiques pour les femmes qui fréquentent votre groupe ou font partie de votre communauté au Bas-Saint-Laurent?
2. Y a-t-il des obstacles pour l'accès aux services pour elles? (Au niveau de la santé physique et de la santé mentale) ou des vides de services?
3. Y a-t-il des enjeux de discrimination?
4. Y a-t-il eu des effets particuliers liés à la pandémie?
5. Selon votre perception (et ce qui vous est nommé), qu'est-ce qui favorise la santé et le bien-être des femmes qui fréquentent votre organisme/service (facteurs de protection)?

### Contexte COVID

La vague Omicron a créé des enjeux au niveau de la consultation. Le manque de personnel sur le terrain a amené des difficultés à prendre le temps de répondre aux questions posées. Les répondant·es potentiel·les étaient très occupé·es à agir sur des urgences en lien avec leur mission.

**Nombre de groupes / personnes approché·e·s:**

**80**

**Nombre répondant·e·s:**

**60**

### Territoire couvert par les organismes rencontrés:

- › La Matanie: 4
- › La Matapédia: 2
- › La Mitis: 3
- › Rimouski-Neigette: 14
- › Les Basques: 6
- › Témiscouata: 2
- › Rivière-du-Loup: 4
- › Kamouraska: 3
- › Couvrant plus d'une MRC du BSL: 7
- › Bas-St-Laurent (régional): 14
- › Tout le Québec (BSL inclus): 1

## PROFIL DES CLIENTÈLES (GENRE)

Clientèle mixte:

**66,7 %**

Clientèle s'identifiant  
femme seulement:

**28,1 %**

Issues du spectre  
de la diversité de genre:

**5,3 %**

## CLIENTÈLE CIBLE / VÉCU DES RÉPONDANT·E·S RENCONTRÉ·E·S / AYANT RÉPONDU:

### Organismes communautaires

(85 % des répondants.es):

- › Familles: 4
- › Femmes victimes de violence conjugale: 6
- › Femmes - condition féminine: 9
- › Personnes vivant avec un handicap ou une limitation fonctionnelle: 6
- › Avec enjeux de santé mentale: 11
- › Issues de la communauté LGBTQIA2S+: 3
- › Issues de l'immigration: 4
- › Proches aidant·e·s: 4
- › En situation de précarité alimentaire: 2
- › En traitement des dépendances: 4
- › En alphabétisation: 2
- › En périnatalité / santé reproductive / parentalité: 3
- › Participantes en situation de pauvreté: 5
- › Hébergement personnes en difficultés: 2
- › Jeunes en rupture de parcours scolaire: 1
- › Recherchant de l'accompagnement à la réinsertion sociale: 2
- › Faisant partie d'une communauté religieuse: 1
- › Faisant partie d'une communauté autochtone: 1

### Travailleuses du soin

(8,3 % des répondants.es)

- › Sage-femme
- › Psychoéducatrice
- › Physiothérapeute
- › Proche aidante

### Expertes de vécu

(8,3 % des répondant·e·s)

- › Travailleuse d'un conseil administratif d'une Première Nation
- › Journée de discussion co-organisée avec le Collectif pour un ouvrage de référence participatif en santé féministe (CORPS féministe), où 6 femmes participantes et 4 organisatrices ont partagé leurs expériences de parentalité/périnatalité et avec le réseau de la santé dans ce contexte.
- › Rencontre avec des (7 jeunes entre 18 et 25 ans) expertes de vécu dans le cadre d'une rencontre de création d'outils de prévention et d'intervention (exploitation sexuelle - relations intimes - sexualité)
- › Rencontre avec des femmes issues de l'immigration dans le cadre de la Journée internationale des droits des femmes (8 mars)



***Table de concertation  
des groupes de femmes  
du Bas-Saint-Laurent***