

Rapport — Sondage auprès des Lanaudoises sur l'accessibilité des services en santé mentale



Un projet initié par la Table de concertation
des groupes de femmes de Lanaudière

Rapport rédigé par le Centre de
recherche sociale appliquée



Table de concertation
des groupes de femmes
de Lanaudière



CRÉDITS ET REMERCIEMENTS

Ce projet initié par la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière est rendu possible grâce au soutien financier du Secrétariat à l'action communautaire et aux initiatives sociales (SACAIS) dans le cadre du Programme de soutien financier aux orientations gouvernementales en action communautaire et en action bénévole, volet Promotion des droits.

Réalisation de l'étude et rédaction

- ✿ Marie-Pier St-Louis, Lise St-Germain, Centre de recherche sociale appliquée
Danielle Forest (relecture)

Coordination du projet et contribution au comité de suivi

- ✿ Francine Rivest, Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière
- ✿ Laurence Coulombe, Regroup'elles
- ✿ Audrée Lapointe-Beaudin, Centre de Femmes Montcalm
- ✿ Renée Lessard, Centre de femmes Marie-Dupuis
- ✿ Julie Thériault, Organisatrice communautaire à la Direction de la santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Révision linguistique

- ✿ Diane Vermette

Remerciements

Nous remercions particulièrement toutes les femmes qui ont répondu au sondage. Nous tenons aussi à souligner la collaboration des groupes membres de la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière et des intervenantes qui ont facilité le recrutement des femmes et la passation du questionnaire.

DROIT DE REPRODUCTION

© **Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)**

Dépôt légal

ISBN 978-2-9809610-4-5 (PDF) (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Pour citer ce document : St-Germain Lise et Marie Pier St-Louis, 2020. Des services en santé mentale pour toutes dans Lanaudière. Rapport de sondage sur l'accessibilité des services en santé mentale déposé à la table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL). Centre de recherche sociale appliquée (CRSA).

À propos du Centre de recherche sociale appliquée (CRSA)

Le Centre de recherche sociale appliquée soutient le pouvoir d'agir des collectivités et des organisations. À cette fin, il recourt à la recherche sociale pour accompagner les groupes dans leur analyse des problèmes sociaux et la synthèse de leurs pratiques. Son approche participative favorise le croisement des savoirs théoriques et d'action ainsi que le transfert continu des connaissances.

TABLE DES MATIÈRES

CRÉDITS ET REMERCIEMENTS	1
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX	4
Liste des graphiques	4
Liste des tableaux	5
INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE	6
PROCESSUS ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	7
Phase de préparation	8
Phase de collecte de données	10
Phase d'analyse des données	12
Phase de rédaction et de validation	13
Présentation des résultats et discussion des pistes d'action	13
Les limites méthodologiques de l'étude et sa valeur ajoutée	13
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	15
Profils des répondantes	16
Âge des répondantes	16
Provenance des répondantes	17
Revenu des répondantes	18
Problèmes vécus	18
Le cumul des problématiques	20
Faits saillants	20
Difficultés de santé mentale ou psychologique	20
Faits saillants	26
Problèmes de santé psychique ou psychiatrique	27
Faits saillants	31
Problèmes de dépendance	31
Faits saillants	37
Détresse liée à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires	38
Faits saillants	41
Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global	42
Faits saillants	46
SYNTHÈSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS	47

PAROLE DE FEMMES.....	53
CONSTATS GÉNÉRAUX.....	59
Constats généraux.....	59
Barrières et obstacles principaux à l’accessibilité	62
PISTES D’ACTION	63
RÉFÉRENCES CONSULTÉES	65

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Liste des graphiques

Profil des femmes

Graphique 1 : Distribution des répondantes selon l'âge

Graphique 2 : Distribution des répondantes selon la provenance du territoire de MRC

Graphique 3 : Répartition des femmes selon le groupe de revenu

Graphique 4 : Pourcentage de femmes selon les types de difficultés ou de problèmes vécus

Difficultés de santé mentale ou psychologique

Graphique 5 : Types de ressources consultées

Graphique 6 : Types de suivis reçus

Graphique 7 : Types de services utilisés

Graphique 8 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour la consultation

Graphique 9 : Satisfaction des répondantes de l'accessibilité des services

Graphique 10 : Satisfaction des répondantes ayant payé pour des services

Graphique 11 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Graphique 12 : Raisons évoquées par les répondantes ayant payé pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Difficultés ou problèmes de santé psychique ou psychiatrique

Graphique 13 : Types de ressources consultées

Graphique 14 : Types de suivis reçus

Graphique 15 : Types de services utilisés

Graphique 16 : Raisons évoquées ayant amené les répondantes à payer pour la consultation

Graphique 17 : Satisfaction des répondantes de l'accessibilité des services

Graphique 18 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Problèmes de dépendance

Graphique 19 : Types de ressources consultées

Graphique 20 : Types de suivis reçus

Graphique 21 : Types de services utilisés

Graphique 22 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour la consultation

Graphique 23 : Satisfaction des répondantes de l'accessibilité des services

Graphique 24 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires

Graphique 25 : Types de ressources consultées

Graphique 26 : Types de suivis reçus

Graphique 27 : Types de services utilisés

Graphique 28 : Satisfaction des répondantes de l'accessibilité des services

Graphique 29 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global

Graphique 30 : Types de ressources consultées

Graphique 31 : Types de suivis reçus

Graphique 32 : Types de services utilisés

Graphique 33 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour la consultation

Graphique 34 : Satisfaction des répondantes sur l'accessibilité des services

Graphique 35 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

Résultats comparés, toutes catégories confondues

Graphique 36 : Résultats comparés de l'utilisation de services et ressources

Graphique 37 : Résultats comparés des raisons qui amènent les femmes à payer pour des services

Graphique 38 : Résultats comparés de l'utilisation des types de services publics, privés et communautaires

Graphique 39 : Niveau de satisfaction et accessibilité des services

Liste des tableaux

Tableau 1 : Distribution de la structure par âge de la population féminine dans Lanaudière¹

Tableau 2 : Cumul des problématiques vécues par les répondantes

Tableau 3 : Types de ressources consultées, toutes catégories confondues

Tableau 4 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

¹ Payette, Josée, et Patrick Bellehumeur. *Coup d'œil sur les MRC de Lanaudière – Recensement 2016*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, janvier 2018.

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Ce rapport dévoile les résultats d'un sondage mené auprès de femmes Lanaudoises concernant l'accès aux services en santé mentale dans leur région. Ce projet est initié par la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL).

La TCGFL est un regroupement régional féministe de défense collective des droits des femmes ayant comme mission d'améliorer les conditions de vie et de santé des Lanaudoises dans une perspective d'égalité entre les femmes et les hommes. Avec ses groupes membres, elle intervient sur plusieurs enjeux, dont celui de la santé des femmes. Ce sujet occupe une place importante pour les groupes membres de la TCGFL puisque plusieurs d'entre eux offrent aux femmes de la région des services liés à la santé. Ces organisations se retrouvent donc en première ligne pour identifier les besoins des femmes. D'ailleurs, en 2014, la TCGFL et ses membres ont élaboré un document de référence portant sur leur vision commune de la santé des femmes.

Le besoin de documenter l'accès aux services en santé mentale du point de vue des Lanaudoises a émergé à la suite de diverses activités et de constats émis par les groupes membres de la TCGFL entourant les enjeux liés à ce sujet. En effet, l'organisme a mené plusieurs actions et réalisations au cours des dernières années, certaines en collaboration avec le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale ou avec le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. De plus, depuis 1996, la TCGFL collabore avec le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Lanaudière afin que la planification et les continuums de services dans la région prennent en compte une analyse différenciée selon les sexes. Par ailleurs, en 2018, les groupes membres de la TCGFL ont constaté un écart entre les données présentées par le CISSS en ce qui a trait au temps d'attente pour accéder à des services en santé mentale et leur perception du nombre grandissant de femmes en détresse référées dans leurs organisations par le réseau de la santé et des services sociaux.

À la suite de ce constat, les groupes membres ont décidé de documenter cette situation par le biais d'une étude exploratoire. Pour ce faire, la TCGFL a collaboré avec le Centre de recherche sociale appliquée (CRSA) afin qu'il réalise un sondage en ligne auprès des femmes de la région de Lanaudière.

L'étude visait les objectifs suivants :

- connaître l'utilisation et la satisfaction des femmes en ce qui a trait à l'accès aux services en santé mentale dans la région de Lanaudière;
- identifier les barrières à l'accessibilité des services en santé mentale;
- identifier des pistes d'action pour l'amélioration de l'accès aux services.

Ce sondage ne prétend pas être une recherche exhaustive sur le sujet. Les résultats exposent un portrait de la situation des femmes à un moment précis de leur trajectoire d'utilisation des services. Nous croyons toutefois que les résultats sont pertinents pour amorcer un dialogue avec les actrices et les acteurs concernés et qu'ils permettent de réfléchir à des pistes d'amélioration et d'action pour la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière.

PROCESSUS ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

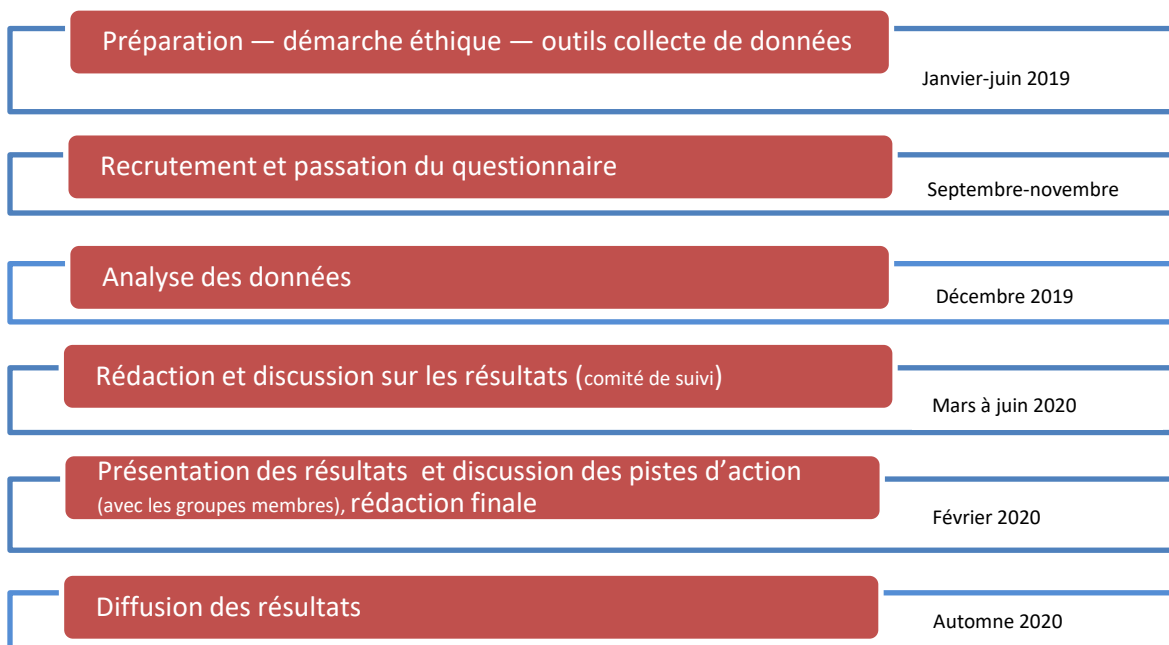
Cette section expose brièvement les aspects méthodologiques ayant guidé l'étude exploratoire collaborative et son déroulement.

La recherche exploratoire est appropriée pour aborder une question peu documentée. Dans ce cas-ci, il s'agit du point de vue des femmes sur leur expérience d'utilisation et d'accessibilité aux services en santé mentale dans leur région. Ce type de recherche vise à participer à la clarification d'un problème moins défini et à la génération de connaissances qui serviront de base à de nouvelles pistes de réflexion ou de recherche (Trudel, Simard et Vornax, 2007).

L'approche collaborative en recherche s'inscrit dans le paradigme participatif dont l'ambition est de donner une plus grande place aux actrices impliquées dans le processus de recherche². Elle s'appuie sur le principe de la reconnaissance de leur capacité à participer à la production des savoirs concernant leur propre réalité ou expérience, et elle s'ancre dans la reconnaissance des savoirs de la pratique (Anadón, 2007, Paillé et Mucchielli, 2016). Comme mentionné, cette étude n'a pas permis d'échanger avec les femmes directement concernées. Toutefois, une approche participative a favorisé la contribution des intervenantes issues de groupes membres de la TCGFL et de partenaires tout au long du processus de recherche. Cette collaboration s'est faite par la présence d'un comité de suivi et lors d'une rencontre de discussion sur les résultats avec les membres de la TCGFL.

Voici un résumé des grandes étapes du processus

² Ce projet a été réalisé avec des femmes exclusivement. Le texte sera par conséquent entièrement rédigé au féminin.



Phase de préparation

Cette phase comprend le démarrage du projet, la démarche éthique, la préparation des outils de collecte de données. Elle s'est déroulée de janvier à juin 2019.

❖ La mise en place d'un comité de travail et de suivi

Dès le départ, en concordance avec l'approche collaborative, un comité de travail et de suivi a été mis en place avec des représentantes des groupes membres de la TCGFL, une ressource en organisation communautaire du CISSS de Lanaudière et la coordonnatrice de la TCGFL. Ce comité, par sa connaissance des enjeux, des ressources et des réalités des femmes, avait le rôle de contribuer aux étapes du processus de recherche et d'en suivre l'évolution.

Ensemble, nous avons clarifié les objectifs, ciblé des éléments de problématique, convenu de la méthode de collecte de données la plus adéquate en considérant les ressources et le temps disponibles. Les femmes membres du comité ont pu valider les outils de collecte de données et ont participé à une première discussion des résultats préliminaires ainsi qu'à la préparation de la présentation des résultats aux membres. En suivi de cette présentation, les femmes membres du comité se sont rencontrées pour discuter des pistes d'action et des suivis à la recherche. Au total, le comité s'est réuni six fois, dont deux rencontres à distance par le biais de la plate-forme ZOOM. Plusieurs échanges par courriel en suivi des travaux ont eu lieu tout au long du processus.

❖ Les considérations éthiques

L'étude exploratoire répond aux critères d'une recherche systématique qui implique un processus de recrutement des personnes et une collecte d'information et de données personnelles les

concernant. Pour ces raisons, cette étude a nécessité un processus de certification éthique. L'équipe de recherche du CRSA s'est assurée du suivi des procédures éthiques pour le recrutement des femmes et du retour des formulaires complétés sur papier dont la responsabilité était confiée aux groupes membres. Notons que la plupart des groupes de femmes appliquent aussi des conduites éthiques dans leur pratique et sont dotés de codes qui en précisent les règles.

C'est le comité d'éthique du CRSA qui a analysé le projet et fourni le certificat d'éthique émis le 7 juillet 2019.

❖ La préparation de la collecte de données

La méthode de collecte de données par sondage en ligne avait déjà été privilégiée par la TCGFL au moment où le CRSA a été interpellé.

La préparation de la collecte de données a consisté à l'élaboration des outils nécessaires au recrutement des femmes soit le questionnaire, les outils de communication pour le recrutement des femmes, les fiches de consignes pour la passation du questionnaire, la liste des ressources pour chacune des MRC transmise aux femmes lors de la passation du questionnaire ainsi que les directives de confidentialité.

❖ La population visée par le sondage et l'échantillon

Cette étude visait à recruter des femmes adultes demeurant dans la région de Lanaudière et reconnaissant vivre ou avoir vécu des difficultés liées à la santé mentale. L'échantillon est de type intentionnel ou dit typique et volontaire, c'est-à-dire qu'il privilégie des personnes qui répondent à un idéal type par rapport aux objectifs de recherche (Mayer et collab., 2000 p.82). Les caractéristiques de la population définies pour l'échantillon sont les suivantes :

- des femmes âgées de 18 ans et plus;
- habitant dans l'une des six MRC de la région de Lanaudière : MRC de d'Autray, MRC de L'Assomption, MRC de Joliette, MRC de Matawinie, MRC de Montcalm et MRC Les Moulins;
- considérant avoir vécu un épisode de vie difficile au cours des 36 derniers mois.

L'échantillon ne peut prétendre être représentatif de la population féminine lanaudoise³ selon un ensemble de caractéristiques socioéconomiques et démographiques. Nous ne pouvons en généraliser les résultats. Toutefois, la diversité des groupes et des organisations membres de la TCGFL (annexe 1) est suffisamment variée pour rencontrer le principe de diversification de l'échantillon. Le profil des femmes participantes est présenté dans la section suivante.

³ **Note :** La population féminine lanaudoise âgée de 18 ans et plus est de 207 605 femmes selon les données recensées par la DSP (La Santé des femmes dans Lanaudière, DPS, 2017). Un échantillon probabiliste valide à 95 % impliquerait de sonder 780 femmes (Mayer et al, 2000), puis d'avoir une distribution semblable du nombre de répondantes sur plusieurs caractéristiques sociodémographiques entre l'échantillon et la population totale.

Phase de collecte de données

Cette phase comprend le recrutement des femmes et la passation du questionnaire. Le comité de suivi a choisi que cette étape se réalise en trois (3) mois, soit de septembre à novembre 2019. Ce délai permettait aux groupes de femmes d'informer et de mobiliser les femmes ou encore d'insérer, à l'intérieur de leur programmation, des périodes d'accompagnement pour la passation du questionnaire.

❖ Le recrutement des femmes

Les femmes ont été recrutées par les intervenantes des 21 groupes membres de la TCGFL à qui les consignes avaient été préalablement transmises par écrit. Il n'était pas nécessaire qu'elles soient membres ou qu'elles fréquentent ces groupes. Toute femme se reconnaissant ayant vécu un épisode de vie difficile dans les trois dernières années de sa vie, pouvait y participer. Le choix de recruter les femmes par le biais des groupes membres de la TCGFL était voulu, car, en raison du temps et des moyens financiers, l'organisme a choisi de réaliser cette première étude afin de répondre à un besoin spécifique de ses membres. Il ne s'agissait pas d'exclure d'autres types de ressources qui rejoignent aussi cette même population.

Les modes de recrutement étaient variables selon les groupes :

- › par courriel;
- › lors des activités régulières organisées par les groupes;
- › dans le cadre d'une animation sur le sujet, avec l'aide d'un outil développé par le comité santé mentale de la TCGFL, intitulé « *Ma vie dans les trois dernières années* ».

❖ La passation du questionnaire

La collecte de données s'est effectuée sur une période de 12 semaines entre le 7 septembre et le 30 novembre 2019.

La conception, la mise en ligne et la saisie des questionnaires étaient sous la responsabilité du CRSA. Le logiciel LIME SURVEY a été utilisé pour la mise en ligne du questionnaire.

Le formulaire en ligne a été privilégié, mais les femmes avaient aussi la possibilité de le compléter avec une version papier. Elles pouvaient le faire à leur domicile, dans les locaux de l'organisme ou dans tout autre lieu public qui leur convenait. Les intervenantes des différents groupes demeuraient disponibles pour répondre aux questions ou les accompagner techniquement. Elles pouvaient aussi soutenir psychologiquement les femmes qui en ressentaient le besoin, après avoir rempli le questionnaire.

Le temps estimé pour compléter le questionnaire était de 10 minutes. Toutefois, les femmes ayant choisi la version papier ont pris davantage de temps (entre 20 et 30 minutes). Ceci est dû au fait qu'elles exploraient le questionnaire avant d'y répondre alors que, pour la version électronique, cette option n'était pas possible. La forme du questionnaire en ligne et sa durée prévue de

passation étaient appuyées sur une préoccupation d'accessibilité pour les femmes ayant un faible niveau de littératie ou encore un rapport limité aux technologies de l'information.

Un prétest a été réalisé auprès des membres du comité de suivi et de deux femmes utilisatrices des services d'un des groupes membres de la TCGFL. De légères modifications ont ensuite été apportées au questionnaire. Aucune qualification n'était requise pour le remplir, mais des intervenantes ont remarqué que certaines femmes ont eu de la difficulté, car elles ne se reconnaissaient pas dans la manière de nommer les problèmes. En effet, le choix méthodologique de documenter l'accessibilité aux services sous l'angle de cinq catégories de problèmes de santé mentale a occasionné le regroupement des questions par thème. Toutefois dans la réalité, il est difficile d'isoler une forme de problème de santé mentale des autres. Les situations se croisent dans l'expérience des femmes. Souvent, elles consultent parce qu'elles vivent une problématique impliquant plusieurs dimensions liées à la santé mentale qui sont discutées en parallèle, lors d'une même consultation.

L'anonymat et la confidentialité des femmes participantes ont été préservés lors de la collecte de données. Ni le nom ni les coordonnées des répondantes n'ont été demandés dans le questionnaire. Les femmes qui l'ont rempli dans un organisme ont certes été vues par d'autres femmes et des intervenantes, mais comme elles ont remis leur questionnaire dans une enveloppe scellée, leurs réponses sont demeurées confidentielles.

Le questionnaire comprend les sections suivantes :

Introduction, consignes et consentement

Cette partie visait à présenter l'information générale sur l'étude, ses objectifs, les catégories de questions, les consignes et le consentement.

Information sur les participantes (critères recherchés)

Il s'agissait de recueillir l'information en lien avec les critères d'échantillon et le profil des femmes. Les formulaires dont les femmes ne répondaient pas aux critères n'ont pas été comptabilisés.

Catégories de problèmes liés à la santé mentale

Cinq sections d'une page abordant les catégories de problèmes associés à la santé mentale :

1. les difficultés de santé mentale et psychologique (anxiété, stress, surmenage, dépression);
2. les problèmes de santé psychique ou psychiatrique (schizophrénie, bipolarité, trouble de la personnalité limite et autres.);
3. les problèmes de dépendance (alcool, drogue, médicaments, jeu, etc.);
4. la détresse liée à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique, autres troubles alimentaires);
5. les autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global (abus, violences, agressions, harcèlement, situation familiale difficile et autres).

Notons que les quatre premières catégories sont souvent mentionnées dans la littérature portant sur la santé mentale alors que la dernière est une catégorie construite avec le comité de suivi. Elle correspond à un ensemble de réalités observées auprès des femmes rejointes par les groupes membres de la TCGFL.

Données sociodémographiques des participantes (profil des répondantes)

Une dernière partie permettait de recueillir des informations sur les données sociodémographiques des femmes. Elle comprenait aussi une question ouverte de nature qualitative leur permettant de rédiger un commentaire général sur leur perception de l'accessibilité des services en santé mentale.

Pour chacune des cinq sections abordant les problèmes de santé mentale, les mêmes questions étaient posées. Si les femmes ne se reconnaissaient pas dans une catégorie, elles pouvaient ne pas répondre à la section et passer à la suivante.

Chaque catégorie abordait les 7 questions suivantes :

Question 1 : L'expérience vécue en lien avec la catégorie de problème

Question 2 : La consultation des ressources

Question 3 : Le type de services utilisés (public, privé ou communautaire)

Question 4 : Le type de suivi reçu

Question 5 : Le fait d'avoir payé ou non pour un service et les motifs

Question 6 : Le niveau de satisfaction quant aux variables suivantes de l'accessibilité : la distance, le temps d'attente, la durée des suivis, les rapports interpersonnels, les coûts, l'information reçue

Question 7 : Les raisons évoquées pour ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement⁴

Phase d'analyse des données

Cette phase comprend le traitement des questionnaires en ligne, la saisie des questionnaires papier et en ligne dans un fichier Excel, la catégorisation, puis l'analyse des données.

❖ La compilation et l'analyse des données

Toutes les données ont été saisies dans un fichier Excel et classées en fonction des catégories et des variables (sous-questions) de chacune d'elles. Des tableaux et des graphiques croisés ont été produits pour représenter les résultats. Dans un premier temps, chacune des catégories a été analysée indépendamment des autres. Les faits saillants qui en découlent présentent une lecture synthèse pour chaque catégorie. Dans un deuxième temps, nous avons fait une analyse transversale des catégories et nous avons dégagé des constats prépondérants.

⁴ Note sur la question 7 : Pour chacune des catégories de problèmes, une même question permettait aux femmes de nommer plusieurs ressources et services consultés. Ainsi, elles devaient se prononcer de manière générale et non sur chacun des services consultés. Ce choix de regrouper l'ensemble des ressources dans une même question s'est appuyé sur la volonté de limiter la longueur du questionnaire pour en faciliter son accessibilité. La sensibilité à la vulnérabilité des femmes, le rapport aux technologies et le niveau de littératie variable entre les répondantes ont aussi été pris en considération.

Les commentaires quant à eux, même s'ils n'ont pas le statut et la portée d'une entrevue qualitative, ont été codifiés et catégorisés par regroupement de thèmes. Nous pensons qu'ils peuvent humaniser les résultats quantitatifs, car ils sont illustratifs de situations vécues par les femmes. L'analyse de ces commentaires sera exposée dans une des parties de la présentation des résultats.

Phase de rédaction et de validation

Les résultats préliminaires ont été discutés avec les membres du comité de suivi avant la présentation aux groupes membres de la TCGFL. Cette étape a permis d'enrichir l'analyse et l'interprétation de ceux-ci. Lors de cette rencontre, la discussion sur les pistes d'action a été amorcée ainsi que la préparation de la rencontre de présentation des résultats aux groupes membres.

Présentation des résultats et discussion des pistes d'action

Une communication des résultats sous forme de présentation PowerPoint a ensuite été réalisée auprès des membres de la TCGFL le 20 février 2020. Lors de cette rencontre, 29 femmes étaient présentes et elles représentaient 15 groupes membres. Des pistes d'action ont alors été proposées, puis une session de travail avec le comité de suivi a eu lieu. Les pistes ont ensuite été intégrées au rapport de résultats du sondage. Ces étapes étaient prévues et elles ont permis d'enrichir l'interprétation des informations recueillies et l'identification de pistes d'action.

La TCGFL est responsable de la diffusion des résultats. Un plan de diffusion prévoira des rencontres d'échanges avec les organisations concernées par cet enjeu.

Les limites méthodologiques de l'étude et sa valeur ajoutée

Toute recherche comporte des limites ou des biais. Dès le départ et en cours de route, ceux-ci ont été partagés avec le comité de suivi, et ce, en fonction des choix méthodologiques :

- › l'échantillon ne permet pas la généralisation des résultats à toute la population féminine lanaudoise qui pourrait correspondre aux caractéristiques socioéconomiques et démographiques de l'échantillon souhaité;
- › l'échantillon est surtout représentatif de la population rejointe par les groupes de femmes;
- › le type de questionnaire (en ligne et par choix de réponses) ne favorise pas l'expression d'émotions ou d'explications par les répondantes;
- › le questionnaire n'est plus modifiable, une fois qu'il est soumis. Par conséquent, il peut souffrir de biais liés à la formulation des questions, à l'état général des femmes au

moment où elles répondent au questionnaire, ainsi qu'aux choix qu'elles peuvent faire de répondre ou non à l'une ou l'autre des questions;

- › l'organisation des informations dans le questionnaire induit une certaine compartimentation des problèmes de santé mentale alors que les femmes les vivent dans une réalité beaucoup plus complexe et globale

En dépit de ces limites, la méthode a comporté plusieurs avantages :

- › le formulaire en ligne a facilité l'accessibilité;
- › le format papier pour les femmes qui ne sont pas à l'aise avec les technologies a permis de rejoindre un plus grand nombre de femmes;
- › la durée sur trois mois de la passation du questionnaire (entrée continue) a permis aux groupes membres de participer en fonction de leur propre calendrier;
- › la méthode en ligne a favorisé la participation d'un plus grand nombre de femmes sur tout le territoire;
- › la contribution du comité de suivi et la discussion avec les groupes membres ont favorisé un enrichissement de l'interprétation des résultats et une appropriation collective pour la suite des actions.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette partie expose les résultats du sondage. Au total, 293 femmes ont répondu aux questionnaires en ligne ou en format papier. Dix-neuf (19) questionnaires ont été retirés parce que les femmes ne répondaient pas aux critères. Le total de répondantes considéré est donc de 274 femmes. Nous évaluons que ce taux de réponse est suffisamment élevé et que malgré les limites connues de la méthode choisie, celle-ci nous a permis de mieux comprendre l'accessibilité aux services selon le type de problème vécu. Considérant le nombre important de données présentées en pourcentage et afin d'alléger le texte, nous avons arrondi les pourcentages.

Rappelons que le questionnaire traitait de cinq (5) catégories de problèmes vécus reliés à la santé mentale. Les résultats de chacune d'elles sont détaillés dans ce rapport.

La présentation des résultats suit l'ordre suivant : la première partie précise le profil sociodémographique des répondantes. Les cinq sections suivantes présentent de manière détaillée les résultats quantitatifs pour chacune des catégories de problèmes, suivi d'un résumé qui expose de manière transversale les résultats, toutes catégories confondues. La dernière partie de ce chapitre porte sur l'analyse des commentaires qualitatifs formulés par les femmes à la fin du questionnaire. Cette présentation des résultats est suivie d'une dernière section portant sur les constats généraux et pistes d'action qui se dégagent de l'analyse.

Profils des répondantes

Avant de rentrer dans le vif du sujet, voici quelques clés de lecture pour aborder l'ensemble des données. Celles-ci sont présentées dans des graphiques et elles ne correspondent pas toujours au total des répondantes. Notons que chacune des 274 femmes n'a pas répondu à chaque section du questionnaire ni à chacune des questions à l'intérieur d'une section. Par conséquent, les pourcentages présentés dans les graphiques sont calculés en fonction du nombre de répondantes pour chacune des sections. Ce nombre est toujours indiqué. Pour certaines questions, les femmes pouvaient répondre à plus d'un choix de réponses. Les calculs peuvent ainsi dépasser le nombre total de répondantes.

Âge des répondantes

Le graphique 1 présente la distribution des 274 répondantes selon leur âge.

Les femmes rejointes ont majoritairement entre 25 et 64 ans. Elles représentent 84 % de l'échantillon (230F). Les jeunes femmes (5 %) et les femmes âgées de plus de 65 ans (14%) sont moins représentées, mais leur représentation est proportionnelle au taux de population féminine de ce groupe d'âge dans la région, selon le recensement de 2016 (voir tableau 1). Parmi ces femmes, 10 d'entre elles disent faire partie d'une minorité visible. Parmi celles-ci, on retrouve une seule femme immigrante et une autre autochtone. Les autres n'ont pas précisé leur spécificité.

Graphique 1 : Distribution des répondantes selon l'âge

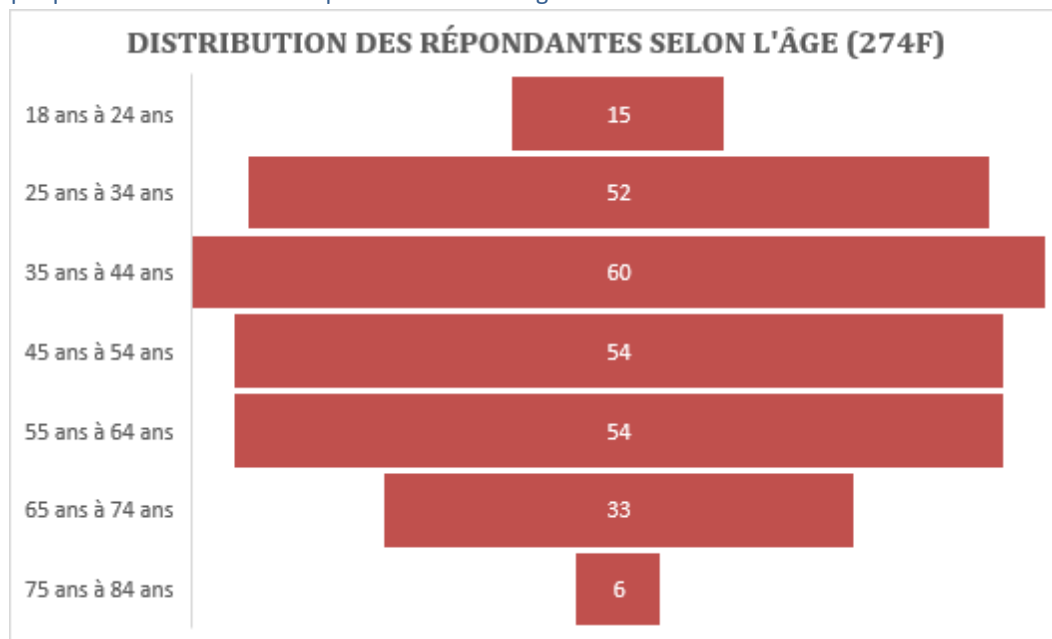


Tableau 1 : Distribution de la structure par âge de la population féminine dans Lanaudière⁵

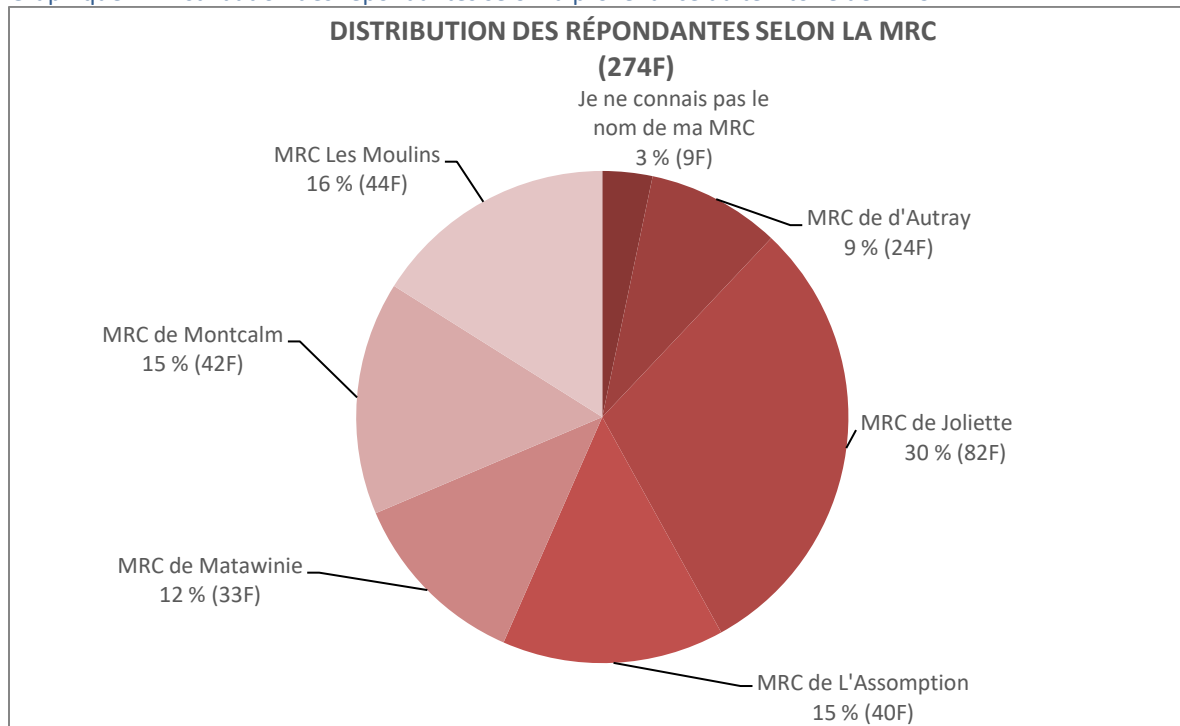
Recensement 2016 : 21,7 % de la population féminine avaient 19 ans et moins, 60,9 % avaient entre 20 et 64 ans et 17,3 % avaient 65 ans et +.		
Population féminine 0-100 ans et plus	249 480 F	100 %
Population féminine 20-24 ans	13 805 F	5,5 %
Population féminine 25-34 ans	27 760 F	11 %
Population féminine 35-44 ans	32 495 F	13 %
Population féminine 45-54 ans	36 355 F	14,6 %
Population féminine 55-64 ans	22 495 F	9 %
Population féminine 65-74 ans	26 885 F	10,8 %
Population féminine 75-84 ans	10 860 F	4,3 %

Provenance des répondantes

Le graphique 2 présente la distribution des 274 répondantes selon la provenance du territoire de MRC.

Nous observons une concentration de répondantes dans la MRC de Joliette. Les femmes les moins représentées sont celles des MRC de d'Autray et celle de Matawinie. Notons qu'un petit nombre de femmes ne connaissent pas le nom de leur MRC.

Graphique 2 : Distribution des répondantes selon la provenance du territoire de MRC



⁵ Payette, Josée, et Patrick Bellehumeur. *Coup d'œil sur les MRC de Lanaudière – Recensement 2016*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, janvier 2018.

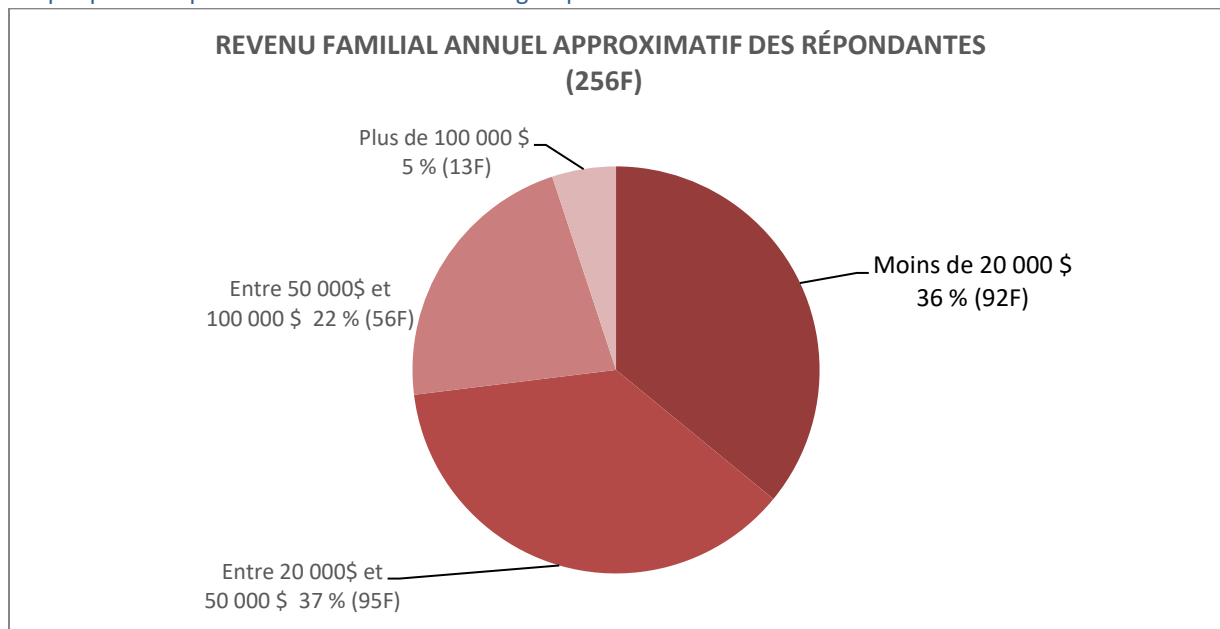
Revenu des répondantes

Le graphique 3 montre la répartition des femmes selon le groupe de revenu approximatif auquel elles se sont identifiées. Pour cette section, 256 femmes ont répondu.

Selon les informations transmises par les femmes, la répartition du revenu familial indique que la majorité (73 %) a un revenu familial de 50 000 \$ et moins soit 187 femmes. Selon les données du recensement 2016, le revenu médian des ménages après impôt en 2015 dans la région de Lanaudière en était de 56 699 \$. Nous ne possédons pas l'information à savoir si le revenu familial des femmes est avant ou après impôt.

Parmi les répondantes au sondage, 36 % disent avoir un revenu familial de moins de 20 000 \$ soit 92 femmes. Parmi ce nombre, 41 femmes indiquent habiter seules. La proportion des ménages ayant un revenu de moins de 20 000 \$ après impôt pour Lanaudière est de 37 %.

Graphique 3 : Répartition des femmes selon le groupe de revenus



Problèmes vécus

Le graphique 4 présente le pourcentage de femmes selon les types de difficultés ou problèmes vécus. Le taux est calculé sur 274 répondantes.

Notons que 24 femmes ont répondu au questionnaire sans identifier vivre ou avoir vécu un problème de santé mentale durant les trois dernières années. Parmi celles-ci, 5 questionnaires ont été retenus dans l'échantillon puisque les femmes ont rédigé des commentaires qui informent sur leurs difficultés d'accessibilité aux services en santé mentale.

Les femmes ont signifié vivre ou avoir vécu durant les trois dernières années, certains problèmes liés à la santé mentale dans l'une ou l'autre ou plusieurs des cinq catégories :

1. difficultés de santé mentale ou psychologique;
2. difficultés ou problèmes de santé psychique ou psychiatrique;
3. problèmes de dépendance;
4. difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires;
5. autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global.

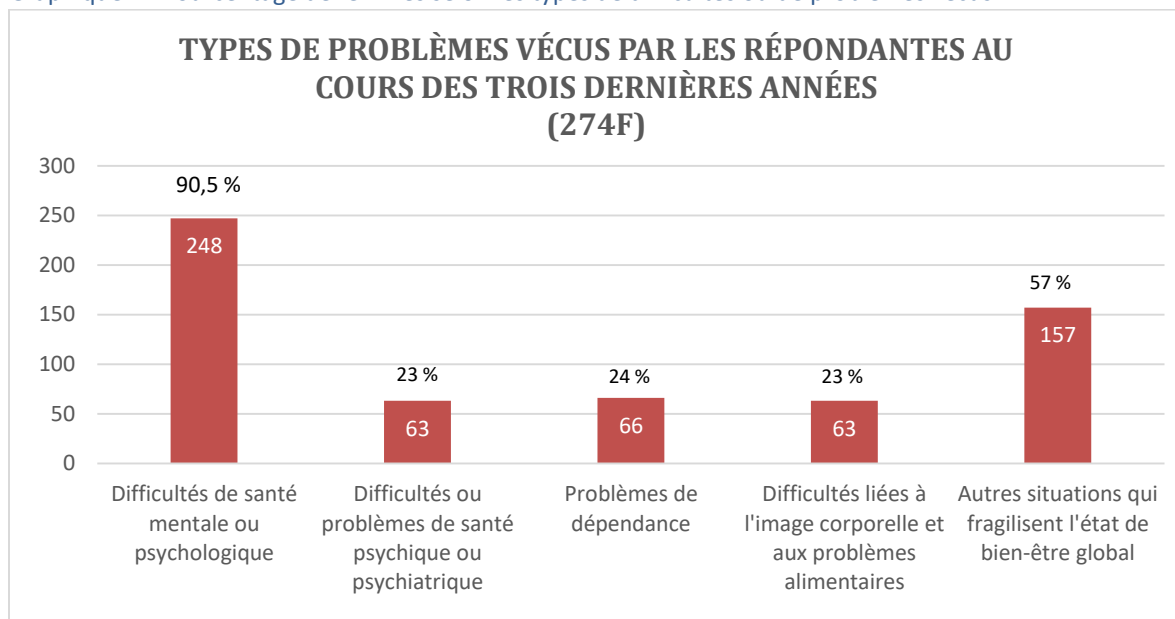
Les difficultés de santé mentale ou psychologique telles que les troubles anxieux, dépressifs, de stress ou de surmenage sont les plus fréquents. Pour cette catégorie, **248 répondantes sur les 274** ont affirmé vivre ou avoir vécu ce type de difficultés, **soit 90,5 %**.

Les trois autres catégories de problème de santé mentale se répartissent par des proportions semblables :

- › **difficultés ou problèmes de santé psychique ou psychiatrique** comme des troubles de la personnalité limite, la schizophrénie, la bipolarité : 23 % soit 63 femmes;
- › **problèmes de dépendance** aux drogues, à l'alcool, aux médicaments, au jeu ou au sexe : 24 % soit 66 femmes;
- › **difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires** comme l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie, orthorexie, etc. : 23 % soit 63 femmes.

La dernière catégorie « Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global » représente aussi un enjeu important pour les femmes, car **57 % des femmes (157F)**, reconnaissent vivre ou avoir vécu durant les trois dernières années des situations d'abus, des agressions, différentes formes de harcèlement, de la violence conjugale, un deuil ou toutes autres difficultés liées à une situation familiale difficile ou à l'environnement de travail.

Graphique 4 : Pourcentage de femmes selon les types de difficultés ou de problèmes vécus



Le cumul des problématiques

Le tableau 2 montre que la grande majorité des femmes affirment vivre ou avoir vécu plus de 2 problèmes de santé mentale durant les trois dernières années, soit 68 % d'entre elles (200F).

Tableau 2 : Cumul des problématiques vécues par les répondantes

Nombre de problèmes vécus	Nombre de répondantes
0 problème vécu	5 femmes
1 problème vécu	69 femmes
2 problèmes vécus	113 femmes
3 problèmes vécus	56 femmes
4 problèmes vécus	21 femmes
5 problèmes vécus	10 femmes
Total	274 femmes

Faits saillants

274 femmes ont répondu au sondage

- › Les femmes sont majoritairement âgées de 25 et 64 ans (84 %)
- › Les femmes plus jeunes et les plus âgées sont moins représentées dans le groupe de répondantes
- › La majorité des répondantes résident à Joliette (30 %). Les femmes moins représentées sont celles de la MRC de d'Autray et celles de la MRC de Matawinie
- › Pour 36 % des femmes, le revenu familial est de 20 000 \$ et moins et parmi celles-ci, près de 32 % des femmes indiquent vivre seules

Les problématiques vécues par les femmes

- › 90,5 % affirment vivre des difficultés de santé mentale ou psychologique
- › 23 % indiquent des difficultés ou problèmes de santé psychique ou psychiatrique
- › 24 % disent vivre des problèmes de dépendance
- › 23 % éprouvent des difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires
- › 57 % mentionnent vivre d'autres situations qui fragilisent leur état de bien-être global

Les données indiquent que les femmes souffrent d'un cumul de problèmes

- › La grande majorité des femmes affirment vivre ou avoir vécu plus de deux problèmes de santé mentale au cours des trois dernières années, soit 68 % (200F)

Difficultés de santé mentale ou psychologique

Une majorité de femmes ont répondu à cette catégorie qui englobe tous les problèmes liés à l'anxiété, à la dépression, au stress ou au surmenage. Pour y correspondre, les femmes devaient répondre positivement à une de ces trois questions :

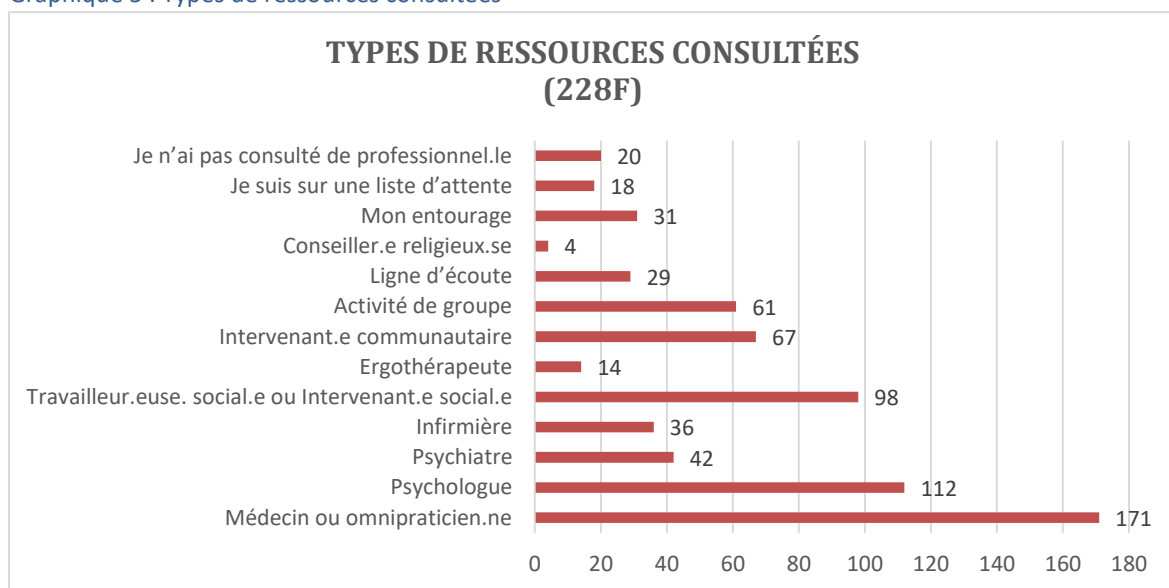
- › je vis actuellement une ou plus d'une difficulté;
- › j'ai vécu une ou plus d'une difficulté dans les trois dernières années;
- › une ou un professionnel de la santé a diagnostiqué une ou plus d'une difficulté dans les trois dernières années.

248 répondantes ont affirmé vivre ou avoir vécu des difficultés de santé mentale ou psychologique durant les trois dernières années. Elles représentent 90,5 % de l'échantillon total soit 274 femmes. 64% des femmes indiquent avoir reçu un diagnostic durant les trois dernières années (158F).

Le graphique 5 présente les ressources consultées par les femmes vivant des difficultés de santé mentale ou psychologique. Parmi les 248 répondantes de cette catégorie, notons que 20 femmes disent ne pas avoir consulté des ressources. Les données qui suivent sont par conséquent calculées sur un total de 228 femmes.

Les femmes utilisent en moyenne trois ressources différentes par personne. Certaines disent avoir eu recours à neuf ressources différentes. Les omnipraticiennes, omnipraticiens et médecins sont les ressources le plus souvent consultées (75%), suivi des psychologues (49 %), puis les travailleuses et travailleurs sociaux (43%). Notons que l'entourage est une ressource pour 13,5 % des répondantes (31F).

Graphique 5 : Types de ressources consultées

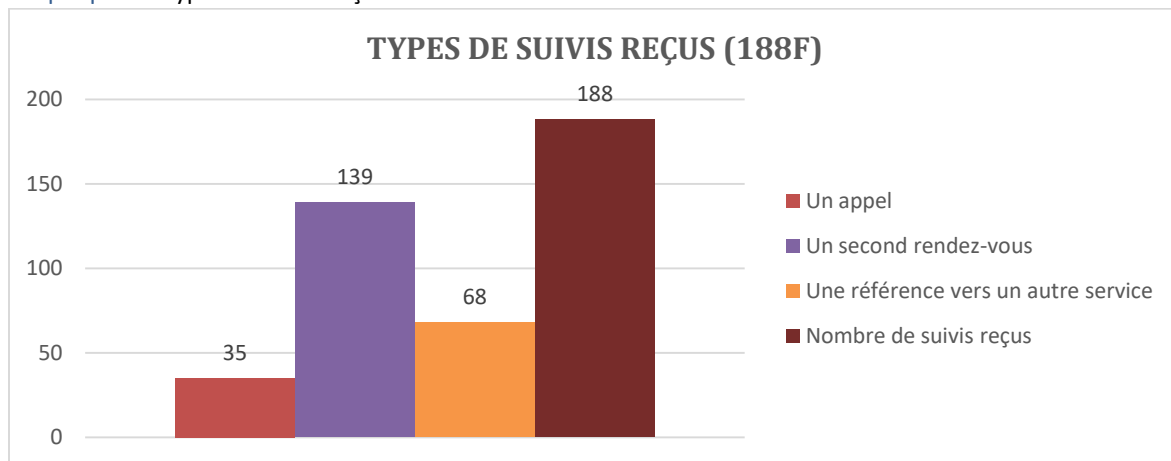


Le graphique 6 indique les trois types de suivis reçus, après une première consultation soit : un suivi téléphonique (appel), une référence vers une autre ressource ou l'obtention d'un second rendez-vous.

Parmi les 248 femmes répondantes de cette catégorie, 76 % soulignent avoir reçu un suivi à la suite de leur consultation (188F). Les femmes peuvent aussi avoir reçu plus d'un suivi.

La majorité des suivis consiste à recevoir un second rendez-vous. C'est le cas pour 139 femmes (74 %), alors que 36 % des femmes ont été référées vers une autre ressource et près de 19 % ont reçu un deuxième appel téléphonique de suivi.

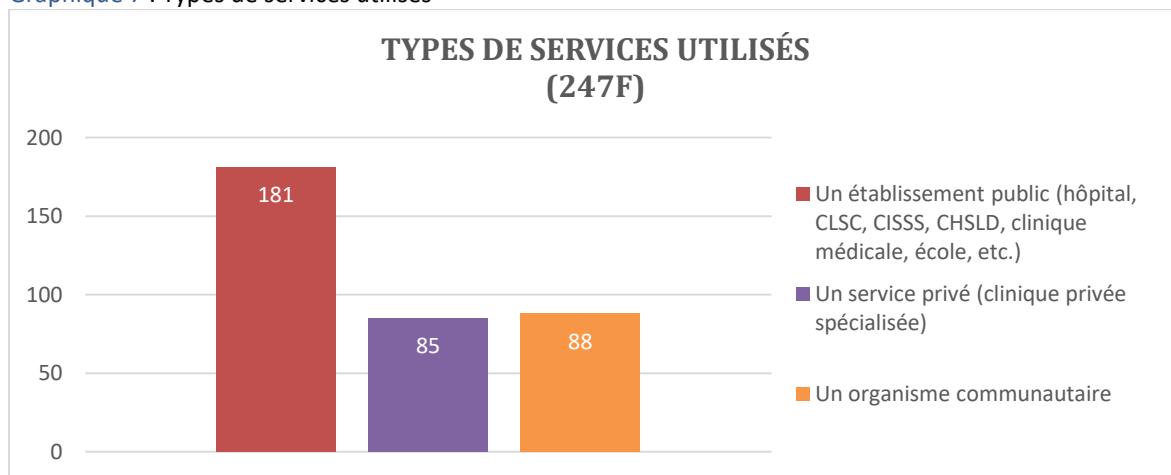
Graphique 6 : Types de suivis reçus



Le graphique 7 renseigne sur les types de services utilisés par les femmes. 247 femmes ont répondu à cette question. Les services publics (hôpital, CLSC, CISSS, CHSLD, clinique médicale, école, etc.) sont utilisés par 73 % des femmes (181F). Près de 36 % des répondantes vont aussi se diriger vers les services des organismes communautaires et presque autant de femmes (34 %) utilisent les services privés.

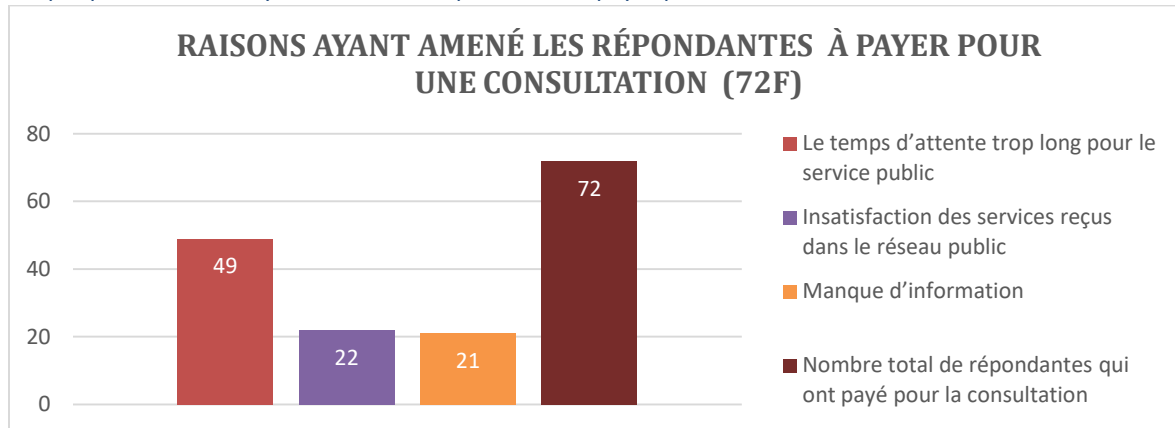
La majorité des répondantes vont se diriger vers plus d'un type de services. À ce titre, seulement 7,6 % répondantes (19F) ont utilisé uniquement un service privé.

Graphique 7 : Types de services utilisés



Le graphique 8 démontre que 72 femmes sur 248 ont payé pour une consultation (29 %). Les raisons qui ont motivé leur choix sont variées, mais nous observons une prédominance quant au temps d'attente pour recevoir des services dans un établissement public (68 %) soit 49 femmes sur 72. Les autres motifs soient l'insatisfaction et le manque d'information se répartissent également. Les femmes pouvaient choisir plus d'une raison. Certaines n'ont pas précisé leur motivation sur le questionnaire papier.

Graphique 8 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour une consultation



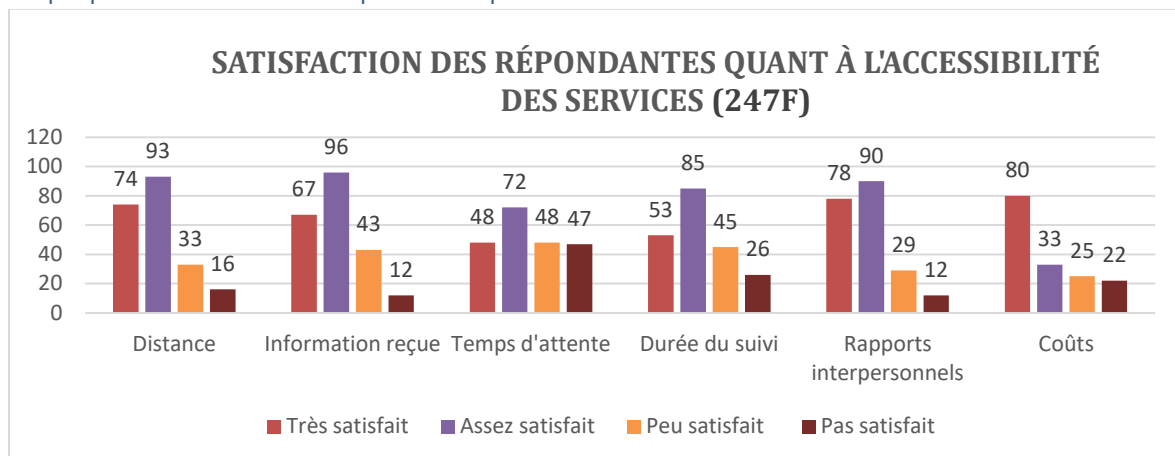
Le graphique 9 précise le niveau de satisfaction des répondantes quant aux critères d'accessibilité des services en santé mentale. Le niveau est plus élevé quant aux aspects suivants : la distance pour accéder aux services, les rapports interpersonnels et l'information reçue. Le niveau de satisfaction diminue significativement en ce qui concerne le temps d'attente et la durée d'un suivi.

Le regroupement des deux niveaux de satisfaction et les deux niveaux d'insatisfaction, révèlent les résultats suivants en pourcentage :

Satisfaction : distance (68 %), information reçue (66 %), temps d'attente (48,5 %), durée de suivi (56 %), rapports interpersonnels (68%) et coûts (46 %).

Insatisfaction : distance (20 %), information reçue (22%), temps d'attente (38 %), durée des suivis (29 %), rapports interpersonnels (16,5 %), coûts (19 %).

Graphique 9 : Satisfaction des répondantes quant à l'accessibilité des services



Les femmes étaient invitées à se prononcer sur les six dimensions, mais certaines n'ont pas répondu à chacune des dimensions.

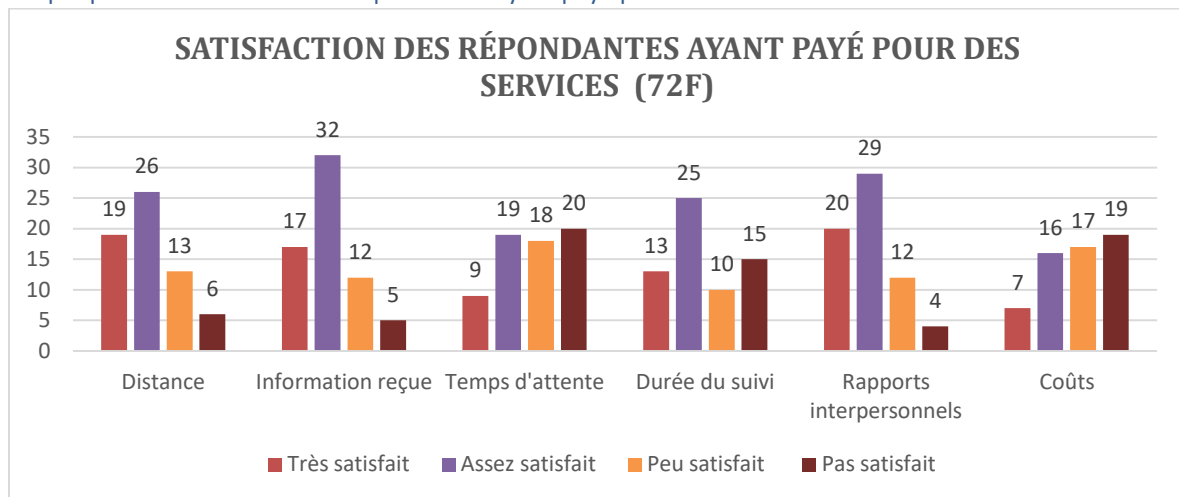
Le graphique 10 démontre que la satisfaction se modifie légèrement lorsque nous isolons les répondantes qui disent avoir payé pour des services. Le niveau de satisfaction quant aux coûts, à la durée des suivis et au temps d'attente diminue significativement.

Le regroupement des deux niveaux de satisfaction et les deux niveaux d'insatisfaction, révèlent les résultats suivants en pourcentage :

Satisfaction : distance (62,5 %), information reçue (68 %), temps d'attente (39 %), durée de suivi (53 %), rapports interpersonnels (54 %) et coûts (32 %).

Insatisfaction : distance (26 %), information reçue (24 %), temps d'attente (53 %), durée des suivis (35 %), rapports interpersonnels (22 %), coûts (50 %).

Graphique 10 : Satisfaction des répondantes ayant payé pour des services



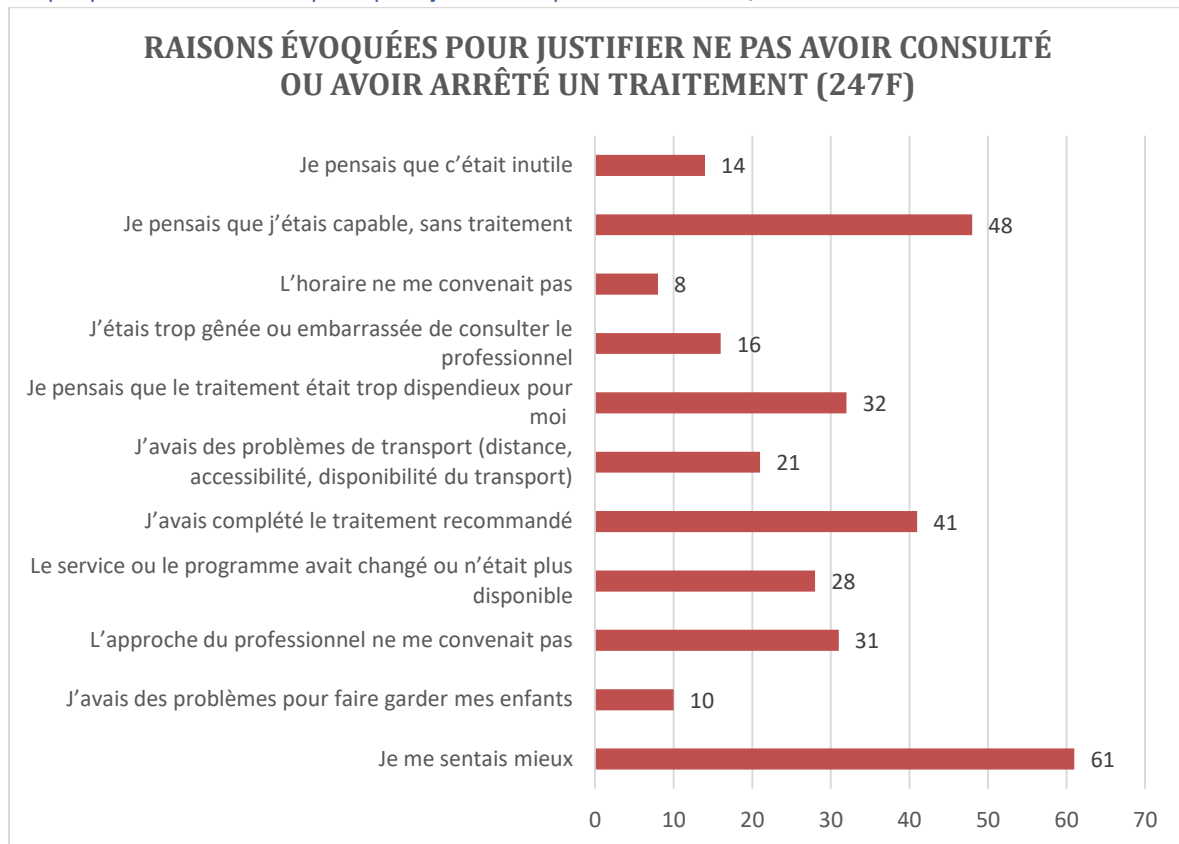
Les femmes pouvaient nommer une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement.

Le graphique 11 détaille les raisons énoncées par les femmes pour avoir cessé ou ne pas avoir consulté un service professionnel. Près de 25 % d'entre elles (61F) précisent qu'elles ont cessé le traitement ou n'ont pas consulté parce qu'elles affirmaient se sentir mieux, un peu plus de 19% (48F) pensaient être capables de surmonter les difficultés sans traitement et près de 16,5 % (41F) ont cessé parce que leur traitement était complété (souvent du point de vue de la ou du professionnel de la santé).

Les autres raisons les plus fréquemment nommées sont davantage liées à l'offre de service :

- › 13 % considèrent le coût du traitement trop dispendieux pour elles (32F)
- › 12,5 % considèrent que l'approche ne leur convenait pas (31F)
- › 11 % ont arrêté le traitement parce que le service ou le programme a changé ou n'était plus disponible (28F)
- › 9 % ont cessé le traitement pour des raisons de distance ou de transport (21F). Certains traitements spécialisés étant à l'extérieur du territoire (Montréal)

Graphique 11 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté, ou avoir arrêté un traitement

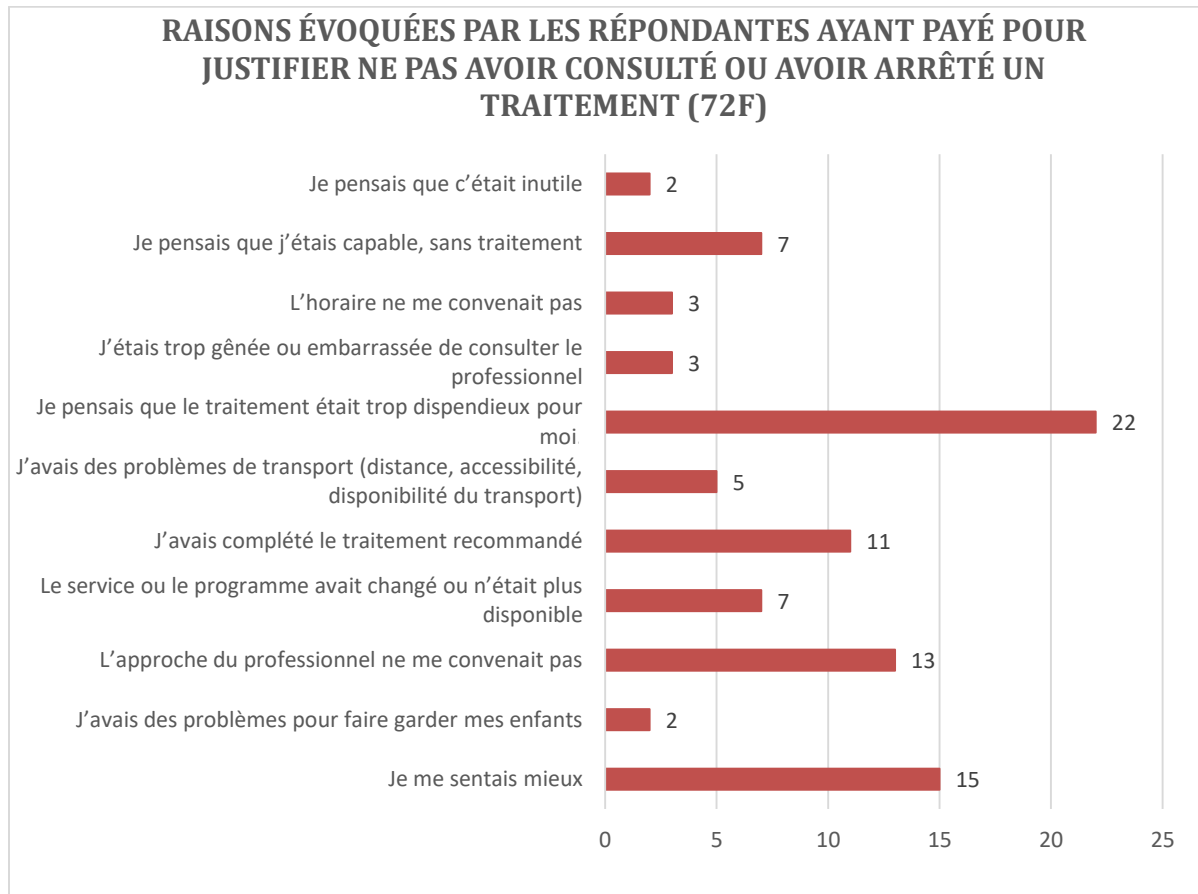


Les femmes pouvaient identifier une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement.

Le graphique 12 illustre l'ensemble des raisons évoquées par les répondantes ayant payé pour justifier ne pas avoir consulté, ou avoir cessé un traitement.

Le coût est fréquemment la raison qui justifie l'arrêt d'un traitement pour les 72 répondantes qui disent avoir payé pour les services professionnels. En somme, 31 % des femmes qui ont payé pour le traitement affirment qu'il était trop dispendieux pour elle, ce qui a motivé l'arrêt de consultation.

Graphique 12 : Raisons évoquées par les répondantes ayant payé pour justifier ne pas avoir consulté ou arrêté un traitement



Les femmes pouvaient nommer une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement

Faits saillants

- › **90,5 % des femmes ont affirmé vivre ou avoir vécu des difficultés de santé mentale ou psychologique durant les trois dernières années**
- › 64 % des femmes disent avoir reçu un diagnostic durant les trois dernières années
- › Les femmes ont consulté en moyenne 3 ressources. Parmi les plus consultées : omnipraticiennes et omnipraticiens et médecins de famille (75%), psychologues (49 %).
- › 73 % des femmes affirment avoir utilisé les services des établissements publics, 35,6 % les ressources communautaires et 34 % les services privés
- › 29 % des femmes ont payé pour une consultation et 68 % d'entre elles l'ont fait pour réduire le temps d'attente
- › Le niveau de satisfaction des femmes est plutôt bon quant aux aspects suivants : la distance, l'information reçue et les rapports interpersonnels
- › Le niveau de satisfaction diminue pour les femmes qui ont payé les services quant aux variables suivantes : temps d'attente, durée des suivis et coûts.
- › 31 % des femmes qui ont payé des services ont cessé de consulter en raison des coûts.

Problèmes de santé psychique ou psychiatrique

Il est entendu dans cette catégorie, toutes les femmes, vivant ou ayant vécu durant les trois dernières années des problèmes comme le trouble de la personnalité limite, la schizophrénie, un problème de bipolarité ou autres difficultés d'ordre psychique.

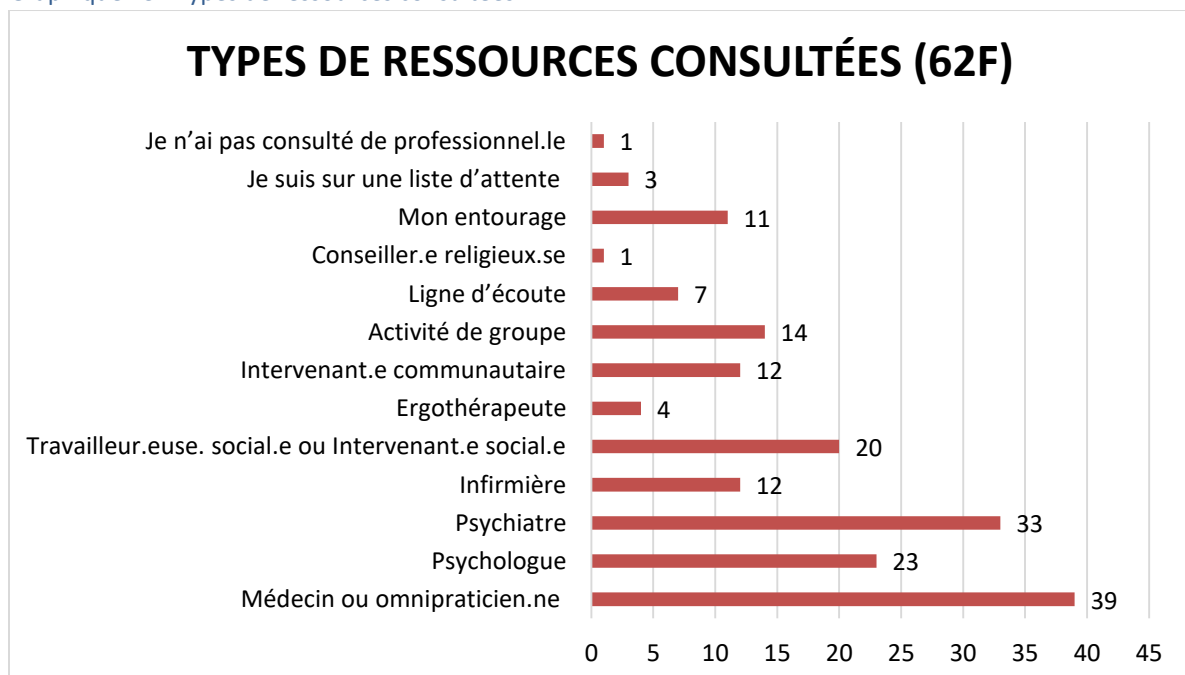
**63 femmes ont répondu à cette section sur les 274 répondantes.
Elles représentent 23 % de l'échantillon**

Le graphique 13 détaille les types de ressources consultées par les femmes ayant répondu à cette catégorie, au cours des trois dernières années. Seulement une femme indique ne pas avoir consulté une ressource.

Quant aux 62 autres femmes, elles consultent en moyenne 3 ressources. La majorité a consulté des médecins et des omnipraticiennes et omnipraticiens (63 %) et/ou des psychiatres (53 %). La nature des problèmes liés à des conditions médicales qui nécessitent une expertise professionnelle spécialisée et un diagnostic pour recevoir de la médication explique ce pourcentage plus élevé d'utilisation des psychiatres.

Les femmes de ce groupe utilisent aussi les services des psychologues (37%), mais à moindre mesure que pour la catégorie « difficulté de santé mentale ou psychologique », ainsi que les services des travailleuses et travailleurs sociaux (32 %). Pour cette catégorie, 18 % des femmes ont consulté leur entourage, ce qui est plus élevé que la catégorie « problème de santé mentale ou psychologique ».

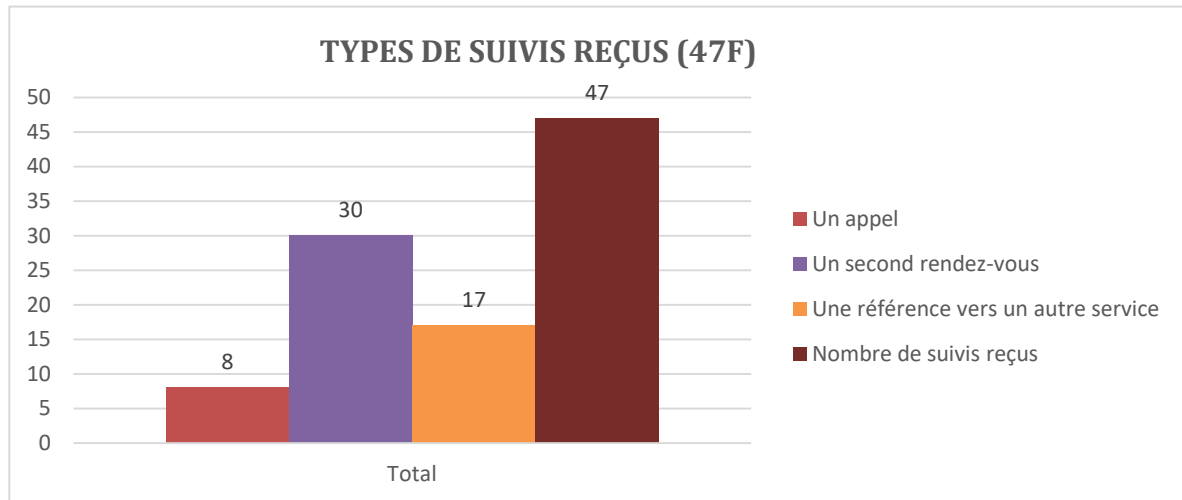
Graphique 13 : Types de ressources consultées



Notons qu'une même femme peut avoir consulté plus d'une ressource

Le graphique 14 illustre les types de suivis reçus, après une première consultation. Parmi les 62 répondantes pour cette catégorie « problèmes de santé psychique ou psychiatrique » ayant consulté, 47 femmes ont reçu un suivi à la suite d'une consultation (76 %). La majorité des suivis consistaient en un second rendez-vous soit 64 %.

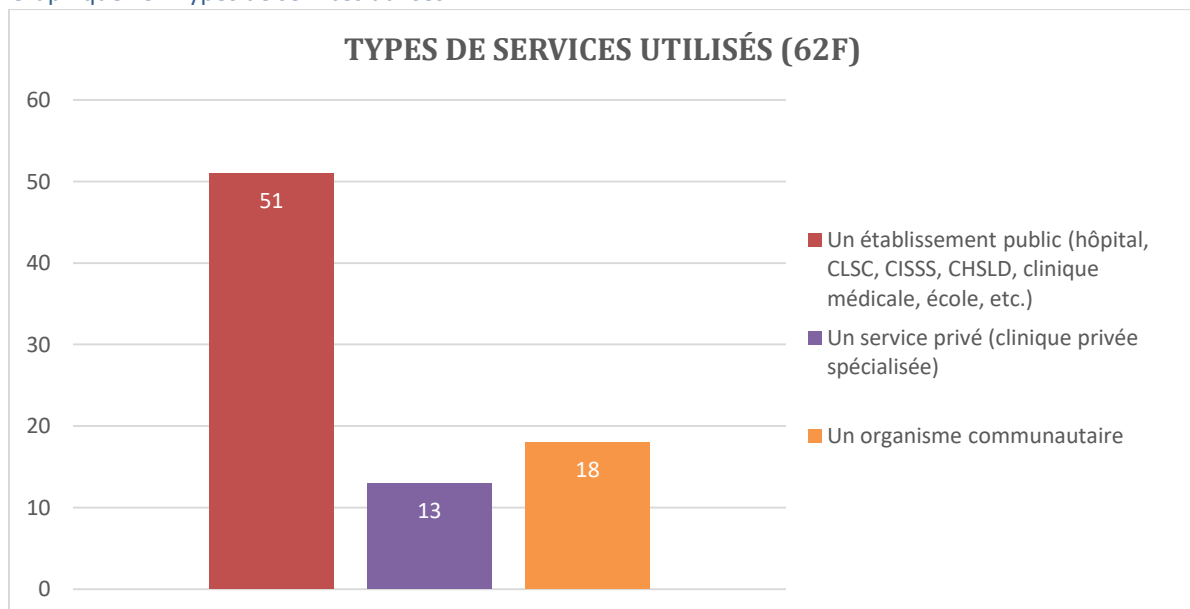
Graphique 14 : Types de suivis reçus



Le graphique 15 montre que les répondantes (62F) de cette catégorie fréquentent principalement les établissements publics (82 %) et moins fréquemment les services privés (13F), comparativement à la catégorie précédente (santé mentale et psychologique).

Plus du quart (29 %) de ces femmes se dirigent vers les organismes communautaires pour avoir du soutien (18F), tandis que 3 femmes disent utiliser ou avoir utilisé uniquement les services d'organismes communautaires durant les trois dernières années.

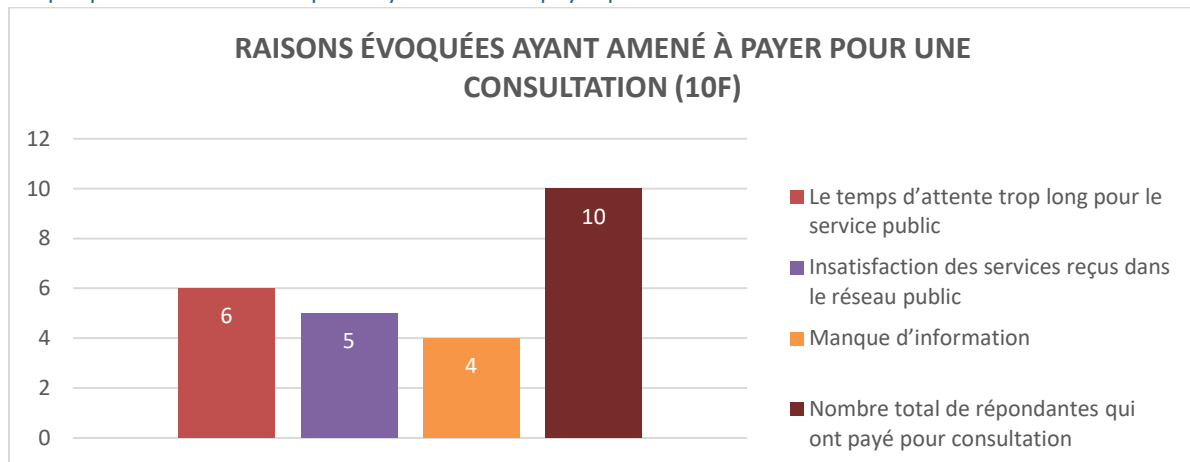
Graphique 15 : Types de services utilisés



Le graphique 16 révèle les raisons ayant amené les répondantes à payer pour des services.

Dix répondantes sur 63 femmes (16 %) indiquent avoir payé pour des services dont 6 en raison du temps d'attente, 5 par insatisfaction des services reçus et 4 parce qu'elles ont manqué d'information.

Graphique 16 : Raisons évoquées ayant amené à payer pour une consultation



Les femmes pouvaient choisir plus d'une raison. Certaines n'ont pas précisé leur motivation sur le questionnaire papier.

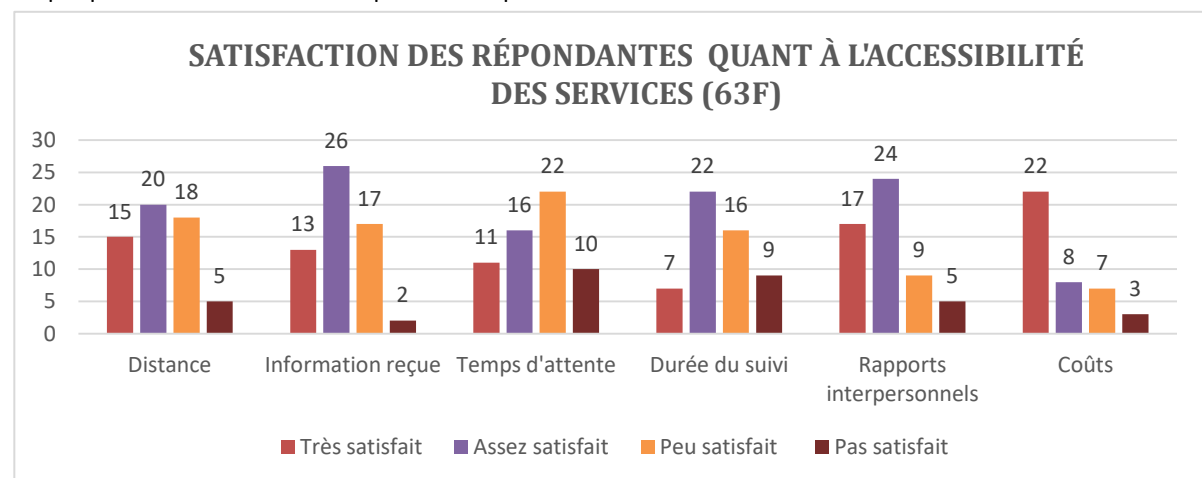
Le graphique 17 démontre que le niveau de satisfaction général sur l'accessibilité des services est moins élevé pour cette catégorie, comparativement à la catégorie des services reliés aux difficultés en santé mentale et psychologique.

En regroupant les deux niveaux de satisfaction et d'insatisfaction, nous observons en pourcentage les résultats suivants :

Satisfaction : distance (55,5 %), **information reçue (62 %)**, temps d'attente (43 %), durée des suivis (46 %), **rappports interpersonnels (65 %)**, coûts, 48 %).

Insatisfaction : distance (36,5 %), information reçue (30 %), **temps d'attente (51 %)**, durée des suivis (40 %), rappports interpersonnels (22 %), coûts (16 %).

Graphique 17 : Satisfaction des répondantes quant à l'accessibilité des services

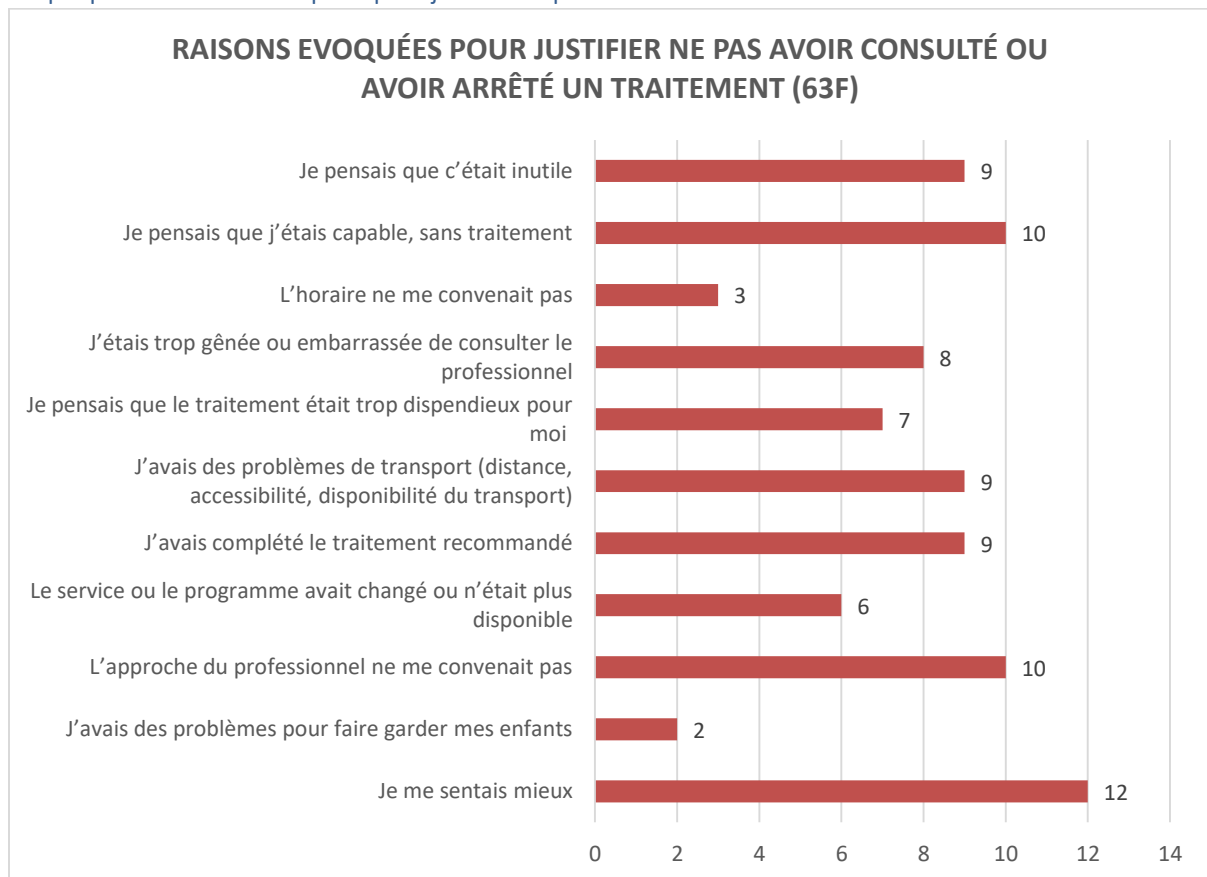


Les femmes étaient invitées à se prononcer sur les six dimensions. Elles n'ont parfois pas répondu ou ont signifié que la dimension ne s'appliquait pas à leur situation.

Pour cette catégorie de problèmes, seulement dix répondantes ont payé pour des services et leur niveau de satisfaction se répartit à peu près également entre les quatre dimensions de la satisfaction.

Le graphique 18 détaille les raisons nommées par les répondantes pour justifier le fait de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement. Des 63 femmes ayant répondu à cette question, 14 % d'entre elles affirment avoir cessé ou ne pas avoir consulté parce qu'elles considéraient que c'était inutile. L'approche de la ressource professionnelle est aussi un motif nommé par ces femmes alors que 16 % d'entre elles soulèvent cette raison (10F).

Graphique 18 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement



Les femmes pouvaient nommer une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement.

Faits saillants

- › **23 % des 274 répondantes disent vivre ou avoir vécu des difficultés sur le plan psychique ou psychiatrique (63F)**
- › 98 % indiquent avoir consulté au cours des trois dernières années
- › 63% des femmes ont consulté des médecins, des omnipraticiens.nes et 53% des psychiatres
- › 81 % ont utilisé les services d'établissements publics et 28 % se sont dirigées vers des services communautaires afin de recevoir du soutien
- › 16 % des femmes ont payé pour des services parmi lesquelles 60 % l'ont fait afin de réduire le temps d'attente
- › Les femmes sont assez satisfaites des aspects suivants quant à l'accessibilité : rapports interpersonnels (65%), information reçue (62%) et distance (55,5%)
- › Le niveau d'insatisfaction se concentre surtout sur le temps d'attente (51%)
- › Près de 16 % des femmes disent avoir cessé de consulter pour les motifs suivants : l'approche professionnelle ne convenait pas ou elles pensaient pouvoir s'en sortir sans traitement; 19 % se sentaient mieux; 14 % avaient des problèmes de transport ou leur traitement était complété

Problèmes de dépendance

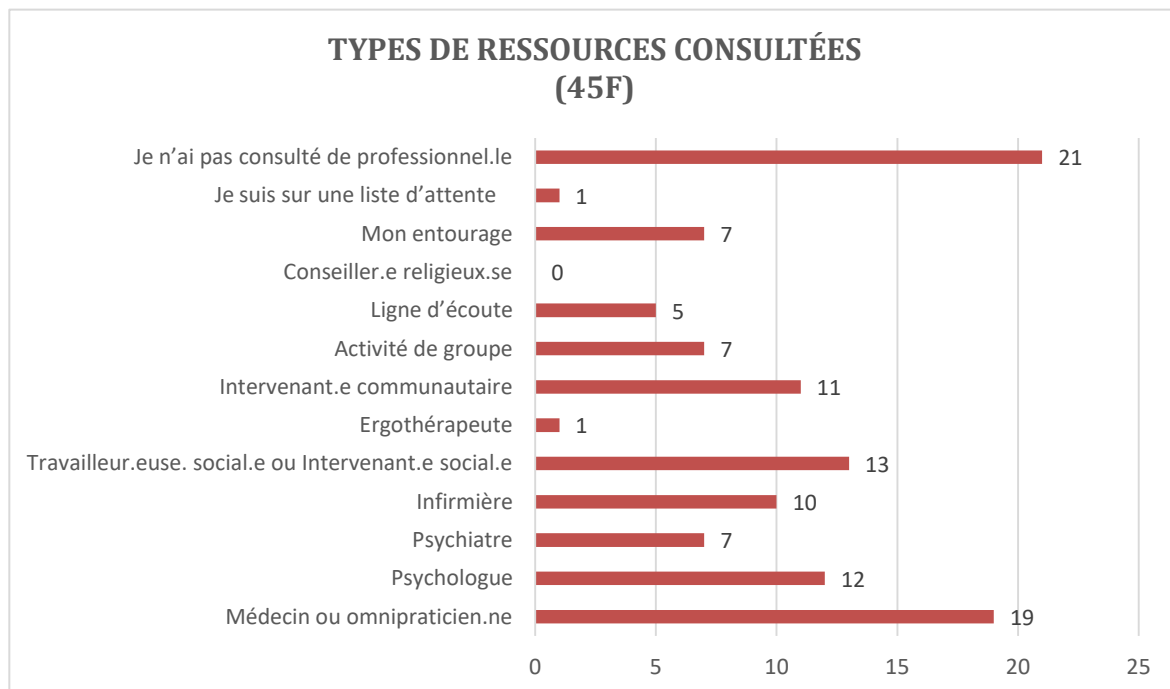
Pour cette catégorie, 66 répondantes ont signifié vivre ou avoir vécu des problèmes de dépendance liés aux drogues, à l'alcool, aux médicaments, au jeu ou au sexe durant les trois dernières années, ce qui correspond à 24 % (66F) de l'échantillon total. Ces femmes disent avoir eu recours en moyenne à 2 ressources différentes.

Les femmes aux prises avec un problème de dépendance ont moins tendance à consulter que les femmes répondant aux autres catégories de problèmes liés à la santé mentale.

Le graphique 19 montre les ressources consultées par les femmes. Sur les 66 répondantes, 21 femmes disent ne pas avoir consulté. Les données suivantes sont par conséquent calculées sur un total de 45 femmes ayant consulté. Elles représentent 68 % de cet échantillon de répondantes.

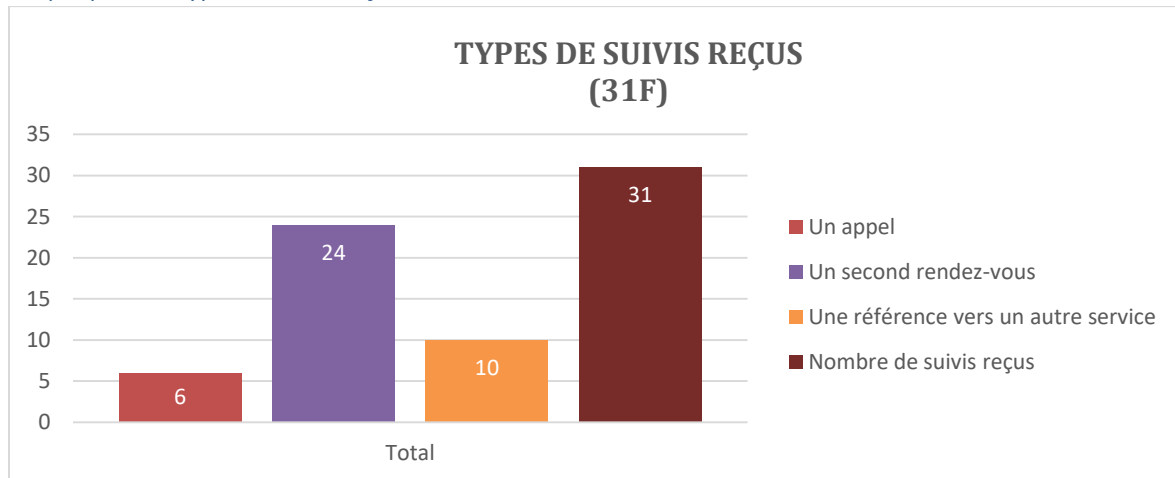
Les 45 femmes ont majoritairement consulté les ressources suivantes : 42 % d'entre elles ont consulté les médecins, omnipraticiennes et omnipraticiens (19F) alors que 29 % utilisent aussi les services des travailleuses et travailleurs sociaux (13F) et 27 % se tournent vers des psychologues (13F) et 24 % vers des intervenantes et intervenants communautaires (11F).

Graphique 19 : Types de ressources consultées



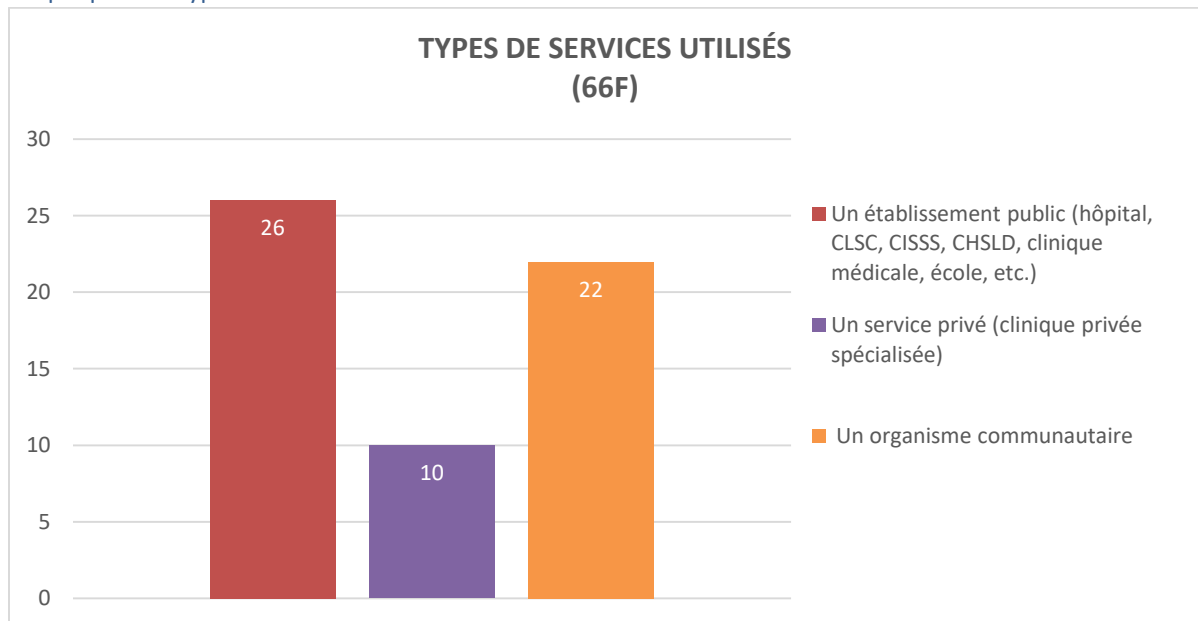
Le graphique 20 présente les types de services reçus. Il démontre que parmi les 45 femmes ayant consulté, 31 d'entre elles ont reçu un suivi soit 69 %. La majorité des suivis consistent en un second rendez-vous (24F). Les autres suivis sont des références (10F) et un appel téléphonique de suivi (6F).

Graphique 20 : Types de suivis reçus



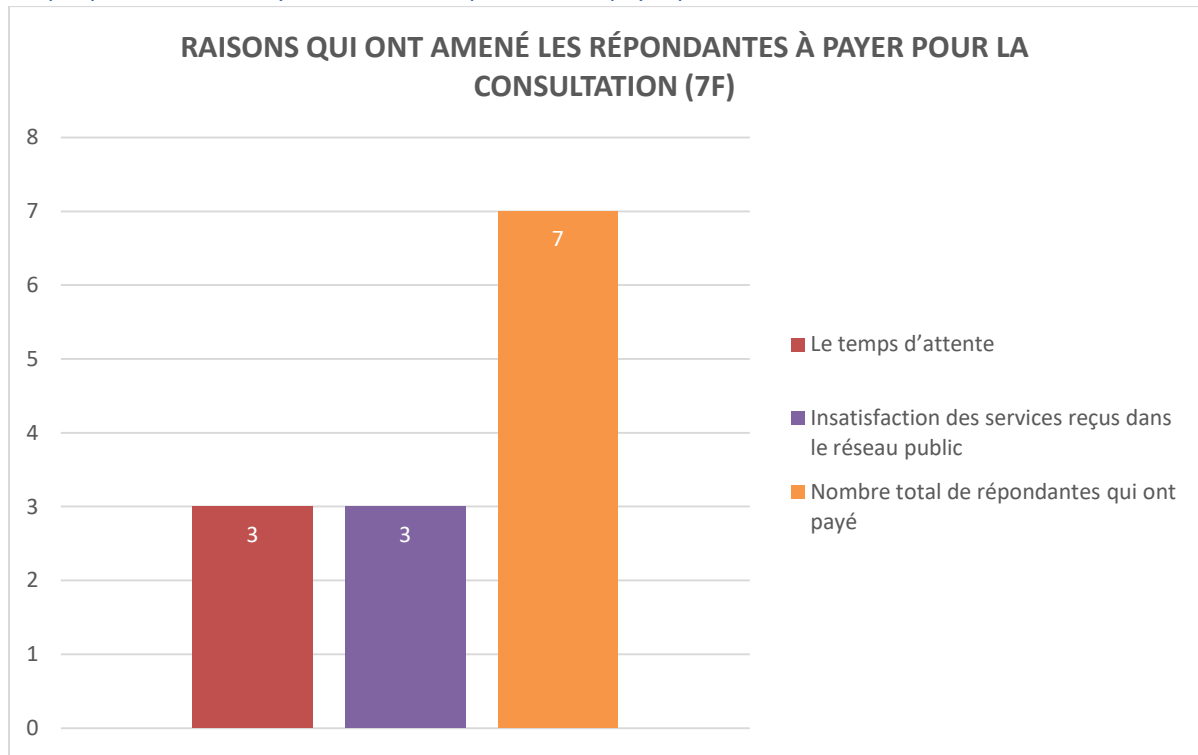
Le graphique 21 illustre les types de services utilisés par les femmes. Les résultats indiquent qu'un peu plus de 39 % des 66 répondantes à cette question se dirigent vers les services publics (26F) alors que 33 % utilisent les services des organismes communautaires (22F). Ce pourcentage est plus élevé que pour les précédentes catégories. Parmi les femmes ayant utilisé les services d'une clinique privée (10F), seulement sept d'entre elles ont déboursé des frais.

Graphique 21 : Types de services utilisés



Selon les données du graphique 22, seulement 7 femmes qui vivent ou vivaient un problème de dépendance ont payé pour leur consultation. Le nombre de réponses n'est pas suffisant pour isoler le niveau de satisfaction ou les raisons qui ont amené les répondantes à arrêter leur consultation et à payer pour une consultation ou un traitement.

Graphique 22 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour une consultation



Les femmes pouvaient choisir plus d'une raison. Certaines n'ont pas précisé leur motivation sur le questionnaire papier.

Le graphique 23 illustre le niveau de satisfaction des femmes concernant les variables d'accessibilité aux services en santé mentale pour la catégorie des dépendances. La satisfaction pour certaines variables dont la distance est assez élevée. Toutefois, plusieurs femmes disent ne pas être satisfaites concernant les aspects suivants :

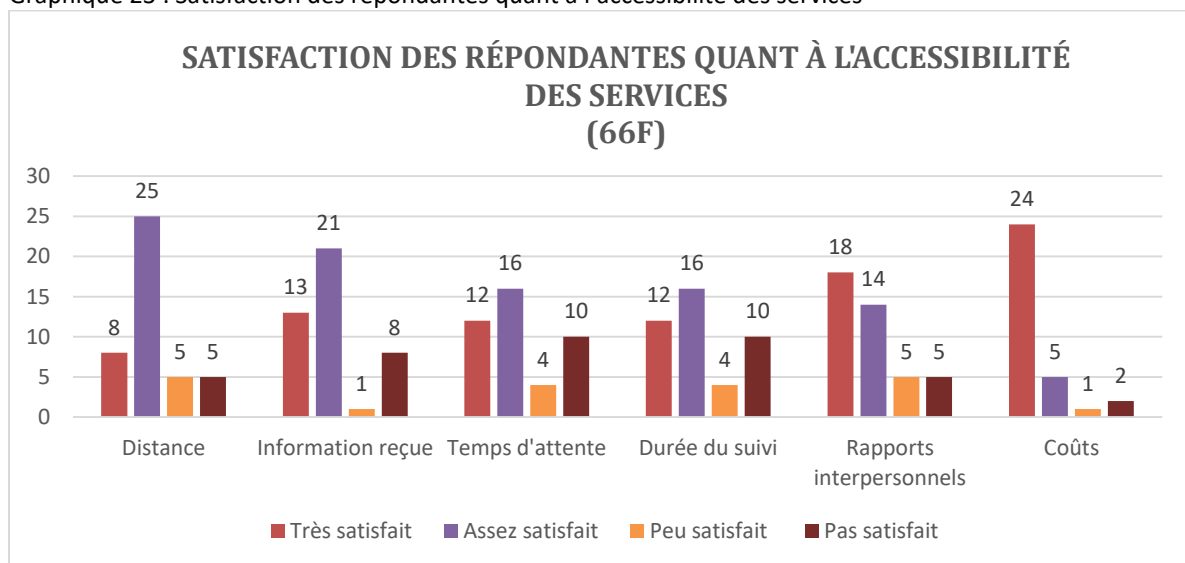
- › Temps d'attente
- › Durée du suivi

En regroupant les deux niveaux de satisfaction et d'insatisfaction, nous observons en pourcentage les résultats suivants :

Satisfaction : distance (50 %), information reçue (51.5 %), temps d'attente (42 %), durée des suivis (42 %), rapports interpersonnels (67 %), coûts, (44 %).

Insatisfaction : distance (15 %), information reçue (14 %), temps d'attente (21 %), durée des suivis (21%), rapports interpersonnels (15 %), coûts (5 %).

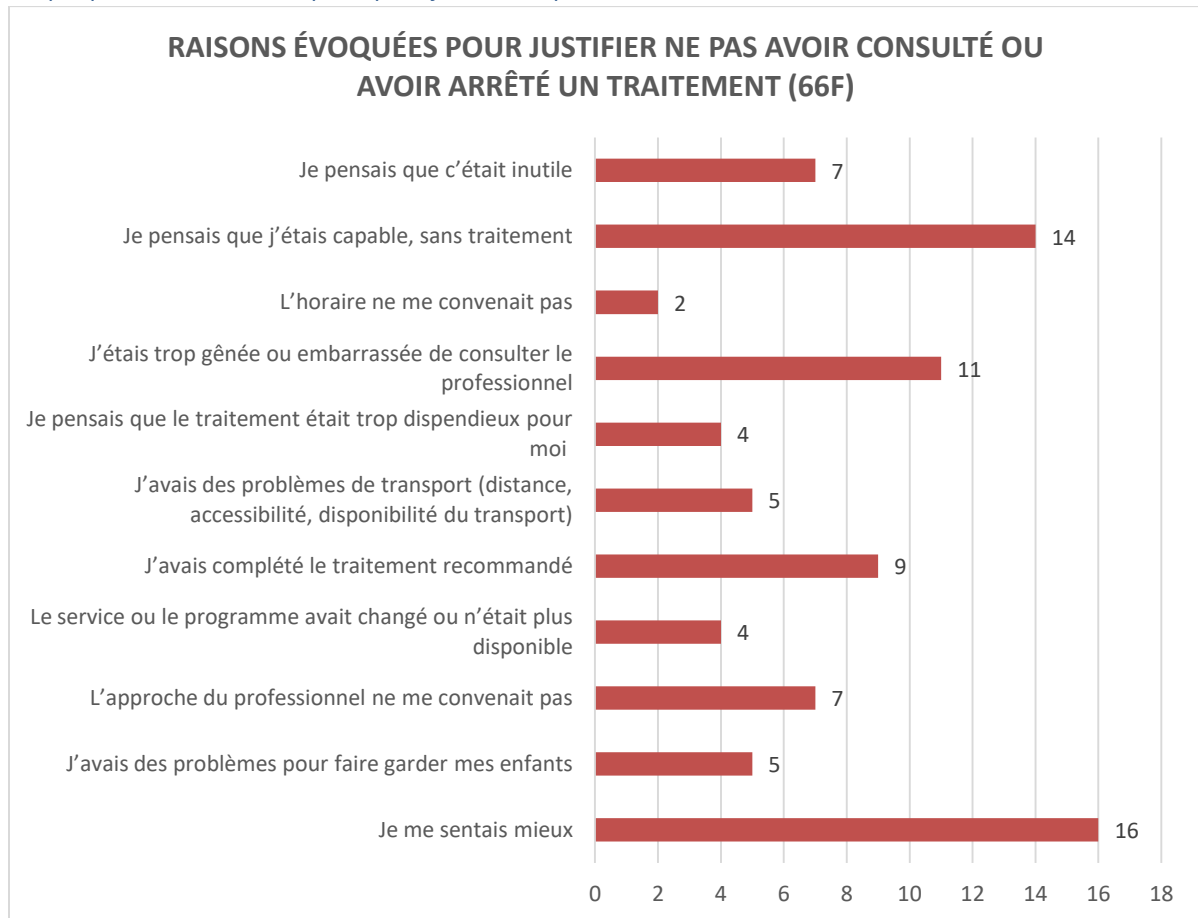
Graphique 23 : Satisfaction des répondantes quant à l'accessibilité des services



Les femmes étaient invitées à se prononcer sur les six dimensions. Elles n'ont parfois pas répondu ou ont signifié que la dimension ne s'appliquait pas à leur situation.

Le graphique 24 aborde les motifs qui justifient l'arrêt d'un traitement ou le fait de ne pas consulter. Le fait de se sentir mieux est le plus souvent énoncé par 24 % des femmes (16F) alors que 21 % des répondantes (14F) pensaient être capable de s'en sortir sans traitement. Le sentiment de gêne est quant à lui, la troisième raison la plus souvent identifiée.

Graphique 24 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement



Les femmes pouvaient identifier une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement.

Faits saillants

- › 24 % du total des répondantes sont concernées par ces problèmes (66F)
- › 68 % seulement ont consulté des ressources. C'est la catégorie qui présente le plus haut taux de non-consultation
- › 42 % des femmes se dirigent vers une ou un omnipraticien.ne ou un médecin. Ce taux est plus bas que dans les autres catégories. 29 % d'entre elles ont reçu des services de travailleuses ou travailleurs sociaux et 27 % d'un.e psychologue et 24 % d'un.e intervenant.e communautaire
- › 69 % ont eu un suivi principalement pour un second rendez-vous.
- › 33 % d'entre elles utilisent les services des organismes communautaires ce qui est plus élevé que dans les autres catégories
- › Le niveau de satisfaction est assez élevé à l'exception de la satisfaction en ce qui concerne le temps d'attente et la durée des suivis
- › 24 % des femmes cessent de consulter par sentiment d'aller mieux et 17 % disent se sentir gênées ou ressentir des préjugés

Détresse liée à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires

La détresse liée à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires concerne l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les autres troubles alimentaires non spécifiés et moins sévères.

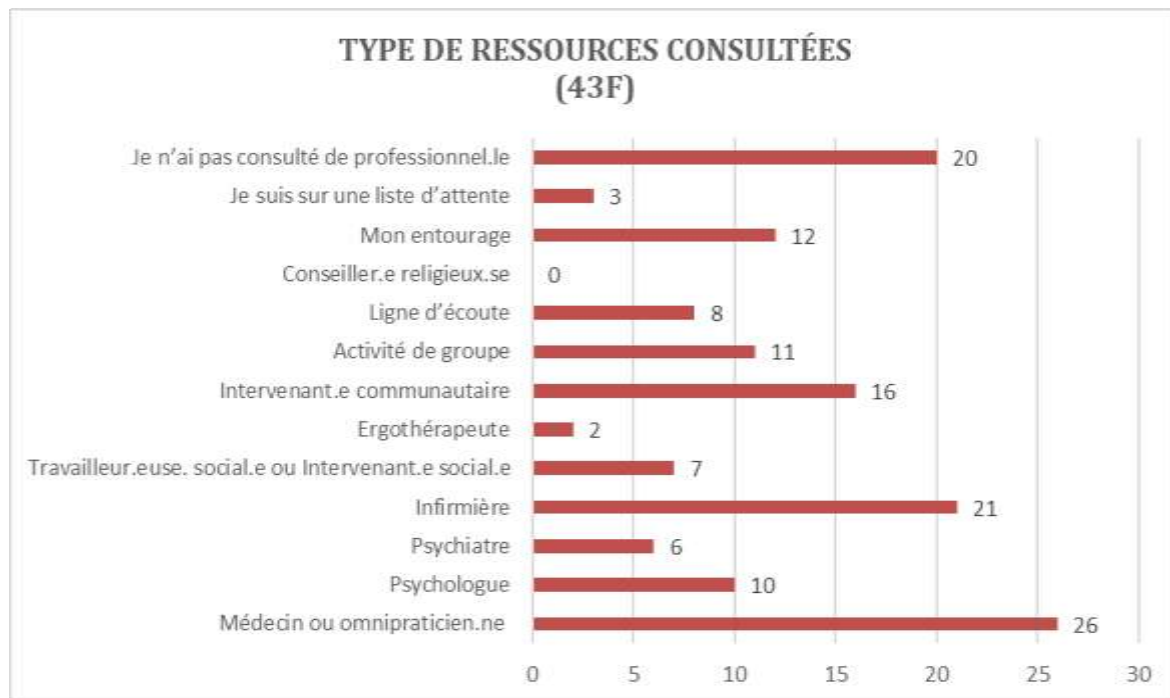
L'image corporelle et les problèmes alimentaires sont des phénomènes qui touchent tout particulièrement les jeunes femmes. Parmi les 274 répondantes au sondage, 63 femmes ont signifié vivre ou avoir vécu ce type de difficultés. Ces femmes représentent 23 % de l'échantillon.

Des **63 femmes ayant répondu à cette catégorie**, 35 % (22F) ont moins de 34 ans et 33 % (21F) font partie du groupe d'âge 35-44 ans.

Le graphique 25 illustre les types de ressources utilisées par les femmes. Notons qu'elles utilisent en moyenne 2,6 ressources différentes. Notons que 32 % des femmes (20F) disent ne pas avoir consulté de ressources. Cette donnée est plus élevée que pour les autres catégories. Les ratios sont par conséquent calculés sur 43 femmes.

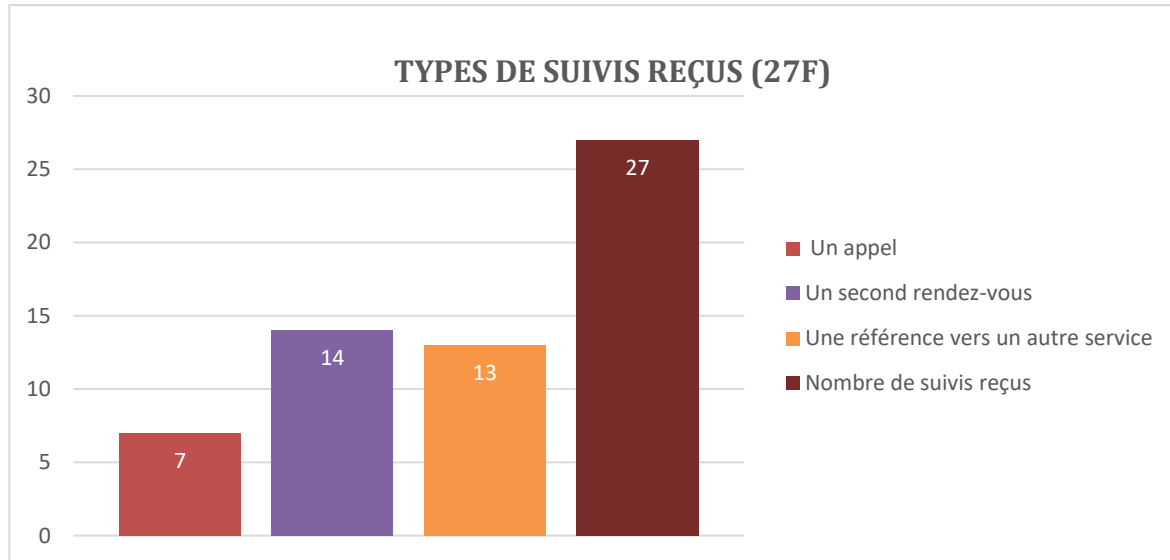
Les données démontrent que les médecins et omnipraticiennes et omnipraticiens (60 %) sont les ressources professionnelles les plus consultées, suivies des ressources infirmières (49 %) et des intervenantes et intervenants communautaires (37 %).

Graphique 25 : Types de ressources professionnelles consultées



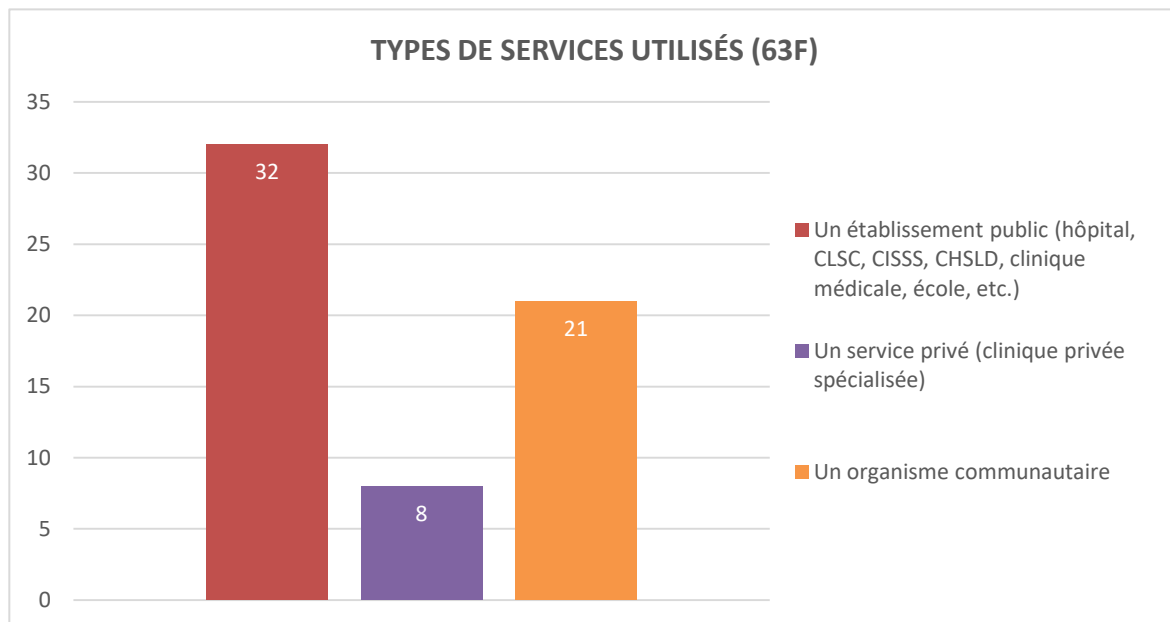
Le graphique 26 illustre que près de 63 % des femmes ayant consulté, ont reçu un suivi pour leur problème d'image corporelle ou de troubles alimentaires (27F). Ce suivi a pu prendre la forme d'un deuxième rendez-vous (14F) ou d'une référence vers un autre service (13F). Les données recueillies ne nous permettent pas d'évaluer la qualité de ce suivi.

Graphique 26 : Types de suivis reçus



En ce qui concerne l'utilisation des services, le graphique 27 démontre que 51 % des répondantes disent consulter principalement les établissements publics (32F) et 33 % des femmes (21F) utilisent les services d'un organisme communautaire. Seulement 8 femmes ont dit s'être dirigées vers un service privé.

Graphique 27 : Types de services utilisés



Pour cette catégorie, seulement 4 femmes ont payé pour des consultations. Par conséquent, nous ne présentons pas de graphique, les données étant trop peu significatives.

Le graphique 28 démontre que le niveau de satisfaction des 63 répondantes est modéré en comparaison des quatre autres catégories de problèmes.

Le niveau de satisfaction est légèrement inférieur pour toutes les dimensions, à l'exception des coûts. Cette diminution du niveau de satisfaction est particulièrement marquée en ce qui concerne les rapports interpersonnels.

Comme pour les autres catégories les aspects récurrents d'insatisfaction réfèrent :

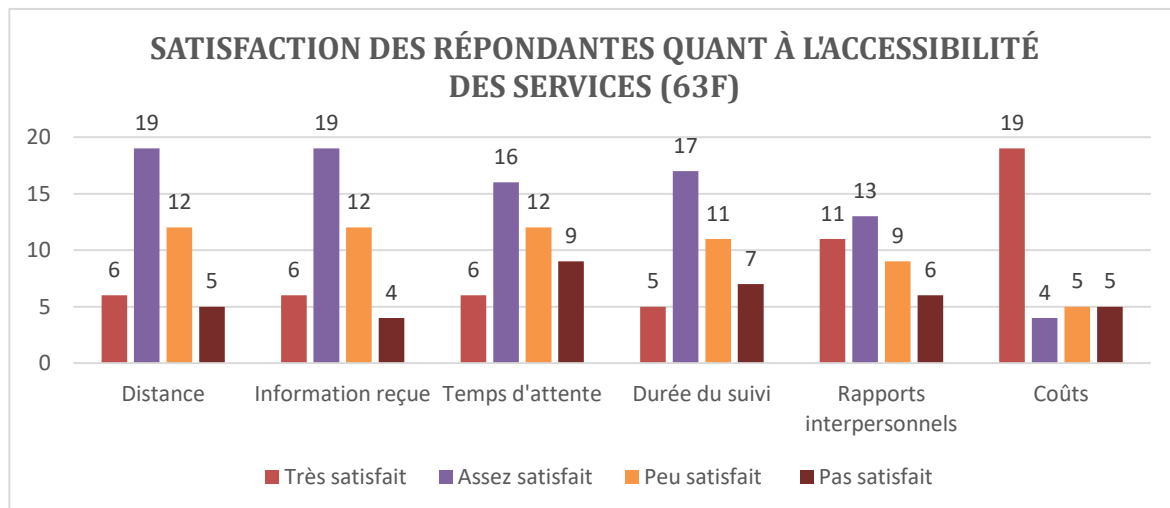
- › Au temps d'attente
- › À la durée du suivi

En regroupant les deux niveaux de satisfaction et d'insatisfaction, nous observons en pourcentage les résultats suivants :

Satisfaction : distance (40 %), information reçue (40 %), temps d'attente (35 %), durée des suivis (35%), rapports interpersonnels (38 %), coûts, (36,5 %).

Insatisfaction : distance (27 %), information reçue (25 %), **temps d'attente (33 %)**, **durée des suivis (35 %)**, rapports interpersonnels (24 %), coûts (16 %).

Graphique 28 : Satisfaction des répondantes quant à l'accessibilité des services

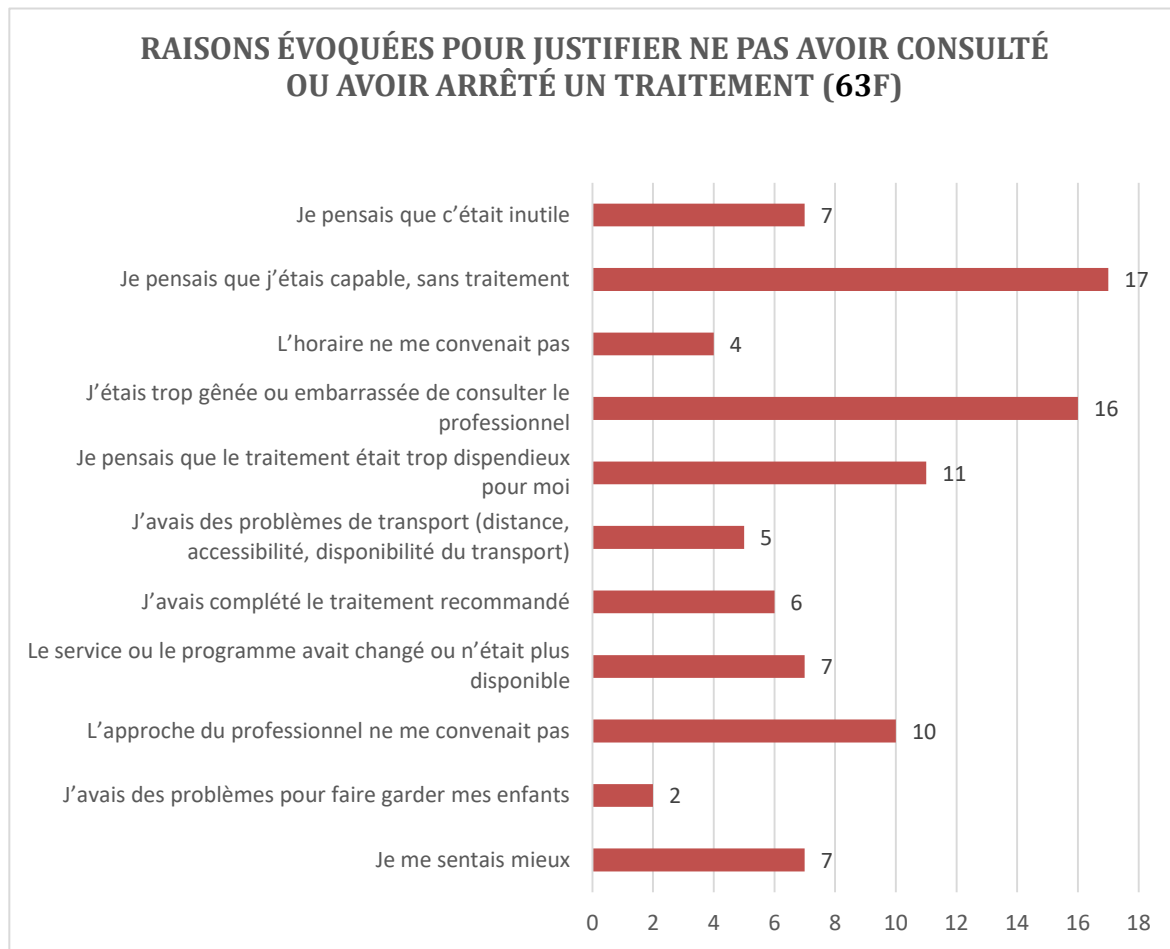


Les femmes étaient invitées à se prononcer sur les six dimensions. Elles n'ont parfois pas répondu ou ont signifié que la dimension ne s'appliquait pas à leur situation.

Les raisons qui motivent les femmes de cette catégorie à ne pas consulter ou à cesser leur traitement se distinguent des autres catégories. 27 % d'entre elles (17F) précisent qu'elles pensaient être capables de gérer la situation sans traitement et près de 25 % des femmes qui ont consulté (16F) affirment qu'elles étaient trop gênées ou embarrassées pour consulter.

Le coût du traitement est un frein à l'utilisation ou au maintien des services pour 17 % d'entre elles (11F). Ce sont en partie les femmes qui n'ont pas consulté qui ont nommé cette raison ainsi que les quatre répondantes qui ont payé.

Graphique 29 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement



Les femmes pouvaient nommer une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté, ou avoir cessé le traitement.

Faits saillants

- > Les répondantes de cette catégorie représentent 23 % de l'échantillon total (63F)
- > 68 % ont consulté des ressources professionnelles
- > 74 % utilisent les services des établissements publics et près de 50 % les ressources communautaires
- > Le niveau de satisfaction pour cette catégorie est modéré par rapport aux autres catégories pour l'ensemble des dimensions à l'exception des coûts
- > Le niveau d'insatisfaction se démarque particulièrement pour le temps d'attente et la durée des suivis
- > 27 % des femmes n'ont pas consulté ou ont arrêté de consulter parce qu'elles croyaient pouvoir gérer elle-même la situation et 25 % se sont senties trop gênées pour consulter

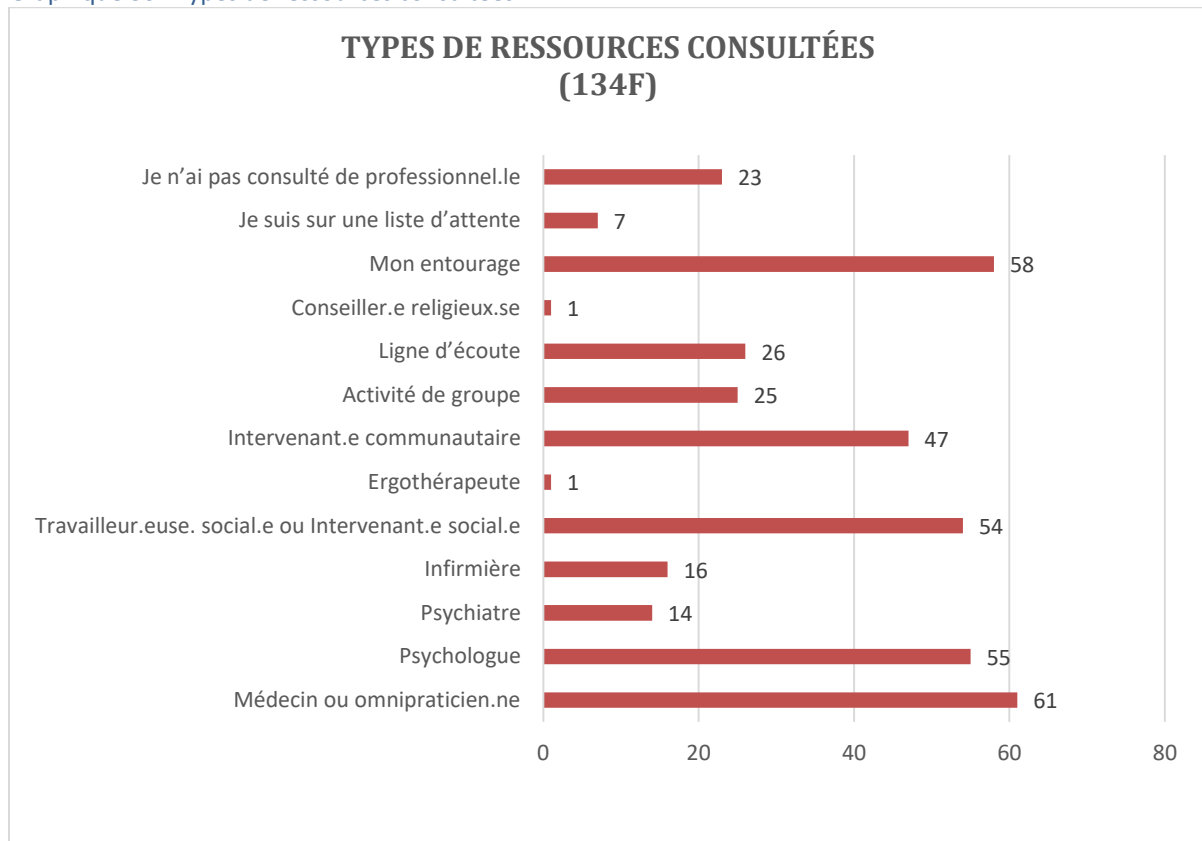
Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global

Une catégorie a été constituée pour regrouper d'autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global et la santé mentale en général. Celle-ci comprend les situations d'abus, d'agressions, de harcèlement, de violence conjugale, mais également le deuil ou toutes conditions liées à une situation familiale difficile fragilisant l'état de santé mentale de la femme.

Les résultats révèlent que 157 disent vivre ou avoir vécu ce type de difficultés. Elles représentent 57 % de l'échantillon. Notons que 144 femmes de ce groupe ont aussi répondu à la première catégorie soit les difficultés de santé mentale et psychologique.

Le graphique 30 présente les types de ressources consultées. Parmi les répondantes, 23 femmes ont mentionné ne pas avoir consulté de ressources. Le nombre de femmes ayant consulté est de 134. Les données suivantes sont calculées sur ce nombre. En moyenne, les répondantes disent utiliser 2,5 ressources différentes. Les deux types de ressources les plus consultées sont les médecins, puis les omnipraticiennes et omnipraticiens (45,5 %), les psychologues (41 %) et 43 % des femmes consultent leur entourage (58F). Les travailleuses et travailleurs sociaux (40 %) ainsi que les intervenantes et intervenants communautaires (35 %) sont fréquemment consultés.

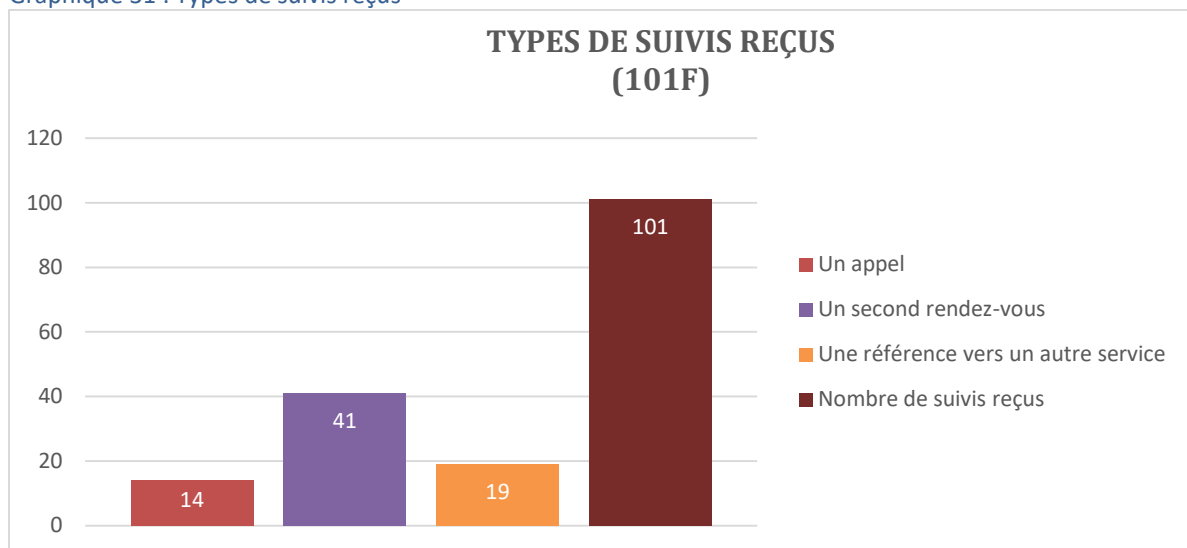
Graphique 30 : Types de ressources consultées



Concernant les suivis reçus à la suite d'une consultation, le graphique 31 démontre que 74 % des 134 femmes disent avoir obtenu un suivi (101F). Plusieurs d'entre elles n'ont pas précisé le type de suivi bien qu'elles avaient la possibilité d'écrire une réponse de type ouverte. Notons que la

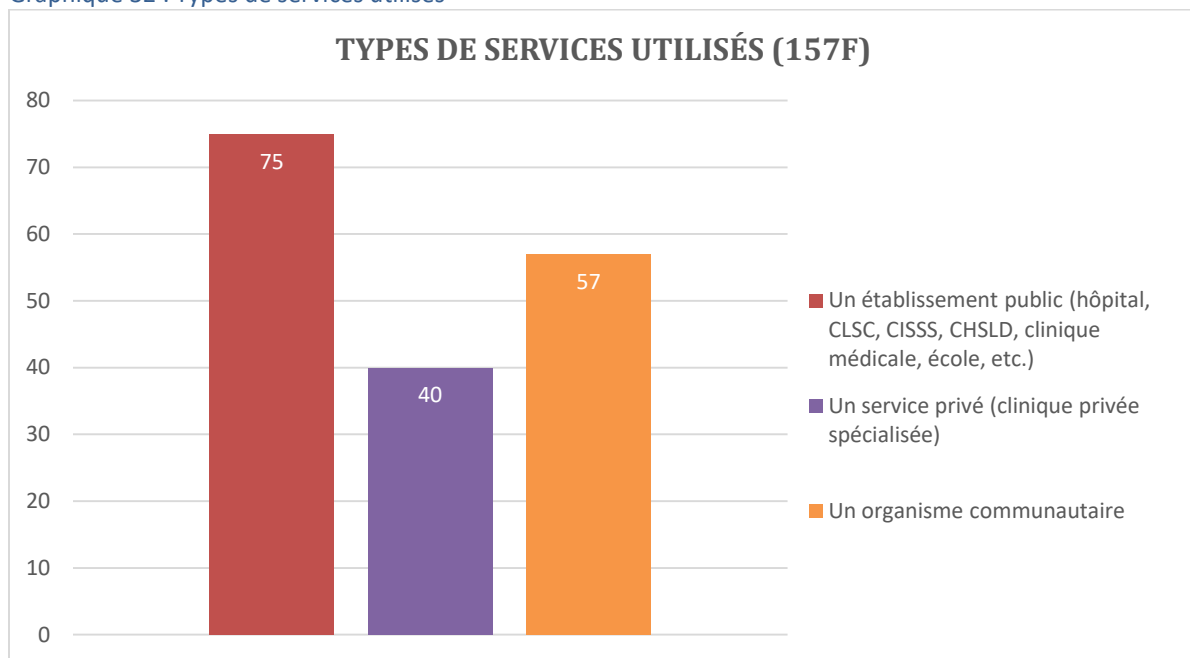
majorité des suivis consistent à obtenir un second rendez-vous (41F) et en deuxième lieu, les références vers une autre ressource (19F).

Graphique 31 : Types de suivis reçus



Concernant les types de services utilisés, le graphique 32 montre que 48 % des répondantes de cette catégorie utilisent principalement les établissements publics pour obtenir des services (75F). Un peu plus du tiers (36 %) d'entre elles (57F) utilisent les services des organismes communautaires et 25 % (40F) ont recours à des services privés.

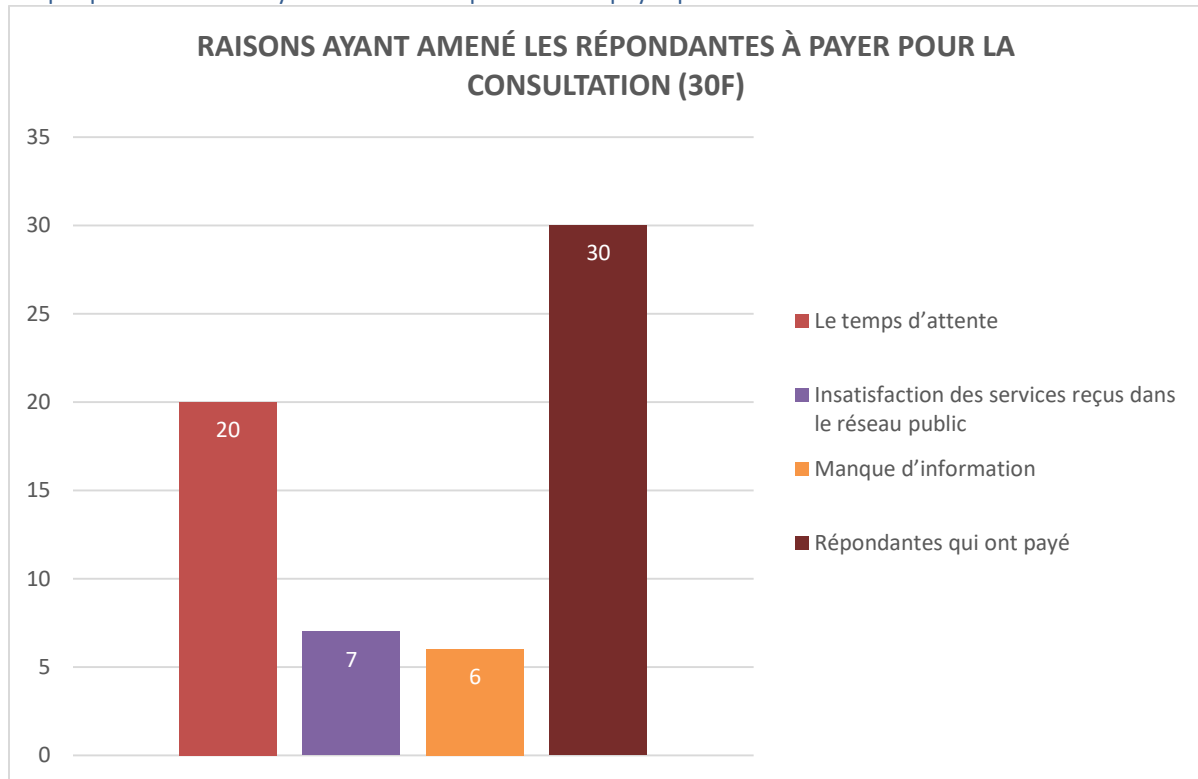
Graphique 32 : Types de services utilisés



Le graphique 33 illustre que parmi les 40 femmes qui utilisent les services privés, 30 d'entre elles ont payé pour leur consultation (75 %).

Réduire le temps d'attente demeure la raison la plus souvent évoquée pour 67 % des répondantes (20F) pour choisir de payer des services. Les deux autres motifs se répartissent également.

Graphique 33 : Raisons ayant amené les répondantes à payer pour une consultation



Les femmes pouvaient choisir plus d'une raison. Certaines n'ont pas précisé leur motivation sur le questionnaire papier.

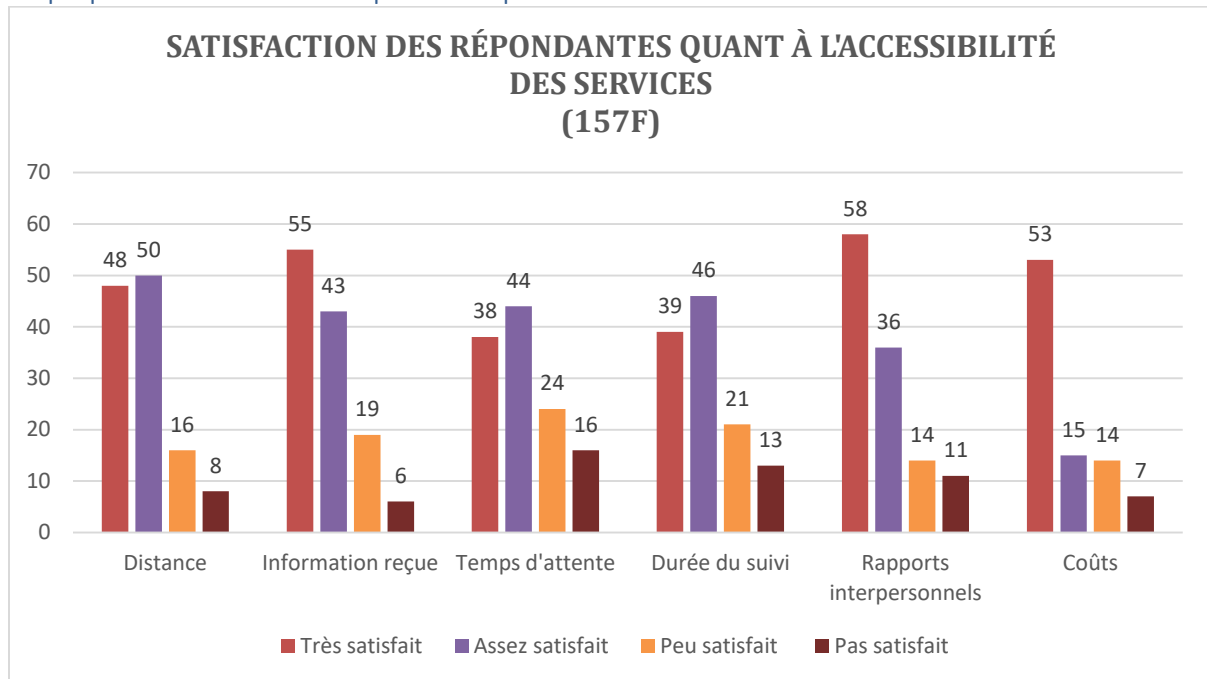
Tel que le révèle le graphique 34, le niveau de satisfaction est assez élevé pour l'ensemble des dimensions reliées à l'accessibilité des services à l'exception des coûts. Le temps d'attente demeure la dimension la moins appréciée. 25 % des répondantes (40F) qui ont consulté se disent peu ou pas satisfaites.

En regroupant les deux niveaux de satisfaction et d'insatisfaction, nous observons en pourcentage les résultats suivants :

Satisfaction : distance (62 %), information reçue (62 %), temps d'attente (52 %), durée des suivis (54 %), rapports interpersonnels (60 %), coûts, (43 %).

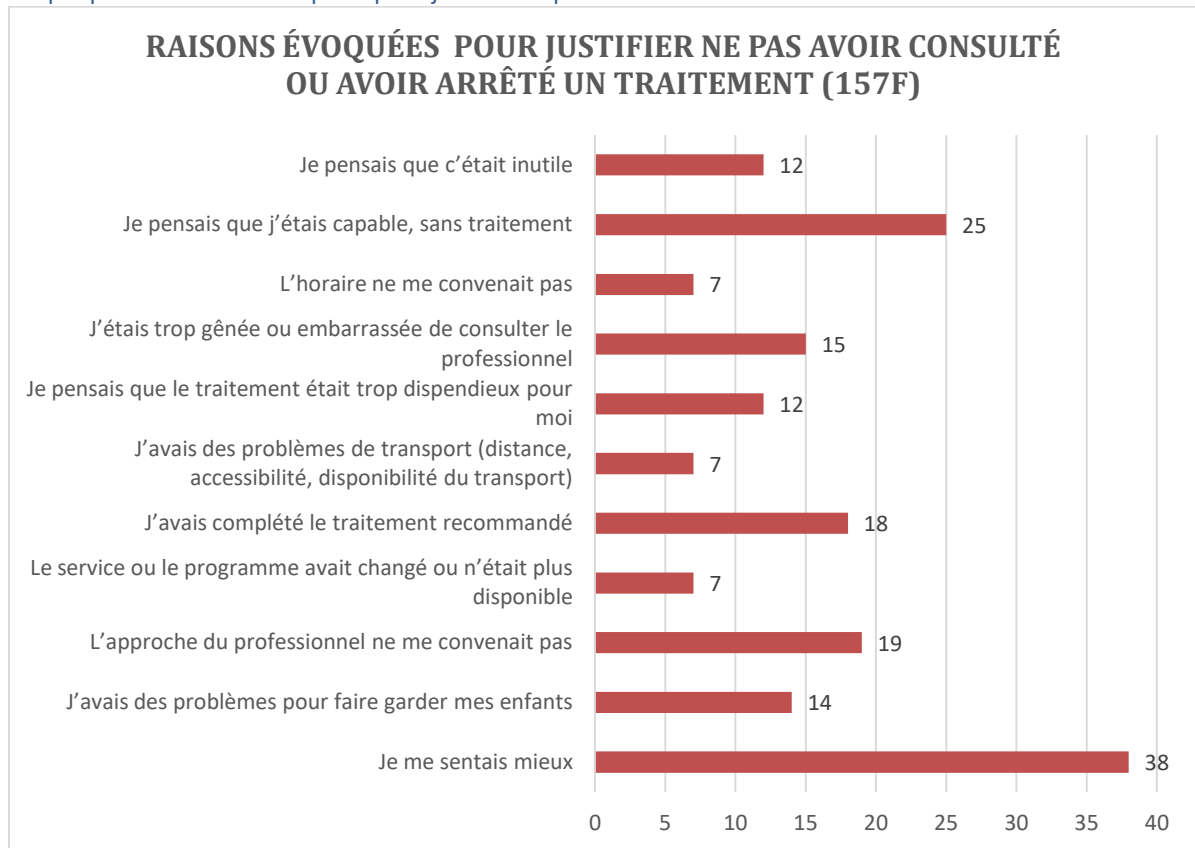
Insatisfaction : distance (15 %), information reçue (16%), temps d'attente (25 %), durée des suivis (22 %), rapports interpersonnels (16 %), coûts (13 %).

Graphique 34 : Satisfaction des répondantes quant à l'accessibilité des services



Le graphique 35 aborde les motifs de non-consultation ou d'arrêt de consultation. Près de 25 % des 157 femmes disent ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement parce qu'elles se sentaient mieux alors que 16 % des femmes (25F) ont affirmé se sentir capables de gérer seules leur situation et 12 % (19F) des femmes ayant consulté considèrent que l'approche de la ressource professionnelle ne leur convenait pas.

Graphique 35 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté où avoir arrêté un traitement



Les femmes pouvaient nommer une ou plusieurs raisons pour justifier leur choix de ne pas avoir consulté ou avoir cessé le traitement.

Faits saillants

- › 57 % des femmes disent vivre des situations qui fragilisent leur bien-être (157F)
- › 45,5 % des femmes consultent les médecins ou omnipraticiens.nes, 41 % les psychologues et 43 % des femmes consultent leur entourage
- › 48 % des 157 femmes utilisent les services publics, 36 % les services communautaires et 25 % les services privés
- › 75 % des femmes qui ont consulté des services privés disent avoir payé pour des consultations afin de réduire le temps d'attente
- › 62 % des femmes sont satisfaites de l'accessibilité en termes de distance et de l'information reçue et 60 % des rapports interpersonnels
- › 25 % vivent de l'insatisfaction en ce qui a trait au temps d'attente et 22 % en ce qui concerne la durée des suivis

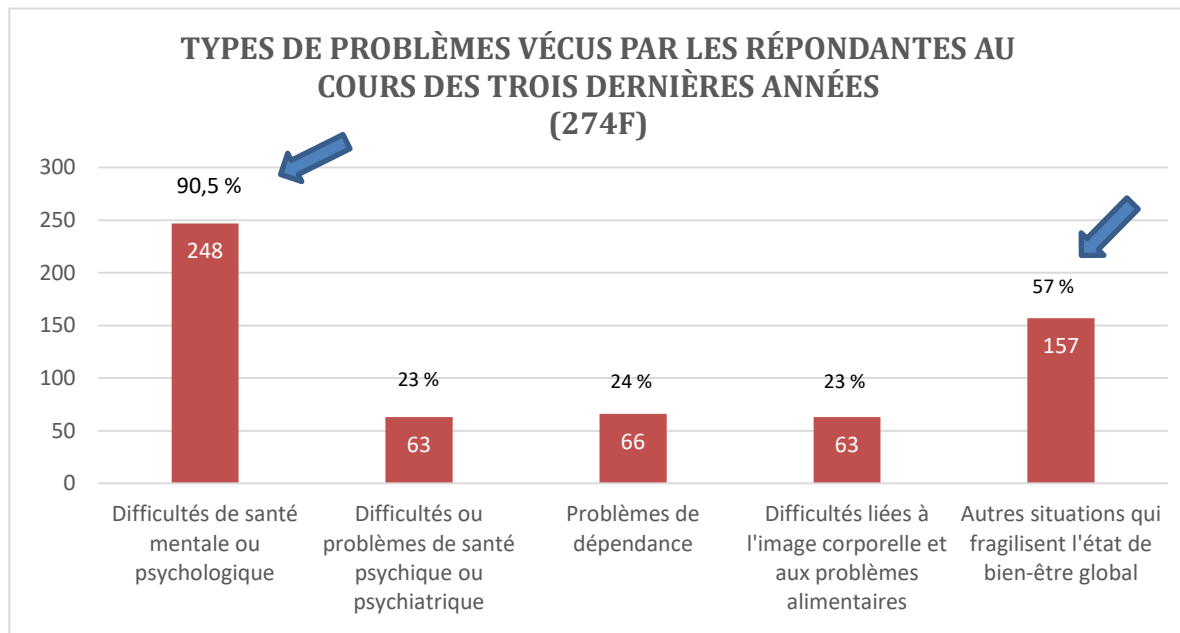
SYNTHÈSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS

Cette section présente des résultats comparés pour toutes les catégories concernant certaines dimensions quant à l'utilisation et l'accessibilité des ressources en santé mentale. Pour ce faire, nous avons analysé de manière transversale les résultats issus de chacune des catégories et nous avons produit des graphiques permettant de comparer les catégories entre elles.

Ces résultats comparés présentent une vue d'ensemble de six dimensions analysées :

- › l'utilisation des services (le fait de consulter ou ne pas avoir consulté et payer pour un service);
- › les raisons qui amènent les femmes à payer pour des services;
- › les ressources consultées par les femmes par ordre d'importance;
- › les types de services utilisés (publics, privés et communautaires);
- › le niveau de satisfaction des critères énoncés d'accessibilité des services;
- › les raisons pour ne pas avoir consulté ou avoir arrêté de consulter.

En introduction de cette section, nous rappelons le graphique 4 déjà exposé précédemment concernant le profil des femmes.

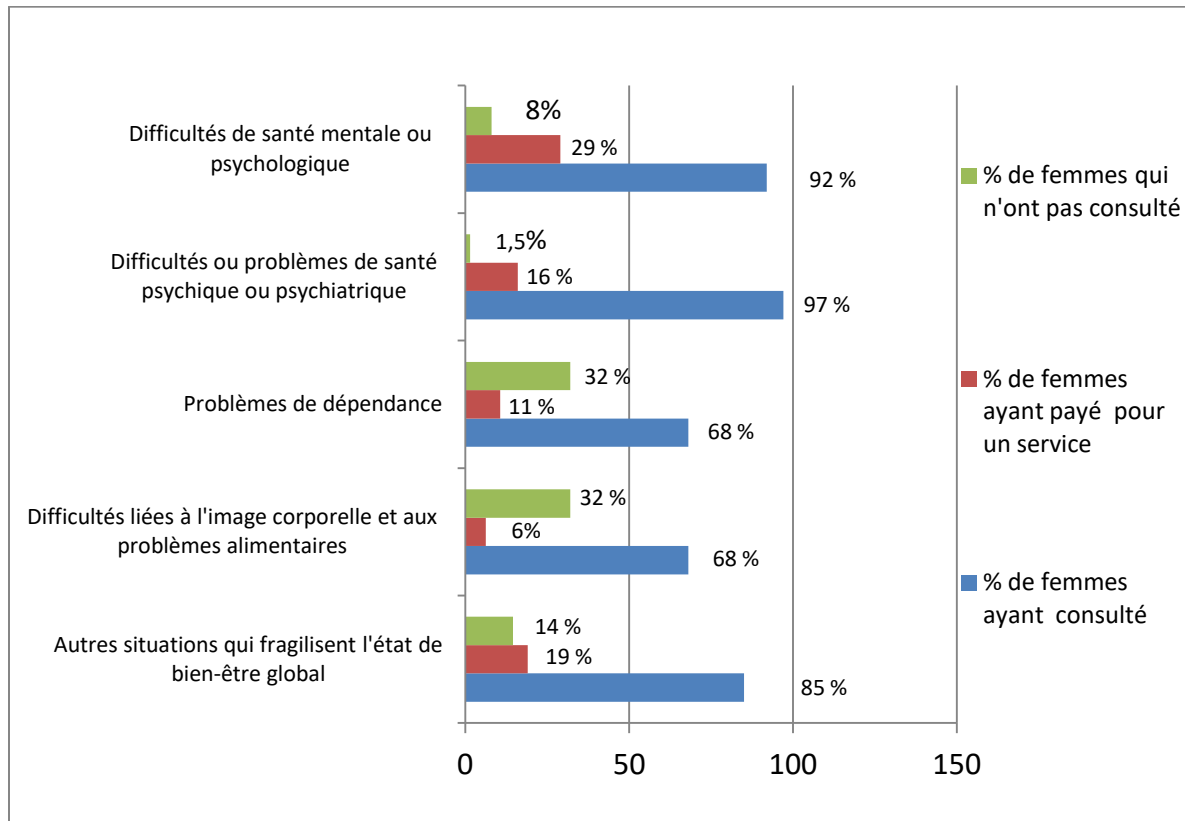


Les répondantes sont nombreuses à vivre des difficultés de santé mentale ou psychologique que ce soit la dépression, l'anxiété, le stress ou le surmenage. Plusieurs de ces femmes ont aussi indiqué qu'elles éprouvent d'autres problèmes qui fragilisent leur état de bien-être global (violences, abus, agressions, pauvreté, etc.).

Le cumul des problématiques témoigne de la gravité de certaines réalités vécues par les femmes. En effet, nous avons déjà mentionné que la grande majorité d'entre elles (200F) affirment vivre ou avoir vécu plus de deux problèmes de santé mentale durant les trois dernières années, soit 68 %.

Le graphique 36 regroupe pour chacune des cinq catégories de problèmes, trois types de résultats concernant l'utilisation des services soit : le pourcentage de femmes ayant consulté, le pourcentage de femmes ayant payé pour un service ainsi que le pourcentage de femmes n'ayant pas consulté.

Graphique 36 : Résultats comparatifs de l'utilisation des services



Ces données révèlent que les problèmes de « Difficultés de santé mentale ou psychologique » ainsi que, dans une moindre mesure, les « Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global » amènent davantage les femmes à payer pour des services. Nous verrons plus loin que les commentaires qualitatifs nous renseignent sur les situations d'urgence qui amènent les femmes à payer pour des services. Nous constaterons qu'elles payent pour des services de psychothérapie non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les femmes qui consultent moins sont dans les catégories « Difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires » ainsi dans la catégorie « Problèmes de dépendance ». Le croisement des variables âges et femmes qui consultent démontre que ce sont des femmes plus jeunes qui consultent moins pour ces deux catégories.

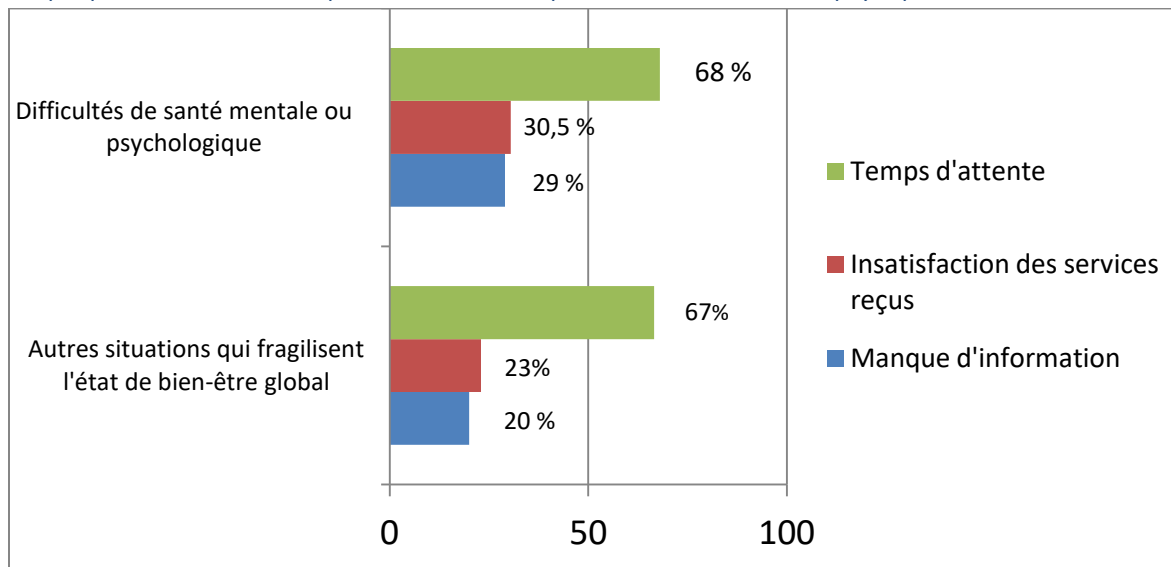
Autres problèmes vécus

Notons que 173 femmes (63 %) ont mentionné avoir des incapacités et sur ce nombre, certaines ont mentionné plus d'une incapacité. Il s'agissait d'une variable incluse dans la dernière partie du

questionnaire à la section des données sociodémographiques. Celles-ci peuvent comprendre des incapacités physiques temporaires (26 F), de la douleur chronique (69F), un handicap (13F), des complications de grossesses (7F), des blessures liées à un accident (30 F). 53 femmes ont aussi indiqué « autres incapacités ». Dans les questionnaires en version papier, les femmes ayant indiqué autres incapacités, ont nommé des maladies.

Le graphique 37 informe sur les raisons qui amènent les femmes à payer pour des services dans les deux catégories où elles sont plus nombreuses à avoir répondu. Le temps d'attente demeure la principale raison pour les deux catégories de problèmes. Les réponses relatives aux autres catégories ne sont pas suffisantes pour les compiler de manière comparative.

Graphique 37 : Résultats comparatifs des raisons qui amènent les femmes à payer pour des services



La compilation des données toutes catégories confondues concernant le type de ressources consultées révèle que quatre groupes de ressources qui sont les plus consultées par les femmes sont : 1) les omnipraticiennes, omnipraticiens et médecins de famille, 2) les psychologues, 3) les travailleuses et travailleurs sociaux et/ou les intervenantes et intervenants sociaux. Pas très loin en quatrième et cinquième place, les intervenantes et intervenants communautaires et l'entourage. Notons que le recours à l'entourage est plus marqué pour les catégories « Problèmes de dépendance » et « Difficultés de santé mentale ou psychologique ».

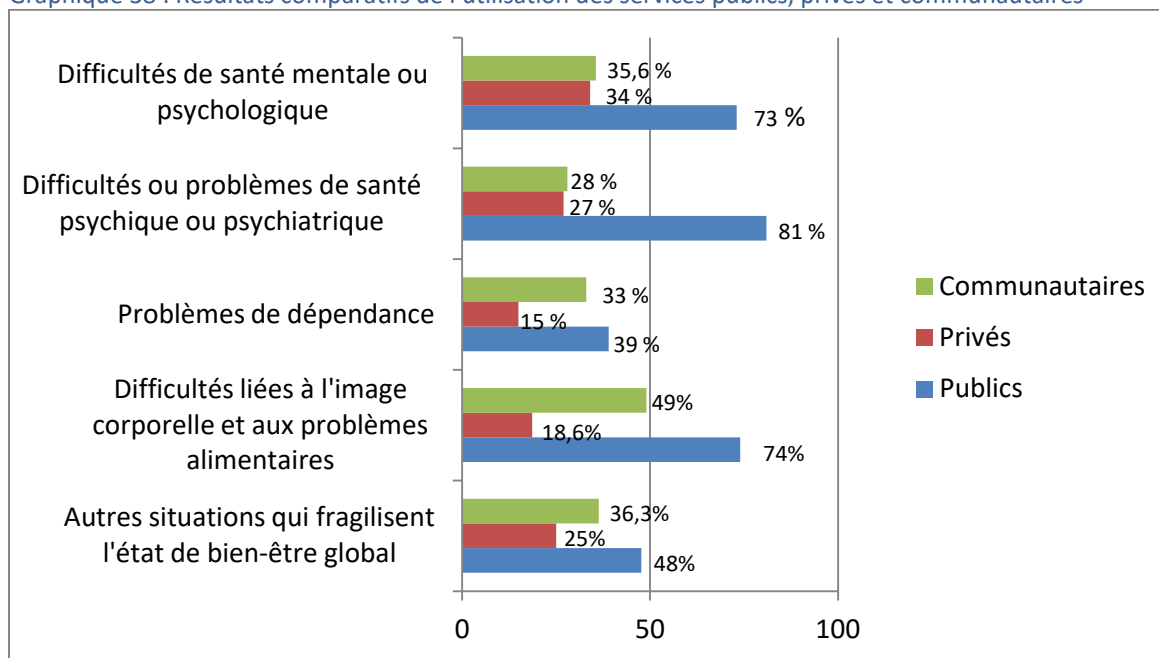
Tableau 3 : Ressources consultées toutes catégories confondues

LES RÉPONDANTES ONT CONSULTÉ EN MOYENNE TROIS (3) RESSOURCES

- 57 % ont consulté un ou une omnipraticien.ne et médecin de famille
- 35 % ont consulté un.e psychologue
- 32 % ont consulté un.e travailleur.euse social.e ou intervenant.e social.e
- 29 % ont consulté un.e intervenant.e communautaire
- 24 % ont consulté leur entourage
- 24 % ont consulté une infirmière
- 22 % ont participé à une activité de groupe
- 22 % ont consulté un psychiatre
- 15 % ont consulté une ligne d'écoute
- 4 % ont consulté un.e ergothérapeute
- 1 % ont consulté un.e conseiller. ère religieux.se

Le graphique 38 informe des trois types de services utilisés par catégories de problèmes vécus. De manière générale, les résultats révèlent une utilisation marquée pour les services privés bien que les services publics soient les plus utilisés. Les commentaires qualitatifs nous informent que les services privés sont utilisés lors de situations d'urgence et à défaut d'avoir des suivis à plus long terme dans les services publics pouvant répondre aux besoins psychosociaux. Nous constatons une utilisation plus importante des services communautaires pour la catégorie « Difficultés liées à l'image corporelle et aux problèmes alimentaires » ainsi que pour la catégorie « Autres situations qui fragilisent l'état de bien-être global ».

Graphique 38 : Résultats comparatifs de l'utilisation des services publics, privés et communautaires



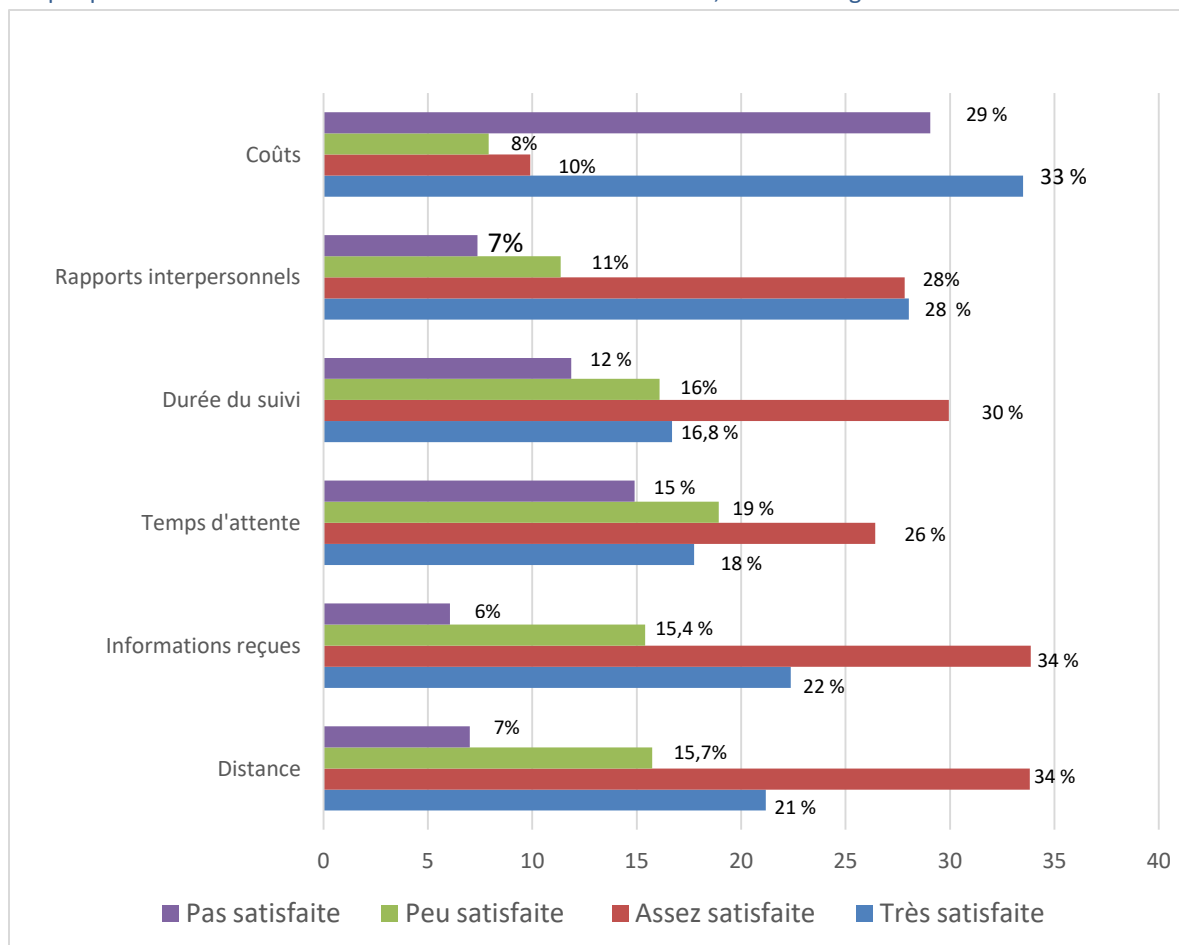
Le graphique 39 démontre le niveau de satisfaction lié aux variables d'accessibilité aux services. De manière globale et comparée, le niveau de satisfaction est plutôt bon en ce qui a trait aux variables « distance » et « information reçue ». Toutefois, la distance pose un problème pour les femmes qui doivent aller à l'extérieur de la région pour recevoir des services professionnels spécialisés.

Les coûts des services représentent la principale source d'insatisfaction, surtout pour les femmes qui ont eu à les payer.

Le niveau de satisfaction diminue pour la variable « rapports interpersonnels » dans la catégorie « Problèmes de santé psychique et psychiatrique » et « Problèmes de dépendance ».

La satisfaction diminue aussi pour la variable « durée des suivis » (correspondant aux besoins de suivis psychosociaux) et « temps d'attente » (correspondant aux situations d'urgence).

Graphique 39 : Niveau de satisfaction et accessibilité des services, toutes catégories confondues



Pour terminer cette partie des résultats comparés, nous avons regroupé, toutes catégories confondues, les raisons évoquées par les femmes pour ne pas consulter ou pour arrêter un traitement.

Deux principaux ressortent pour l'ensemble des catégories :

- › Je me sentais mieux
- › Je pensais que j'étais capable sans traitement

Le tableau 4 illustre les raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement. Les motifs sont par ordonnancement.

Tableau 4 : Raisons évoquées pour justifier ne pas avoir consulté ou avoir arrêté un traitement

- **20 % Je me sentais mieux**
- **18 % Je pensais que j'étais capable sans traitement**
 - 14 % Je pensais que le traitement était trop dispendieux pour moi
 - 13 % L'approche professionnelle ne convenait pas (problèmes psychiatriques surtout)
 - 13 % J'avais complété le traitement recommandé
 - 10 % J'étais trop gênée ou embarrassée de consulter un ou une professionnelle (problèmes de dépendance, problèmes alimentaires surtout)
 - 10 % Je pensais que ce serait inutile
 - 8 % Le service ou programme avait changé ou n'était plus disponible
 - 8 % J'avais des problèmes de transport (problèmes psychiatriques et problèmes alimentaires surtout)
 - 5 % J'avais des problèmes pour faire garder mes enfants
 - 4 % L'horaire ne convenait pas

PAROLE DE FEMMES

Cette partie présente les commentaires des femmes à la question ouverte qui terminait le questionnaire. Les femmes étaient invitées à formuler un commentaire d'ordre général sur l'accessibilité des services.

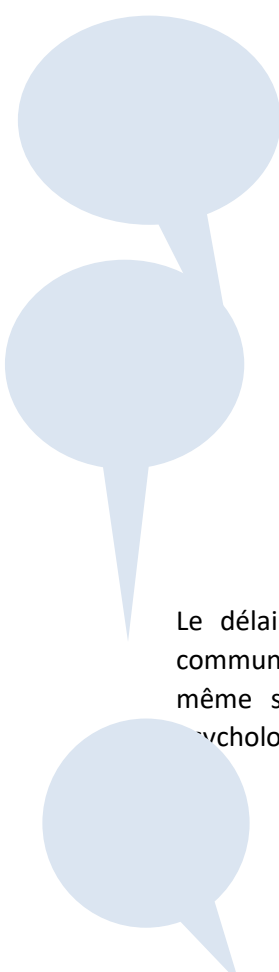
Soixante femmes ont écrit un commentaire ou fait un témoignage de leur expérience

› 16 COMMENTAIRES PORTENT SUR LES VARIABLES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Les délais trop longs amènent les femmes à s'orienter vers les ressources privées. On y va par nécessité, souvent dans des situations d'urgence et les femmes s'endettent.

Le temps d'attente a des effets délétères sur la santé des femmes et fragilise leur état. Il y a détérioration de leur situation selon leurs témoignages.

Certaines ont accès à des assurances ou des programmes d'aide aux employées (PAE) ce qui facilite l'accès à des ressources professionnelles, mais plusieurs s'endettent et se voient obligées d'arrêter les services. En général, elles sont plus ou moins satisfaites de ce type de services.



« Le temps d'attente est trop long, même pour avoir un médecin. Lorsque j'ai eu un R-V, c'était avec un homme. J'ai accepté sur le coup, mais lorsque le R-V est arrivé, je ne suis pas allée parce que je ne me sentais pas bien avec un homme. J'aurais eu besoin de rencontrer une personne immédiatement, mais ce n'était pas possible. J'ai consulté au privé pour des pensées suicidaires... je paye encore les frais sur ma carte de crédit. »

« J'ai la chance d'avoir un médecin de famille. Pour le restant, je me débrouille avec le système privé (auquel je peux avoir accès parce que je paye une assurance privée en lien avec mon travail) et les listes d'attente d'organismes publics (CRDP-DI-TSA). J'ai une jeune enfant qui a un trouble du spectre de l'autisme. »

Le délai d'attente amène les femmes à se diriger ou à être dirigées vers les ressources communautaires. Elles y trouvent une source de satisfaction sur le plan de l'accueil, du soutien même si ces organismes ne répondent pas à certains besoins dont le soutien de suivi psychologique.

« J'ai été sur la liste d'attente de mai 2015 à juin 2016. J'étais en dépression, je suis devenue enceinte et les symptômes se sont estompés au premier trimestre. J'ai dit à la personne qui appelle pour vérifier si on a toujours besoin des

services que je n'avais plus de symptômes depuis le début de la grossesse, mais que je craignais un retour en force dans les mois suivants ou après la grossesse. Elle m'a retirée de la liste d'attente. Deux ou trois mois après l'accouchement, j'avais fait une rechute. Je n'ai pas réussi à voir un médecin malgré une référence de l'infirmière de la clinique d'allaitement. »

Les critères d'admissibilité réduisent l'accessibilité à certains programmes ou ressources.

L'absence de services spécialisés dans la région apporte des contraintes d'accès en raison des coûts de transport.

Les inégalités de ressources pour les femmes plus démunies préoccupent certaines d'entre elles.



« J'ai demandé de l'aide partout. Après six mois, j'ai été refusée par le CLSC pour l'aide nécessaire (aide à domicile) pour ma maladie chronique. La raison qu'ils m'ont donnée était que je ne rentrais pas dans le cadre du service parce je suis trop jeune. »

« Je trouve que le système de santé mentale laisse à désirer. Il manque constamment d'intervenants. Les listes d'attentes sont interminables et il est toujours difficile d'avoir recours à des soins psychologiques sans déboursier. »

« Merci d'offrir ce sondage, mon parcours personnel a nécessité la consultation de plus d'un professionnel du privé et public. Je suis privilégiée d'avoir eu accès au soutien des assurances, ça m'a permis de cheminer et de me sentir mieux. Aujourd'hui, après 1 an d'attente, je débute un service en psychologie au CLSC. Je considère être une femme résiliente qui a beaucoup de ressources, mais je n'ose imaginer une femme plus isolée dépourvue d'un accès à des suivis. La situation dans le réseau gagnerait grandement en diminuant le temps d'attente aux soins en santé mentale. »

› 16 FEMMES ONT ÉVOQUÉ LES ENJEUX DE CONTINUITÉ ET D'ACCÈS AUX SERVICES

L'enjeu de la **continuité** entre les services est souvent évoqué surtout dans les situations où les femmes cumulent différentes problématiques. Elles expriment ceci par le manque de liens entre les ressources, le manque de connaissances des ressources communautaires (références), l'absence de suivis entre les ressources. Les **critères d'admissibilité** sont liés à cet enjeu dans plusieurs situations et l'absence de services spécialisés dans la région apporte des contraintes d'accès en raison des coûts de transport. **Le grand trou de service : l'accès aux psychologues!**



« Ce que je trouvais déplorable, c'est quand mon médecin de famille a pris sa retraite, je n'avais pas le droit de m'inscrire ailleurs parce qu'ils disaient que j'avais encore un médecin de famille. Ça a ralenti le processus. Ma santé s'est détériorée pendant ce temps-là et je n'avais pas de suivi. Il y a eu des manques de communication et mon dossier s'est perdu. »

« Après deux mois, j'ai été aussi refusée par le CLSC pour l'aide au niveau psychologique, car j'ai été catégorisée violence conjugale. Donc, il fallait que je commence des démarches auprès du CAVAC⁶ pour avoir accès à IVAC⁷. Je n'avais pas le droit à voir une psychologue du CLSC pour n'importe quel problème tant que j'étais en attente du suivi par IVAC. »

« Je vis des troubles généralisés d'anxiété. J'ai essayé énormément de médicaments sans grand succès. Suite à la prise d'anticoagulant, j'ai eu une grande contrainte de plus ajoutée au choix de médication. J'ai fait plusieurs demandes à mon médecin de famille pour consulter un psychiatre pour recevoir des recommandations de médication, sans succès. Je réussis à avoir une recommandation pour un psychiatre à la clinique externe de l'hôpital Le Gardeur. Une T.S. m'appelle, on évalue mon cas et elle juge que je ne peux pas avoir la rencontre avec un psychiatre. Donc, deux ans après, toujours à la case départ et aucune aide pour changer ma médication. »

« Temps d'attente est long dans les hôpitaux. Les médecins ne connaissent pas bien les ressources communautaires. »

› 8 COMMENTAIRES PORTENT SUR LE RAPPORT AUX RESSOURCES PROFESSIONNELLES ET LEUR APPROCHE

Le rapport, le lien avec les ressources professionnelles sont vécus pour certaines comme une expérience éprouvante. La qualité du lien peut atténuer les autres éléments d'insatisfaction.

Les femmes expriment ne pas se sentir considérées, entendues, comprises, écoutées par les ressources professionnelles. Certaines nomment le sentiment d'être laissées à elles-mêmes. D'autres femmes ressentent un jugement des personnes consultées envers elles. Ce sont surtout les femmes qui vivent des difficultés d'ordre psychiatrique et de dépendance qui ont formulé ces commentaires.

L'approche médicalisante est critiquée et les femmes disent ne pas avoir de pouvoir sur les options de traitement (lien ici avec le sentiment de ne pas être entendues, écoutées, considérées).

⁶CAVAC : Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels

⁷IVAC : indemnisation pour les victimes d'actes criminels

Elles nomment aussi la faible qualité des services professionnels dans le cadre des programmes d'aide aux employées.



« Après avoir vécu une période d'anxiété, déprime aussi, mon médecin a rapidement prescrit un antidépresseur. Je sentais que j'avais à explorer d'autres options avant d'arriver là. Je l'ai fait dans le réseau privé avec une psychologue qui a dû terminer sa pratique abruptement pour maladie. J'ai trouvé un autre psy, mais en ayant un lien moins significatif. Ça m'a fait un peu de bien, mais pas à la hauteur de mes espérances. Bref, j'ai trouvé que ça amputait vraiment mon budget et c'est difficile de trouver le bon professionnel, d'établir un lien significatif quand on est fragilisé. J'ai trouvé une oreille bienveillante en ma naturopathe, c'est ce qui a été au cœur de ma rémission. Le printemps aussi ! J'aurais eu confiance en un organisme communautaire avoir eu un problème spécifique. »

« Mon expérience avec les professionnelles en psychiatrie (...) n'a pas été positive. Leur approche, attitudes et même leurs connaissances concernant la dépression et l'anxiété ne semblaient pas du tout adaptées. Je me suis sentie jugée et surtout infantilisée. Je n'ose pas imaginer comment cela se passe pour des personnes plus démunies. Mon suivi avec une psychologue en bureau privé est ce qui m'a réellement aidée. »

« La liste est longue, manque d'information de la part des spécialistes, pas assez de compassion. »

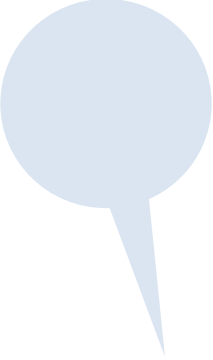
› 17 COMMENTAIRES ABORDENT LA SATISFACTION ÉLEVÉE POUR LES SERVICES OFFERTS DANS LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'accueil, le soutien efficace, la qualité des relations, l'accès à un réseau sont fréquemment nommés. La capacité des organismes de s'adapter à la réalité des femmes est aussi mentionnée par quelques-unes. Le fait qu'il n'y pas de durée déterminée est apprécié. Les femmes disent que les ateliers, l'éducation, l'accompagnement leur permettent de se reconstruire, de mieux comprendre leur situation. Selon certaines femmes, les services spécialisés comme les psychologues sont toutefois moins présents dans les organismes communautaires.



« J'ai été victime de violence conjugale dans le passé. Dans le temps, le système de services en santé mentale a jugé que j'étais capable de passer à travers toute seule. Par contre, les conséquences sont sorties plus tard et d'autres épreuves sont arrivées par la suite. J'ai eu besoin de services, mais je me rappelle que le psychologue avait dit que j'avais plus besoin de suivi. J'ai

beaucoup utilisé le Centre de femmes pour me rebâtir et donc être capable de faire face à des problèmes dans ma vie. Je fais face à certains problèmes d'accessibilité pour les suivis pour les problèmes de santé physique à cause du transport et le temps d'attente. »



« J'aimerais que les femmes de Lanaudière puissent avoir un suivi psychologique gratuit ou à faible coût rapidement quand elles en font la demande. Je nomme ceci parce que je crois que lorsque nous faisons une demande d'aide, c'est parce que nous avons épuisé nos ressources personnelles et que le besoin est urgent. L'attente au CLSC est longue, trop longue quand on se sent dans l'urgence parce que l'on ne va pas bien (...) j'ai préféré aller au privé, même si je me suis endettée pour m'aider et j'ai été vers des organismes communautaires. Ces organismes m'ont accueillie chaleureusement et rapidement. Toutefois, leurs expertises ne pouvaient pas répondre à mon besoin de suivi et d'aide psychologique comme une thérapie. Toutefois, je me suis trouvée un nouveau réseau et je me suis sentie acceptée telle que j'étais. Merci. »



« Suite à des incidents de harcèlement et d'agression de la part de mon ex, j'ai appelé la police et une des choses qu'ils m'ont dites, c'était, "Allez-vous faire soigner, madame." Mes demandes d'aide et démarches au niveau de la police et avec IVAC et CAVAC ont rien donné. Quand IVAC te donne un refus, tu es laissée à toi-même et tu n'as pas le choix d'aller avec le communautaire et te démerder avec le 811. J'ai eu accès à une rencontre avec une travailleuse sociale qui a fait une référence avec une psychologue pour des traumatismes de violence. J'ai fait affaire avec deux organismes qui travaillent avec les femmes et elles m'ont beaucoup soutenue. »

« Les services communautaires sont vraiment bons et doivent être utilisés, mais au niveau des services médicaux publics, faut vraiment avoir la chance de tomber sur un bon médecin qui est intéressé et informé, ce qui n'a pas été mon cas. C'est très grave, j'ai failli en mourir... Une chance que j'étais bien entourée, ça m'a permis d'aller chercher de l'aide ailleurs et finalement de guérir, mais ça été long. Plus d'un an sans travailler. »

Les questions à choix de réponses ne nous ont pas permis de distinguer le niveau de satisfaction selon le type de services puisque les femmes utilisent souvent plusieurs types de services pour un même problème et elles sont en lien avec plusieurs ressources professionnelles. Certaines femmes (10F) qui ont rempli le format papier du questionnaire ont indiqué précisément des noms de personnes, de ressources ou de services reliés aux questions de satisfaction que ce soit pour les ressources communautaires ou publiques.

› 3 COMMENTAIRES PORTENT SUR LA SANTÉ MENTALE ET LE TRAVAIL, AINSI QUE SUR LA CHARGE MENTALE

Des femmes énoncent des difficultés liées à la conciliation travail-famille, à la lourdeur de la charge relative au soutien familial ou le fait d'être proche aidante ou encore le stress et l'anxiété liés au travail.



« La conciliation travail-famille lorsqu'on est parent, grand-maman et proche aidante pour sa mère est une situation compliquée. Ça augmente le stress dans notre vie quotidienne. Il est difficile d'avoir l'information pour du soutien. Je ne sais pas à qui m'adresser. Mon médecin n'est pas attentive à cette réalité. »

« Il est difficile pour une personne âgée d'être informée sur les services. Ce n'est pas le médecin qui me renseigne. Ça demande beaucoup de temps pour mes enfants de m'aider. »



« Mon chum qui est TDAH et très anxieux vit parfois des difficultés qui ne sont pas prises correctement en charge par le service de santé. Je suis souvent celle qui le supporte, l'accompagne, mais je suis continuellement déçue par les médecins ou autre vers qui je le dirige afin d'alléger cette responsabilité que je n'ai pas toujours la force de soutenir et supporter. »

« J'ai profité du programme d'aide aux employés et je trouve dommage de ne pas avoir de suivis une fois les 6 rencontres terminées. »

CONSTATS GÉNÉRAUX

Cette partie discute de l'analyse des résultats produite par l'équipe du Centre de recherche sociale appliquée avec la collaboration du comité de suivi.

L'analyse s'appuie sur les résultats du sondage et les commentaires qualitatifs des femmes exclusivement. Notons également que les femmes ont répondu au questionnaire par choix de réponses, mais nous ne les avons pas interrogées pour approfondir le sujet. Cette étape pourrait être pertinente pour aller plus loin et comprendre plus finement certains aspects de leur point de vue sur l'accessibilité des services en santé mentale.

Nous pensons que les résultats de cette étude permettront aux groupes d'avoir un éclairage sur la question de l'accès aux services, à partir de la perception des femmes grâce à leur participation au sondage. Elle ouvre la voie à des réflexions, à approfondir des enjeux et à favoriser le développement de collaborations.

Constats généraux

Concernant le profil des femmes

- › Le nombre de femmes rejointes est de 274 femmes. Ce nombre est suffisamment significatif pour affirmer que les résultats permettent d'apporter un éclairage sur la question de l'accès aux services en santé mentale pour les Lanaudoises.
- › Les femmes rejointes sont plutôt représentatives des groupes d'âge qui composent la population féminine. Toutefois, comme les femmes très jeunes et les plus âgées sont moins représentées, nous en savons peu sur leur point de vue concernant l'accessibilité aux services en santé mentale.
- › Elles sont majoritairement à faible revenu.
- › Nous constatons que le tiers des femmes habitent seules (93F). Parmi celles-ci, la moitié a un revenu familial annuel de moins de 20 000 \$.

Concernant les types de problèmes vécus

- › Les femmes conjuguent plusieurs problèmes en même temps alors qu'elles trouvent des réponses isolées et compartimentées en termes de services. La majorité des femmes, soit 73 % se sont identifiées dans au moins deux catégories de problèmes et 38 % dans plus de trois catégories.
- › Le niveau de corrélation est grand entre les situations qui fragilisent l'état de bien-être global et les difficultés de santé mentale et psychologique. Presque la totalité de celles qui ont des situations qui fragilisent l'état de santé (violence conjugale, deuil, harcèlement, etc.) a aussi des difficultés de santé mentale et psychologique.

- › 22 % des femmes ont pris le temps d'exprimer un commentaire qui apportait un éclairage sur les données quantitatives (60 commentaires). Ces commentaires nous permettent de mieux comprendre et d'illustrer plus concrètement leurs perceptions et leur expérience d'utilisation et d'accessibilité des services en santé mentale. Les réponses concernant les incapacités démontrent aussi que les femmes souffrent physiquement et que l'attente de soins aggrave leur état de santé psychologique et mentale.
- › Plusieurs femmes disent vivre avec une forme quelconque d'incapacité. Le taux est énorme soit 173 femmes sur 274 répondantes et il témoigne des conditions difficiles qu'elles vivent. Bien que nous ne soyons en mesure de préciser à quoi réfèrent les réponses « *autres incapacités* », nous pouvons certainement constater un lien évident entre la santé mentale des femmes et leur santé physique. Souffrir physiquement finit par atteindre la santé psychologique. Une femme l'a clairement énoncé par ce commentaire :

« Le temps d'attente pour les traitements pour les problèmes de santé physique amène à des problèmes de santé mentale à cause de vivre dans la douleur ça amène des pensées noires. Le côté humain des médecins aujourd'hui n'est pas fort, on se sent découragée quand on sort de là ».

Concernant l'utilisation des services et des ressources professionnelles

- › Nous constatons que plus les besoins sont globaux (santé mentale et psychologique et autres situations qui fragilisent l'état de santé globale), plus il y a une augmentation de l'utilisation des services et la réponse n'est pas perçue comme adéquate.
- › Pour recevoir des services, les femmes doivent avoir un diagnostic. Celui-ci déterminera quel type de service elles auront. Les résultats du questionnaire montrent une prédominance de comorbidité chez les femmes interrogées. La présence de différentes difficultés vécues par une personne peut limiter son accessibilité puisque c'est son état général qui nécessite le suivi d'un professionnel et non un problème spécifique. Ainsi, certaines femmes n'arrivent pas à recevoir des services parce qu'elles n'ont pas reçu un diagnostic clair alors qu'elles cumulent plusieurs niveaux de difficultés.
- › Les femmes consultent plusieurs types de ressources professionnelles. Elles ont consulté en moyenne trois ressources. Les médecins, omnipraticiennes et omnipraticiens sont très au-dessus de la liste. Elles et ils sont la porte d'entrée vers le système pour plusieurs femmes.
- › L'entourage est une ressource pour près du quart des femmes. Cette réalité est plus marquée chez la catégorie de femmes qui vivent des « Difficultés liées à l'image corporelle et troubles alimentaires » (28 %), ainsi que « Autres situations qui fragilisent leur état de

bien-être global » (43 %) (abus, violences, agressions, autres situations familiales difficiles).

- › Le recours aux services publics représente la situation de la majorité des femmes. 73 % ont consulté un établissement public (hôpital, CLSC, CISSS, CHSLD, clinique médicale, école, etc.).
- › Les services privés (cliniques privées spécialisées) sont utilisés par défaut d'accès aux services publics, pour réduire le temps d'attente et parce qu'elles sont en situation d'urgence. Il y a 34 % des femmes qui ont eu recours à ce type de service. Toutefois, elles s'endettent, elles cessent leur consultation et leur état se détériore. Leur niveau de satisfaction est peu élevé.
- › Les ressources communautaires ont bonne réputation. 35,6 % des femmes utilisent leurs services. On y trouve un accueil satisfaisant, un réseau, du soutien, une réponse dans la durée. La critique porte plus spécifiquement sur la réponse limitée au besoin de soutien psychologique.

Concernant la satisfaction des variables de service et d'accessibilité

- › Le niveau de satisfaction globale est assez bon en ce qui concerne la distance, l'information reçue, les rapports interpersonnels et les coûts.
- › Le niveau de satisfaction diminue en ce qui concerne le temps d'attente et la durée des suivis.
- › Le niveau de satisfaction diminue pour les femmes qui ont payé pour des services. L'insatisfaction concerne surtout le coût et les services qui ne répondent pas aux besoins.
- › La satisfaction diminue pour les femmes vivant des problèmes psychiatriques et de dépendance. La distance, le temps d'attente et l'information sont les principales sources d'insatisfaction.
- › La distance est un problème pour les femmes qui doivent se rendre à l'extérieur de la région pour recevoir des services spécialisés.
- › Pour les femmes vivant des problèmes de dépendance et psychiatriques, les rapports interpersonnels sont source d'insatisfaction. Les femmes disent vivre des préjugés et se sentir peu écoutées et considérées.
- › Dans toutes les catégories, des femmes nomment qu'elles n'ont pas consulté parce qu'elles croyaient être capables de s'en sortir sans traitement. Elles portent la responsabilité sur le plan individuel de leur état. Elles essaient de s'en sortir seules et

lorsqu'elles ont des épisodes de mieux-être, elles cessent d'avoir des attentes envers le système et s'en remettent à elles-mêmes et à leur entourage.

Barrières et obstacles principaux à l'accessibilité

Les principaux obstacles limitant l'accessibilité des ressources en santé mentale pour les Lanaudoises se dégagent fortement de l'enquête :

- › le **temps d'attente dans les situations d'urgence** aggrave l'état des femmes;
- › la **durée des suivis et la continuité dans les services** sont des variables importantes en santé mentale en raison de l'instabilité psychologique des femmes. Ces deux aspects sont fortement critiqués par les répondantes. Les suivis sont souvent de trop courte durée et le manque de continuité provoque des ruptures de services pour les femmes;

les lacunes dans le **continuum de services**⁸ font obstacle à l'accessibilité des services en santé mentale. La prise en charge intégrée, continue, sans rupture et cohérente des besoins des femmes n'est pas perçue positivement selon les résultats du sondage. Plusieurs femmes ont mentionné que les ressources professionnelles à l'intérieur du CISSSL ont peu de liens entre elles (références et suivis). Par ailleurs, les liens entre les ressources du CISSS et les ressources communautaires (connaissance des ressources, références) sont faibles et limitent les possibilités de répondre aux besoins des femmes;

- › le besoin d'avoir **accès à des psychologues** est souvent mentionné par les femmes qui ont fait des commentaires alors que les services de psychothérapie ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec et les quelques programmes publics existants sont peu connus. Ce besoin s'inscrit dans la durée, car les femmes vivent des difficultés qui peuvent s'étirer dans le temps, s'atténuer par moment, puis réapparaître.



Le sentiment de responsabilité des femmes face à leur situation est un obstacle pour qu'elles revendiquent des services gratuits, dans le respect de leur dignité et en considérant leurs aspirations.

⁸ Le continuum de service réfère à l'articulation **de services** offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes (patients ou usagers) qui ont besoin **de ces services**. (Portail Québec-Service Québec) repéré de <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=15953>

PISTES D'ACTION

Cette dernière section propose quelques pistes d'action qui ont été identifiées à la suite des échanges avec les groupes membres de la TCGFL lors de la journée de présentation des résultats le 20 février 2020. À la suite de cette rencontre, une compilation des ateliers a été faite en s'appuyant sur plusieurs recommandations des groupes. Les critères suivants ont guidé les choix :

- › le lien avec les objectifs du sondage soit d'améliorer l'accessibilité des soins et des services de santé mentale pour les femmes dans la région de Lanaudière;
- › le réalisme, la capacité et le délai de mise en œuvre;
- › la capacité d'identifier un ou des groupes porteurs incluant la TCGFL.

Les pistes sont structurées autour de trois axes. Un premier vise la sensibilisation, l'éducation, et l'information auprès des femmes et des ressources qui les aident. Un deuxième axe porte sur l'enjeu de l'accessibilité des services professionnels en psychologie. Cet enjeu s'est révélé être le principal trou de service identifié par les résultats de ce sondage. Le troisième axe vise la collaboration nécessaire pour améliorer l'accessibilité et les services en santé mentale pour toutes les femmes, que ce soit la collaboration entre les ressources publiques et communautaires ou entre les ressources communautaires entre elles.

Un plan de travail pour la TCFGL et ses membres découlera de ces pistes d'action.

Axe 1

Sensibilisation, éducation, information

- 1.1 Démystifier les différentes sphères de la santé mentale auprès des femmes afin de permettre à celles-ci de diminuer leurs craintes et de parler de leurs vécus.
- 1.2 Informer les femmes des services d'aide professionnels ou communautaires en santé mentale dans la région de Lanaudière ainsi que leurs droits et recours en santé et services sociaux.

Axe 2

Accessibilité de services professionnels en psychologie (trou de service)

- 2.1 Sensibiliser le réseau de la santé et les instances concernées à l'importance de réinvestir dans les services psychosociaux afin de :
 - 2.1.1 améliorer l'accessibilité aux psychologues dans le réseau public;
 - 2.1.2 réduire le temps d'attente pour recevoir des services psychosociaux;
 - 2.1.3 améliorer l'accès aux services dans les situations d'urgence.

Axe 3

Collaboration pour améliorer les services pour toutes les femmes

- 3.1 Améliorer la connaissance entre les groupes de femmes et les groupes en santé mentale dans le cadre de leur mission respective afin de s'entraider, s'outiller et d'offrir de meilleurs services.
- 3.2 Établir un dialogue entre les groupes de femmes et le secteur de la santé mentale au CISSS de Lanaudière afin que l'analyse différenciée selon les sexes soit prise en compte dans l'offre de soins aux femmes par les personnes intervenantes ainsi que dans la planification et l'élaboration des soins et des services en santé mentale.
- 3.3 Développer le continuum de services en santé mentale entre les ressources publiques et les groupes de femmes afin de permettre une continuité et une durée dans les services offerts aux femmes.

RÉFÉRENCES CONSULTÉES

Anadón, Marta. 2007. *La recherche participative. Multiples regards*. Presses de l'Université du Québec.

Baraldi, Rosanna, Katrina Joubert et Monique Bordeleau (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

Champagne, François, André-Pierre Contandriopoulos., Geneviève Ste-Marie et Élise Chartrand. 2018. *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. Portrait de la situation*. École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM), Université de Montréal. Septembre 2018. Repéré de <http://catalogue.cdeacf.ca/Record.htm?record=19283562124910017449>

Guillemette André et Christine Garand. 2017. *La santé des femmes de Lanaudière. Faits saillants et tableau de bord*. Services de surveillance, recherche et évaluation. Direction de santé publique. Centre intégré de services sociaux de Lanaudière.

Guillemette, André. 2016. *Surveillance des troubles mentaux dans Lanaudière. Prévalence et utilisation des services de santé mentale en 2013-2014, Joliette*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.

Institut de la statistique du Québec. Édition 2017. *Bulletin statistique régional, Lanaudière*. Gouvernement du Québec.

Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal. Gaëtan Morin, éditeur.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2017. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec. Repéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Paillé, Pierre et Alex Mucchielli. 2016 (4^e Éd). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Éditions Armand Colin.

Payette, Josée et Patrick Bellehumeur. 2018. *Coup d'œil sur les MRC de Lanaudière. Recensement 2016, Joliette*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). *Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*. 2011. Rapport intégral, 159 pages — Résumé du rapport de recherche [brochure], 28 pages. <http://rqasf.qc.ca/files/sante-mentale/rapport-sante-mentale.pdf>
http://rqasf.qc.ca/files/synthese_sante_mentale.pdf

Savoie-Zajc, Lorraine. 2007. Comment construire un échantillon scientifiquement solide. *Recherches qualitatives, Hors-Série* — numéro 5 — pp. 99-111
Actes du colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure. Repéré de
<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.htm>

Table de concertation du mouvement des femmes du Centre-du-Québec. 2016. *Sur la route de la santé mentale positive. Recherche sur les femmes qui fréquentent les groupes communautaires au regard de leur santé mentale*. Rapport de recherche et brochure (2016).

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL). 2014. *Vision commune de la santé des femmes*. Joliette. Repéré de
<http://femmeslanaudiere.org/dossiers/sante-des-femmes/>

Trudel, Louise, Claudine Simard et Nicolas Vonarx. 2006. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives — Hors-Série* — numéro 5 — pp. 38-45.
Actes du colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure.

Ce rapport est disponible en ligne
à l'adresse web suivante :
www.femmeslanaudiere.org
dans la section « Santé des femmes »



Table de concertation
des groupes de **femmes**
de Lanaudière

Il est aussi disponible sur le site internet
du Centre de recherche sociale appliquée (CRSA)
à l'adresse web suivante :
www.centersa.qc.ca
dans la section « Condition féminine ».



Rapport — Sondage auprès des Lanaudoises sur l'accessibilité des services en santé mentale