

« Il faut trouver une meilleure façon de faire » :
***Répondre aux besoins de santé mentale des femmes qui résident dans une maison
d'hébergement pour femmes violentées à Ottawa (Ontario)***

***Autrices : Ann-Marie O'Brien MSW RSW, Emma Slaney Gose MSW RSW, Laura Crich RN
MSc(c), Angel M. Foster DPhil MD AM***

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes, toutes aussi importantes les unes que les autres. Merci aux intervenantes des maisons d'hébergement qui nous ont ouvert leurs portes, ont aidé à coordonner les entrevues et nous ont fait part des joies et difficultés de leur travail. Merci aux femmes qui séjournent dans ces maisons et qui ont accepté de nous raconter leur vécu, y compris leur expérience des services et de la santé mentale. Merci aux personnes dont l'expérience et les judicieux conseils ont guidé notre démarche et notre analyse : Bree Davies, Denise Linnay, Helen Thai et Keegan Prempeh. Enfin, merci à WomensXchange d'avoir soutenu financièrement nos travaux dans le cadre de son initiative « \$15 K Challenge ».

Octobre 2019

Sommaire

En 2016, les maisons d'hébergement pour femmes violentées à Ottawa ont observé une augmentation des problèmes de santé mentale et de toxicomanie parmi leur clientèle. Pour y faire face, les directrices de ces maisons se sont tournées vers le programme de santé mentale pour les femmes au Royal. Malgré l'étroite corrélation entre la violence vécue par les résidentes des maisons d'hébergement et leurs problèmes en matière de santé mentale, elles ne bénéficient pas de soins psychiatriques comparables à ceux offerts dans les refuges pour sans-abri à Ottawa.

Grâce à l'appui financier de WomensXChange, à la collaboration de la D^{re} Angel Foster, de l'Université d'Ottawa, et à la complicité des six maisons d'hébergement pour femmes violentées à Ottawa, Le Royal a entrepris d'étudier les besoins de santé mentale de cette population. Tout au long des travaux, nous avons pu compter sur l'assistance d'un comité consultatif dont les membres représentaient une gamme de vécus en matière de santé mentale, de violence genrée et d'utilisation des services d'hébergement.

Nous avons réalisé trente entrevues approfondies avec des résidentes de maisons d'hébergement et tenu six discussions de groupe avec des intervenantes travaillant dans ces maisons. Nous avons demandé aux résidentes de répondre à un questionnaire normalisé afin d'évaluer leur santé mentale : 63 % ont indiqué être dans un état dépressif plus ou moins prononcé (de léger à grave); 93 % ont déclaré des somatisations; et 73 % présentaient des symptômes de stress post-traumatique. Les résidentes ont aussi rattaché leur mauvaise santé mentale à leurs habitudes de consommation, à un décervelage (ou détournement cognitif, dit en anglais *gaslighting*), au racisme ou, encore, à l'isolement dû à la maternité.

Ces problèmes ont compliqué leurs démarches pour se trouver un nouveau logement, leurs interactions avec les tribunaux (affaires relevant du droit pénal ou du droit de la famille), les services de santé et les services d'aide à l'enfance, de même que leur maintien en emploi ou leurs études. Pour les mères, les femmes membres d'une Première Nation, les Inuites, les Métisses et les femmes immigrantes installées depuis peu au pays, les difficultés étaient pires et, aussi, plus fréquentes.

Alors, selon les résidentes et les intervenantes, que faudrait-il faire pour améliorer la situation?

La grande majorité des résidentes que nous avons interviewées pour notre recherche réclament une augmentation des services de santé mentale offerts à l'intérieur du secteur de l'hébergement pour femmes violentées. Ces services devraient inclure la possibilité pour les résidentes de bénéficier d'interventions cliniques, ainsi que de la formation et des services de consultation pour les intervenantes. Les résidentes ont aussi exprimé le souhait d'échanger avec d'autres survivantes de violence, car ces échanges ont une valeur thérapeutique pour elles.

Un accès équitable aux services d'extension en psychiatrie, voilà ce qu'attendent les résidentes des maisons d'hébergement pour femmes violentées à Ottawa. Nous espérons que les constatations présentées ici aiguilleront les décideurs et bailleurs de fonds vers des solutions dans ce sens.

Introduction

Il y a une forte corrélation entre la piètre santé mentale des résidentes des maisons d'hébergement pour femmes violentées (ci-après, les *maisons*) et la violence vécue par celles-ci avant leur arrivée dans les maisons (BCSTH, 2011). Cependant, les services en santé mentale et en traitement des toxicomanies sont mal intégrés aux services qui ciblent les effets de la violence fondée sur le sexe (Mason et Toner, 2012). À Ottawa (Ontario), capitale du Canada, ces services sont dispensés en vases clos, séparés par de vieilles divergences au plan philosophique et pratique. Par exemple, l'Alliance pour mettre fin à l'itinérance à Ottawa compte 55 organismes membres, largement financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). L'Alliance étudie les tendances dans l'utilisation des services d'hébergement d'urgence et publie tous les ans un bulletin annuel sur l'itinérance dans la capitale. Ces bulletins ne comptent cependant aucune information sur les femmes qui font appel aux services des maisons, qui elles sont financées par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Leurs résidentes ne sont traditionnellement pas considérées comme sans-abri, et on dit qu'elles séjournent dans une « maison de transition » plutôt qu'un refuge. Une des conséquences de leur exclusion dans ce compte, c'est un accès inéquitable aux services en santé mentale. Les refuges pour femmes financés par le MSSLD sont desservis par des équipes de psychiatrie communautaire, sans équivalents dans le réseau des maisons d'hébergement pour femmes violentées.

En pratique, il y a une différence majeure entre ces deux catégories d'établissements : leur capacité de répondre aux besoins des enfants. Les maisons répondent aux besoins des mères et des enfants à leur charge; les refuges pour femmes n'ont ni la capacité ni le mandat de le faire. Pour une femme, le fait d'avoir la garde de ses enfants constitue un obstacle à l'utilisation des services d'un refuge. On ne comprend pas complètement le rôle de la santé mentale et des toxicomanies dans la perte de la garde, en partie parce que la Société de l'aide à l'enfance ne tient pas de données distinctes sur la santé mentale. Ottawa a un refuge d'urgence pour les familles, mais la majorité des adultes qui le fréquentent sont des mères, dont certaines ont fui la violence. Parce qu'on ne répond pas adéquatement à leurs besoins en santé mentale, les femmes dans les maisons sont exposées à de nombreux effets néfastes, et leurs enfants aussi. Ces effets incluent, par exemple : perte de la garde de leurs enfants, risque accru de subir de nouvelles violences en raison d'un départ prématuré de la maison et aggravation des effets débilissants de la maladie mentale faute de traitement. À l'heure actuelle, les résidentes d'une maison qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie risquent d'être prises dans une spirale descendante à leur sortie de cette maison.

En quête d'une aide pour répondre aux besoins de santé mentale de leurs résidentes, les maisons à Ottawa ont pris contact avec le programme de santé mentale pour les femmes au Royal. Nous avons entrepris d'étudier ces besoins et le vécu de cette population diversifiée de femmes avec la complicité des six maisons situées à Ottawa. Nous avons collaboré pour ce faire avec la D^{re} Angel Foster et son équipe à l'Université d'Ottawa, et bénéficié d'un financement de WomensXchange.

Nous présentons à présent notre rapport, qui comporte deux sections : 1) examen des caractéristiques et vécus individuels des résidentes qui ont participé à la présente étude en matière de santé mentale; 2) examen des recoupements entre les vécus et les structures de prestation de services en santé mentale. À cela s'ajoutent des recommandations pour guider les revendications futures de même que l'éducation et l'évaluation cliniques dans les secteurs de la santé mentale et de la violence faite aux femmes.

Nous espérons que l'information contenue dans ce rapport aidera à justifier les demandes pour un accès plus équitable des résidentes de maisons d'hébergement aux services en santé mentale.

Population et méthodes

Ottawa fait partie du territoire du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain. Soixante-cinq pour cent de sa population de 1,3 million de personnes vit dans la ville même; 20 % d'entre elles sont francophones, 19 % immigrantes et 3,5 % autochtones (ce qui comprend les membres de Premières Nations, la population inuite et la population métisse). Nous savons qu'en 2016, 1 137 femmes (soit 263 par tranche de 100 000 personnes) ont réussi à déclarer à la police des violences mettant en cause un ou une partenaire intime (Burczycka, 2016). Le RLISS n'a pas de statistiques sur les résidentes des maisons. Les six maisons à Ottawa totalisent ensemble 182 lits pour les femmes et leurs enfants. Pour l'année 2016, voici ce qu'elles ont déclaré :

- La Maison Chrysalis, avec ses 25 lits, a servi 80 femmes et 73 enfants;
- La Maison Harmony a offert des services d'hébergement transitoire et gérait 16 appartements;
- La Maison Interval, avec ses 30 lits, a hébergé 97 femmes et 167 enfants;
- La Maison d'amitié, une maison de 30 lits pour la clientèle francophone, a servi 92 femmes et 96 enfants;
- La Maison Nelson, avec une capacité de 15 lits, a servi 56 femmes et 55 enfants;
- Oshki Kizis, une maison autochtone de 21 lits, a servi 97 femmes et 70 enfants.

En 2016, les maisons ont collectivement hébergé 438 femmes et au moins 461 enfants. Ces chiffres ne rendent pas compte des autres formes d'assistance offerte par les maisons et leurs intervenantes, par exemple de l'écoute téléphonique pour les femmes en crise ou de l'aide à la transition. Soulignons que Statistique Canada a publié des chiffres erronés, rapportant que seulement 121 femmes avaient été servies (aucune donnée sur les enfants) par les maisons ottaviennes au cours de l'année (Statistique Canada, 2016).

Les lacunes susmentionnées dans les données pointent à un manque de recherches sur les utilisatrices des services d'hébergement pour femmes violentées à Ottawa (Mason et Toner, 2012). Notre étude, avec ses méthodes mixtes, a été conçue pour aider à remédier à ce manque. Pour la réaliser, nous avons recruté 30 résidentes (environ 5 femmes par maison). Les intervenantes de chaque maison ont tenu une « réunion de maison » pour leurs résidentes et nous ont invitées à y expliquer le projet de même qu'à solliciter des volontaires pour y participer.

Nous avons remis à chacune des femmes présentes un formulaire de consentement et fixé des rendez-vous individuels pour la tenue d'entrevues approfondies. Le projet a reçu un accueil enthousiaste et, dans chaque maison, les cinq premières résidentes à se porter volontaires ont été choisies comme participantes.

Avant les entrevues, nous avons demandé aux participantes de fournir des données démographiques de base et de remplir trois questionnaires normalisés d'évaluation de la santé mentale. De nombreuses études confirment une corrélation entre le vécu des femmes avant leur arrivée dans une maison — c'est-à-dire les violences subies, conjuguées à la synergie entre diverses pressions systémiques — et leurs problèmes en matière de santé mentale, en particulier les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, y compris le trouble de stress post-traumatique (BCSTH, 2011). Nous avons donc demandé aux participantes de remplir les questionnaires suivants : le QSP-9, qui mesure les symptômes de troubles de l'humeur; le QSP-15, qui mesure la somatisation; et le PCL-C, qui mesure les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Nous avons utilisé des statistiques descriptives, comme la fréquence et des tableaux croisés, pour analyser les résultats. Les questions posées durant les entrevues étaient axées sur les expériences vécues par les femmes en ce qui a trait à leur santé mentale, à la nature et à la qualité de leurs interactions avec le secteur des services de santé mentale. Nous les avons aussi invitées à suggérer des améliorations aux services ou à leur intégration (voir l'annexe A). En guise de compensation, chacune a reçu une carte-cadeau Visa de 50 \$.

En plus des entrevues, les chercheuses ont assisté dans chaque maison à une réunion du personnel afin de tenir une discussion de groupe; 63 intervenantes y ont pris part. Les questions posées durant ces discussions touchaient à plusieurs aspects : leur perception de la santé mentale des résidentes, leur propre expérience dans ce domaine, les efforts déployés pour intervenir de manière constructive auprès de résidentes sur ce plan, les difficultés rencontrées et les succès remportés, les besoins à combler et leurs suggestions pour améliorer les services. Les entrevues et discussions de groupes ont été menées en français ou en anglais. Plusieurs participantes n'avaient ni le français ni l'anglais comme langue maternelle, mais elles ont néanmoins été en mesure de participer à l'entrevue dans sa totalité. Une entrevue a été menée en arabe avec l'aide d'une interprète.

Nous avons enregistré, puis retranscrit chaque entrevue et discussion de groupe. Nous avons établi un guide de codification pour chaque composante du projet; pour ce faire, nous nous sommes basées sur des codes prédéterminés, provenant de la documentation et des instruments d'étude existants, et sur des idées émergentes. Nous avons ainsi extrait le contenu et dégagé des thèmes. Dans un premier temps, nous avons analysé chaque composante individuellement; pour la dernière phase de l'analyse, nous avons combiné nos constatations en portant une attention particulière aux concordances et discordances. Nous avons utilisé le logiciel ATLAS.ti pour gérer nos données; des réunions régulières de l'équipe de recherche et des échanges avec un comité consultatif ont guidé nos interprétations et recommandations. Nous présentons nos résultats par thème; des citations viennent appuyer nos constatations.

Le comité consultatif mis sur pied pour examiner nos constatations et éclairer notre analyse comptait quatre membres : des femmes et une personne non binaire avec un vécu pertinent (du secteur de la violence faite aux femmes, de la violence en général, de la santé mentale et de la réadaptation). Nous avons utilisé une variété de méthodes pour le recrutement des membres : annonce au moyen de la liste de diffusion des bénévoles du Centre de santé mentale au Royal Ottawa et communications à l'intention des intervenantes des maisons et d'autres partenaires communautaires. Les conseils offerts par le comité tout au long de la recherche nous ont été fort précieux.

Résultats

Profil des participantes

Les 30 résidentes que nous avons interviewées fuyaient la violence familiale ou la violence d'un partenaire. La majorité avait entre 25 et 44 ans (70 %); 20 % avaient cependant plus de 45 ans. Les deux tiers d'entre elles avaient des enfants à leur charge au moment de l'entrevue; 20 % avaient trois enfants ou plus à leur charge; un autre 20 % avaient au moins un enfant leur ayant été retiré par la Société de l'aide à l'enfance.

Le profil racial des participantes était varié : 27 % s'identifiaient comme Autochtones, 27 % comme noires, 20 % comme blanches, 13 % comme Arabes, 7 % comme Asiatiques. Cinq des 30 entrevues ont été réalisées en français; les cinq participantes francophones étaient noires, de descendance africaine ou antillaise, et avaient des antécédents migratoires. Le niveau de scolarité des participantes variait considérablement : 10 % d'entre elles n'avaient pas terminé leur huitième année; 23 % avaient fréquenté l'école secondaire; 30 % avaient un diplôme d'études secondaires; et 20 % avaient un diplôme collégial ou universitaire. Pour ce qui est de leur revenu, 47 % recevaient des prestations d'aide sociale d'Ontario au travail et 13 %, des prestations du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Près des trois quarts des participantes (73 %) ont indiqué avoir des symptômes importants de stress post-traumatique; 60 %, des symptômes de dépression et 33 %, des symptômes de dépression profonde. Quatre-vingt-treize pour cent (93 %) ont rapporté des symptômes somatiques; chez 30 % d'entre elles, l'intensité des symptômes était élevée. Les participantes rapportaient des niveaux élevés de détresse, mais seulement 10 % des participantes avaient déjà été hospitalisées pour des motifs liés à leur santé mentale.

Santé mentale des participantes

Divers facteurs biologiques, sociaux et psychologiques influent sur la santé mentale. Chez les femmes qui ont fui la violence ou un cadre de vie où leur sécurité était menacée, ces facteurs se conjuguent souvent en un enchevêtrement complexe d'expériences. Plusieurs grands thèmes sont ressortis de nos entrevues : toxicomanie, somatisation, abus et décervelage (ou détournement cognitif, dit en anglais *gaslighting*), solitude et isolement, maternité, suprémacisme blanc. Les participantes vivaient une grande détresse psychologique et étaient aux prises avec des symptômes de maladie mentale.

La toxicomanie et la violence

Beaucoup de femmes ont témoigné d'un parcours où la violence se mêle à la consommation d'alcool ou de drogue. Dans certains cas, la consommation a précédé la violence; puis les deux se sont intensifiées en conjonction.

« [I]l s'est mis à boire, et c'est là que la violence a commencé, et c'est à ce moment-là qu'il a commencé à prendre une drogue, euh, une drogue qu'on appelle speed — et alors, l'explosion a eu lieu. J'ai abouti à l'hôpital. Il s'est mis à cogner et il n'était plus arrêtable... »

Meg, résidente d'une maison d'hébergement

Souvent, les femmes qui ont abordé leur propre toxicomanie ont indiqué consommer surtout pour oublier ou pour s'engourdir, afin de ne pas revivre leur traumatisme. Les femmes ont souvent indiqué faire de l'insomnie, un symptôme courant de stress post-traumatique parmi d'autres. Consommer était une de leurs stratégies d'adaptation.

Le personnel de première ligne doit, quant à lui, composer avec l'agressivité accompagnant parfois la maladie mentale ou les problèmes de consommation. Les intervenantes reconnaissent que cette agressivité a un lien direct avec les traumatismes vécus par les résidentes, mais avaient néanmoins le sentiment de manquer de ressources ou compétences pour gérer la consommation ou les problèmes de santé mentale.

« Leur séjour risque d'être écourté quand un problème de santé mentale dégénère en agressivité, parce qu'il y a des limites à ce qu'on peut tolérer dans une maison vu le nombre d'enfants que nous hébergeons. Alors, une résidente se retrouve parfois dehors plus tôt que nous l'aurions voulu. Ça se produit souvent avec les toxicomanes et celles qui ont un problème de santé mentale. Ça nous brise le cœur de les voir partir prématurément. »

– Intervenante de première ligne

La somatisation et les conséquences physiques de la violence

D'après leurs réponses au QSP15, les participantes ont un fort taux de somatisation. Les symptômes qu'elles ont le plus souvent signalés, par ordre de fréquence, étaient : maux de tête, insomnie, douleurs généralisées, prise de poids, hypertension, brûlures d'estomac et problèmes menstruels.

« Mon ex essaie continuellement de reprendre contact avec moi. Il s'excuse, promet qu'il ne recommencera pas, mais il a dit la même chose la première fois qu'il m'a frappée, notre première chicane... je saignais du nez, mais il voulait pas arrêter. C'est à ce moment-là que les maux de tête ont commencé, la douleur dans tout mon corps. »

Jody, résidente d'une maison d'hébergement

Beaucoup de participantes ont été traitées pour divers problèmes de santé dans le réseau des soins primaires, mais nous ne savons pas à quelle fréquence cliniciennes et cliniciens les ont

questionnées sur leurs antécédents de violence ou ont suggéré un lien somatique avec des traumatismes vécus. Les participantes hésitaient parfois elles-mêmes à établir un lien entre leur santé mentale et leurs symptômes somatiques; le vocabulaire de la douleur chronique leur était peut-être simplement plus accessible que celui de la santé mentale.

Le personnel a remarqué qu'à leur arrivée, les résidentes rattachaient souvent leurs maux physiques aux traumatismes vécus; il était primordial à ce moment-là de normaliser leurs symptômes physiques et mentaux en tant que réactions à la violence.

« Le stress post-traumatique était un exemple [courant], et je pense que c'est en lien avec certains des comportements, comme pour les réactions aux traumatismes, les gens ne comprennent pas toujours leurs réactions aux traumatismes, et il y a donc une nécessité pour nous de faire de la normalisation par rapport à ce qu'elles ressentent dans leurs corps physiquement, mais aussi au plan émotionnel... par exemple comment ça se rapporte aux reviviscences qu'elles font. » – Intervenante de première ligne

La santé mentale et le décervelage

Interrogées sur leur santé mentale, plusieurs femmes ont indiqué avoir été systématiquement dénigrées par leur ancien partenaire et voyaient dans ce dénigrement la cause de leur anxiété ou de leur dépression. Nous appelons ce phénomène « décervelage ».

Les participantes ont indiqué avoir souvent été traitées d'imbéciles par leur partenaire. Pour en rajouter, celui-ci affirmait aussi qu'elles étaient tout juste bonnes à élever des enfants (bien que leur compétence comme mères a par moment subi des attaques répétées de sa part) ou à rester à la maison. Ces propos ont eu pour effet de miner leur perception d'elles-mêmes, leur santé mentale et leur résilience.

Elles en sont venues à douter d'elles-mêmes au point d'avoir de la difficulté à prendre des décisions; pour plusieurs d'entre elles, ces doutes ont été jusqu'à envisager un retour vers leur agresseur. Qu'elles aient ou non un diagnostic préexistant de maladie mentale, certaines ont rapporté qu'il les avait affublées péjorativement d'étiquettes comme « folle » ou « malade mentale » afin de les rabaisser et de les déstabiliser davantage. Quant à celles qui avaient des antécédents psychiatriques, leur agresseur exploitait cette vulnérabilité en les menaçant d'institutionnalisation, ce qui exacerbait chez elle leur méfiance envers le réseau de soins en santé mentale.

« [J]uste avant que je le laisse, il m'a dit que j'étais folle, que j'avais perdu contact avec la réalité, qu'il allait me faire interner une autre fois. Vous savez, toutes ces choses terribles... Alors j'ai presque besoin de quelqu'un l'affirme pour moi... Vous savez, c'est une chose d'avoir un problème de santé mentale — ce qui est mon cas, je pense —, mais ça ne veut pas dire pour autant que vous avez complètement perdu les pédales! Mais c'est l'impression qu'il m'a donnée. Il m'a fait croire que j'étais mûre pour l'asile. »
Katie, résidente d'une maison d'hébergement

La solitude et l'isolement

La solitude et l'isolement ont joué un rôle majeur dans le vécu violent des participantes, le déroulement de leur séjour dans une maison, ainsi que leurs inquiétudes ou appréhensions à l'approche de leur transition vers un logement autonome. La peur de la solitude est souvent l'un des facteurs qui contribuent à empêcher une femme de laisser un partenaire violent ou la famille qui la maltraite. À l'intérieur de la maison d'hébergement, les résidentes éprouvaient des sentiments de solitude et d'isolement, en particulier avant qu'elles ne commencent à essayer de tisser des liens avec d'autres.

« Et les problèmes de santé mentale viennent aussi avec de l'isolement parce que, souvent, les femmes vont choisir de rester dans leur chambre sans parler à personne, sauf le personnel, ou des fois il faut aller en haut pour voir que tout va bien. »

– Intervenante de première ligne

Enfin, le thème de la solitude et de l'isolement est souvent ressorti quand les femmes ont abordé leur départ de la maison d'hébergement pour vivre de façon autonome. Plusieurs facteurs contribuaient à leur isolement, dont un manque de confiance et la peur de paraître vulnérables aux yeux des autres, des caractéristiques communes à toutes les survivantes de traumatismes. Dans les entrevues, les résidentes corrélaient consciemment leur sentiment de solitude et leur humeur morose à un désir de retrouver un environnement familial, désir augmentant leur risque d'un retour à la situation qu'elles avaient fui. À ce sujet, les intervenantes et plusieurs des participantes ont exprimé le souhait qu'on améliore les services de transition offerts aux résidentes pour les aider à réintégrer la collectivité.

« Oh, mon Dieu! Je ne sais même pas par où commencer. C'est la première fois que je vais vivre seule. C'est la première fois que je vais être monoparentale et avoir ma place à moi, qu'il n'y aura pas quelqu'un d'autre pour m'aider dans la maison. Je suis, comment dire, terrifiée. »

Astrid, résidente d'une maison d'hébergement

Interactions avec une multitude de systèmes

Les entrevues et discussions approfondies que nous avons tenues ont mis en lumière l'extrême complexité de l'écheveau de services et de systèmes sociaux et juridiques qui sous-tendent le secteur de l'hébergement pour femmes violentées. Pour les participantes, cet écheveau pouvait inclure : un litige en droit de la famille, des affaires relevant du droit pénal ou du droit de l'immigration, le réseau des soins de santé primaire, les services de santé mentale ou de psychiatrie, les services de désintoxication, l'assistance sociale et les services communautaires, comme le counseling et la gestion de cas. Les démarches des résidentes pour se séparer d'un mari violent supposaient généralement le recours aux services sociaux, en particulier pour se reloger. Les mères avaient aussi des interactions fréquentes avec différents prestataires de services concernant leurs enfants, lesquels pouvaient fréquenter ou non l'école, être suivis par la société d'aide à l'enfance ou nécessiter différents services de santé. Tout cela se traduisait

par des interactions fréquentes et variées avec divers prestataires de services, qui étaient souvent coordonnées à un degré plus ou moins grand par le personnel de la maison.

Les services des maisons

Les participantes ont décrit en termes positifs leur expérience dans une maison, utilisant des mots comme : « sécurité », « stabilité », « appuyée », « amical » et « respect ». Parmi les difficultés rencontrées dans ces lieux, elles ont mentionné la solitude et la nécessité de gérer des environnements chaotiques ou déclencheurs. Le personnel a clairement indiqué que le cadre de vie commune qui caractérise les maisons d'hébergement pose certains défis pour les résidentes, en particulier celles qui sont aux prises avec la toxicomanie ou un problème de santé mentale. Puisqu'il y a des enfants dans les six maisons ottaviennes, on y tolère peu les comportements dangereux et la consommation d'alcool ou de drogues. Celles qui n'étaient pas en mesure de s'adapter à ce cadre de vie étaient aiguillées vers les refuges pour personnes sans-abri.

« À mon rythme, c'était mollo au début [dans la maison d'hébergement pour femmes violentées], mais maintenant que je suis plus heureuse, mes enfants sont bien et ça fait longtemps que je ne me suis pas sentie vraiment déprimée à cause de mon agresseur et ça fait un bout que je lui ai pas parlé non plus, ce qui est une bonne chose. C'était pas super au début pour moi, mais là, je m'habitue et je réalise qu'il y a tellement plus que ce que j'avais avant. »

Charlene, résidente d'une maison d'hébergement

La majorité des femmes interviewées ont indiqué que les premières semaines ont été très difficiles : il leur a fallu s'adapter à un nouveau cadre de vie tout en composant avec le traumatisme vécu. Après cette période d'adaptation, elles sont devenues très reconnaissantes d'habiter la maison. Bon nombre d'entre elles ont indiqué que, sans le soutien du personnel et des autres résidentes, elles seraient probablement retournées vivre avec leur agresseur. Les observations du personnel mettent en relief les retombées de ces services, d'une grande importance. Plusieurs femmes ont souligné l'utilité des services de garde offerts dans les maisons et les avantages d'avoir une chambre à soi.

Les femmes qui avaient des problèmes préexistants de santé mentale rapportent cependant des expériences différentes dans les maisons. Les participantes ont indiqué que le personnel était une bonne source de soutien et ont souligné son habileté à les orienter à l'intérieur des différents systèmes; cependant, elles n'ont pas trouvé auprès de lui le niveau d'aide dont elles avaient besoin en matière de santé mentale. Une des résidentes interviewées a dit : « J'aime le counseling, mais je préfère le counseling axé sur les troubles de santé mentale. Je préfère ce genre de counseling parce que je me sens mieux comprise. » Dans ce cas, l'accès à des intervenantes ou intervenants appartenant à un ordre professionnel était perçu comme une source de réconfort et de sécurité pour les femmes.

Ce sentiment concorde avec les difficultés nommées par le personnel des maisons. Celui-ci a souligné : la charge de travail écrasante des chargées de cas; le double rôle du personnel de

première ligne, appelé tantôt à soutenir tantôt à jouer l'arbitre dans un cadre de vie commune; le manque de connaissances ou de confiance pour intervenir en matière de santé mentale, ainsi que le manque d'intégration avec les autres services en santé mentale — autant de facteurs qui limitent la capacité des maisons à répondre adéquatement aux besoins des résidentes en matière de santé mentale.

« [Q]uand tu viens ici comme personne, tu trouves la sécurité : t'as une chambre, un lit où dormir, un numéro que tu peux appeler. Mais il te manque la paix. On te donne du soutien, de la chaleur humaine, une poussée pour t'aider à démarrer, mais tu ne peux pas te sentir en paix parce que rien [n'] est réglé dehors. »

Janine, résidente d'une maison d'hébergement

L'entraide et le soutien

Nous avons demandé aux participantes de nous parler des gens qui les soutiennent et des améliorations qu'elles aimeraient voir dans les maisons. Beaucoup ont répondu que les autres résidentes étaient une importante source de soutien. Elles voudraient plus d'ateliers et de groupes d'entraide avec les autres femmes. Au fil de leurs interactions avec les autres résidentes, elles ont tissé une solidarité qui leur a procuré la validation dont elles avaient grandement besoin. L'entraide était un antidote à la remise en question et au décervelage ayant accompagné leur expérience de la violence : il a aidé les participantes à se voir différemment et à ne plus « se sentir folles ».

« Quand je viens ici je m'attends pas à trouver ça, un sentiment que j'avais pas connu avant, vous savez. Je pensais, OK, y a quelque chose qui va pas en moi. Donc venir et rencontrer d'autres femmes qui vivent le même traumatisme que moi, je me suis dit : "Oh, t'es pas folle". Donc, assise avec les femmes, juste parler avec elles et voir que vous avez toutes quelque chose de pareil en commun et qu'y a rien de spécial à faire pour déclencher une agression, ça aide à enlever une partie de ta culpabilité — les parce que "Oh, j'étais le problème" ou quelque chose. Ça m'a aidé de savoir que j'étais pas seule. »

Isa, résidente d'une maison d'hébergement

Puisque les relations violentes sont par nature aussi des relations contrôlantes, beaucoup de résidentes n'avaient pas eu la possibilité de tisser et entretenir des amitiés. Interrogées sur leur réseau de soutien, beaucoup d'entre elles ont indiqué n'avoir personne sur qui compter, mais elles étaient nombreuses à s'être fait des amies dans la maison, et ces amitiés étaient pour elles extrêmement nourrissantes. Le personnel a indiqué que ces amitiés étaient souvent durables, et devenaient une source d'espoir renforçant l'aide tangible offerte après leur départ de la maison d'hébergement. De plus, les résidentes ayant réussi à tisser des amitiés pendant leur séjour en maison tendaient à mieux se tirer d'affaire par la suite.

Les résidentes de la Maison d'amitié ont parlé avec beaucoup de chaleur des rencontres du mercredi soir, qui rassemblent le personnel, les résidentes et les femmes parties depuis peu de la maison. On y discute sous différents angles comment survivre à la violence et se

reconstruire. Les rencontres de groupe, y compris celles qui se produisent spontanément, offrent aux femmes des occasions de réfléchir à leurs problèmes de santé mentale et de les aborder.

« J'ai travaillé le soir pendant un bon nombre d'années, et le meilleur moment de la journée, c'était une fois les enfants couchés. Quelqu'un décidait de faire un gâteau, quelque chose... J'me rappelle beaucoup de gâteaux, de café, de thé et de rires aussi. Genre vers onze heures ou minuit, on s'attablait et là, on faisait ce que nous autres les femmes faisons si bien — s'encourager et se soutenir les unes les autres. Certaines des histoires racontées autour de cette table-là feraient dresser les cheveux sur votre nuque, mais c'était thérapeutique pour tout le monde. Ça s'exclamait "Oh mon Dieu! moi aussi", des "moi aussi" à n'en plus finir et le bonheur d'échanger en bonne compagnie. C'était ce que je préférais dans mon travail, voir les femmes se rassembler comme ça. » –
Intervenante de première ligne

La difficulté de parler des problèmes de santé mentale

L'ouverture des résidentes à parler de leurs problèmes de santé mentale variait considérablement et dépendait d'une gamme de facteurs. En général, les femmes plus âgées dont les enfants étaient adultes craignaient moins de parler de leurs problèmes de santé mentale que les jeunes mères. La peur et la stigmatisation figuraient au nombre des raisons freinant la discussion. Les résidentes craignaient le jugement des professionnelles et professionnels de la santé et redoutaient en particulier les conséquences juridiques ou administratives, c'est-à-dire qu'on utilise contre elles leurs révélations dans une affaire devant un tribunal de la famille, que l'information ne serve à justifier la prise en charge de leurs enfants par l'aide à l'enfance ou, pour celles en attente d'une décision dans un dossier d'immigration, qu'elle n'entraîne leur déportation. Leurs craintes dénotaient un manque de confiance dans le système et dans les mesures de protection de la confidentialité; dans certains cas, elles étaient la conséquence d'un bagage d'interactions difficiles avec les prestataires de services. Ce sont des traits et points de vue courants chez les survivantes de traumatismes, et il ne faut pas s'en étonner.

« C'est dur de parler de ça à cause de la peur. T'as peur de ce qui va arriver à ton enfant. Est-ce que la société d'aide à l'enfance ou quelqu'un d'autre va décider que t'es une mère incompetente? Ou bien des fois, ce que tu penses, ce que tu ressens est absolument horrible, et tu passerais jamais à l'acte, mais juste pouvoir te sentir assez en sécurité pour le dire à quelqu'un? Tu te demandes, est-ce que ça va vraiment rester confidentiel? T'sais, parce que pour ce qui concerne la garde et d'autres affaires de même, tout ça va être utilisé contre toi. Alors c'est très dur. Genre, j'aurais dû aller en thérapie ou consulter à l'hôpital pour ma dépression postpartum après sa naissance, quand il avait deux, trois mois. Genre, les choses étaient vraiment difficiles pendant un bout, mais j'ai pas consulté parce que j'avais peur des conséquences. »
Julie, résidente d'une maison d'hébergement

Comme nous l'avons indiqué, ces facteurs suffisaient à eux seuls à réduire les résidentes au silence. Fait tout aussi préoccupant, souvent, elles n'avaient pas le vocabulaire nécessaire en lien avec la santé mentale pour bien défendre leurs intérêts. Par exemple, lors de l'entrevue, beaucoup ont demandé ce qu'était la santé mentale ou ont essentiellement indiqué qu'elles ne se sentaient pas qualifiées pour répondre. Elles ont néanmoins décrit des symptômes suggérant un état dépressif, de l'anxiété ou des troubles de stress post-traumatique. Quelques-unes ont dit avoir certains problèmes de santé mentale, mais jugeaient ceux-ci plutôt minimes comparativement à ceux des autres, ce qui était une autre façon de détourner l'attention de leurs difficultés.

Certaines résidentes ont indiqué qu'elles refusaient de laisser leurs problèmes de santé mentale avoir une emprise sur elles, parce qu'elles voulaient rester fortes pour leurs enfants. Dans leur vision des choses, reconnaître un problème de santé mentale avait souvent une connotation négative, et elles cherchaient à prévenir une telle reconnaissance.

« Elles ont peur qu'un diagnostic, n'importe quel diagnostic, leur fasse perdre leurs enfants et limite leur droit d'accès, alors, bien sûr, il y a ce côté-là aussi. Certaines peuvent être conscientes qu'elles ont des enjeux majeurs, mais vont quand même éviter de consulter juste au cas où ça aurait leur nuirait en cour. Parce que leur agresseur, genre, c'est comme si les apprentis agresseurs étaient tous passés par la même école : leur tactique favorite c'est de traiter leur partenaire de folle ou l'équivalent. Alors la peur qu'on vous diagnostique quelque chose de sérieux est très intense. » – Intervenante de première ligne

Des services déficients en santé mentale

Les femmes qui ont recours aux services d'une maison ont connu la violence sous différentes formes et dans une myriade de contextes dans leur vie. Leurs traumatismes sont à l'origine de divers enjeux de santé mentale, d'une grande complexité. Les résidentes interviewées ont décrit leurs interactions avec les services de santé mentale, mettant en lumière l'incapacité répétée du réseau à intervenir efficacement auprès d'elles ou à tenir adéquatement compte des traumatismes qu'elles ont vécus. Cela tient en partie au fait que les thérapies utiles ne sont généralement pas couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP) et que les résidentes n'y ont accès que de façon fragmentaire dans la communauté. Bien que l'Initiative d'amélioration de l'accès à la psychothérapie structurée ait cherché à combler cette lacune, elle est conçue pour les victimes d'un traumatisme unique et ne répond donc pas nécessairement aux besoins des survivantes de violence aux antécédents complexes.

« [P]arce que j'ai pas d'argent et que ma famille n'a jamais eu d'argent pour payer pour des services, je n'ai jamais eu la possibilité de travailler avec la même personne sur une longue période. C'est décourageant et ça complique les choses. Parce que, si tu vois jamais la même personne, comment veux-tu qu'elle arrive à se faire une idée de qui tu es, hein? Genre, t'as beau faire de ton mieux pour communiquer, ça reste difficile parce que tout le monde perçoit les choses différemment, n'est-ce pas? Et même pour le ou la

professionnelle qui fait de son mieux, c'est pas facile d'apprendre à vous connaître à l'intérieur, euh, à l'intérieur d'un court laps de temps, non? »

Carol, résidente d'une maison d'hébergement

Lorsque nous avons abordé leurs interactions avec le milieu de la santé, beaucoup de femmes ont indiqué que les options proposées étaient principalement de nature pharmacologique. Malheureusement, cela ne s'accompagnait pas toujours d'une évaluation psychiatrique, et rares étaient celles qui bénéficiaient d'un suivi régulier en matière de santé mentale, en particulier d'un suivi en psychiatrie. Les intervenantes ont indiqué que les résidentes recevant déjà des services à leur arrivée, par exemple une gestion de cas par l'Association canadienne pour la santé mentale, se portaient beaucoup mieux durant leur séjour que celles ne recevant aucun soutien en santé mentale. Les listes d'attente pour de tels services sont toutefois longues (il faut compter plusieurs années d'attente) et le manque de services s'avère un grand problème.

Les résidentes ont indiqué que les professionnelles et professionnels du réseau de soins primaires n'ont, en général, pas assez de temps pour démêler toutes les complexités de leur situation dans l'espace d'un rendez-vous de quinze minutes. Elles ont aussi mentionné à l'occasion un manque de confiance dans la confidentialité des services. Les membres du comité consultatif ayant un vécu pertinent et des intervenantes de première ligne ont, en effet, témoigné de violations de la confidentialité : à l'occasion, un diagnostic de santé mentale a été utilisé contre une femme par son agresseur (devant le tribunal de la famille) ou par la société d'aide à l'enfance. Conjuguées aux plans d'action de l'aide à l'enfance et aux batailles juridiques pour la garde des enfants, les contraintes opérationnelles du réseau de santé primaire (qui limitent le temps alloué à une patiente dans le cadre d'un rendez-vous) et la difficulté d'obtenir des soins complets en santé mentale créent un cadre qui décourage les femmes d'aborder leurs enjeux de santé mentale.

« Il y a des endroits où je suis allée [et] tout ce qu'ils veulent, c'est prescrire des pilules. Et c'est vrai que ça peut être utile, les pilules, mais je pense pas que c'est ce qu'il me faut en ce moment. Ce que j'ai besoin, je pense, c'est d'une personne-ressource constante pour m'aider à gérer mes affaires — pas juste ce qui se passe là, en ce moment, mais ce qui est arrivé pour m'amener jusqu'ici. Vous savez, il y a une raison pour laquelle j'ai eu des relations violentes. Vous savez, c'est sûrement pas parce que j'avais une vie fabuleuse et que j'étais solide côté estime de moi et santé mentale, genre, que je me suis retrouvée avec un pourri. »

Meg, résidente d'une maison d'hébergement

Pour quelques femmes, il était aussi difficile d'engager une relation fructueuse avec un ou une professionnelle pour recevoir des services de gestion de cas, de travail social ou de counseling dans la collectivité; souvent, elles ne pouvaient pas choisir elles-mêmes cette personne, avec qui elles n'avaient donc pas nécessairement d'affinités. Dans les cas où elles avaient la possibilité de bénéficier des services d'une personne de leur choix, les limites de temps imposées entraînaient souvent l'interruption abrupte ou prématurée des services. Quelques résidentes avaient réussi à obtenir des soins psychiatriques dans la communauté, mais

plusieurs autres attendaient leur tour sur une longue liste d'attente ou n'avaient obtenu qu'une consultation unique, avec un suivi minime. Les intervenantes ont, tout comme les résidentes, fait état de cas où des femmes s'étaient présentées à l'urgence durant une crise suicidaire et avaient été renvoyées parce que leur état n'avait pas été jugé assez grave pour justifier l'hospitalisation. Les unes et les autres s'entendaient en général sur le manque de cohérence et de suivi dans les soins psychiatriques.

« Ouais, mon docteur m'a dit qu'il y avait une liste d'attente d'un an pour parler à quelqu'un et il ne voulait même pas que je m'inscrive. Il m'a dit, genre, "ça ne servira à rien, ça sera trop long". Alors j'ai laissé faire, parce que je suis déjà pas très bonne pour m'affirmer devant un homme, et je suis allé plusieurs fois dans son bureau avant de venir ici dire "Hé, j'ai vraiment besoin de parler à quelqu'un!". Il voulait juste pas me mettre sur la liste, mais s'il l'avait fait à ce moment-là, il y a plus d'un an, alors j'aurais probablement l'aide de quelqu'un maintenant. »

Amy, résidente d'une maison d'hébergement

Mauvaise jonction entre les maisons et les services en santé mentale

Les intervenantes de première ligne ont clairement indiqué avoir besoin de soutien accru, soutien sous forme d'éducation et sous forme de services pour les résidentes. Elles sont souvent appelées à servir d'arbitre en lien avec l'application des paramètres de vie commune et doivent en plus encourager les femmes à remplir les exigences de divers programmes. Ces rapports créent entre elles et les résidentes une dynamique de pouvoir qui nuit aux interventions cliniques, ces dernières ressentant un malaise à aborder avec le personnel leurs enjeux de santé mentale. Une intervenante a raconté avoir écouté pendant des heures une résidente parler de l'anxiété qu'elle ressentait face aux démarches pour obtenir un logement et les formulaires à remplir. Le lendemain, cette intervenante, dans le cadre de son travail, a dû rappeler à la femme que c'était le dernier jour pour soumettre ses formulaires. La situation a fait naître en elle un grand inconfort; elle se sentait impuissante à offrir à la résidente le soutien dont elle avait besoin.

« Il y a aussi cette dynamique entre le personnel et les résidentes, parce que c'est le rôle du personnel de faire régner l'ordre dans la maison, de veiller à ce que chacune se ramasse et fasse ses tâches. Alors, c'est pas toujours évident de faire ça tout en essayant d'un autre côté de soutenir la santé mentale des résidentes quand un conflit éclate. C'est pour ça qu'il serait important d'avoir une intervenante juste pour ça. »

– Intervenante de première ligne

Les maisons, au contraire des refuges pour sans-abri à Ottawa, n'ont pas une personne qui se consacre exclusivement à la santé mentale des résidentes. Conséquemment, il arrive que des femmes soient aiguillées vers les refuges, nous a-t-on dit; cela, afin qu'elles puissent recevoir des services de santé mentale. Cette situation est déplorable, parce que les refuges n'ont pas une connaissance du domaine de la violence faite aux femmes, des réseaux et systèmes pertinents. En outre, ils ne peuvent pas accueillir les femmes qui ont des enfants à leur charge. Pour les mères aux prises avec des problèmes de santé mentale dans une maison, ce manque

de soutien en santé mentale peut avoir plusieurs effets néfastes, dont une décompensation névrotique, un retrait éventuel de leurs enfants, voire l'itinérance par la suite. Le répit offert par le séjour dans une maison représente donc un moment opportun pour une intervention en santé mentale et, aspect souvent négligé, des soins préventifs.

Autre lacune souvent soulevée par le personnel des maisons : des services à mi-chemin entre les maisons et le secteur de l'itinérance. Les intervenantes ont indiqué que, pour les femmes qui ont de la difficulté à s'adapter au cadre de vie commune (souvent à cause d'une toxicomanie ou d'un problème de santé mentale), les services des refuges n'étaient pas mieux. Le système des refuges peut s'avérer très déclencheur et ceux-ci ne sont pas outillés pour offrir aux femmes un soutien comparable à celui qu'elles reçoivent dans les maisons pour échapper à la violence. La création d'une maison pour répondre aux besoins des femmes seules, sans la présence constante d'enfants, pourrait permettre d'appliquer avec moins de dangers les principes de réduction des risques.

« Et même quand on décide d'envoyer des femmes, des femmes seules qui ont des enjeux de santé mentale, dans un refuge pour femmes sans-abri, je suis personnellement très contente parce que je sais qu'elles vont avoir immédiatement accès à tant de choses qu'on ne peut offrir, nous. Oui, il y a la nuance de vivre dans une maison d'hébergement versus un refuge pour sans-abri, c'est vrai, il y a ce morceau-là, comme l'accès aux services. Mais, malheureusement, à ce point-là, elles ont perdu leurs enfants, et elles ne peuvent pas les avoir à Cornerstone. » – Intervenante de première ligne

Les résidentes et intervenantes ont aussi souligné le manque de soutien en santé mentale lorsque les femmes partent de la maison pour s'installer dans leur propre logement. Les maisons et les organismes communautaires n'ont pas la capacité de faire des évaluations psychiatriques, ni de faire la gestion de cas intensive parfois requise pour les problèmes persistants de santé mentale. Les maisons ont au moins des intervenantes pour faciliter la transition, mais leur rôle et l'ampleur de leur charge les empêchent d'offrir un accompagnement aussi complet qu'il le faudrait dans certains cas. Les femmes servies par le secteur de l'itinérance peuvent, quant à elles, bénéficier d'initiatives « logement d'abord » qui incluent du soutien que n'ont pas les résidentes des maisons durant leur transition. Une expansion de ces services serait bénéfique.

« Nous n'avons pas la capacité des intervenantes de l'Association canadienne pour la santé mentale, qui peuvent cueillir une femme à son domicile, l'accompagner à un rendez-vous, vérifier qu'elle a assez de nourriture pour le dîner et le souper, puis la raccompagner. Nous n'avons ni la capacité ni le temps pour répondre à tous ces besoins. Alors, bien souvent, on envoie toute seule une femme qui a un gros problème d'anxiété à la banque ou ailleurs pour faire toutes sortes de démarches, ce qui peut être très débilitant pour elle. On lui dit "Il faut que tu le fasses. Tu dois le faire.", mais elle n'a pas le soutien pour le faire. » – Intervenante de première ligne

Les mères, la société d'aide à l'enfance et la santé mentale

Nos entrevues et discussions approfondies ont révélé que la maternité était un thème récurrent en lien avec la santé mentale. Beaucoup de résidentes ont commenté les effets de la maternité sur leur santé mentale dans le contexte de la violence. Leurs commentaires étaient très nuancés. Nous avons noté que leur désir d'être de bonnes mères les motivait à surmonter les obstacles et à maintenir le cap malgré les difficultés. Toute séparation de leurs enfants (que ce soit à cause de l'intervention de la société d'aide à l'enfance ou des circonstances dans lesquelles elles avaient fui la violence) leur causait une immense détresse et se répercutait sur leur santé mentale. Les mères décrivaient souvent la présence de leurs enfants comme une source de force et de réconfort; pour certaines, elle pouvait être la raison les poussant à demander de l'aide pour un problème de santé mentale.

*« J'aurais dû aller en thérapie ou consulter à l'hôpital pour ma dépression postpartum après sa naissance, quand il avait deux, trois mois. Genre, les choses étaient vraiment difficiles pendant un bout, mais j'ai pas consulté parce que j'avais peur des conséquences. J'sais pas si je dirais que c'est la faute à quelqu'un en particulier, mais... je pense que c'est un aspect qu'il faudrait parce que... on t'avertit que ça peut arriver, on te donne de l'information et des outils, mais tu ressens quand même une gêne à consulter parce que t'as une peur bleue qu'on t'enlève ton enfant — pour être honnête. »
Karen, résidente d'une maison d'hébergement*

Plusieurs femmes ont fait état de symptômes de dépression postpartum, rarement traités. Les mères ont indiqué consacrer généralement plus de temps à la santé mentale de leurs enfants qu'à la leur. Certaines ont témoigné qu'elles avaient le sentiment de devoir être des mères parfaites. La pression ressentie était grande; dans certains cas, leur agresseur s'en était servi, critiquant leurs habiletés de mères pour les manipuler ou les contrôler. Beaucoup de femmes ont indiqué qu'elles n'avaient pas cherché à obtenir de l'aide (de la maison ou d'une autre source), préférant gérer elles-mêmes leurs problèmes en matière de santé mentale. Cette attitude est très naturelle vu leurs inquiétudes quant à une éventuelle utilisation de leurs dossiers médicaux dans une affaire de garde ou d'accès. À cet égard, l'implication de la société d'aide à l'enfance avait non seulement des répercussions sur la santé mentale de la mère, mais aussi sur son sentiment de sécurité durant l'accès aux services.

Il vaut la peine de mentionner que, pour certaines femmes, c'est l'assistance ou l'encouragement de la société d'aide à l'enfance qui les a poussées à sortir de leur relation violente et à venir dans une maison. Malheureusement, l'aide à l'enfance leur a parfois enlevé leurs enfants par la suite, arguant qu'il était préférable de leur épargner le stress de ce difficile changement. Cette expérience a été extrêmement pénible pour les femmes en question et un certain nombre d'entre elles ont même remis en question leur décision de fuir. Ces interactions avec la société d'aide à l'enfance ont eu de sinistres effets chez ces femmes : aggravation de leur manque de confiance en elles-mêmes, diminution de leur bien-être mental, peur des prestataires de services et, enfin, refus d'aborder leurs enjeux de santé mentale. Chez les femmes autochtones, le retrait de leurs enfants est venait cruellement leur rappeler que le génocide contre les Autochtones se poursuivait.

Pour les femmes au statut d'immigration précaire, la société d'aide à l'enfance devenait un instrument de surveillance, susceptible de conduire à leur déportation et, ce faisant, de les exposer à d'autres risques dans leur pays d'origine.

« J'ai appelé l'aide à l'enfance moi-même parce qu'il le fallait. Parce que j'ai été voir les services à la famille, le père de mon fils essaie maintenant d'utiliser l'aide à l'enfance contre moi — il fait appeler ses amis pour qu'ils déposent des plaintes anonymes sur moi et ma santé mentale et disent que je suis pas en état de m'occuper de mon bébé. C'est incroyablement stressant... Moins d'une journée après un de ces appels, on vient vérifier si je suis une bonne mère. Alors, vous savez, je n'ai pas l'impression que c'est un service qui existe pour m'aider. T'es là, chaque jour, à faire de ton mieux pour t'occuper de ton bébé, et c'est vrai des fois que, genre, t'as des jours où t'es émotionnelle, mais ça veut pas dire que t'es une mauvaise personne, que t'es pas capable d'élever ton enfant comme il faut, et puis, les gens violents, qui s'encombrent pas des mêmes émotions ou sentiments, eux ils sont très bons pour faire croire qu'ils sont stables et merveilleux. Ça donne l'illusion qu'ils sont tellement mieux qu'ils le sont vraiment en réalité, et ça rend aussi tellement plus terrifiante la perspective d'aller chercher de l'aide pour ta santé mentale, vous savez, parce qu'on l'utilise déjà contre toi. »

Laure, résidente d'une maison d'hébergement

Les femmes citaient souvent leur maternité comme raison de ne pas recourir aux services de santé mentale. Plusieurs ont précisé qu'elles ne signaleraient jamais un problème de santé mentale parce qu'elles devaient être fortes pour leurs enfants. Ces derniers sont assurément un facteur déterminant dans la résilience des survivantes de violence; toutefois, les pressions systémiques entourant la maternité empêchent les femmes de voir à leurs propres besoins en matière de santé mentale.

Racisme, suprémacisme blanc et santé mentale

C'est principalement à travers le récit de leurs expériences migratoires et autochtones que les participantes ont abordé la question du suprémacisme blanc. Qualitativement, le vécu des femmes racisées était distinct de celui des autres, tant du point de vue de la violence elle-même que des séquelles subies et des obstacles rencontrés. Ces femmes se butaient constamment à des obstacles pour avoir accès aux services à cause du suprémacisme blanc inhérent aux structures de prestation des services.

La santé mentale des femmes autochtones

La grande majorité des résidentes autochtones (membres de Premières Nations, Inuites et Métisses) ont témoigné de la nécessité de s'exiler de leur communauté afin de pouvoir trouver la sécurité ou les services qu'il leur fallait. Conséquence de leur déménagement en ville : elles se sentaient coupées du cœur culturel de leur nation, ce qui pouvait inclure le territoire traditionnel, la langue et les pratiques culturelles autant que la communauté et leur famille. En somme, on peut dire que le manque de services et de sécurité dans les communautés

éloignées perpétue le programme colonial d'assimilation culturelle, aujourd'hui ouvertement et couramment qualifié de génocide culturel (ENFFADA, 2019).

Parallèlement à ces récits de déracinement, nous avons noté des différences dans la nature et l'intensité de la violence et des traumatismes vécus. Ces différences sont une triste illustration des conséquences produites quand la misogynie rencontre le suprémacisme blanc : des violences plus fréquentes, souvent mortelles, envers les femmes autochtones au Canada. Bon nombre des Autochtones interviewées ont dit « figer » ou avoir une « attaque » quand quelque chose leur rappelle une violence passée, réactions qui s'accompagnent d'autres symptômes de traumatismes.

À la différence des femmes immigrantes et des allochtones, beaucoup de femmes autochtones ont décrit des agressions et traumatismes répétés ou généralisés, aux mains d'agresseurs multiples. L'enfance de l'une d'elles a été marquée par des expositions répétées à la prédation. Elle a raconté un incident remontant à son adolescence :

« Il est venu de Sudbury dans notre patelin juste pour s'attraper une Indienne. Il était connu comme étant quelqu'un qui aimait ça, les Indiennes. C'te espèce de gros con blanc essaie de m'en imposer. Il veut me faire monter dans sa voiture, me payer et décamper. Il a commencé par m'offrir de la mari, de la drogue, "J'ai d'la coke si tu veux monter dans mon char"... Et moi, je pensais " Il faut vraiment être un trou de...", non? »

Cindy, résidente d'une maison d'hébergement

Malgré son refus, il a essayé plus tard de l'agresser, mais elle a réussi à s'enfuir. Plus loin dans l'entrevue, elle a mentionné : « cette année sera probablement la première que j'aurai pas eu personne qui s'est essayé. Ça fait que j'espère que ça continue après qu'elle sera passée. » Son témoignage est symptomatique de la violence généralisée envers les femmes autochtones au Canada, violence aussi manifeste dans les autres entrevues que nous avons réalisées avec des femmes autochtones. Pour elles, plus que pour n'importe quelles autres populations, la violence ne vient pas seulement d'agresseurs identifiables : elle découle d'une culture de prédation qui trouve ses origines dans le colonialisme et qui considère les femmes autochtones comme des cibles acceptables.

La prestation de services aux femmes autochtones

Les femmes autochtones sont victimes de violence à l'intérieur comme à l'extérieur de leur communauté. Certaines d'entre elles ont de plus fait état d'un manque de soutien dans leur communauté — de la part des gens dans leur cercle d'amitiés, de leur famille et de prestataires de services. Pour les femmes autochtones plus que n'importe quelles autres, les relations avec les services policiers posent problème. Plusieurs résidentes interviewées ont indiqué que, dans leur communauté, quand elles appelaient la police pour avoir de l'aide, on les faisait attendre ou on les ignorait complètement. L'une d'elles a raconté avoir téléphoné au beau milieu d'une agression pour se faire répondre de rappeler quand elle aurait dessoûlé.

Ces témoignages illustrent que les services de l'État, bien qu'apparemment chargés de soutenir l'ensemble de la population, y compris les femmes autochtones, peuvent dans les faits s'avérer un instrument qui perpétue un legs assimilatoire, génocidaire et négligent.

Après des générations de politiques assimilatoires, la notion même de sécurité est dérégulée dans les communautés éloignées, et ce dérèglement n'est pas limité aux prestataires de services. Une autre femme agressée dans sa communauté a raconté que, bien que ses cris pouvaient être entendus dans le voisinage, personne ne prenait la peine de vérifier son état. Particulièrement déconcertant, elle a décrit un moment de violence corporelle en présence de la police et de témoins indifférents. Après son déménagement à Ottawa, son agresseur l'a retrouvée et l'a, malheureusement, agressée de nouveau. En entendant ses cris, quatre personnes sont accourues à sa porte pour lui venir en aide. Elle s'est dite rassurée et réconfortée par leur réaction. Certes, son témoignage souligne la sécurité ressentie dans un centre urbain comme Ottawa, mais bien que ces femmes parviennent à se créer un îlot de sécurité loin de chez elles, la perte et le sentiment d'exil causés par la distance demeurent.

Bien que les femmes ont souvent discuté de leur déménagement en ville, elles voulaient généralement préserver leur autochtonité, les liens avec leur culture. La plupart des femmes autochtones interviewées résidaient dans la seule maison pour femmes autochtones à Ottawa. Les services sont appréciés et bien utilisés. Il faut souligner la générosité des services et du soutien, dispensés avec une compréhension de la violence faite aux femmes. Une des femmes interviewées a dit avoir choisi la rue plutôt que d'aller dans une maison allochtone parce que ses expériences antérieures avaient été très négatives et avaient ravivé d'anciens traumatismes, ce qui montre bien l'importance d'avoir des services administrés par et pour les Autochtones.

« J'avais l'impression qu'eux autres, elles comprenaient mon histoire, ce que j'avais vécu. J'en avais raconté des bouts seulement, mais elles pouvaient, comment dire, s'identifier avec moi. C'est juste plus facile de parler à des responsables des pensionnats, tout de suite ils vont dire "Ah oui, ce coin là a beaucoup été touché aussi. Je peux voir pourquoi tu..." Vous voyez? »

Alison, résidente d'une maison d'hébergement

Si les séquelles des traumatismes intergénérationnels ont été clairement nommées par les participantes interviewées, leurs réponses indiquaient aussi qu'elles tiraient un grand réconfort des cultures autochtones et des activités ancrées dans ces cultures. Les discussions avec les sages et l'artisanat (perlage, confection de mocassins, etc.) ont été régulièrement mentionnés comme stratégies d'adaptation par les femmes cherchant à retrouver leur équilibre dans le sillage des traumatismes les ayant amenées à la maison. Certains éléments revenaient fréquemment dans le vécu des Autochtones et nuisaient à leur santé mentale et à leur rétablissement : retrait d'enfants, difficultés avec la société d'aide à l'enfance, taux élevés de violence et de prédation, problème de consommation (la leur ou celle de leur conjoint). Presque toutes s'étaient fait enlever un enfant par la société d'aide à l'enfance à un moment ou à un autre. Un des obstacles les plus notables à la guérison, c'est la manière dont les services

reproduisent ou évoquent l'institutionnalisation et les traumatismes apportés par les pensionnats (en particulier les services d'hébergement et les centres de traitement). Les femmes autochtones interviewées ont clairement indiqué que, pour assurer des services sûrs et moins traumatisants, il faut des programmes enracinés dans leurs cultures, animés par des Autochtones.

Vécu migratoire, violence et santé mentale

Les participantes à l'étude qui étaient issues de l'immigration formaient un groupe plutôt hétérogène. Elles avaient de la difficulté à s'identifier avec le langage de la santé mentale et ont souvent mentionné leur mauvaise connaissance du sujet. Leurs réponses aux questionnaires indiquaient cependant des symptômes importants en général. Beaucoup faisaient preuve d'une réserve plus ou moins marquée à cet égard, bien que quelques-unes reconnaissaient avoir des problèmes de santé mentale ou avoir reçu un diagnostic de maladie mentale, qu'elles ont décrits et discutés avec nous.

Chez les femmes interviewées, le vécu migratoire s'accompagnait souvent d'un profond sentiment d'isolement. Elles ont fait état de violences de la part de leur conjoint, ainsi que de membres de leur famille ou belle-famille. En prenant la fuite, la plupart avaient aussi tourné le dos à tous leurs réseaux de soutien. Cette absence de réseau, conjuguée à la difficulté de comprendre les coutumes, à la barrière de la langue et au racisme, les rendait très vulnérables. Certaines ont parlé ouvertement durant les entrevues; pour d'autres, le processus a été difficile.

«[M]on expérience comme victime de violence est assez atroce. Mon agresseur, il a même pris mes effets personnels... J'ai tout perdu : mon statut et mes biens, tout. Il a pris mon passeport, mon permis de travail... comme ça, je ne peux rien avoir. »

Meg, résidente d'une maison d'hébergement

Indépendamment de leur santé mentale, les survivantes ayant un passé migratoire ont décrit des expériences où racisme, suprémacisme blanc, sexisme et maternité se recoupaient, produisant des interactions complexes. Certaines ont quitté leur pays, avec ou sans leurs enfants, à cause de politiques sexistes ou de violence. Le manque de soutien, la peur d'éventuelles répercussions sur leur statut migratoire ainsi qu'une méconnaissance des normes sociales, des lois et des services au Canada avaient généralement contribué à leur situation.

La grande majorité de ces femmes étaient essentiellement dépourvues de réseaux de soutien. Fait à souligner, la seule maison francophone était utilisée principalement par des immigrantes noires. Ces femmes étaient aux prises non seulement avec le racisme, mais devaient aussi composer avec la difficulté d'obtenir des services de santé en français dans la région d'Ottawa, en particulier des soins primaires.

« La plupart d'entre nous, nous mourons en silence et sommes, pour la plupart, incapables de dire ce que nous pensons vraiment ou de nommer ce que nous vivons à cause de la peur. Comme je vous ai dit, à l'hôpital où j'étais, c'est eux qui ont appelé la société d'aide à l'enfance. Je ne savais pas ce qu'était cette société, parce que ça

n'existe pas dans mon pays et quand je vivais aux États-Unis, j'étais clandestine. Il ne fallait pas que le gouvernement apprenne ma présence parce que, sinon, je risquais la déportation... alors, je ne pouvais pas vraiment. Alors, ici, quand on m'a parlé de pension alimentaire, j'ai répondu "Mais qu'est-ce que vous voulez dire?" On m'a expliqué et moi, j'ai pensé "Oh mon Dieu!" Ça m'a fait très peur. »

Julie, résidente d'une maison d'hébergement

Ce cumul d'obstacles était commun aux femmes immigrantes que nous avons interviewées. Elles ont indiqué que leur statut migratoire restreignait leur capacité de fuir les relations violentes et que, par moment, ce statut était aussi utilisé contre elles par leur agresseur. À ces complications s'ajoutaient d'autres facteurs, notamment les pressions culturelles et familiales, l'accès aux enfants et leur garde, ainsi qu'une piètre connaissance des enjeux de santé mentale et de violence fondée sur le sexe.

Tout cela rendait ces femmes plus vulnérables et compliquait aussi leurs interactions avec les prestataires de services. Une femme sans soutien et n'ayant qu'une connaissance rudimentaire de l'anglais s'est fait dire par la police de passer la nuit dans la salle d'attente d'un hôpital parce qu'il n'y avait pas de place d'hébergement pour elle. Cette interaction suggère bien sûr une surcharge du système, mais peut-être trahit-elle aussi une certaine paresse, car peut-être qu'il aurait été possible, moyennant quelques efforts additionnels, d'aiguiller cette femme vers des services plus appropriés, à même de l'aider. La situation aurait été difficile pour n'importe quelle femme, mais elle prend des proportions gargantuesques quand on y ajoute une méconnaissance de la culture et de la langue dominante, le racisme, de même que l'absence de tout soutien.

Discussion

Les entrevues et discussions ont clairement démontré la nécessité des maisons et le rôle précieux qu'elles jouent. Celles-ci doivent toutefois refuser régulièrement des femmes faute d'avoir assez de lits. Cette situation implique non seulement qu'on ne peut satisfaire à tous les besoins, mais mine aussi la confiance dans les services. Les résidentes ont souvent dit apprécier les services de garde d'enfants et l'aide du personnel attentif. Dans les maisons offrant des groupes d'entraide structurés, elles ont souligné tout particulièrement le rôle transformateur de ces groupes, qui étaient pour elles un des points saillants de leur expérience. Pour les femmes autochtones qui ont utilisé les services d'Oshki Kizis, seule maison d'hébergement autochtone à Ottawa, les résidentes ont souligné d'emblée comme point positif l'existence même de la maison compte tenu du legs de violence coloniale au Canada et de son opérationnalisation par les services sociaux, le système d'éducation et le réseau de la santé. Dans l'ensemble, le secteur offre aux femmes la possibilité de se ressaisir et de se reconstruire après un traumatisme. Le séjour dans une maison représente aussi un moment opportun pour des interventions visant à améliorer leur santé mentale.

La stigmatisation fréquente qui entoure les problèmes de santé mentale ou les diagnostics de maladie mentale a souvent été mise en lumière, et, malheureusement, elle avantage les agresseurs dans le contexte d'une relation violente. La diminution de la stigmatisation en

général — par la sensibilisation et l'éducation — atténuée cependant les répercussions qu'une étiquette de maladie mentale peut avoir dans une telle relation.

Outre la stigmatisation, les entrevues et discussions de groupe ont fait ressortir la difficulté d'avoir accès à un diagnostic et à des traitements, en particulier en lien avec un traumatisme. Elles dénotent un système à deux vitesses, où les personnes à faible revenu, qui ne bénéficient pas d'une assurance-santé complémentaire par le biais de leur employeur, ont de la difficulté à obtenir des soins en psychothérapie. En général, les services gratuits ou à faible coût ne sont disponibles que par l'entremise d'organismes communautaires, qui offrent un nombre limité de séances et ne sont pas nécessairement en mesure de proposer les modalités thérapeutiques les plus appropriées pour un stress traumatique complexe ou non résolu. Ces considérations sont cruciales considérant les pressions économiques auxquelles sont malheureusement soumises la plupart des survivantes qui ont recours aux services des maisons. En outre, le stress post-traumatique est fréquent chez les survivantes de violence : 22 % d'entre elles rapportent des symptômes dans chacun des trois groupes de symptômes décrits dans le DSM IV (Burczycka, 2014).

Bien que les femmes hésitent souvent à discuter de leur santé mentale et de leurs traumatismes dans le contexte de la prestation de soins (réseau de la santé, aide à l'enfance, etc.), il serait souhaitable de mieux tenir compte des traumatismes dans tous les types de soin. Il faudrait aussi que la prestation soit éclairée par une meilleure connaissance du vécu migratoire et de l'histoire du génocide autochtone au Canada. Ce dernier mérite une attention particulière parce qu'on a justement utilisé l'enseignement, les soins de santé et les services sociaux pour appliquer les politiques d'assimilation. En outre, en ce qui concerne les populations autochtones, il ne suffira pas d'améliorer la prise en compte des traumatismes en général; il faudra aussi améliorer les services dans les Premières Nations, les communautés inuites et les communautés métisses qui se trouvent dans des régions éloignées (ENFFADA, 2019).

En ce qui concerne les nouvelles immigrantes, il faudrait des efforts continus ou plus poussés afin de mieux les renseigner sur leurs droits au Canada. De façon générale, Ottawa devrait faire siens les principes des villes refuges pour la prestation des services municipaux qui peuvent aider les femmes et les enfants sans papier à moins redouter les interactions avec la police et d'autres services (Ardanaz, 2017). Pour réduire la vulnérabilité de ces populations, il faudrait aussi améliorer la prestation de services de santé en français et dans d'autres langues.

À la recommandation de notre comité consultatif, nous avons choisi d'adopter la notion de « suprémacisme blanc » pour réunir différents thèmes entourant la race. En effet, c'est celui qu'utilise l'autrice et critique culturelle bell hooks, pour qui il représente une percée majeure [traduction] :

« l'utilisation du terme "suprémacisme blanc" plutôt que "racisme", parce que ce dernier ne permet pas, en lui-même, d'aborder la question de la colonisation et de la décolonisation ni de reconnaître l'internalisation du racisme par les gens de couleur, car

il nous maintient dans un débat qui s'articule en essence autour des gens blancs et de la blancheur. » (1997, p. 7).

Fait à noter, les deux tiers des résidentes interviewées pour notre étude s'identifiaient à un groupe racisé. Compte tenu de la composition de la population ottavienne, cela dénote une surreprésentation des femmes racisées dans les maisons et confirme des tendances rapportées ailleurs, selon lesquelles, au Canada, une grande proportion des femmes racisées seraient victimes de violence familiale, en particulier les femmes autochtones : 54 % d'entre elles vivraient des violences familiales graves, comparativement à 37 des allochtones (Abban 2013). Selon le rapport provisoire de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, les femmes autochtones courent effectivement un plus grand risque d'être victimes de violence que les femmes allochtones au Canada : les probabilités qu'elles meurent aux mains d'un tueur en série sont sept fois plus élevées; elles vivent plus fréquemment des violences de la part d'un partenaire intime, et ces violences sont aussi plus graves; enfin, elles ont aussi des taux plus élevés de maladie mentale et de suicide (ENFFADA, 2017, p. 8).

Beaucoup d'études confirment l'existence d'une corrélation entre le vécu des femmes avant leur arrivée dans une maison — c'est-à-dire les violences subies, conjuguées à la synergie entre diverses pressions systémiques (dont celles mentionnées ci-dessus) — et leurs problèmes en matière de santé mentale, en particulier les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, y compris le stress post-traumatique (BCSTH, 2011). Malheureusement, pour une gamme de raisons historiques, bureaucratiques et philosophiques, les secteurs de l'hébergement pour femmes violentées, de la santé mentale et du traitement des toxicomanies opèrent en vases clos (Mason et Toner, 2012). La région d'Ottawa ne fait pas exception.

Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, qui finance les services d'hébergement d'urgence pour les femmes violentées, a formulé les normes auxquelles doivent se plier les maisons d'hébergement pour femmes violentées. Ces normes stipulent que les maisons doivent servir toutes les femmes qui font appel à leurs services, ainsi que les enfants à leur charge. Cela comprend les femmes aux prises avec la toxicomanie ou un problème de santé mentale (MCSS). Nous avons consulté une synthèse exploratoire des recherches publiées qui ont examiné l'incidence de la violence entre partenaires intimes en conjonction avec la toxicomanie et des problèmes de santé mentale. D'après cette synthèse, dans les trois secteurs, le personnel de première ligne estime n'avoir pas reçu une formation adéquate pour intervenir auprès des personnes qui sont aux prises avec cette problématique triple (Mason et O'Rinn, 2014). Une étude menée en Ontario dans le secteur antiviolence indique que le tiers de ses travailleurs et travailleuses jugent faible ou passable leur capacité d'intervenir quand une toxicomanie ou des problèmes de santé mentale sont aussi en jeu (Purdon, 2008).

La documentation publiée montre que, dans les maisons, les besoins des femmes en matière de santé mentale restent en partie insatisfaits, ce qui a de nombreux effets néfastes sur elles et leurs enfants, notamment : perte de la garde de leurs enfants, risque accru de subir de

nouvelles violences en raison d'un départ prématuré de la maison et aggravation des effets débilissants de la maladie mentale faute de recevoir un traitement approprié en temps opportun (BCSTH, 2011). Les témoignages que nous avons recueillis auprès des participantes confirmaient ces observations. Les femmes dont la vulnérabilité sociale et économique a été exacerbée, comme nous l'avons décrit ci-dessus, risquent d'être entraînées dans une spirale descendante pendant leur séjour en maison ou après. Les recommandations qui suivent ont été formulées à partir des données dégagées des propos des participantes quant aux changements qu'elles aimeraient voir dans le secteur.

Recommandations

Éducation et services en santé mentale : expansion des services d'extension en psychiatrie

La présence d'une intervenante en santé mentale est requise dans les maisons; nous entendons par là une tierce partie capable de faire des interventions cliniques auprès des résidentes ainsi que de jouer un rôle consultatif auprès du personnel. Ce besoin a été exprimé à la fois par le personnel et par les résidentes, en particulier celles aux prises avec des problèmes préexistants de santé mentale. Il s'agirait d'étendre aux maisons les services des équipes de psychiatrie communautaire qui servent actuellement les refuges pour sans-abri, afin d'éliminer l'écart de services en santé mentale qui existe pour l'instant entre les secteurs.

Ce qui fait la force des équipes, dont les membres appartiennent toutes et tous à un ordre professionnel, c'est leur modèle d'intervention, qui conjugue les interventions cliniques, les conseils au personnel des organismes partenaires et l'éducation. Comme nous l'avons souligné, l'accès à une telle équipe permettrait de répondre efficacement à bon nombre des besoins nommés par les résidentes et le personnel. Ce dernier a toutefois souligné qu'il serait important que les services psychiatriques offerts aient une orientation féministe. Le personnel d'Oshki Kizis a précisé que les services d'extension sont un modèle qui fonctionne bien avec les Autochtones, qui peuvent éprouver un malaise dans un cadre institutionnel à cause du traumatisme du génocide et de la nature de celui-ci au Canada.

Le pouvoir de l'entraide : élargissement de la programmation axée sur les pairs

Il faut que les maisons fassent plus de place à des styles de programmation pensés ou dirigés par et pour les pairs. Ce genre de programmation pourrait s'avérer particulièrement fructueux utilisé en conjonction avec les services d'extension en psychiatrie, grâce auxquels des femmes pourraient devenir assez stables pour être en mesure de jouer un rôle auprès de pairs et d'intervenantes. Les interventions par et pour les pairs concordent avec la philosophie féministe qui, de bien des façons, distingue les services des maisons de ceux du secteur de l'itinérance en général. En essence, ce genre de programmation s'enracine plus explicitement dans une approche féministe du soin qui tient compte des traumatismes.

Depuis 2013, le programme de santé mentale pour les femmes au Royal inclut dans sa gamme de services des activités animées par des pairs — groupes d'entraide à vocation thérapeutique ou psychoéducative. Nos propres évaluations, basées sur les autoévaluations des

participantes, indiquent que le bien-être des femmes est supérieur après leur participation à un groupe d'entraide (O'Brien et Magner, 2015).

Conclusion

Tout au long de ce rapport, nous avons tâché d'illustrer : 1) les difficultés avec lesquelles les résidentes des maisons d'hébergement doivent composer en matière de santé mentale; et 2) le degré élevé de complexité qui caractérise leurs interactions avec les services communautaires. Ceci nous a conduites à formuler des recommandations qui, nous l'espérons, pourront aider à défendre les demandes pour un accès plus équitable aux services en santé mentale à l'intérieur du système; nous espérons que le présent document saura en même temps éclairer les professionnelles et professionnels de la santé mentale qui connaissent peu le secteur de la violence faite aux femmes.

En recommandant d'étendre aux maisons d'hébergement pour femmes violentées les services des équipes de psychiatrie communautaire, nous espérons faciliter l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale pour les résidentes de ces maisons. Nous croyons aussi qu'en favorisant de manière délibérée les initiatives d'entraide, les maisons pourraient contribuer à atténuer ou contrebalancer bon nombre des effets néfastes des réactions aux traumatismes dus à des violences. Nous espérons qu'on permettra à cet atout de prendre plus de place et qu'il pourra s'épanouir en quelque chose de plus accessible pour toutes les femmes après qu'elles aient reçu s'il y a lieu des soins en santé mentale. Certes, les pressions systémiques continueront malheureusement d'avoir des effets négatifs sur les femmes, mais ces améliorations aux services d'une qualité déjà excellente offerts dans les maisons permettront de mieux répondre aux besoins des résidentes. Des interventions précoces à l'appui de leur santé mentale pourraient aider les femmes à se reconstruire plus pleinement et plus efficacement, et pourraient ainsi leur éviter une spirale décompensatoire aboutissant au retrait de leurs enfants et à une détérioration encore plus grave de leur santé mentale, voire à l'itinérance.

Sources

Abban, V. (2013). "Violence Against Women: Why Race Matters". *Wellesley Institute*.
<https://www.wellesleyinstitute.com/healthy-communities/violence-against-women-why-race-matters/>

Ardanaz, J. (2017). "Barriers for Non-Status Women: A Legal and Policy Overview for the BC Society of Transition Houses". <https://bcsth.ca/wp-content/uploads/2017/11/Barriers-for-Non-Status-Women.pdf>

BC Society of Transition Houses (BCSTH) (2011). Report on Violence against women, mental health, and substance use. https://www.canadianwomen.org/wp-content/uploads/2018/03/PDF-VP-Resources-BCSTH-CWF-Report_Final_2011_-Mental-Health_Substance-use.pdf

Burczycka, Marta. (2014). "Section 1: Trends in self-reported spousal violence in Canada, 2014" in *Family Violence in Canada: A Statistical Report 2014*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303/01-eng.htm>

Burczycka, Marta. (2016). "Section 3: Police-reported intimate partner violence" in *Family Violence in Canada: A Statistical Report 2016*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/03-eng.htm>

Hooks, Bell. (2005). "Cultural Criticism & Transformation". *Challenging Media: Media Education Transcript*, Media Education Foundation. <https://www.mediaed.org/transcripts/Bell-Hooks-Transcript.pdf>

Mason, R. & O'Rinn, S.E. (2014). "Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: A scoping review". *Global Health Action*, 1:10.

Mason, R. & Toner, B. (2012). *Making connections: When domestic violence, mental health and substance use problems co-occur*. Toronto, ON : Women's College Hospital
Ministry of Community and Social Services ,Ontario. Violence against women (VAW)-
emergency shelter standards. Ottawa, ON: MCSS.
https://www.mcass.gov.on.ca/en/mcass/open/vaw/vaw_Manual.aspx

National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG) (2019). *Reclaiming Power and Place: Executive Summary of the Final Report*. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Executive_Summary.pdf

National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG) (2017). *Interim Report: Our Women and Girls are Sacred*.
<https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2018/03/ni-mmiwg-interim-report.pdf>

O'Brien, AM & C. Magner (2015). *Harnessing the power of peer support to promote recovery for women*. Ottawa, Ontario. (Internal Document)

Purdon, C. (2008). "No Wrong Door: Creating a collaborative rural response for women abuse, mental health, and addiction issues".

http://www.greybrucechildrensalliance.ca/public_docs/documents/Final_Report_No_Wrong_Door_July%202008.pdf

Statistics Canada. (2016) "Homeless shelter capacity, bed and shelter counts for emergency shelters, transitional housing and violence against women shelters for Canada and provinces, Employment and Social Development Canada".

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1410035301&pickMembers%5B0%5D=1>.

[187](#)

Appendices

Appendix A

Exploring the Mental Health Needs of Women Residing in Violence Against Women Shelters in
Ottawa, Ontario, Canada

In-depth interview guide

Thank-you for agreeing to participate in this interview today. My name is Ann-Marie O'Brien and I am a social worker, and the lead for Women's Mental Health at The Royal. Women's Mental Health is part of the Community Mental Health Program at The Royal. We are collaborating with all Violence Against Women shelters in Ottawa, to explore the mental health needs of women residing in VAW shelters. We are also interested in shelter staff's perceptions of the mental health needs of residents, and their experiences in advocating for access to mental health services/supports. Our project is being funded by the Women's Xchange at Women's College Hospital.

Please take a minute to review our consent form. I'm happy to answer any questions.

The goal of our study is to produce a report on the mental health needs of shelter residents.

1. Could you tell me a bit about your mental health challenges?
2. Could you tell me a bit about your support system? Who are your supporters?
3. What has been your experience accessing mental health services/supports?
4. How have things been since you've been in the shelter?
5. How do you feel your mental health needs have been addressed in the shelter?
6. What do you think would help?

Version June 2, 2018

Appendix B

Consent Form

Exploring the mental health needs of women in Violence Against Women Shelters

Women's Mental Health is part of the community Mental Health Program at The Royal, in collaboration with Violence Against Women shelters in Ottawa, is exploring the mental health needs of women residing in VAW shelters. We would like to invite you to participate in this research project. Our goal is to produce a report card on the mental health needs of women in VAW shelters and to use this information to advocate for mental health services. This project had been funded by the WomensXchange at Women's College Hospital in Toronto. Over the next few months we will be meeting with women at each of the 6 shelters in Ottawa to examine women's mental health needs, and experiences in accessing mental health services. We will also be speaking with shelter staff on their experiences with addressing mental health issues. If you **choose** to participate you will be invited to join a focus group discussion, as well as complete questionnaires, and have an interview with a researcher.

The project will be conducted in either English or French, and other languages as required.

Discussing mental health issues may be distressing for some women. We encourage you to use your supporters. In participating in this study you are helping to develop knowledge to advocate for better mental health services for women.

You are under NO OBLIGATION to participate, and you are free to withdraw at any time. Participation will not affect services received at any other agency. If you do participate we will keep you informed of the progress of the study. You will not be identified as a participant. All information collected will be kept confidential. We are only interested in looking at collective information - that is information from all the participants together, not an individual's information. The only people who have access to the information collected is the research team: Ann-Marie O'Brien MSW RSW, and Dr. Angel Foster.

Participants will be compensated for their time with a 50\$VISA gift card.

The principal investigator is Ann-Marie O'Brien, and she can be reached at ann-marie.obrien@theroyal.ca 613-722-6521 x 6879.

I have read, and understand the proposed study, and I will consent to participation:

Name: _____ Date: _____

Version June 2, 2018

Français

Formulaire de consentement

Explorer les besoins en matière de santé mentale des femmes dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence

La santé mentale des femmes fait partie du programme de santé mentale communautaire du Royal qui, en collaboration avec les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence d'Ottawa, examine les besoins en matière de santé mentale des femmes habitant dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. Nous aimerions vous inviter à participer au présent projet de recherche. Notre but est de préparer une fiche de rendement sur les besoins en matière de santé mentale des femmes habitant dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence et d'utiliser cette information pour promouvoir les services de santé mentale. Le projet est financé par le WomensXchange de l'hôpital Women's College Hospital à Toronto. Au cours des prochains mois, nous rencontrerons des femmes dans chacune des six maisons d'hébergement d'Ottawa afin d'examiner les besoins en matière de santé mentale des femmes et de connaître leurs expériences quant à l'accès aux services de santé mentale. Nous parlerons également aux employées des maisons d'hébergement au sujet de leurs expériences relativement au traitement des problèmes de santé mentale. Si vous **décidez** de participer au projet, vous serez invitée à participer à un groupe de discussion, remplir un questionnaire et passer une entrevue avec un chercheur.

Le projet sera réalisé en anglais ou en français, et en d'autres langues, au besoin.

Discuter de problèmes de santé mentale pourrait être bouleversant pour certaines femmes. Nous vous encourageons à faire appel à vos soutiens. En participant à l'étude, vous aidez à approfondir les connaissances dans le but de recommander de meilleurs services de santé mentale pour les femmes.

Vous n'êtes PAS OBLIGÉE de participer et vous êtes libre de vous retirer du projet en tout temps. Votre participation n'aura pas d'incidence sur les services offerts par un autre organisme. Si vous décidez de participer au projet, nous vous tiendrons au courant du progrès de l'étude. Vous ne serez pas identifiée en tant que participante. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels. Nous nous intéressons uniquement aux renseignements collectifs, c'est-à-dire les renseignements de l'ensemble des participantes, pas les renseignements d'une personne en particulier. Seuls les membres de l'équipe de recherche peuvent accéder aux renseignements recueillis, notamment Ann-Marie O'Brien, maîtrise en service social, travailleuse sociale autorisée, et la Dre Angel Foster

Les participantes recevront une carte-cadeau VISA de 50 \$ pour le temps qu'elles ont consacré au projet.

La chercheuse principale est Ann-Marie O'Brien. On peut communiquer avec elle à l'adresse ann-marie.obrien@theroyal.ca ou en composant le 613-722-6521, poste 6879.

J'ai lu et je comprends l'étude proposée, et je consens à y participer :

Nom

Date

I

Version du 2 juin 2018