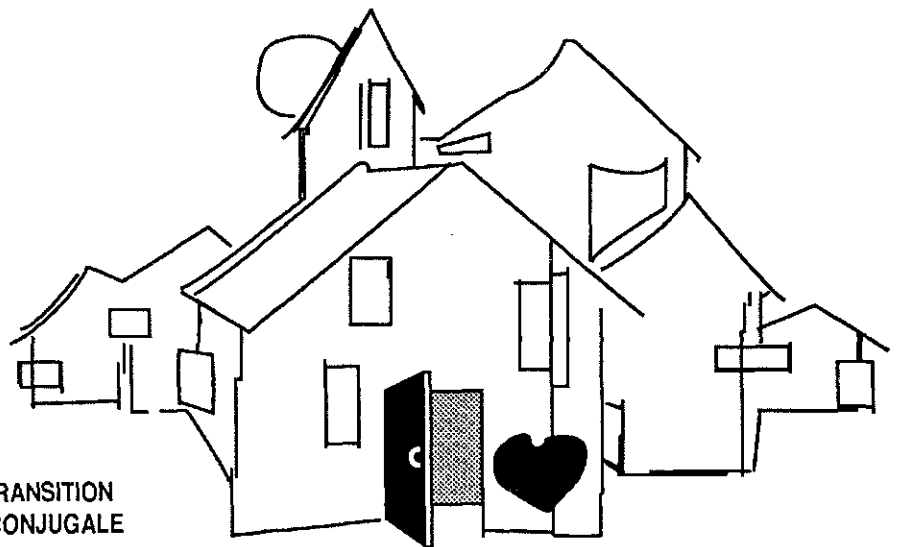
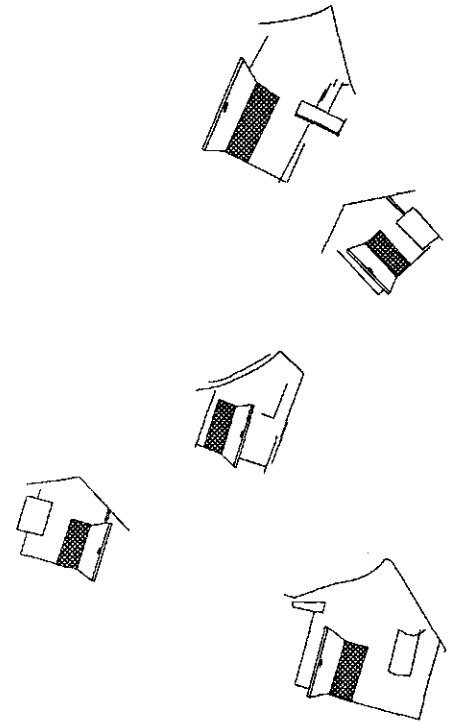


AVALANCHE

P O R T E S O U V E R T E S

**Enfin !
Les actes du colloque :**

***Pareilles,
pas pareilles,
on s'appareille***



BULLETIN DE LIAISON
DU REGROUPEMENT PROVINCIAL
DES MAISONS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSITION
POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

**Enfin! Les actes du colloque:
PAREILLES, PAS PAREILLES, ON S'APPAREILLE**

SOMMAIRE

Éditorial

par Diane Prud'homme	3
Le colloque "Pareilles, pas pareilles, on s'appareille"	
par Diane Prud'homme	5
Conférence d'ouverture: Une femme en santé: d'où vient cette extraterrestre ?	
par Roxanne Simard	7
Les femmes victimes de violence conjugale et la toxicomanie/alcoolisme	
par Évelyne Bergeron	13
Les femmes victimes de violence conjugale et la santé mentale	
par Louise Rondeau	25
Les femmes immigrantes victimes de violence conjugale	
par Rosa Miranda et Omaira Falcon	35
Les femmes autochtones victimes de violence conjugale	
par Michèle Rouleau	45

Coordination: Diane Prud'homme
Révision de textes: Johanne Carbonneau
Graphisme et mise en pages: Ginette Thibault
Dépôt légal: 4e trimestre 1986



**Regroupement provincial des maisons d'hébergement
et de transition pour femmes victimes de violence conjugale**

5225, rue Berri, bureau 304, Montréal, Qc H2S 2S4
Téléphone: (514) 279-2007 Télécopieur: (514) 279-4109
Adresse électronique: wgacja48@web.net

ÉDITORIAL

Enfin ! Les actes du colloque: "Pareilles, pas pareilles, on s'appareille"

En 1990, un événement important dans la lutte contre la violence conjugale avait lieu à Montréal, un colloque réunissant près de 250 intervenantes des maisons d'hébergement membres du Regroupement provincial sur les doubles problématiques des femmes victimes de violence conjugale. Un rassemblement de femmes prêtes à apprendre, à échanger, à partager leurs expériences, et puis rien... De ce colloque, aucun rappel, aucune suite, aucune publication. Où sont donc passés les actes du colloque ?

Au lieu d'accoucher des actes, la stagiaire responsable du colloque, Brita Brown, a accouché, dans les jours suivants, d'un charmant petit garçon qui aura su occuper sa mère suffisamment pour qu'elle baisse les bras devant la réalité: il ne lui reste plus de temps pour écrire !

Évidemment, il faut trouver quelqu'une d'autres. La tâche me fut remise et ce, juste avant de partir pour les vacances d'été. Au retour, une nouvelle année commence, les nouveaux projets se mettent en branle, les tâches se multiplient, le temps manque. À force de prioriser autre chose, ce sont nécessairement les actes du colloque qui sont remis aux calendes grecques. Pendant des années, le dossier a traîné sur mon bureau. Ensuite, je l'ai mis sur le bord de la fenêtre pour ne plus être confrontée à son regard couleur "rejet". Et finalement, la culpabilité quelque peu dissipée, je me permets de le ranger dans un tiroir du classeur. OPÉRATION HOMICIDAIRE, c'est évident !

Mais voilà que le sujet demeure d'actualité et que cette année, un comité du Regroupement s'aventure à questionner l'absence des actes de ce colloque. On propose la réouverture du dossier (homicide manqué ?) et d'en faire une certaine priorité.

En même temps, les articles à reproduire pour l'Avalanche publique se font de plus en plus rares. Une connexion rapide et l'idée jaillit: pourquoi ne pas utiliser la tribune de l'Avalanche publique de cette année pour présenter les actes du colloque !!! Accepté à l'unanimité.

Je ressors le dossier du classeur et tout est encore là, du compte-rendu administratif aux notes des secrétaires d'ateliers. Un survol rapide de la paperasse me fait comprendre qu'il serait préférable de se limiter aux textes des conférences qui sont copieusement remplis d'informations pertinentes encore aujourd'hui. Il est fascinant de constater que le recul du temps nous permet de redécouvrir ce contenu qui avait su si bien nous enrichir voilà 7 ans.

Alors voilà, place à la lecture de ces actes que j'ai retenus suffisamment longtemps pour espérer qu'ils vous apparaissent aujourd'hui comme un trésor presque historique. Enfin, n'exagérons rien !

Bon plaisir,
Diane Prud'homme

LE COLLOQUE : "PAREILLES, PAS PAREILLES, ON S'APPAREILLE"

par Diane Prud'homme

En mars 1990, le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale tenait pour ses membres un colloque intitulé : PAREILLES, PAS PAREILLES, ON S'APPAREILLE, traitant de la question des doubles oppressions dont l'une est constante, soit celle de la violence faite aux femmes dans un cadre conjugal.

Le contexte

C'est dans les débuts des années 70 que les premières maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants se sont implantées. Inspirées des besoins exprimés par les femmes, elles ont développé un ensemble de services, une compréhension de la problématique, des modèles alternatifs de gestion, d'intervention, et de sensibilisation et ont lutté pour la reconnaissance de leurs ressources ainsi que pour un financement décent et équitable.

Fortes de leurs expériences, les intervenantes en maison d'hébergement posent au fur et à mesure un regard différent sur les femmes qu'elles rencontrent, hébergent et entendent. Elles observent un mouvement dans les besoins des femmes qui font appels à leurs services en raison des autres oppressions

qu'elles subissent. Des femmes qui sont discriminées à cause de la couleur de leur peau, d'un handicap physique, de leur religion, de leur dépendance à l'alcool, etc. Ces doubles problématiques susciteront un grand questionnement chez les intervenantes. Quelle problématique doit-on prioriser ? Comment répondre à leurs besoins ? Comment intervenir avec une femme toxicomane qui est aussi victime de violence conjugale ? Comment intervenir auprès d'une femme sourde ? Devons-nous recevoir en hébergement une femme victime de violence conjugale qui a des hallucinations ? Les questions fusent, les doutes s'installent et on cherche des réponses.

C'est dans ce contexte que les maisons d'hébergement ont demandé au Regroupement provincial de les alimenter sur cette question que ce soit par la production de documents, la conception de formations ou la référence à des personnes ressources; l'important pour elles étant de recevoir de l'information qui sait marier une vision féministe, deux problématiques et la réalité des maisons d'hébergement.

Au même moment, une intervenante en maison d'hébergement, Brita Brown, se présente au Regroupement pour faire une demande de stage en formation, servant à compléter sa maîtrise en service social - intervention féministe. Nous lui proposons alors d'organiser un colloque sur le thème des doubles problématiques; ce qu'elle accepte sans hésitation, reconnaissant la pertinence de ce projet.

L'organisation

Un comité colloque se rencontre, des thèmes sont proposés, une consultation est faite auprès des maisons, des demandes de financement sont envoyées aux différents ministères, on cherche des commanditaires et le contenu du colloque commence à prendre forme. Le conseil d'administration adopte le slogan (**Pareilles, pas pareilles, on s'appareille**), approuve les six thèmes ainsi que la formule proposée:

Thèmes choisis:

- 1- Femmes autochtones
- 2- Femmes immigrantes
- 3- Femmes handicapées
- 4- Santé mentale et femmes
- 5- Toxicomanie et femmes
- 6- Alcoolisme et femmes

P.S. À la demande de la conférencière concernée, les thèmes 5 et 6 ont été réunis en un seul. Et pour des raisons de santé, la conférencière du thème Femmes handicapées a dû annuler sa présentation à la dernière minute. Il n'est donc restée que 4 thèmes.

Formule adoptée:

Chaque thème sera divisé en trois ateliers. Le premier atelier, en avant-midi, sera présenté par une conférencière dans un but de sensibilisation et d'information sur un thème. Le deuxième, en début d'après-midi, en sera un d'échange sur les problèmes rencontrés en maison d'hébergement en rapport avec ce même thème. Et le troisième, en fin d'après-midi, réservera un temps pour développer des outils et des moyens pouvant servir à améliorer le travail en maison, toujours en lien avec le même thème.

L'horaire est donc prévue pour que chaque participante suive le même thème tout au long de la journée. Chacune d'elle aura donc à choisir deux thèmes, un thème par jour.

Pour ce qui est des ateliers d'information, les conférencières ont été approchées sur la base de trois critères: une spécialiste du thème proposé, qui est féministe et qui, préférablement, connaît la réalité des maisons d'hébergement.

La tenue du colloque

Le colloque a eu lieu les 16-17 et 18 mars 1990 à Montréal dans les locaux de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de la Bibliothèque nationale. 233 femmes arrivent de partout du Québec pour venir s'informer, échanger et créer sur les liens entre les doubles oppressions et l'intervention en maison d'hébergement pour femmes victimes de vio-

lence conjugale. Quelle charge de savoir et d'expériences féministes ! Et c'est sans compter les animatrices, les secrétaires d'atelier, les conférencières, les bénévoles...

Le colloque s'ouvre le soir du 16 mars avec un programme honorable chargé de surprises : un cocktail, un lancement médiatique et une conférence !

En fait, le Regroupement provincial a profité de cette tribune pour lancer sa campagne de sensibilisation : **La violence conjugale, c'est quoi au juste ?** assortie d'une brochure explicative, d'une affiche, d'un dépliant et d'un film publicitaire de 30 secondes qui ont été remis à chaque maison participante, chargée de répandre et de faire connaître ces outils partout au Québec.

Ce lancement médiatique fut suivi de l'ouverture officielle du colloque par une allocution de la Présidente du Regroupement provincial et la conférence de Roxanne Simard : "Une femme en santé, d'où vient cette extraterrestre ?

Pour ce qui est du déroulement du colloque, les deux thèmes réservés au 17 mars étaient : Santé mentale, et Toxicomanie/alcoolisme tandis que ceux du 18 mars étaient: Femmes immigrantes et Femmes autochtones. Durant ces deux journées, les participantes ont écouté, questionné, échangé et développé des outils de travail pour raffiner toujours plus leurs interventions auprès des femmes victimes de violence conjugale. Mission accomplie.

D'ailleurs, les évaluations rendent bien le succès de cet événement sur lesquelles on a pu lire des bravo et des merci pour le contenu des ateliers, pour la formule, pour les conférencières ou pour l'organisation en général. Les participantes sont reparties chacune dans leur région la tête pleine de projets et le coeur nourri par la solidarité qu'elles y ont trouvée.

Ce fut une grande rencontre de 250 femmes qui a été rendue possible, en partie, grâce à la contribution financière du ministère de la santé nationale et du bien-être social Canada et grâce à l'implication de plusieurs femmes dont Brita Brown, qui par sa disponibilité, a su mener à terme un tel projet.

ACTES DU COLLOQUE :
Pareilles, pas pareilles, on s'appareille

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

***Une femme en santé :
d'où vient cette extraterrestre?***

Une femme en santé : d'où vient cette extraterrestre ?

par Roxanne Simard, préoccupée par la question de santé mentale et des femmes, et travaillant comme psychologue en clinique externe de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et co-auteure du livre : "Va te faire soigner, t'es malade".

Pour comprendre les problèmes de santé mentale, il faut d'abord comprendre que la santé n'est pas un acquis individuel qui serait propre à chaque femme (et que chacune posséderait en plus ou en moins, selon son âge, son milieu ou son potentiel personnel) mais bien un "construit" collectif, propre à l'ensemble des femmes.

On fabrique des femmes malades par une socialisation qui semble de l'ordre de la nature. On les fabrique sages, conformistes, retirées, inhibées, imparfaites, incomplètes, dépendantes, craintives, altruistes, servantes, dévouées, passives, etc., de sorte que dès leur enfance, elles ne questionnent pas l'ordre des choses. Elles apprennent à se soumettre aux désirs et aux attentes des autres. Elles ne revendiquent pas, elles reprennent le discours des autres : de leur mari, du médecin, etc.

En bref, les femmes sont socialisées contre les principes de base de la santé. Et l'on surenchère le trouble en présentant cette socialisation comme étant un fait de la nature de la femme, faisant partie de l'ordre des choses. Freud ne dira pas que les femmes deviennent passives ou masochistes mais qu'elles le sont de par leur nature.

Si fine, douée, épanouie soit-elle, chaque femme partage avec toutes les autres le poids de la féminité, c'est-à-dire que chacune doit répondre aux attentes placées au dessus de toutes les autres. En ce sens, les femmes peuvent bien échapper à la rougeole, aux M.T.S., au sida... mais elles ne peuvent échapper à la féminité, donc à la maladie.

Féminité et maladie sont interchangeableables. Une femme en santé dans notre culture est aussi choquant et dérangentant qu'un homme malade. Si les femmes étaient en santé, elles se défendraient dans la maison comme dans la rue, elles auraient accès aux lieux de pouvoir, ce qui n'est pas le cas.

Malgré le fait qu'il y ait certaines femmes qui, individuellement, sont plus en santé que d'autres, il faut comprendre que la femme collective est malade car elle ne peut échapper à la féminité.

La maladie des femmes se manifestera par la dépression. Les femmes vivront à des degrés divers la mésestime de soi, la dépendance, l'oubli de soi. Elles doivent s'associer à un homme ou à une institution. Elles ont de la valeur par procuration, par quelqu'un de plus valable qui les aura choisies. Voilà le fondement même de la dépression.

Par l'apprentissage de la peur, les femmes sont fabriquées en êtres déprimés. Leur impuissance et leur apprentissage à ne pas s'accorder de valeur et de dignité rendent les femmes victimes des hommes et des institutions.

La dépression des femmes est donc normale et est définie comme naturelle. Toutefois, certaines femmes vont plus loin que d'autres dans la soumission; elles deviennent immobiles, apathiques, résignées, autodestructrices. En fait, elles croient si peu en leur potentiel qu'elles ne font plus rien. Elles sont l'image criante de ce que l'on ne veut pas voir. Effacées jusqu'à l'anéantissement, elles sont "la vraie femme réussie", "la femme parfaite", mais déprimées d'une manière pathologique.

Cette dépression pathologique dérange parce que, à ce stade, la femme n'est plus en mesure d'être au service des autres; elle a dépassé certaines limites (il ne faut pas qu'elles servent moins) et dans ce sens, d'une dépression normale, elle passe à une dépression pathologique. Les institutions tenteront alors de "soigner" leur abdication aux services conjugal, maternel, domestique, etc., plutôt que de s'attarder au manque d'estime personnelle.

Ces femmes, qui vivent une dépression pathologique, démontrent donc l'absurde du modèle féminin; les attentes et exigences envers elles mènent à la maladie.

On retient trois grandes catégories de maladie féminine :

- 1) la dépression normale**
(les femmes conformes);
- 2) la dépression pathologique**
(les femmes trop conformes);
- 3) l'hystérie**
(les femmes non-conformes).

Les hystériques sont les rebelles, les "critiqueuses", celles qui ne vivent pas le "trip" de la vraie femme. Ces femmes ne sont pas de vraies femmes : elles sont agressives, courageuses, combattives; en bref, elles affichent des traits masculins. Ce sont les hystériques, les "mal baisées".

Plusieurs femmes ne se conforment pas à un modèle précis mais elles seront toujours quand même étiquetées comme malades, anormales. En fait, il est normal pour une femme d'être déprimée, donc d'être malade.

Trois maladies secondaires

Lorsque la maladie de la féminité devient trop lourde, entrent en jeu l'alcool, les médicaments ou la drogue. Pour maintenir notre première maladie (la féminité), on fait appel à une deuxième maladie. Les femmes sont toutes susceptibles de devenir toxicomanes ou alcooliques pour tenter de réconcilier l'irréconciliable. Il faut dire que la dépression rime bien avec "pilules". Il est donc tout à fait normal que les femmes prennent des pilules; c'est d'ailleurs une façon d'affirmer sa féminité.

Une autre façon d'affirmer sa féminité consiste à consommer de l'alcool et de la drogue malgré le fait que ce comportement soit lié à la culture masculine. En fait, les femmes empruntent les excès de cette culture masculine et non pas les valeurs qui s'y rattachent.

L'intervention féministe

Suite au constat de la santé mentale déficiente des femmes par le simple fait d'être femme, un seul type d'intervention peut agir : celui de l'intervention féministe parce que cette dernière vise d'abord à amener les femmes à faire l'expérience du respect d'elles-mêmes. Les femmes doivent être aidées pour elles et non pas pour les ramener dans le chemin traditionnel, soit d'être au service des autres.

Plus concrètement, l'intervention féministe se définit par différentes techniques :

1. Les femmes s'aident elles-mêmes pour et par elles-mêmes;
2. La relation entre les femmes se veut de type égalitaire et non hiérarchique;
3. L'intervention de groupe est un moyen valorisé pour son support et l'entraide qu'il suscite entre les femmes;
4. Un contrat est établi entre les femmes qui définit les objectifs et les buts poursuivis.

En bref, l'approche féministe remet en question ce qui est supposément "naturel" chez la femme et les valeurs intériorisées par celle-ci. Le but de l'intervention féministe est donc de défaire le noeud.

Il est faux de prétendre que les femmes sont battues par hasard. Il y a une orchestration sociale qui fait qu'il y a des gagnants et des perdantes, des propriétaires et des propriétés.

Toutes les femmes ne sont pas battues, mais collectivement, la femme est batable. Toutes les femmes ne sont pas violées ou incestuées, mais collectivement, elles sont violables ou incestuables.

Et c'est par l'intervention féministe que les femmes peuvent prendre conscience de l'oppression des femmes par les hommes, de l'image collective qui leur est attribuée et à partir de laquelle elles peuvent réagir collectivement et individuellement.

En conclusion

La dépression des femmes relève de l'adhésion inconditionnelle au modèle féminin. La course vers la féminité est alors une course sans fin, c'est le concours "Miss Univers".

Les femmes sont donc malades d'une culture qui définit la féminité telle qu'on la connaît dans une société patriarcale, d'une culture qui défend et excuse la violence des hommes pour en accuser les femmes. Par conséquent, pour intervenir dans la dépression des femmes, il faut démystifier l'idéal féminin.

ACTES DU COLLOQUE :
Pareilles, pas pareilles, on s'appareille

ATELIER

***Les femmes victimes
de violence conjugale
et la toxicomanie/alcoolisme***

Les femmes victimes de violence conjugale et la toxicomanie/ alcoolisme

*par Évelyne Bergeron,
psychologue à Domrémy
de Trois-Rivières.*

*"Je me présente d'abord
comme une femme
plutôt qu'une spécialiste.
Je travaille à Domrémy
de Trois-Rivières en
charge de l'unité de
traitement pour les
femmes. Il n'y a mal-
heureusement que
quelques autres
ressources privées qui
ont aussi des unités pour
les femmes, comme à
OKA par exemple."*

L'idée de mettre sur pied cette unité vient d'un comité sur la toxicomanie et les femmes qui a fait le tour de la littérature sur la question. On y démontrait les dimensions spécifiques de la toxicomanie des femmes ainsi que la nécessité de créer un traitement adapté pour elles. Auparavant, on avait tendance à dire que les femmes alcooliques vivaient la même chose que les hommes; ce qui impliquait qu'on devrait leur offrir le même traitement. La littérature féministe a apporté un nouvel éclairage sur cette question.

L'expérience de la toxicomanie

Le terme "toxicomanie" désigne un usage problématique de produits toxiques, c'est-à-dire des produits qui ont une influence sur le système nerveux. Alors, quand on parle de toxicomanie, on inclut la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments.

On réalise qu'il y a un problème de toxicomanie lorsqu'on se rend compte que l'individu vit un sevrage s'il cesse de consommer. Et plus les réactions au sevrage sont fortes, plus cela indique que la toxicomanie est importante.

Il y a deux types de dépendance: une sur le plan physique et l'autre sur le plan psychologique, et il y a deux grands types de toxicomanie:

- 1- Celle qui est définie par un usage périodique: l'individu peut arrêter deux ou trois semaines mais aussitôt qu'il touche au produit, il perd le contrôle;
- 2- Celle qui est définie par un usage quotidien: l'individu consomme tous les jours.

C'est la perte de contrôle qui distingue le type de toxicomanie.

Les produits

Les psychotropes sont des produits qui ont un effet sur le système nerveux central; ils sont consommés dans le but de changer l'humeur, la sensibilité, ou la perception des choses. Ils ne guérissent rien, ils ne font que changer la perception du mal.

Il y a trois types de psychotropes qui sont classés selon les effets, les symptômes d'intoxication, de sevrage et les effets à long terme.

1. Les déprimeurs du système nerveux central (SNC)

On retrouve dans cette catégorie, l'alcool, les hypnotiques (les pilules pour dormir), les anxiolytiques (les pilules pour les nerfs), les analgésiques (héroïne, morphine, codéine, opium) et les antipsychotiques (les tranquillisants majeurs).

2. Les stimulants de l'activité du SNC

Autre type de psychotropes, les amphétamines (les pilules pour ne pas dormir), les anorexiques (les pilules pour maigrir), la cocaïne et les stimulants mineurs comme le café.

3. Les perturbateurs de l'activité du SNC

La dernière catégorie regroupe les hallucinogènes (L.S.D., mescaline), les dérivés du cannabis (marijuana, haschisch, THC), les solvants volatiles (colle).

Notons que les produits à la mode sont surtout les déprimeurs tels que alcool, cocaïne et le crack. Pour les femmes, se sont définitivement les "pilules pour dormir et pour les nerfs".

L'expérience de l'assuétude

L'assuétude veut dire être assujetti à quelque chose. Il s'agit d'un terme retenu par Stanton Prale qui décrit l'expé-

rience de l'assuétude comme allant bien au-delà des produits eux-mêmes. Prale ne définit pas l'assuétude comme une mauvaise expérience causée par un produit mais plutôt comme une expérience en soi à partir de laquelle l'individu devient assujetti via un produit. Ce n'est pas au produit qu'on devient assujetti mais plutôt à l'effet que procure ce produit.

Quand on parle d'assuétude, on tient compte des expériences reliées à l'enfance, de la personnalité et du contexte actuel de l'individu. C'est la personne, avec toute son histoire de vie depuis l'enfance jusqu'à maintenant, qu'il nous faut prendre en compte. Pour les femmes, il faut aussi intégrer la notion de socialisation faite aux filles qui conduit à la dépression, en plus des apprentissages pour être une femme, pour plaire aux autres, qui conduisent à la dépendance.

Le schéma de l'assuétude au féminin

Lorsque les femmes arrivent à l'âge adulte, elles rencontrent nécessairement des problèmes. Dépendamment de leurs acquis, elles seront outillées ou non pour trouver des solutions à leurs problèmes. Si elles sont bien outillées, il y a de bonnes chances pour qu'elles trouvent les bonnes solutions. Si elles ne trouvent pas de solutions, naîtront en elles des insatisfactions ainsi qu'un sentiment d'échec équivalent à une blessure. S'ajoutera à cela le sentiment d'infériorité qu'apprennent les femmes depuis leur enfance. Les femmes seront donc confirmées dans ce qu'elles pensent déjà d'elles-mêmes. De là, surgiront l'anxiété et le sentiment d'inadaptation : "Comment ça se fait que je ne réussis pas à m'adapter au monde ?" Et puisqu'il est difficile de tolérer très longtemps cette douleur, elles tenteront à nouveau de s'adapter en essayant de trouver de nouvelles solutions. Mais si elles ne trouvent pas de bonnes solutions, que leurs restera-t-il ? C'est le bas fond, la souffrance à son apogée, il n'y a plus rien qui marche.

Il ne reste que la fuite (par l'alcool, la drogue ou les médicaments) et dans ce contexte, elle doit être interprétée comme une tentative d'adaptation. Plusieurs femmes disent que cette fuite, même si elle est dommageable pour leur santé physique, est le seul moyen pour elles de sauver leur santé mentale. Ainsi, dans une situation où la souffrance est au maximum, il est facile d'imaginer la délivrance que peuvent procurer la drogue, les médicaments ou l'alcool. Dans ce contexte, le produit semble merveilleux et extraordinaire. Mais ce n'est pas le produit qui a ces qualités, c'est l'expérience qu'il fait vivre.

De ce produit, on obtient un allègement de la souffrance, un oubli temporaire de la douleur. Mais il y a un prix à payer: l'atrophie des ressources naturelles et de l'état de la conscience. Ainsi, on ne règle pas le problème, mais on change la perception en diminuant le niveau de conscience. Il y a aussi des conséquences sur le corps par rapport à l'environnement et sur la confiance en soi. Plus on se fie à un produit et moins l'on se fie à soi.

La dernière étape du schéma est la peur qui surgit quand le produit ne fait plus effet, quand la conscience se réveille. Ceci nous entraîne dans un cercle vicieux; plus on a peur et plus on consomme et plus on consomme et plus on a peur de sentir ou de faire face aux problèmes. Il y a aussi le fait que plus on consomme, plus le corps tolère le produit et plus la dose doit être augmentée.

Plus on tourne longtemps dans ce cercle vicieux et plus la situation se détériore, plus des sentiments négatifs prennent ancrage: image négative de soi, sentiment d'impuissance et d'échec, anxiété. Il est vrai qu'à chaque tour du schéma, les femmes peuvent prendre la voie de sortie, mais quand le feront-elles ? On ne peut pas le savoir. Chose certaine, la décision aura toujours quelque chose à voir avec la douleur. Plus cette dernière sera intense, et plus il y aura de possibilités pour que les femmes prennent la voie de sortie. En fait, le cercle ne tourne pas en rond mais en spirale; ce qui fait que plus de fois elles feront le tour et plus elles descendront vers le bas-fond d'où elles pourront se donner un élan pour remonter.

C'est d'ailleurs cette honte qui amène les femmes à parfois glisser vers les médicaments parce qu'ils sont plus faciles à obtenir. D'autant plus que, devant les mêmes symptômes, les médecins auront tendance à prescrire aux hommes des vacances et du repos et aux femmes, une ordonnance de médicaments (à 95 % des tranquillisants).

Les différences entre les produits et les personnes qui les consomment

Les femmes alcooliques

Le taux d'alcoolisme chez les femmes est à la hausse. Il y a les jeunes filles, dont la consommation est maintenant comparable à celle des jeunes hommes, et il y a une nouvelle catégorie à risque: les femmes qui sont

sur le marché du travail, qui ont un revenu supérieur, qui vivent seules et qui habitent une grande ville.

Toutefois, un fait demeure, les femmes consomment plus en solitaire à la maison, donc très peu dans les bars. C'est que les femmes alcooliques sont encore victimes de préjugés

négatifs (beaucoup plus que les hommes). Par conséquent, elles se cachent pour consommer, se sentent honteuses et craignent un rejet familial et social. Il faut dire que les enfants et le conjoint gardent le silence aussi.

Les femmes qui se cachent pour boire vont aussi faire retarder l'heure de vérité et la demande d'aide. Il y a encore beaucoup de femmes qui meurent dans leur cuisine des suites de leur alcoolisme. Des femmes qui n'osent pas se faire traiter, ni sortir de leur cachette, ni demander de l'aide. En se taisant ainsi, elles s'enfoncent toujours plus et perdent tout espoir de s'en sortir. En bref, la différence majeure entre les hommes et les femmes alcooliques est la honte ressentie par cette dernière et le retrait qui en découle.

C'est d'ailleurs cette honte qui amène les femmes à parfois glisser vers les médicaments parce qu'ils sont plus faciles à obtenir. D'autant plus que, devant les mêmes symptômes, les médecins auront tendance à prescrire aux hommes des vacances et du repos et aux femmes, une ordonnance de médicaments (à 95 % des tranquillisants).

Les médecins, bien souvent, associeront les symptômes des hommes à une surdose de stress, une surcharge de travail, et ceux des femmes à leur fragilité émotive. En effet, les trois quarts des prescriptions de tranquillisants vont aux femmes. De plus, les deux tiers des interventions chirurgicales concernent les femmes.

Les femmes sont-elles vraiment plus malades que les hommes alors qu'elles vivent au moins six ou sept ans plus longtemps que les hommes ?

Il existe 2 000 sortes de médicaments au Canada. Parmi eux, seulement 30 sont efficaces. 30 produits !

Aux États-Unis, 50 % des médicaments prescrits sont inutiles et 10 % sont nuisibles. Il en reste 40 % d'une utilité "douteuse".

Pourquoi les femmes consomment tant de médicaments ?

Les "bonnes" femmes doivent être douces et gentilles. Quand elles ressentent de la colère, elles doivent la retenir si elles veulent se conformer à leur rôle et non pas la ressentir. Or, l'alcool fait tomber les inhibitions de sorte que les femmes exprimeront ce qu'elles ressentiront, sans censure, comme la colère, jugée inadmissible, surtout venant d'une mère. Ainsi, pour ne pas avoir à vivre avec la honte du lendemain, les femmes vont préférer les médicaments qui "gèlent" plutôt que les substances qui désinhibent.

On apporte donc une réponse médicale à un problème d'oppression sociale. Et cette réponse du médical est "tranquillisante". Pour qui ? se demande-t-on. Pour l'ordre établi, bien sûr ! La médicalisation du problème des femmes rend plus acceptable leur consommation. Après avoir cherché des solutions et n'avoir trouvé aucune réponse, qu'est-ce qui leur reste ? La fuite par la médication ! Et, en prime, elles percevront leur problème comme étant personnel, comme une incapacité à s'adapter. Quoi de mieux pour l'ordre établi !

L'acceptation de leur maladie est la conséquence la plus grave chez les femmes à "pilules". Elles en viennent à une grande passivité et au déni de leur problème : "Mon médecin me l'a prescrit". Ce qui implique que le problème est devenu intouchable puisque l'approbation vient d'une institution intouchable. C'est le refuge idéal pour elles qui deviennent tout aussi intouchables que leur médecin.

Les drogues

Parmi les consommateurs de drogues, 20% sont des femmes, et ce chiffre est très conservateur. On retrouve beaucoup de similarité entre les femmes qui consomment de l'alcool et celles qui prennent de la drogue; la même image négative de soi et la perception très négative et jugeante des autres.

Toutefois, la sous-culture du monde de la drogue est très différente du monde de l'alcool. Par exemple, une bonne consommatrice de cocaïne prendra trois à quatre grammes par jour; ce qui lui coûtera très cher. Alors, pour être capable de se les procurer, elle sera soit la "blonde" du vendeur, vendeuse elle-même, prostituée ou danseuse nue. Ces milieux appartiennent à une sous-culture.

Intervenir adéquatement avec ces femmes, demande de prendre en considération ces composantes. Par exemple, si elles sont endettées, il faut voir si c'est auprès d'une banque, ce qui ne serait pas trop dangereux. Par contre, auprès d'un usurier (shylock), ce sera évidemment plus compliqué. Et c'est ce qui est malheureusement souvent le cas. Elles peuvent aussi avoir des dettes envers leur vendeur, ce qui est tout aussi délicat. Si elles font de la prostitution, elles peuvent être liées à un souteneur. Tous ces liens font en sorte qu'elles ne peuvent pas quitter facilement ce milieu.

On remarquera aussi que leurs activités dans ce milieu entraînent de multiples problèmes, tels que les MTS.

Ces femmes sont aussi plus agressives, plus "brasseuses" que la moyenne. Elles se sont distancées du modèle traditionnel de la femme pour s'enfoncer dans un autre modèle bien à elles. Mais, même si elles ont l'air plus agressives que les autres, ce sont des femmes qui sont très souffrantes, toutes aussi soumises et passives que les autres. Elles font juste "brasser la cage" un peu plus fort que les autres. Une fois qu'elles ont cessé de consom-

mer, elles vivent des périodes d'agressivité qui ne sont pas nécessairement faciles à vivre pour elles-mêmes et pour les autres mais qui sont légitimées par leur sentiment d'impuissance.

La toxicomanie des femmes différente des hommes

Contrairement aux hommes, les femmes qui viennent suivre un traitement, sont pour la plupart séparées de leur conjoint. Nos statistiques démontrent que 73.9 % sont séparées. Il faut toutefois prendre ces statistiques avec réserve car il y a plusieurs femmes qui vivent de l'aide sociale et qui ne veulent pas avouer à une institution publique comme Domrémy qu'elles vivent en concubinage pour ne pas être coupées sur leur chèque. Des études, plus scientifiques et plus sérieuses que celles de Domrémy Trois-Rivières, évaluent à 50-60 % les femmes toxicomanes séparées. Alors quand on parle du risque de rejet, il est bien réel !

L'éducation faite aux femmes les porte à être plus sensibles à la qualité de vie de leurs proches qu'à la leur.

Leur estime personnelle repose là-dessus.

On retrouve chez les femmes alcooliques, les deux pôles distincts de classes sociales. Le premier groupe les femmes de professionnels, celles qui sont en haut de l'échelle sociale. On les connaît moins parce qu'elles se cachent plus. Elles ont beaucoup à perdre parce que leur statut social dépend de la situation de leur conjoint. Si elles les quittent ou se font quitter, elles risquent de changer de statut très rapidement. Le deuxième pôle correspond quant à lui au bas de l'échelle sociale et regroupe les femmes de la campagne qui vivent sur des fermes. On ne les connaît pas parce qu'elles ne viennent pas en traitement.

Les femmes plus que les hommes sont susceptibles de devenir alcooliques lorsqu'elles proviennent d'une famille où l'un des deux parents consomme de l'alcool. Les femmes plus que les hommes, seraient vulnérables au climat familial.

En fait, les enfants d'un parent alcoolique sont quatre fois plus susceptibles de devenir alcooliques à cause de la fragilité héréditaire. Toutefois, le taux de risque demeure le même pour les garçons qui sont adoptés, que l'un des parents adoptifs soit alcoolique ou non. Les filles adoptées vont quant à elles démontrer une différence selon si le parent adoptif est alcoolique ou non. Elles sont donc plus sensibles au climat familial qui s'ajoute à l'influence génétique.

Les hommes ne sont pas capables d'identifier des causes à leur toxicomanie tandis que les femmes vont les identifier très clairement à des pertes, à des événements critiques dans leur vie, comme un avortement, la venue d'un enfant, les problèmes conjugaux, le divorce, des problèmes de santé, le départ d'un enfant, la ménopause, la mortalité dans la famille. Et il est remarquable de noter comment les événements identifiés sont toujours reliés de près ou de loin au rôle stéréotypé de la femme.

Les hommes sont généralement stéréotypés dans leur incapacité d'associer leur alcoolisme à des événements. Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'ils sont moins sensibles mais il est clair que leur conscience est moins développée. D'ailleurs, les gars continuent à "jouer les durs" même quand on leur explique pourquoi ils consomment.

L'éducation faite aux femmes les porte à être plus sensibles à la qualité de vie de leurs proches qu'à la leur. Leur estime personnelle repose là-dessus. Si les autres sont bien, elles se sentent bonnes, elles sont contentes d'elles-mêmes. Ainsi, les femmes ne sont pas plus sensibles, mais elles se sentent concernées par les autres puisqu'elles ont appris

très tôt à développer leur sensibilité aux autres. C'est la culture qui encourage et entretient cette fonction chez les femmes.

Ce n'est donc pas surprenant que le taux de dépression soit très élevé chez les femmes toxicomanes. On ne peut vraiment pas dissocier la toxicomanie des femmes de leur rôle stéréotypé. Autant la rigidité de leur rôle peut conduire à la dépression, autant cette dernière peut conduire à la toxicomanie. En ce sens, la toxicomanie peut être comprise comme une forme de dépression car plus on s'y enfonce, plus on détruit autour de soi. Et pour une femme, détruire autour de soi, c'est se détruire soi. C'est donc une forme de suicide.

Prenons entre autres le rôle de mère. La société a tellement d'exigences envers les mères que lorsqu'une femme, qui a vécu des privations affectives parce que l'un de ses parents était alcoolique, a un enfant, elle s'exige de lui donner ce qu'elle n'a pas reçu. Mission vouée à l'échec puisque le fait d'avoir un enfant augmente le sentiment de manque chez la mère. En effet, bien que l'enfant en bas-âge apporte plusieurs compensations, cela demeure minime par rapport à tout ce qu'il demande à sa mère.

Il y a beaucoup de femmes qui ont commencé à consommer après l'arrivée d'un enfant qui demandait plus que ce qu'elles étaient capables de donner. Elles sont très étonnées de constater qu'elles ne sont pas capables de donner de l'affection alors que c'est ce qu'elles ont toujours voulu. En fait, elles ne sont pas capables d'en donner parce qu'elles n'en ont pas pour elles-mêmes.

Les attentes sociales envers les mères renforcent donc les préjugés envers les femmes toxicomanes.

D'autre part, les femmes qui ont vécu avec un parent alcoolique revivent constamment le manque et la peur de l'abandon. Pour survivre, cette peur les amène à se centrer sur les

autres et à tenter de les contrôler. Trop conditionnées à investir dans la vie des autres, elles deviennent incapables d'investir dans leur propre vie. À cause de cette grande dépendance aux autres, la peur et l'angoisse sont constantes parce que le contrôle risque continuellement de leur échapper. Plus cette dépendance sera forte et plus l'angoisse de l'abandon sera importante.

Le contrôle de l'autre peut devenir étouffant pour les conjoints à un point tel qu'ils voudront les quitter, ne pouvant plus supporter leur dépendance et la pression. En même temps, elles tenteront de combler leurs conjoints de tant d'amour que jamais ils ne pourront l'abandonner.

Ces femmes vont donc développer un comportement d'hypervigilance. Cet état de vigilance réapparaît au moindre changement dans le quotidien. À cause de leur dépendance, leur regard sera constamment posé sur l'autre à surveiller les changements d'humeurs, comme pour les femmes victimes de violence qui, par peur de l'agression, seront sensibles au moindre petit signe.

Cette hypervigilance forcera les femmes à réagir aux autres et non pas en fonction d'elles-mêmes. Elles sont donc dans un cercle vicieux où elles se perdent complètement de vue. Tant qu'elles seront dans ce cercle de la dépendance, elles ne sauront pas ce qu'elles valent et vivront les contrecoups du manque d'estime personnelle et de confiance en soi.

Être dépendant, c'est comme s'appuyer sur une table et ne plus utiliser sa jambe. Si l'on

demeure trop longtemps dans cette position, la jambe s'atrophiera et il deviendra alors impossible de marcher dessus. C'est la même chose pour l'image positive de soi.

Une femme qui endort sa souffrance par des produits toxiques pourra la tolérer très longtemps.

En fait, pour réagir contre la violence il faut souffrir et tant que cette souffrance ne sera pas ressentie, il sera difficile pour la femme de réagir.

La violence

Entre 70% et 80% des femmes qui viennent au Centre Domrémy, ont vécu une agression physique ou sexuelle. En fait, les actes de violence envers les femmes sont beaucoup plus nombreux dans les milieux de l'alcool. Est-ce l'alcool qui génère la violence ou vice-versa ? Dans les foyers où il y a des problèmes de toxicomanie, il y a aussi des problèmes de violence.

La consommation de pilules serait aussi plus élevée chez les femmes victimes de violence. On

peut donc supposer que la violence est un facteur important qui influence la consommation d'alcool ou de tranquillisants. Chose certaine, l'alcool ne crée pas la violence. Elle ne fait qu'enlever les inhibitions et servir d'excuse. Le potentiel de violence est déjà présent. Le même phénomène se produit chez les femmes; en état d'ébriété, elles se défouleront et parfois sortiront tout ce qu'elles ont sur le coeur. Par contre, ce n'est pas crédible, ni valable parce qu'elles sont en état d'ébriété. D'ailleurs, bien souvent, le lendemain, elles se sentent mal et coupables et démentiront ce qu'elles ont dit en état d'ébriété.

Les psychotropes, quant à eux, permettent de ne plus sentir la souffrance; ils encouragent donc les femmes à tolérer l'intolérable. Dans cet ordre d'idées, les femmes qui ne consomment pas ont plus de chances de tolérer la violence moins longtemps. Tandis qu'une

femme qui endort sa souffrance par des produits toxiques pourra la tolérer très longtemps. En fait, pour réagir contre la violence, il faut souffrir et tant que cette souffrance ne sera pas ressentie, il sera difficile pour la femme de réagir.

Les indices de toxicomanie

Il y a des indices pour identifier la toxicomanie. Ils peuvent aussi être valables pour la dépression. Il y a deux catégories soit celle du stade de l'enfance et celle de la vie adulte :

1. Stade de l'enfance :

- l'alcoolisme dans la famille d'origine;
- les agressions par le passé;
- la violence familiale;
- les conditions socio-économiques (pauvres et riches);
- les problèmes de santé mentale dans la famille;
- les traumatismes vécus.

2. Stade de la vie adulte :

- la situation financière (pauvre ou riche);
- l'isolement, la présence d'une confidente;
- l'adhésion aux stéréotypes sexués;
- la relation avec les enfants;
- la violence conjugale;
- la satisfaction sexuelle;
- la toxicomanie du conjoint;
- le niveau de dépression.

Ce ne sont là que des indices. Il ne s'agit pas de confirmer quelques indices pour diagnostiquer un cas de toxicomanie. Il s'agit plutôt d'être attentives si plusieurs de ces indices constituent des réponses à nos questions, et porter une attention particulière aux indices

qui ont trait à la famille, aux problèmes de santé, à l'absentéisme au travail, aux infractions criminelles, aux enfants maltraités et à la violence du conjoint.

Il y a un certain nombre d'indicateurs qui peuvent nous permettre de vérifier si une femme a effectivement un problème de toxicomanie. Au nombre de ceux-ci, on retrouve notamment :

- si elle semble mentir sur les quantités de produits qu'elle consomme;
- si elle consomme avec beaucoup d'avidité;
- si elle ne tient pas ses promesses de ne plus consommer;
- si elle prend une consommation avant de sortir pour une soirée parce qu'elle craint de ne pas en trouver là où elle se rend;
- si elle consomme de façon régulière;
- si elle insiste pour faire consommer les autres;
- si elle a tendance à trouver continuellement des prétextes pour consommer;
- si elle consomme de façon exagérée avant de recevoir des invités chez-elle;
- si elle boit ou prend plusieurs consommations avant une réunion où elle aura un rôle à jouer;
- si elle consomme pour se calmer et pour contourner la déprime;
- si elle a plusieurs médecins;
- si elle arrive en maison d'hébergement avec "sa pharmacie";
- etc.

L'intervention

Lorsqu'une femme est en situation de crise, de manque, il n'y a qu'une chose à faire, c'est de la référer à un centre hospitalier. C'est pourquoi, il est important d'établir au préala-

ble des liens avec des médecins et un centre hospitalier qui comprennent le problème de toxicomanie et de violence.

Pour ce qui est de la désintoxication, le sevrage de drogues, médicaments ou alcool devrait se faire sous surveillance médicale puisqu'il nous est impossible de connaître la quantité ainsi que la qualité des produits consommés. Habituellement, au stade où les femmes décident d'arrêter de consommer, il n'y a pas d'intervention féministe sociale possible.

En période de sevrage, il arrive souvent que les femmes commettent des attaques verbales ou physiques. Aucune n'est tolérée au Centre Domrémy sans quoi les femmes sont susceptibles d'être mises à la porte, et elles en sont averties dès leur arrivée. Il est vrai qu'on est plus tolérant pour les attaques verbales parce qu'on sait qu'elles en ont beaucoup sur le dos et que bien souvent, elles peuvent être maladroitement dans l'expression de leur colère. Il s'agit alors de récupérer ces attaques afin d'aider les femmes à développer d'autres moyens pour ventiler comme les outiller sur l'affirmation de soi.

Concernant les priorités de nos interventions, c'est-à-dire si l'on doit intervenir d'abord sur la toxicomanie ou sur la violence, il faut comprendre qu'il est impossible d'établir un contact avec une personne en état d'ébriété, sous l'effet d'une drogue ou de médicament puisque sa perception de la réalité est déformée. Il y a des vérités qui sont dites en état d'ébriété mais qui ne sont pas crédibles du fait qu'elles ne sont pas ressenties.

Toutes les études confirment qu'il faut intervenir d'abord sur la toxicomanie. Tous les acquis par rapport à la violence seront démolis du fait que la femme connaît un problème de toxicomanie.

Les maisons se doivent donc d'imposer des règles, de les maintenir et de les appliquer

fermement. En fait, mettre des règles, signifie être disposées à remettre une femme dans sa misère si elle ne les respecte pas. Il y aura toujours un nombre de femmes qu'on ne pourra pas aider et qui vont être récupérées par le système. Il faut donc établir des contrats clairs de sobriété et ce, en tout temps.

Mon point de vue sur cette question est que la consommation devrait être interdite en maison d'hébergement et qu'il faudrait également contrôler la pharmacie. Bref, plus les règlements appliqués seront clairs et respectés, moins il y aura de problèmes.

De plus, les maisons devraient établir des contrats de non suicide avec ces femmes parce qu'il y a beaucoup d'idéation suicidaire chez les toxicomanes violentées.

Conséquemment, il est important d'expliquer aux femmes le pourquoi de ces règlements et du contrôle que doit effectuer la maison. Il faut aussi assurer une protection particulière à ces femmes et mettre en place des mécanismes contre le conjoint violent, le pimp, les dettes, etc.

Finalement, il s'agira de miser sur leurs ressources personnelles. Si nous sommes en présence de femmes toxicomanes ou alcooliques, nous observerons très rapidement qu'elles peuvent être très "intelligentes" avec une capacité extraordinaire de manipulation. Il ne faut jamais minimiser leur potentiel puisqu'elles ont souvent plus de ressources qu'elles veulent bien le laisser croire. Lorsque nous nous sentons manipulées comme intervenantes, surtout après avoir investi beaucoup de temps et d'énergie, il pourrait être tentant de leur en vouloir pour l'impuissance qu'elles nous font vivre. Il est donc préférable de se protéger en établissant des règles claires.

Il peut être difficile d'aborder le problème et il s'agit, dans un premier temps, d'établir un lien de confiance avec la femme toxicomane. Nous pourrions par la suite, aborder la ques-

tion simplement: «Consommes-tu? Qu'est-ce que tu consommes? En quelle quantité? Es-tu capable d'arrêter?». Il est toujours mieux d'aborder directement la question de consommation et de ne pas ignorer l'état d'ébriété afin de ne pas renforcer le déni de la femme.

Nous pourrons ensuite informer et instruire sur les produits consommés. L'information peut aider les femmes à prendre conscience de ce qu'elles consomment et les inciter à une désintoxication. Instruire sur les ressources, peut aussi donner de l'espoir.

Nous pourrons les accompagner pour une première rencontre ou encore demander à une ex-résidente "qui a eu elle aussi un problème de toxicomanie" de le faire. Souvent, ces femmes peuvent être encore plus utiles qu'une intervenante. L'important est de leur donner du support, de la chaleur et d'être en concertation avec les ressources.

Les ressources

La toxicomanie est très complexe et rejaille sur tous les secteurs de la vie. Ce n'est pas qu'un problème de consommation ou de produits mais aussi un problème social et psychologique. Les femmes sont démolies intérieurement et extérieurement lorsqu'elles consomment; la réadaptation doit, par conséquent, viser tous les secteurs atteints de leur vie. En ce sens, aucune ressource ne doit être négligée.

La meilleure façon de trouver une ressource est de prendre le bottin jaune local et de pister la rubrique "Alcoolisme" ou "Toxicomanie". On y retrouve toutes les sortes de ressources existantes (privées, gouvernementales).

Ce n'est pas qu'un problème de consommation ou de produits mais aussi un problème social et psychologique. Les femmes sont démolies intérieurement et extérieurement lorsqu'elles consomment; la réadaptation doit, par conséquent, viser tous les secteurs atteints de leur vie. En ce sens, aucune ressource ne doit être négligée.

Toutefois, très peu offrent des services spécialisés aux femmes. Le trop grand nombre de ressources pose souvent problème et ce, d'autant plus qu'il n'existe pas de contrôle gouvernemental sur la question des soins offerts. Pour obtenir des références, il est recommandé de vérifier avec les CLSC qui doivent nécessairement faire appel à ces ressources.

Cependant, il faudra freiner nos exigences puisque les ressources de "qualité" sont peu nombreuses. Le mieux est alors de se concerter avec ces ressources et de ne pas ménager les discussions. Il y a peu d'intervenant-e-s en toxicomanie qui sont sensibilisé-e-s à une analyse féministe de la toxicomanie; il s'agit donc de les trouver et/ou de les sensibiliser.

Pour la désintoxication comme telle, on référera aux hôpitaux. Pour le suivi, il y a toujours les mouvements anonymes (AA, NA ou CA) qui ont un discours très loin des femmes mais qui en ont sauvé plusieurs malgré tout.

Il est donc valable de rencontrer les ressources, et d'encourager la discussion même si, de prime abord, leur intervention n'est pas basée sur l'analyse féministe.

ACTES DU COLLOQUE :
Pareilles, pas pareilles, on s'appareille

ATELIER

***Les femmes victimes
de violence conjugale
et la santé mentale***

Les femmes victimes de violence conjugale et la santé mentale

*par Louise Rondeau,
travailleuse sociale en
psychiatrie à l'hôpital
Douglas de Verdun
et ex-présidente du
conseil d'administration
à la Maison du Réconfort
de Verdun.*

Contexte social de la santé mentale

Il existe, depuis un an, une politique concernant la santé mentale au Québec. Elle constitue une première au niveau de l'organisation du milieu psychiatrique. Jusqu'à maintenant, la psychiatrie se classait au même rang que les autres établissements de la santé, donc située sous l'égide de la loi des services sociaux. Ainsi, le mandat, la planification, l'organisation des services, la philosophie d'intervention, les liens avec la communauté et avec les groupes du milieu et tout ce qui constitue l'organisation de base, étaient laissés à la discrétion des établissements psychiatriques. Les seules contraintes qu'ils avaient étaient l'accessibilité et l'universalité des soins. Cette discrétion signifiait en clair la discrétion des psychiatres et des administrateurs, lesquels sont davantage en conflit de pouvoir qu'ils ne le sont sur le plan idéologique.

Concrètement, ce type d'organisation a suscité beaucoup de disparité. Au niveau provincial, rien n'a été orchestré; divers dossiers de niveaux différents peuvent être traités en même temps. Quant aux départements psychiatriques des hôpitaux, certains sont plus d'avant-garde que d'autres; des secteurs bouillonnent de ressources intermédiaires et sous-intermédiaires, d'autres non. En bref, la disparité s'est retrouvée autant dans les régions que dans les services. Par exemple, à l'hôpital Douglas, le département des troubles alimentaires s'est beaucoup développé aux dépens de d'autres initiatives. Mais à cause de la sectorisation, seulement les femmes anorexiques du secteur ont eu accès au service. Plusieurs plaintes ont été formulées quant à cette mauvaise organisation.

Cependant, c'est un enjeu financier qui a justifié la mise sur pied d'une politique de la santé mentale. En effet, depuis dix ou quinze ans, le mot d'ordre de la désinstitutionnalisation est lancé. L'hospitalisation des gens coû-

te très cher et les administrateurs des hôpitaux sont coincés entre la tentation de faire augmenter leurs budgets et la volonté de mettre les gens à la porte sans préparation.

Cette désinstitutionnalisation pourrait être qualifiée de sauvage dans la mesure où ni le personnel, ni le milieu, ni même les gens concernés n'y étaient préparés. Les responsabilités seront donc reportées sur la communauté qui demandera davantage d'argent pour effectuer ce mandat de réhabilitation. Finalement, les pressions des groupes alternatifs pousseront les autorités à réviser l'organisation et le partage des budgets.

Ainsi, comme nous l'avons mentionné, le Québec s'est doté d'une politique de la santé mentale et non de maladie mentale. Cette nuance est intéressante dans la mesure où quotidiennement, on parle de maladie mentale. S'agit-il d'un simple changement de discours ou d'un changement des pratiques ? Le gouvernement et les autorités psychiatriques n'ont pas eu le choix de changer leur discours quant à la maladie mentale et de s'adapter à ses nouvelles définitions. Depuis plusieurs années, la santé se définit plutôt comme un bien-être global. Aussi parle-t-on d'approche globale ou encore d'approche bio-psycho-sociale.

La politique de la santé mentale définit deux catégories de besoins. Il s'agit d'une part des besoins liés aux personnes mêmes et, d'autre part, de ceux liés à la population. Les besoins liés aux personnes regroupent les malades chroniques, les gens en milieu psychiatrique depuis longtemps, ceux qui vivent des problèmes de transition et les personnes dont la santé mentale est menacée par des conditions de vie difficiles comme la pauvreté ou la violence. La seconde catégorie réunit les groupes de femmes et les groupes formés suite aux épiphénomènes comme l'itinérance, l'alcoolisme et la violence. Pour ces problèmes, des actions précises sont délimitées comme l'information, la prévention et la promotion.

Lors de la présentation de la politique, chacun devait se situer dans l'une ou l'autre des catégories. Le Regroupement provincial a d'abord cru trouver sa place dans la catégorie des besoins liés aux personnes, mais tel ne fut pas le cas. Le travail des maisons est perçu comme un travail de dépannage et de service de base, d'évaluation et de référence. Les traitements spécialisés ne sont pas donnés par les maisons, mais par les établissements reconnus comme les hôpitaux et les cliniques externes. Reléguer les maisons dans cette catégorie permettait de préserver toute l'organisation médicale psychiatrique et de conserver intact le "modèle médical" qui fait appel aux traitements spécialisés, aux diagnostics et surtout aux médicaments. Il existe donc une dichotomie entre ces deux catégories et leurs actions respectives.

Aussi, assiste-t-on à une division linéaire et hiérarchique alors qu'il serait plus enrichissant d'avoir un système circulaire où les groupes pourraient s'influencer, s'informer et participer ensemble à la définition de la santé mentale.

La santé mentale des femmes violentées

Il est certain que nous en savons très peu sur cette question. En fait, au cours de mes dix années de pratique, je n'ai pu observer qu'un seul changement; on ne s'occupera plus essentiellement de la dépression ou de l'insomnie d'une femme qui se présente à l'urgence, on tiendra aussi compte du facteur de violence. Les maisons d'hébergement ont un impact en termes d'information et de sensibilisation. Ces maisons, les intervenantes qui y travaillent, et les femmes violentées sont les mieux concernées pour parler des effets de la violence sur la santé mentale. Un milieu respectueux est le fondement de l'intervention féministe et il est possible de voir comment le respect, la compréhension, le support et l'accompagnement permettent une amélioration de la santé mentale. Les maisons sont des lieux privilégiés où la maladie, la folie et la santé se côtoient.

Comment identifier une femme victime de violence, qui a des problèmes de santé mentale, et intervenir auprès de cette dernière ? Voici donc les principaux diagnostics rencontrés chez les femmes violentées, la médication associée à ces problèmes et l'intervention à apporter :

L'anxiété normale se ressent lorsqu'un événement est appréhendé et devient une source de préoccupation, de tension psychique. Cependant, lorsque l'événement appréhendé arrive, on peut s'attendre à ce que l'anxiété se résorbe.

Les **crises de panique** se définissent par les symptômes de gorge nouée, de palpitations cardiaques, d'une sensation de froid ou de chaud, de difficultés respiratoires et surtout, de l'impression de mourir ou de perdre connaissance. La crise de panique peut arriver subitement ou encore, s'associer à un endroit particulier ou à une circonstance spécifique. Il ne s'agit pas d'un problème pathologique, mais il faut aider la personne lorsque survient la crise; l'aider à reprendre une respiration normale pour que graduellement, les symptômes de panique disparaissent. Si ces crises sont régulières, on peut supposer que ces femmes ont des problèmes dans leur vie qu'elles traduisent par des crises de panique. En consultation, on remarque que ces femmes sont très contrôlées, n'ont pas beaucoup d'espace personnel, ce qui fait qu'à un certain moment, tout se restreint à un niveau social et psychologique. Voilà ce qu'il faut comprendre par ce symptôme et que l'on devrait intégrer dans l'intervention.

L'approche corporelle réussit bien avec les femmes qui somatisent. La médecine alternative va mieux comprendre ce langage corporel que la médecine traditionnelle.

Le corps de ces femmes parlent, il s'agit de les écouter pour comprendre ce qui ne va pas dans leur vie.

L'anxiété chronique est un état permanent. La personne est constamment mal, vit mal le présent, appréhende le futur et est nostalgique ou regrette son passé. Elle est toujours sur le qui-vive. Ce sont surtout les femmes ayant vécu de la violence dans leur enfance qui développent ce type d'anxiété. Elles ont toujours été prises dans des chicanes où il y a

eu des coups et des menaces. Les enfants qui vivent dans un climat de menace et de tension avec leurs parents en viennent à s'approprier personnellement cette violence.

Il s'agit de ramener ces femmes dans le présent, dans ce qui se passe ici et maintenant et de leur faire envisager un futur prometteur. Il faut défaire le film du passé et tenter d'en refaire un autre avec de nouvelles perceptions. Ceci n'est pas facile et les résultats sont longs à venir surtout lorsqu'il s'agit d'une femme d'un certain âge qui a vécu longtemps dans des conditions difficiles. Mais la démarche et le support sont importants.

La **somatisation** est une autre forme d'anxiété qui se définit par des plaintes constantes sur des malaises physiques. Habituellement, les femmes qui somatisent ont vu plusieurs médecins, sans jamais obtenir de diagnostic. Ces personnes sont très centrées sur le langage de leur corps et leurs problèmes psychologiques sont traduits à un niveau physique.

L'approche corporelle réussit bien avec les femmes qui somatisent. La médecine alter-

native va mieux comprendre ce langage corporel que la médecine traditionnelle. Le corps de ces femmes parlent, il s'agit de les écouter pour comprendre ce qui ne va pas dans leur vie. Malheureusement, la médecine douce n'est pas toujours accessible aux femmes. Conséquemment, elles auront souvent recours aux médicaments (serax, ativan, valium, dianas, révolvine librium, traxen) lors de la manifestation des symptômes. Tous ces produits sont des tranquillisants mineurs, prescrits pour l'anxiété normale et "pathologique". Ces médicaments sont très agréables à prendre car ils fonctionnent!

Le valium

Le valium est un tranquillisant qui favorise le relâchement physique, musculaire, et cognitif. La personne qui en consomme ressent une sensation de flottement, les événements n'ayant plus la même importance pour elle. Les valiums doivent être prescrits pour une semaine au maximum. À long terme, un processus chimique et biologique fait en sorte que ces médicaments provoquent un état dépressif qui n'est plus de l'ordre circonstanciel ou émotif. L'accoutumance se crée et, on passe alors, de l'état anxieux à celui de déprimé.

Lorsque ces médicaments sont pris sur une longue période, soit de dix à quinze ans et à raison de 15 mg par jour et que soudainement, un médecin arrête les prescriptions, cela provoque une psychose toxique. La cure de désintoxication doit se faire très graduellement. De plus, la personne en cure aura besoin de beaucoup de support, de compréhension et d'attention puisqu'elle se sentira très mal physiquement.

La consommation à long terme est très néfaste pour la santé. Les effets de la psychose toxique chez les femmes sont: une conversation incohérente, une très grande frayeur, une difficulté à reconnaître les personnes, parfois des hallucinations auditives et visuelles et, en général, une difficulté à dormir.

Les dalman et altion

Ces médicaments sont des somnifères et non des tranquillisants mineurs qui devraient aider à dormir. Les somnifères sont différents parce qu'ils agissent sur le centre du sommeil. Idéalement, ils devraient être prescrits pour une semaine, mais certains en prennent toute leur vie. Les somnifères ont un effet paradoxal dans la mesure où ils endommagent le système électrique du cerveau, lieu du sommeil. La prise régulière de somnifères empêche donc la récupération normale du sommeil. Pour arrêter, il faut diminuer graduellement la dose et accepter le fait de mal dormir pour une période donnée. Avec tous les problèmes que connaissent les femmes victimes de violence, il est normal qu'elles dorment mal et il est anormal d'étouffer cette tension. L'altion est de plus en plus prescrit parce qu'il procure un sommeil instantané même s'il peut provoquer de terribles cauchemars et une certaine amnésie au moment du réveil. Quant au dalman, il provoque moins rapidement le sommeil.

La **dépression**, lorsqu'elle est profonde, nous fournit plusieurs indicateurs de dépistage. La personne affectée n'est plus capable de boire, de manger et a de la difficulté à se laver. Un vide se crée autour d'elle et plus rien n'arrive à la reconforter. Elle peut devenir irritable et même agressive lorsqu'il y a trop de proximité.

L'intervention est délicate dans la mesure où il faut calculer les risques de suicide. Le cas échéant, il faut lui en parler ouvertement et questionner si elle a des plans précis. Il faut alors lui apporter une attention particulière et ne pas la mettre dans des situations qui entraînent trop de stimuli; ce qui est source d'irritation.

Les antidépresseurs

Certaines femmes, qui se sont trouvées dans un état catatonique (figé), ont bien réagi aux antidépresseurs. Ces médicaments doivent être pris sur une courte durée et au maximum

durant une semaine à grosse dose. L'effet apparaîtra au bout de dix jours et la dose devra par la suite être diminuée. Les antidépresseurs devraient être consommés au maximum durant un mois ou deux.

Il est normal qu'au début du traitement, la personne se sente encore plus déprimée, mais une remontée s'observe par la suite; l'entrain, l'appétit et l'intérêt reviennent. Il est important, durant le traitement, de faire attention à la surdose et ce, qu'elle soit volontaire ou non. Ces médicaments agissent au niveau cardiaque, ils sont donc extrêmement dangereux lorsqu'ils sont pris avec de l'alcool.

Contrairement aux antidépresseurs, les tranquillisants et les somnifères pris à grosse dose sont moins dangereux. Les antidépresseurs ont aussi des effets secondaires tels que la constipation, la sécheresse de la bouche, des problèmes de vision, l'embonpoint, un goût du sucre incontrôlable. Les personnes ayant des problèmes cardiaques peuvent avoir des palpitations ou encore faire des crises cardiaques.

Les états maniaques et les symptômes les plus courants de la psychose maniaco-dépressive sont les suivants: la personne peut arrêter de dormir mais sent qu'elle a beaucoup d'énergie et d'entrain, elle a beaucoup de projets, elle est euphorique et le quotidien devient secondaire. Ainsi, elle peut oublier de manger et de se laver. Elle peut être drôle, très familière, parfois cavalière avec les autres, et démontre de moins en moins d'inhibition. Elle peut, par exemple, dépenser beaucoup d'argent, faire de grands projets. Elle n'a plus de contrôle et dit tout ce qu'elle veut. En dehors de ces crises, la personne est très organisée, très performante et fait bien les choses (trop peut-être).

Le lithium

Le lithium est associé à cette maladie. Il s'agit d'un stabilisateur de l'humeur: la personne qui en consomme vit tout sur le même ton, et

toutes ces émotions sont difficiles à exprimer. Pour que la personne reçoive un traitement au lithium, elle doit au préalable avoir fait plusieurs crises. Le lithium est un médicament qui prévient les rechutes plutôt que prévenir leur apparition. Ce médicament qui est en fait un sel, doit être donné avec beaucoup de doigté. Les risques de toxicité sont grands; ce qui fait que des examens des reins et des prises de sang sont nécessaires au préalable. Les prises de sang permettent de vérifier le dosage nécessaire. En cas de mauvais dosage, les effets sont les suivants: diarrhée, tremblements intérieurs incontrôlables, problèmes rénaux. Si ces symptômes sont présents, il faut faire appel au médecin.

La **psychose** se définit par une perte de contact avec la réalité. Il s'agit d'une perte de contact avec les autres. La personne psychotique est incapable de parler de son état. Dans les cas d'anxiété par exemple, la personne est tout à fait capable de parler de ses sentiments alors que la personne psychotique est tellement prise par ses idées et ses émotions qu'elle ne peut les décrire. Malheureusement, beaucoup de choses échappent encore à la psychiatrie en ce qui concerne la psychose. Personnellement, je ne crois pas que les psychotiques soient si déconnectés et il faudrait arriver à les faire exprimer sur leur état.

Les **bouffées délirantes** arrivent de façon inattendue. Par exemple, la personne a l'impression que les gens la regardent drôlement, que la télévision lui parle. Elle ressent de la frayeur, de l'isolement et refuse d'avoir des contacts avec les autres. Ceci peut arriver une seule fois dans une vie sans qu'on en connaisse les raisons. Il est possible qu'il s'agisse de la première étape vers la schizophrénie.

La **schizophrénie** est difficile à définir puisque même les psychiatres ne s'entendent pas sur sa définition. On peut toutefois constater que la personne a des difficultés relationnelles, ce qu'on appelle une froideur affective. La personne a besoin d'être seule et a un système de pensée qui n'est pas co-

hérent pour les autres; ce qui rend l'organisation quotidienne difficile. La personne oublie de manger, a un rythme de vie inversé et va souvent se sentir plus à l'aise le soir parce que la stimulation est moins importante. La personne peut à certains moments avoir des propos délirants (elle parle avec le pape, le premier ministre, les animaux, des objets). Souvent, la personne peut avoir des préoccupations mystiques, cosmiques, etc.

Il est difficile de comprendre le processus de cette maladie et la seule intervention, jusqu'à présent, est strictement biochimique (par les médicaments). Auparavant, les schizophrènes "trop délirants" étaient enfermés. Dans les années '50, on leur administrait la "camisole chimique", c'est-à-dire des neuroleptiques, médicaments qui agissent directement sur le processus de la pensée.

L'argatil, le nousignant et le modicat

Les principaux médicaments utilisés sont l'argatil, le nousignant et le modicat et ils sont administrés sous forme d'injection. Très souvent, la personne refuse de les prendre, les prend sporadiquement ou encore oublie de les prendre. Les effets secondaires sont terribles et, pour la plupart, immédiats (sécheresse de la bouche, constipation, tremblements).

Ces médicaments, consommés sur une longue durée, provoquent des effets secondaires tels que des mouvements involontaires des pieds ou des mains, de la bouche. Pour les contrer, d'autres médicaments sont ajoutés comme le kémadrin ou le cogentin.

Concernant les **troubles de personnalité**, on retrouve plusieurs types: passif, dépendant, passif-agressif, personnalité paranoïde, personnalité "border line". Chaque personne est comme un morceau de musique fait d'une mélodie, d'altération, de dièses, de bémols, de gammes. Il y a des accidents de parcours et l'ensemble produit un morceau. Lorsqu'on parle de trouble de personnalité, c'est que le

morceau de musique sonne faux et son entourage a de la difficulté à écouter cette musique. C'est difficile parce qu'on ne comprend pas le sens de sa musique, même si parfois il y en a un. Il faut donc que la personne apprenne à jouer autre chose.

PÉRIODE DE QUESTIONS:

Q: Qu'est-ce qu'on fait avec les mélanges de médicaments, notamment pour les maniaco-dépressifs ?

R: Lorsqu'une personne maniaco-dépressive est en crise, elle peut être euphorique et avoir des idées délirantes; on lui administre alors une dose d'adole dans la mesure où le lithium n'agit pas durant une crise. Il est clair que les mélanges de médicaments sont très dangereux et qu'il est nécessaire de rester dans la même famille de médicaments, sinon les effets s'annulent ou provoquent d'autres réactions. Par exemple, une femme s'est présentée avec dix-neuf boîtes de pilules provenant de trois médecins différents. Il faut donc tenir compte de ce magasinage de médecins qui fait en sorte que les femmes se fabriquent des "cocktails" dont elles ne sont pas conscientes. Certains médecins se spécialisent dans la fabrication de ces "cocktails" comme des neuroleptiques-antidépresseurs-lithium. Ces mélanges sont suffisants pour désorganiser une vie ! Alors par quoi faut-il commencer ? Par les médicaments ou par ce qui se passe dans la vie de cette personne?

Q: Il faudrait que les intervenantes des maisons d'hébergement aient des outils qui permettent d'aborder les femmes qui ont des problèmes de surmédication et qui sont en lien avec l'analyse féministe sociale. D'ailleurs, on retrouve en maison une sorte de commerce où les femmes échangent entre elles leurs pilules.

R: Marie-Claude Roy, pharmacienne, a rédigé un dictionnaire des médicaments et en pré-

pare un autre sur les tranquillisants mineurs. Ce livre pourrait être intéressant, du moins pour commencer puisqu'il est assez critique et propose des alternatives à certains médicaments.

Q: Les médicaments ne sont pas seulement un outil de contrôle social du patriarcat sur les femmes; ils s'inscrivent aussi dans un contexte de société capitaliste. Il n'y a pas seulement les médecins à blâmer, il y a aussi les grosses compagnies pharmaceutiques qui participent grandement à cette surconsommation.

R: Les femmes victimes de violence conjugale connaissent une situation économique et sociale difficile et la médication paraît une solution facile, payée bien souvent par l'aide sociale. C'est un cercle vicieux. Une étude démontre que la majorité des femmes sur l'aide sociale ont un taux de médication très élevé.

Q: Il ne faut pas oublier que les femmes ont de la difficulté à dire non à leur médecin, il est comme un dieu pour elles. Elles se sentent comprises par ce professionnel de la santé et soulagées par les médicaments qu'il leur prescrit. Alors, il n'est pas facile de leur dire que leur médecin se trompe.

R: Lors d'un voyage à Cuba et au Nicaragua, j'ai constaté que les hôpitaux psychiatriques qui étaient dans des conditions économiques épouvantables, n'avaient qu'une sorte de pilule pour chaque catégorie; les gens ne s'en portaient que mieux. L'intervention par les médicaments est tellement restreinte là-bas, faute de moyens, que cela laisse la porte ouverte à une gamme d'interventions beaucoup plus intéressantes.

Q: Il y a des femmes qui arrivent en maison d'hébergement et qui disent qu'elles sont possédées par les forces du mal ou qu'elles se sont faites exorcisées.

R: Dans le jargon psychiatrique, il s'agit d'un

"délire encapsulé". Ça semble nécessaire pour cette personne et pourquoi pas ?

Q: Ceci est difficile à gérer en maison parce qu'elles font peur aux autres femmes. Oui, il faut la respecter et ne pas s'obstiner avec elles, mais elles effraient les autres. Par exemple, les femmes autochtones ont des rites de "chamans" pour enlever le mal. Ce phénomène est à mettre dans son contexte.

R: Il est compréhensible que cela dérange un groupe mais l'intervenante se doit de garder la ligne du respect et de ne pas marginaliser celle qui dérange.

Q: Il y a un consensus, aujourd'hui, pour dire que les femmes sont surmédicamentées, que le pouvoir médical abuse d'elles mais nous n'avons pas questionné nos propres abus. Comme intervenantes, nous avons aussi des problèmes, nous prenons aussi des médicaments, des drogues. Il faut développer des moyens pour atteindre les femmes, faire une analyse féministe et sociale de la surmédication des femmes. La prise de conscience se fait dans les maisons et ce, depuis plusieurs années mais il faut développer des moyens concrets pour travailler avec les femmes. Une personne avec des problèmes de santé mentale n'est pas facile à intégrer dans le groupe. Une intolérance se développe parce que nous sommes impuissantes. Les intervenantes ont peur de s'attaquer aux médicaments, peur des répercussions.

R: Les maisons auraient avantage à aller chercher de l'information ailleurs, comme par exemple, dans les centres de crise qui ont souvent une analyse critique semblable à celle des maisons à l'égard des institutions psychiatriques. Il y a de plus en plus de ressources alternatives en santé mentale qui ont développé des outils.

Q: Pour Laurentides-Lanaudière, il y a quatre organismes communautaires reliés à la santé mentale. Un qui a reçu une subvention de seulement 36 000 \$ pour l'année 89-90. Alors

les femmes qui sortent de là, arrivent directement chez nous à cause de la désinstitutionnalisation. Il faut que quelque chose de concret se passe.

Q: J'ai eu beaucoup de difficulté avec les ressources alternatives en santé mentale quand la personne souffrait aussi d'alcoolisme. Les institutions anti-alcool la refusaient tout comme les institutions psychiatriques. Pas une seule porte ne lui était ouverte à Montréal.

Une personne qui est atteinte de schizophrénie est avant tout une personne et la schizophrénie n'est pas définitive. Quand les personnes vieillissent, leurs symptômes se résorbent et certaines développent même des capacités d'adaptation à la société que l'on n'aurait jamais soupçonnées.

À mon avis, il est important de prendre le temps et de ne pas s'arrêter à des diagnostics.

R: Alcoolisme et psychiatrie ne riment pas bien ensemble aux yeux des institutions. Il faut donc taire un des deux problèmes, c'est la stratégie. Mais naturellement, il faut faire attention.

Q: Il y a des gestes concrets qui peuvent être posés en maison. Un bain mousse est préférable à une aspirine; du lait avec de l'eau de fleurs d'oranger en remplacement au valium; des massages, etc.

Q: On hésite souvent à référer aux psychologues sans savoir si cela va les aider vraiment.

R: Les intervenantes auraient avantage à aller voir ces gens-là, prendre le temps de les rencontrer et développer des alliances.

Conclusion

Une phrase à retenir, celle du rapport Harnois: «Je suis une personne et non pas une maladie». Une personne qui est atteinte de schizophrénie est avant tout une personne et la schizophrénie n'est pas définitive.

Quand les personnes vieillissent, leurs symptômes se résorbent et certaines développent même des capacités d'adaptation à la société que l'on n'aurait jamais soupçonnées.

À mon avis, il est important de prendre le temps et de ne pas s'arrêter à des diagnostics. En psychiatrie, les personnes qui ont des troubles de personnalité sont au bout de la ligne et sont en quelque sorte rejetées.

Beaucoup de personnes aux prises avec ces troubles ont des antécédents de placement en famille d'accueil. Les déplacements d'une famille à une autre sont très difficiles pour les enfants parce qu'ils n'auront pas connu de contexte pour se développer.

ACTES DU COLLOQUE :
Pareilles, pas pareilles, on s'appareille

ATELIER

***Les femmes immigrantes
victimes de violence conjugale***

Les femmes immigrantes victimes de violence conjugale

par Rosa Miranda de la Maison d'hébergement pour femmes immigrantes de Québec, et Omaira Falcon de la Maison Secours aux femmes de Montréal, toutes deux intervenantes.

Les services en maison d'hébergement pour les femmes immigrantes

Les femmes issues des différentes communautés ethniques hésitent à venir en maison d'hébergement compte tenu des préjugés qu'elles rencontrent dans le milieu institutionnel. L'accueil en maison représente donc un moment important pour les rassurer et leur démontrer que cette ressource n'est pas une institution mais bien un service conçu pour "elles", à l'échelle humaine.

Mais avant d'aborder les services en maison d'hébergement, voici un portrait général d'une femme victime de violence conjugale, issue d'une communauté ethnique, qui fait appel aux services d'une maison d'hébergement.

- Elle peut être une nouvelle arrivante qui ne parle pas la langue d'ici et qui ignore les droits qui lui sont reconnus dans le pays d'accueil.
- Elle peut être résidente canadienne depuis longtemps et décidée à se séparer de son conjoint suite à une réflexion sur sa condition d'opprimée. Son isolement fera en sorte qu'elle méconnaîtra ses droits, ses possibilités de fonctionner de manière autonome et les ressources existantes.
- Elle peut être analphabète ou très scolarisée, de niveau collégial ou universitaire allant du baccalauréat jusqu'au doctorat.
- Elle peut être démunie, non destinée au marché du travail ou orientée vers des emplois non qualifiés requérant peu l'usage du français. Elle peut être financièrement dépendante de son conjoint ou encore professionnelle, femme d'affaire, financièrement indépendante.
- Elle peut dépendre, au niveau culturel, d'une petite communauté ethnique très fermée qui exerce un pouvoir social critique sur elle et qui la guide dans le nouveau pays d'accueil.

- Elle peut être résidente permanente, parainée, réfugiée, revendicatrice, accompagnatrice, touriste, travailleuse domestique, etc.
- Elle peut être jeune, mature, âgée, mariée, conjointe de fait, divorcée, célibataire, mère, etc.
- Elle peut ne pas avoir fait le choix d'immigrer, de quitter les siens, mais y avoir été obligée à cause des problèmes politiques de son pays d'origine ou des intérêts et possibilités de travail de son conjoint.
- Elle peut être une femme qui évolue distinctement de son mari dans la nouvelle société d'accueil.
- Elle peut être abaissée, maltraitée, manipulée socialement et individuellement.

L'approche

Une fois que les femmes et leurs enfants sont installés en maison d'hébergement, ils rencontrent une intervenante. Les informations seront transmises dans la langue d'origine si elles ne s'expriment pas en français. En effet, le personnel de la maison d'hébergement pour femmes immigrantes est composé d'intervenantes qui parlent plusieurs langues, étant elles-mêmes issues de différentes communautés ethniques.

Le respect envers les autres est une valeur primordiale en maison d'hébergement. Toutes les femmes doivent respecter les autres: respect de la vie privée, des coutumes tant vestimentaires, alimentaires, religieuses que politiques.

Cela rejoint l'objectif de la maison qui est d'offrir aux femmes hébergées un service qui respecte et tient compte de leurs particularités culturelles. Même chose pour les intervenantes qui devraient avoir remis en question tous leurs préjugés quant à la religion, la race, la politique et la provenance des femmes hébergées.

Cet objectif se traduit de multiples façons en maison d'hébergement. Prenons l'exemple des heures de repas. Nous avons fixé, au démarrage de la maison d'hébergement, un même horaire pour tout le monde. Nous nous sommes aperçues très rapidement que le rythme des femmes n'est pas le même, selon les coutumes et les rendez-vous de la journée. Nous l'avons donc rendu plus flexible. Les différentes façons de se nourrir peuvent aussi nous fournir un bon exemple. Les femmes hébergées d'origine asiatique, si elles sont accompagnées de leurs enfants, n'aiment pas manger à table avec d'autres personnes et ce, particulièrement parce qu'elles sont habituées au silence à table. Même si nous tentons de les intégrer aux groupes, nous respectons toutefois le fait qu'elles préfèrent manger en silence.

En ce qui concerne l'alimentation, nous tenons compte des habitudes et des dogmes religieux. Par exemple, les femmes musulmanes ne mangent pas de porc, les indiennes (Indes) sont végétariennes, les asiatiques sont de grandes consommatrices de riz, etc. Nous essayons d'acheter les ingrédients nécessaires afin qu'elles puissent préparer les mets de leur pays; ces plats ethniques sont très variés et favorisent les échanges culturels autour de la table. Une femme commence à parler de son pays, de la nourriture, des coutumes, et par effet d'entraînement, les autres continuent. L'expérience est très enrichissante pour tout le monde.

Les femmes hébergées québécoises de souche ont souvent l'impression qu'elles ont voyagé à travers le monde sans avoir bougé le petit doigt!

Au niveau de l'intervention, la maison d'hébergement prévoit que les femmes gardent un lien avec leur communauté culturelle. En effet, bien souvent l'identité de ces femmes est menacée puisque la culture dominante va à l'encontre de leurs valeurs. Non seulement victimes de violence conjugale, elles vivent aussi un choc culturel – perte de

leur famille, de leur langue, des valeurs et attitudes culturelles de leur pays d'origine. Émerge alors un ensemble de réactions émotionnelles telles que le sentiment d'inutilité, d'impuissance, de rejet, de mésestime de soi, etc.

Ces femmes, en plus d'avoir des problèmes considérables avec la langue et d'avoir eu à changer de façon drastique leurs habitudes de vie, ont souvent des difficultés à exprimer les problèmes liés au fait d'appartenir à une minorité visible quand c'est le cas.

Elles vivent aussi fréquemment des conflits avec leurs enfants, particulièrement les pré-adolescents et adolescents, qui se sont adaptés plus rapidement et plus facilement qu'elles à la société d'accueil et qui ont adopté ses valeurs et son mode de vie.

Pour toutes ces raisons, les intervenantes invitent ces femmes à participer à des soupers communautaires, des fêtes, des danses, des conférences, qui sont organisés par des associations et organismes d'aide aux immigrants. Ainsi elles pourront participer à ces activités sans être identifiées à des femmes victimes de violence conjugale, hébergées dans une maison.

Les étapes de l'intervention

D'après certaines études, comme celle de Pederson (1979), il existe un problème de racisme chez les intervenant-e-s en général et il est donc primordial de remettre en question nos attitudes face aux clientèles d'autres cultures.

Christensen (1986) a relevé les peurs qui peuvent nous empêcher de travailler avec certaines minorités ethniques : peur de l'inconnu que représente l'étranger, peur de se sentir inadéquat, peur d'avoir à faire face à ses préjugés, peur que l'intervention doive dépasser les services offerts à court terme ou de crise ("counselling" interculturel). Ces peurs peuvent nous amener à référer la cliente à une

intervenante ethnique (c'est-à-dire appartenant elle-même à une minorité ethnique).

Christensen mentionne également certaines attitudes qui conditionnent l'intervention. On blâme parfois les minorités d'être de "mauvais clients", de ne pas persister dans le processus d'aide alors que nous-mêmes sommes incapables de remettre en question nos propres attitudes et croyances sur les minorités ethniques, culturelles et raciales. Autre attitude, la généralisation des comportements d'une ethnie à l'ensemble des minorités ethniques alors qu'on retrouve, au sein même de ces minorités, des groupes différents les uns des autres. Bref, on contribue à véhiculer mythes et stéréotypes.

L'analyse féministe est une bonne référence pour comprendre la situation des femmes immigrantes. Cette analyse démontre adéquatement que les racines de l'inégalité des sexes et de l'infériorisation des femmes sont sociales et non pas "naturelles". L'analyse féministe, tout comme l'analyse interculturelle, propose une perspective socio-politique des problèmes. Ces deux approches visent le changement social autant que le changement individuel et souhaitent redonner aux femmes en général et à celles issues d'une minorité ethnique un pouvoir personnel et social.

Un des objectifs de la maison d'hébergement pour femmes immigrantes est "d'aider la femme hébergée à surmonter ses difficultés et à développer son autonomie tout en respectant ses valeurs culturelles". Nous l'aidons individuellement, collectivement et socialement.

Les femmes commencent par s'informer de leurs droits au Canada. Supportées et aidées par les intervenantes, leurs peurs et leurs angoisses s'atténuent. Elles peuvent donc devenir plus autonomes et seront en mesure de démystifier les rôles véhiculés par la société patriarcale (dominant versus dominée) en se désresponsabilisant de la violence subie.

Nous ne pouvons isoler les femmes immigrantes du contexte général de leur pays d'origine. Pour être en mesure de respecter leurs valeurs culturelles et créer un climat de confiance, les intervenantes doivent être au fait de l'actualité internationale et posséder un minimum de connaissances sur les différentes cultures.

En raison de leur isolement, les femmes immigrantes ont tendance à donner du pouvoir aux intervenantes. Conséquemment, elles développeront l'attente d'être prises en charge par les intervenantes. Ces dernières doivent être vigilantes et prudentes face à cette situation.

En fait, les intervenantes sont appelées à réagir avec rapidité et à jouer plusieurs rôles en raison de la gravité des difficultés que rencontrent les femmes immigrantes hébergées. Les intervenantes pourront avoir à représenter les femmes immigrantes:

- devant les institutions gouvernementales: immigration, aide sociale, assurance-chômage, etc.;
- devant les organismes paragouvernementaux et les services de la santé et des services sociaux: hôpitaux, C.L.S.C., D.P.J., etc.;
- devant les instances juridiques: aide juridique, cour, avocat, etc.

Pour bien représenter ces dernières, les intervenantes doivent d'abord déchiffrer les messages non verbaux de celles qui éprouveront de la difficulté à exprimer leurs émotions. Ensuite, le langage des intervenantes devra être familier et accessible afin de bien traduire les besoins des femmes immigrantes.

Concernant la violence conjugale, il faut considérer que la violence n'est pas reconnue publiquement dans de nombreux pays et est perçue comme une affaire privée. L'intervention collective s'avère alors un moyen efficace puisqu'elle démystifie, sensi-

bilise et aide les femmes à assumer leur dénonciation. Ainsi, elles peuvent se rendre compte que d'autres femmes vivent une situation similaire.

Un autre des objectifs de la maison est de "donner de l'information aux femmes hébergées et de les référer aux services appropriés afin de favoriser leur intégration à la société d'accueil". Pour ce faire, nous référons les femmes immigrantes aux organismes qui s'occupent de l'immigration et nous les informons de leurs droits au Canada, soit:

- le rôle de l'immigration dans le cas des femmes parrainées;
- les démarches pour obtenir un statut si elles n'en ont pas;
- les cours de langue française donnés au C.O.F.I., au C.I.F.Q., par les communautés religieuses et les groupes Alpha, etc.;
- le fonctionnement des écoles (secondaires, CÉGEP, université, etc.);
- l'obtention des subventions (garderies, emploi subventionné, formation professionnelle, etc.);
- la déclaration des revenus (par exemple, le retour d'impôt-enfant);
- les nouveaux programmes gouvernementaux;
- etc.

Bien souvent, en raison des barrières linguistiques, les intervenantes accompagnent les femmes immigrantes dans leurs démarches à la cour, au bureau d'aide sociale, pour la recherche d'un logement, pour un transfert d'école, etc.

La maison d'hébergement fait aussi appel à des interprètes fiables qui offrent des services confidentiels. Ainsi les femmes hébergées peuvent recevoir une qualité de services même si les intervenantes ne parlent pas leur langue ou s'il n'y a pas d'intervenante disponible.

Durant l'accompagnement, les intervenantes agissent à titre de traductrices. Ainsi les femmes hébergées peuvent exprimer leurs besoins et leurs questions librement et bien comprendre les réponses qui leur sont adressées. Cela est essentiel à la bonne communication entre ces dernières et les services gouvernementaux.

La langue maternelle permet de s'exprimer avec authenticité et sensibilité. Conséquemment, et lorsque c'est possible, les intervenantes utiliseront la langue maternelle des femmes immigrantes et ce, particulièrement dans le cadre des interventions individuelles.

Les relations mère/enfants

Il existe souvent des problèmes de communication entre les femmes immigrantes et leurs enfants. Le besoin d'être hébergées en maison d'hébergement parce qu'elles sont victimes de violence conjugale n'est souvent pas partagé avec les enfants qui désirent conserver leurs acquis dans le pays d'accueil (école, jeux, vidéos, amitiés, etc.). En effet, même si ces enfants ont été témoins de la violence faite à leur mère, ils auront tendance à exercer des pressions sur cette dernière afin qu'ils réintègrent tous la demeure familiale.

Dans plusieurs cas, les discussions qui portent sur les relations mère/enfants devront tenir compte des valeurs culturelles des femmes immigrantes. Les latino-américaines ont, par exemple, une valeur culturelle nommée "marianismo" qui est basée sur le culte de la Vierge Marie. Ce culte suggère qu'être mère soit d'abord et avant tout de se sacrifier pour ses enfants et suppose que la fonction maternelle soit la plus noble, celle la plus près de Dieu.

Ainsi, en plus des problèmes de violence conjugale et d'insertion sociale que vivent les femmes immigrantes, s'ajoutent les difficultés dans leurs relations avec leurs enfants.

Les enfants s'éloignent de leur mère en s'exprimant de plus en plus souvent dans la langue du pays d'accueil et en privilégiant les valeurs de ce nouveau pays. Bien entendu, cela peut susciter des affrontements. L'intervention de groupe sera alors bénéfique pour les mères. Elles pourront discuter, entre elles, des mêmes problèmes.

De plus, ces femmes auront bien souvent des hésitations à porter plainte contre leur conjoint (père de leurs enfants) et ce, pour plusieurs raisons dont:

- la sauvegarde du seul lien personnel au pays (le père);
- l'impression de "briser la famille";
- la peur de tout perdre, même le logement (seule chose qui leur appartienne dans ce nouveau pays);
- la crainte de briser l'image du père devant les enfants si elle "l'envoie" en prison.

Finalement, il ne faut pas oublier que les femmes immigrantes quittent souvent des pays en guerre ou soumis à une dictature. Les policiers y sont les représentants d'un régime répressif et d'une "race" masculine associée à la société patriarcale. Il est donc fréquent que les femmes immigrantes aient davantage peur des "forces de l'ordre" (les policiers) que de leur conjoint.

Les femmes immigrantes et les problèmes d'immigration

Cette section permettra de s'attarder aux conditions de vie des femmes immigrantes, souvent plus défavorisées économiquement et socialement. On y soulignera particulièrement les questions suivantes: le statut accordé lors de l'admission au Canada, la connaissance de la langue française, la place occupée sur le marché du travail et la situation des femmes immigrantes dans la famille.

Le terme "immigrante" désigne les femmes qui sont nées hors du Canada et qui s'y sont établies par la suite. Le total d'admissions des femmes immigrantes au Québec, pour la période de 1945 à 1980, se chiffre à 439,000. Cette statistique représente une incroyable diversité d'itinéraires et d'expériences de vie.

Ces femmes ont en commun d'être discriminées, exilées, victimes de violence conjugale et sont souvent étrangères à cette société qu'elles connaissent peu et qui les ignore.

Malgré le fait qu'elles représentent près de la moitié de l'immigration internationale, elles semblent pourtant faire partie des bagages des hommes. Trop souvent ces femmes n'ont pas fait elles-mêmes le choix du chemin de l'exil et n'ont fait que suivre leur conjoint ou leur père.

Les femmes immigrantes constituent une force de travail considérable à cause de leur jeunesse (elles ont en moyenne 27 ans à leur arrivée) et leur bonne santé.

Leur formation n'a rien coûté à l'état québécois et elles peuvent, par surcroît, fournir un apport démographique indispensable. La majorité d'entre elles forme un groupe de travailleuses peu exigeantes, qui répondent aux besoins de l'économie, et qui occupent les emplois dont personne ne veut.

Il y a vingt ans, les femmes immigrantes étaient principalement originaires d'Europe. D'importantes communautés italienne, grecque et portugaise se sont ainsi formées au Canada. Depuis, la sélection des femmes immigrantes a dû répondre à l'évolution des besoins de l'économie canadienne. On assiste donc à une sélection principalement orientée vers une main d'œuvre non spécialisée (des femmes provenant des pays en voie de développement).

Finalement, indépendamment du motif de leur émigration, ces femmes sont souvent

aux prises avec les difficultés qui découlent de cet état de fait. Et, elles souffriront probablement du racisme et de la discrimination au niveau de l'emploi, même après avoir obtenu leur citoyenneté canadienne.

Des catégories de citoyennes

Plusieurs difficultés des femmes immigrantes dépendent en grande partie du statut qui leur a été accordé lors de leur admission au Canada.

Il existe différentes catégories d'immigrantes à partir desquelles sont rattachés des droits spécifiques. Les femmes **indépendantes** sont sélectionnées en vertu de leurs compétences qui répondront aux besoins du marché du travail du pays d'accueil. Elles jouissent de la plupart des droits des citoyens canadiens avec accès aux mêmes programmes sociaux.

Les femmes **parrainées** sont celles pour qui un membre de leur famille se porte garant pour une période de cinq à dix ans (selon le degré de parenté). Dix ans de parrainage seront donc nécessaires pour un conjoint, et cinq ans pour un frère ou une soeur. Le système de parrainage représente pour bien des femmes la seule possibilité d'admission. Ce système présente aussi de sérieux avantages pour le pays d'accueil, le principal étant d'abandonner aux membres de la famille toutes les responsabilités financières et sociales. Ces femmes seront également discriminées au moment de l'attribution des visas puisque, à l'examen du dossier, ne seront considérés que les métiers ou professions des conjoints.

Les femmes immigrantes mariées sont admises, en majorité, à titre de "parrainées". En pratique, elles seront considérées comme des citoyennes de second ordre n'ayant pas droit aux prestations d'aide sociale, aux prêts et bourses d'études, aux allocations allouées pour les cours de français dispensés par les C.O.F.I. (Centre d'orientation et de formation des immigrants).

Le fait d'obtenir la citoyenneté canadienne peut permettre à ces femmes de contourner certaines règles du parrainage. Toutefois plusieurs ignorent cette possibilité ou ne désirent pas obtenir ce statut.

La méconnaissance de la langue du pays d'accueil constitue un des handicaps majeurs à l'intégration sociale de bien des femmes immigrantes. Ne pas connaître le français implique être isolée, dépendante, et "sans voix" dans une société qui demeure étrangère. Parmi les femmes admises entre 1968 et 1980, 68 % ne parlaient pas du tout le français à leur arrivée. Bien souvent, considérant qu'elles n'ont pas d'allocations, elles abandonnent leurs cours de français au bout de quelque temps pour se mettre à la recherche d'un travail.

Le marché du travail n'est pas, lui non plus, propice à l'apprentissage du français vu le type d'emploi occupé par les femmes immigrantes. D'une part, aucun cours n'est dispensé sur les heures de travail et d'autre part, les manufactures de vêtements, les restaurants, les hôtels sont de véritables ghettos où les femmes sont très peu en contact avec la population francophone. Celles qui demeurent à la maison sont encore plus isolées, confinées dans leur milieu familial et dans leur communauté d'origine.

Les conséquences de la méconnaissance de la langue française sont considérables: solitude, confinement dans des ghettos d'emploi, ignorance des droits fondamentaux, dépendance envers les membres de la famille et les organismes ethniques pour toutes les démarches administratives courantes (parler au médecin, aux fonctionnaires, remplir des formulaires, demander son chemin, etc.).

Il existe deux catégories bien différentes de travailleuses immigrantes. La première représente 25 % de ces femmes qui sont plus scolarisées et qui occupent des emplois techniques ou professionnels. On retrouve à l'in-

terieur de ce pourcentage celles qui détiennent un diplôme et / ou une expérience acquise dans leur pays d'origine mais qui sont non reconnues ou dévaluées au Canada. La deuxième catégorie, représentant 75 %, est constituée de femmes sans qualifications professionnelles et qui exercent des travaux non spécialisés, mal payés et dans des conditions difficiles.

Il existe peu d'information concernant la situation familiale des femmes immigrantes et la violence conjugale qu'elles subissent. On sait cependant que 54 % des femmes arrivées au Québec entre 1968 et 1980 étaient mariées lors de leur entrée au pays. Par les témoignages des femmes immigrantes et des intervenantes, on devine que l'ampleur de la violence conjugale est tout aussi importante.

Mais qu'arrive-t-il lorsqu'une femme immigrante est violentée ? Comment pourra-t-elle réagir quand elle sait pertinemment que son droit de vivre dans le pays d'accueil est intimement lié à la bonne volonté de son conjoint, parrain incontournable pour une durée de dix ans! L'absence d'autonomie liée à son statut la piègera et la confinerà bien souvent au silence et à l'impuissance.

Et si certaines d'entre elles se retrouvent cheffes de familles monoparentales, elles accumuleront alors une double charge écrasante; celle de subvenir à tous les besoins d'une famille et, celle de travailler à temps plein dans des emplois souvent mal rémunérés et offrant peu de valorisation.

Si les québécoises sont souvent victimes de discrimination, les femmes immigrantes vivent, quant à elles, des problèmes encore plus aigus. En plus d'être originaires de pays où les droits des femmes sont très différents de ceux des hommes et où la violence est plus tolérée socialement qu'au Canada, elles connaîtront tous les problèmes liés à leurs statuts d'immigrantes.

ACTES DU COLLOQUE :
Pareilles, pas pareilles, on s'appareille

ATELIER

***Les femmes autochtones
victimes de violence conjugale***

Les femmes autochtones victimes de violence conjugale

*par Michelle Rouleau,
présidente de
l'Association des femmes
autochtones, à Montréal.*

Les différentes problématiques vécues par les communautés autochtones

Avant d'aborder les nombreuses difficultés rencontrées par les femmes autochtones victimes de violence conjugale, il convient d'esquisser un portrait d'ensemble des communautés autochtones et, plus particulièrement, de s'attarder à leurs conditions de vie souvent difficiles.

La majorité des communautés autochtones souffre d'un manque d'espace ou d'un lieu où pourrait se développer une économie locale stable et durable. Quand une communauté possède deux kilomètres carré de terrain, on comprendra que la mise en place d'une industrie, dans aussi peu d'espace, soit ardue, voire presque impossible! Ce manque d'autonomie économique est perçue par les "blancs" comme étant le fruit d'une paresse, un refus de travailler. En fait, ce sont les mêmes vieux préjugés qui prétendent que les autochtones n'ont que deux activités: attendre leur chèque à tous les mois et le boire. Il s'agit bien sûr d'une généralisation. Il y a 30,000 autochtones au Québec, dix nations différentes, et bien évidemment, ils ne vivent pas tous de la même façon et ne parlent pas tous la même langue. Il ne faut donc pas présumer que tout le monde est pareil.

Les communautés qui vivent en milieu urbain ont la particularité d'avoir accès aux services des grandes villes. Toutefois, les préjugés à l'endroit des autochtones combinés aux différences culturelles atténuent considérablement cet avantage. Les femmes de Kanawake, par exemple, ne trouveront pas évident d'utiliser les services des maisons d'hébergement de Montréal (surtout après le célèbre affrontement de 1990 qui opposait les "blancs" à cette communauté).

Les communautés isolées auront davantage de difficultés à recevoir des services et ce,

parce que peu d'investissements sont consentis dans ces régions économiquement "pauvres". On n'y retrouvera alors que les services essentiels tels qu'un magasin général, un conseil de bande, un dispensaire et une travailleuse sociale.

Un autre facteur qui affecte l'ensemble des communautés et qui contribue au maintien de cette pauvreté économique est la méconnaissance de la langue française (pour 60 % de la population autochtone du Québec). En effet, les membres des communautés utilisent leurs langues maternelles entre eux et, dépendamment de la région, l'anglais comme langue seconde. Il est alors difficile de trouver un emploi dans une province où la langue française est incontournable.

Finalement, et pour toutes les raisons énumérées auparavant, les autorités locales se préoccupent souvent davantage d'un développement économique que social. Il en résulte l'aggravation de problèmes sociaux tels que l'alcoolisme, la toxicomanie et la violence extrême qui forcent les communautés à se remettre en question. Affirmer faire partie d'une société distincte, par sa langue et sa culture, ne suffit plus. Soutenir que jouer au bingo, vouloir gagner de l'argent à tout prix, s'entretuer, abuser de ses enfants, ne fait pas partie de leurs traditions, n'est pas suffisant non plus. Il faut donc trouver d'autres réponses et elles apparaîtront peut-être à travers une quête de leur identité.

Dans ce cas, seuls les membres des communautés pourront entreprendre cette recherche, reprendre un contrôle sur leur vie et décider de leur propre destinée.

La condition des femmes autochtones

Évidemment, les communautés sont gérées par le même système politique que le gouvernement canadien, le pouvoir y étant majoritairement détenu par des hommes. On compte seulement une femme cheffe de bande sur les quarante communautés existantes.

Même si des femmes participent aux conseils de bande, la préoccupation de l'amélioration de la condition féminine y demeure minime en regard de celle des chefs qui est prioritairement axée sur le développement économique. C'est souvent les membres de la communauté qui, à force d'exercer des pressions sur le conseil de bande, exigent que l'on s'attarde aux problèmes sociaux; quand un enfant de 6 ans "sniffe" de la colle, il faut faire quelque chose.

Traditionnellement, les femmes occupaient au sein de leur communauté un rôle extrêmement important. La "mère" signifiait la "terre" ce qui représentait un symbole de respect. Les pouvoirs reliés à ce rôle conféraient aux femmes une place prédominante au sein de la communauté. Cette tradition est actuellement reconnue par certains membres de communautés (sans être nécessairement appliquée). Cette reconnaissance est impensable pour d'autres, où le pouvoir acquis par les chefs ou les hommes en général, est précieusement préservé afin de perpétuer les privilèges qui y sont associés.

Les mouvements de femmes autochtones prônent aujourd'hui un retour aux valeurs traditionnalistes même s'il est dangereux que ce discours puisse être récupéré. Par exemple, les femmes Mohawks, qui étaient jadis respectées dans leur communauté, veulent transmettre ces valeurs de base à leurs enfants à travers leur quête d'identité culturelle tout comme la langue, la façon de vivre, etc. Ces femmes désirent que l'intégration de leurs enfants signifie être capable de vivre à côté des "blancs" et non devenir des "blancs".

Les différents mouvements religieux ont aussi une grande influence au sein de la communauté et sur les conditions de vie des femmes en particulier. En effet, le type de religion à laquelle adhèrera la communauté, teintera le rôle des femmes et les valeurs qui y seront associées. Ainsi, les femmes pentecôtistes doivent accepter la violence de leur conjoint

puisque cette religion le permet. D'autres femmes, qui dénoncent le viol de leur fille, reçoivent pour toutes réponses que cela fait partie de la vie, qu'elles n'ont qu'à accepter cet ordre des choses. Bien souvent, les femmes sont torturées par ces réponses et en parlent entre elles, mais demeurent impuissantes, sous la domination de leur religion.

Finalement, il y a des femmes qui militent dans des mouvements politiques comme l'Association des femmes autochtones et qui travaillent à l'amélioration des conditions de vie des femmes autochtones. Ces dernières ont très bien identifié la violence faite aux femmes dans les communautés et en ont fait une priorité d'action. Même si ce sujet demeure généralement tabou au sein des communautés, et qu'il soit récent qu'on en parle, la population autochtone, et surtout celle des régions isolées, se rend tout de même compte de l'ampleur des problèmes reliés à la violence.

La violence conjugale

De nos jours, les femmes ayant élevé leurs enfants, retournent à l'école pour ensuite revenir dans leur communauté pour y exercer un travail. Les femmes excellent bien souvent dans leur nouveau travail compte tenu de leur formation scolaire. Pendant ce temps, leurs conjoints demeurent vraisemblablement ignorants, sans emploi, inaptes à tenir une maison et à s'occuper de leurs enfants.

Ceci crée évidemment un rapport tendu entre les hommes et les femmes et fait partie des problèmes de violence conjugale dans les communautés autochtones. Rappelons-le, les frustrations sont nombreuses au sein des communautés. La quasi absence de travail, le manque d'argent qui en découle et les incertitudes reliées à l'avenir conduisent à l'alcoolisme et à une multitude de problématiques qui ont été négligées par les administrateurs des communautés. Il est toutefois intéressant de constater qu'il y a aujourd'hui une prise de conscience collective de la situa-

tion, ce qui aidera sûrement à aborder le problème de front.

On distingue deux types de violence. La première, nommée "violence conjugale", est identifiée comme étant la violence d'un conjoint sur sa femme. La deuxième, dite "violence familiale", englobe les enfants et les mères victimes de la violence du père. C'est la plus fréquente dans les communautés et elle est souvent reliée aux abus de drogue et d'alcool. La normalisation de la violence est aussi chose courante. Les enfants regardent des programmes de télévision extrêmement violents en plus de vivre dans un environnement baigné de violence. Il est récent de s'en préoccuper mais de plus en plus de messages à cet effet sont adressés aux membres de la communauté afin de les aider à discerner les différentes phases d'apprentissage de la violence chez les enfants.

Il n'y a pas de maison d'hébergement dans les communautés autochtones. Les femmes victimes de violence conjugale doivent donc chercher des ressources à l'extérieur, ce qui implique un changement complet de milieu. Cela posera de sérieuses difficultés à certaines, comme les montagnaises, qui vivent culturellement dans un espace peu ouvert au monde extérieur.

Les femmes violentées qui quitteront leur communauté devront donc se "cacher" dans un monde qui n'est pas le leur. On remarque que les femmes ayant travaillé à l'extérieur de la communauté, ou l'ayant déjà quitté, iront plus facilement en maison d'hébergement. Les difficultés demeurent toutefois nombreuses. La langue en sera une importante car des pressions s'exerceront sur elles afin de les amener à s'exprimer en français dans le but qu'elles puissent communiquer avec les autres femmes hébergées et les intervenantes. Bien souvent, elles résisteront à ces pressions ne désirant pas devenir comme les "autres" qui rappelons-le, font partie d'un clan, d'un autre monde. Il faudra alors respecter leur différence.

Afin d'établir un contact, (auprès des femmes autochtones accueillies en maison d'hébergement) il faudra trouver des points en commun, tels qu'être autochtone ou avoir été soi-même victime de violence conjugale. Il faudra également respecter le fait que ces femmes ne parlent pas beaucoup et ne pas y chercher de problème en soi et ce, d'autant plus dans un contexte de peur, de déracinement, de honte.

Il pourra aussi être difficile d'intervenir auprès de ces femmes. Afin d'établir un contact, il faudra trouver des points en commun, tels qu'être autochtone ou avoir été soi-même victime de violence conjugale. Il faudra également respecter le fait que ces femmes ne parlent pas beaucoup et ne pas y chercher de problème en soi et ce, d'autant plus dans un contexte de peur, de déracinement, de honte. Enfin, l'identification d'une influence religieuse, s'il y a lieu, permettra de mieux saisir les réactions des femmes violentées.

Les femmes autochtones constatent souvent, à leur retour au sein de la communauté, que rien n'a changé. Et certaines femmes n'y seront carrément plus les bienvenues! Il faudra alors les aider à s'adapter à la ville et leur faire connaître les différentes ressources offertes.

D'autres femmes, victimes de violence conjugale, préfèrent ne pas quitter leur communauté et ce, pour plusieurs raisons. Elles se sentiraient seules, coupées de leur famille, piégées à l'intérieur d'un "autre pays". Elles sont même méfiantes envers les intervenantes qui pourraient peut être les obliger à parler contre les hommes ou les rendre féministes contre leur gré. On doit donc éviter de présumer que ces dernières connaissent la façon de vivre des femmes "blanches" et qu'elles sont au fait de la culture "blanche".

Pour ces femmes, restent les services sociaux, médicaux, les conseillers en toxicomanie et alcoolisme et, la police amériindienne, sur qui s'appuyer. Les femmes tiennent à ces services bien que faire appel à ces ressources locales pose souvent problème. Le village est petit, tous se connaissent et / ou ont un lien de parenté. Ainsi, il y a de fortes chances pour que le policier, qui intervient en violence conjugale, frappe à la porte de son frère, son ami, sa soeur, son cousin ou son beau-frère. Naturellement, cette proximité fera en sorte que plusieurs hésiteront à faire appel aux policiers.

Face à l'ampleur de la tâche, les ressources locales seront bien souvent débordées. L'intervention sera par le fait même individuelle et palliera au plus urgent, faute de temps. Les intervenant-e-s reproduisent des modèles imposés, tels que la création d'une multitude de comités qui, n'ayant aucun lien entre eux, agissent sans concertation, ce qui diminue considérablement la qualité des services.

Les actions contre la violence conjugale

La violence déchire les familles et les enfants en souffrent énormément. C'est d'ailleurs ces derniers qui, dans bien des cas, font prendre conscience à la communauté de l'ampleur du problème.

L'Association des femmes autochtones a produit un message pour contrer la violence, dont le thème est: "La violence, c'est un problème, parlons-en!". Plusieurs actions ont été entreprises dans le cadre de cette campagne de sensibilisation. Des affiches sont apposées partout, y compris dans les conseils de bande et les écoles. Des capsules radiophoniques, conçues en trois langues (montagnais, français et anglais), sont diffusées à la radio communautaire, outil de communication indispensable et extraordinaire qui rejoint l'ensemble de la communauté. Trois capsules ont été créées, présentant chacune un interlocuteur différent soit, un enfant, une femme et un politicien.

Une autre campagne provinciale a eu lieu en collaboration avec le gouvernement du Québec. Celle-ci était différente de celles habituellement conçues par les "blancs" car il s'agissait d'aborder en premier lieu la "violence familiale" qui est plus répandue dans les communautés. On a voulu expliquer comment cette violence, qui est bien plus large que la violence conjugale, touchait l'ensemble de la communauté. Pour illustrer ce propos, voici un exemple "classique" de violence familiale: l'alcool pénétrera souvent le vendre-

di soir dans la communauté, créant un climat de violence du vendredi soir au dimanche matin. Au départ, la violence sera contenue dans le couple, puis affectera toute la famille pour ensuite se répandre aux voisins immédiats et même à ceux qui sont à deux ou trois maisons plus loin.

Ces actions diffèrent dans leur contenu et dans leur forme de celles des maisons d'hébergement. En effet, les femmes autochtones ont leurs propres perceptions des choses. Il leur faudra donc des solutions qui leur ressemblent. Quant à la forme, les messages devront être imagés puisque le langage autochtone est imagé. On évitera également d'employer les termes utilisés par les féministes francophones car ils sont tout simplement inexistantes dans le langage autochtone, donc inaccessibles (comme le terme "conjugal").

En conclusion

Il y a actuellement beaucoup de violence faite aux femmes autochtones dans les communautés et elles sont mal à l'aise d'en parler; le peu de fierté qui leur reste les confinant au silence. Malgré l'urgence de la situation, il n'existe toujours pas de ressources d'hébergement dans les communautés. Le gouvernement fédéral a bien accordé une subvention pour l'implantation de quatre maisons au Québec et pour le développement d'un programme de formation à l'intention des intervenantes, mais il reste pourtant à savoir qui plantera ces programmes et ces maisons et de quelles manières.

Beaucoup d'actions restent à entreprendre comme de former la police amérindienne à la problématique de la violence conjugale. Il est toutefois de plus en plus difficile de faire valoir le point de vue des communautés autochtones, qui relève d'une juridiction fédérale, compte tenu des conflits entre la province de Québec et le gouvernement fédéral.

**LES MAISONS MEMBRES DU REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS
D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE**

BAS-ST-LAURENT

La Débrouille
Rimouski (418) 724-5067
La Gigogne
Matane (418) 562-3377
Urgences-Femmes
Cabano (418) 854-7160

SAGUENAY/LAC-ST-JEAN

Auberge de l'Amitié
Roberval (418) 275-4574
La Chambrée
Jonquière (418) 547-7283
Halte-Secours
Dolbeau (418) 276-3965

QUÉBEC

Maison des femmes de Québec
Québec (418) 522-0042
Maison d'hébergement pour femmes
immigrantes
Ste-Foy (418) 652-9761
La Montée
Pointe-au-Pic (418) 665-4694

MAURICIE/BOIS-FRANCS

Maison de Connivence
Trois-Rivières (819) 379-1011
La Séjournelle
Shawinigan (819) 537-8348
L'Entre-Temps
Victoriaville (819) 758-6066
La Rose des vents de Drummondville
Drummondville (819) 472-5444
Le toit de l'amitié
La Tuque (819) 523-7829
La Nacelle
Nicolet (819) 293-6942

ESTRIE

La Méridienne inc.
Weedon (819) 877-3050
La Bouée régionale
Lac Mégantic (819) 583-1233

MONTRÉAL

Assistance aux femmes
Montréal (514) 270-8291
Auberge Transition
Montréal (514) 481-0496
Multi-Femmes
Montréal (514) 523-1095
Escale pour Elle
Montréal (514) 493-4004
Maison du Réconfort
Montréal (514) 768-8648
Refuge pour les femmes de l'ouest de l'île
Roxboro (514) 620-4845
Secours aux femmes
Montréal (514) 593-6353

OUTAOUAIS

Le Clair de l'Une
Buckingham (819) 986-8286
Centre Mechtilde
Hull (819) 777-2952
Maison Unies-Vers-Femmes
Pointe-Gatineau (819) 568-4710
L'Autre chez soi
Aylmer (819) 685-0006

NORD-OUEST

Maison Mikana
Amos (819) 732-9161
Alternative pour elles
Rouyn (819) 797-1754
Le Nid
Val d'Or (819) 825-3865
L'amie d'Elle
Forestville (418) 587-2533

CÔTE-NORD

Maison des femmes de Baie-Comeau
Baie-Comeau (418) 296-4733
Maison le Coin des femmes de Sept-Îles
Sept-Îles (418) 962-8141

GASPÉSIE/ÎLES-DE-LA-MADELEINE

L'Orée de Pabos
Pabos (418) 689-6288

L'Aid'Elle
Gaspé (418) 368-6883
L'Accalmie
Cap-aux-Meules (418) 986-5044
L'Émergence
Carleton (418) 759-3411

CHAUDIÈRE/APPALACHES

La Jonction pour Elle
Lévis (418) 833-8002
Havre l'éclaircie
St-Georges ouest (418) 227-1025
La Gitée inc.
Thetford-Mines (418) 335-5551
Havre des femmes
L'Islet-sur-Mer (418) 247-7622

LAVAL

Maison l'Esther
Ste-Rose (514) 963-6161
Le Prélude
Laval (514) 682-3050

LANAUDIÈRE

La Traverse
Joliette (514) 759-5882

LAURENTIDES

Maison d'Ariane
St-Jérôme (514) 432-9355
L'Ombre-Elle
Ste-Agathe-des-Monts (819) 326-1321
La Passe-R-Elle
Mont-Laurier (819) 623-1523

MONTÉRÉGIE

La Re-Source
Châteauguay (514) 699-0908
Le Coup d'Elle
St-Jean-sur-Richelieu (514) 346-1645
Horizon pour Elle
Cowansville (514) 263-5046
La Clé sur la porte
St-Hyacinthe (514) 774-1843