



110, rue Sainte-Thérèse, bur.505, Montréal, Québec H2Y 1E6

# Avis

Sur le

Plan d'action en santé mentale  
2005-2010

*La force des liens*

Mai 2009

Produit par le *Comité Action politique en santé et services sociaux*

## Introduction

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens* du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec tire à sa fin dans un peu plus d'une année. Le Ministère continuera vraisemblablement avec la création d'un second plan d'action pour 2010-2015. Profitant de cette occasion, la Table des groupes de femmes de Montréal soumet quelques éléments d'analyse aux acteurs concernés afin d'influencer ceux-ci dans leurs réflexions entourant l'élaboration de ce plan d'action. Influencer sur quels sujets, vous direz-vous? Sur une réelle prise en compte des réalités des femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui utilisent les services du Réseau de la santé et des services sociaux. Le présent *Plan d'action* a bien peu de mots pour ces femmes. Nous voulons qu'il en soit autrement du prochain. Vous retrouverez dans ces pages un constat sommaire de la situation des femmes aujourd'hui, une analyse critique féministe de l'approche du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* ainsi que des recommandations pour un futur plan d'action. Nous soumettons ces recommandations et analyses à l'attention de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à tous les Centres de santé et de services sociaux de Montréal (CSSS) et au Ministère de la santé et des services sociaux.

La *Table des groupes de femmes de Montréal* est un organisme régional de concertation existant depuis mars 1996 dont la mission est de promouvoir et de défendre les intérêts des femmes dans une perspective féministe d'égalité entre les sexes. Elle intervient dans les sphères de la vie sociale, politique, économique et culturelle susceptibles d'influencer les conditions de vie des Montréalaises. Parmi les dossiers que porte la Table, celui de la santé des femmes représente à ses yeux une priorité d'action.

Plus spécifiquement, la Table des groupes de femmes de Montréal agit sur les dossiers suivants :

- la santé des femmes et leur place dans les instances régionales et locales en santé
- la lutte contre la violence faite aux femmes
- la discrimination en emploi, principalement pour les femmes doublement discriminées
- le développement régional et la représentation politique des femmes dans les instances décisionnelles
- la condition féminine dans les structures municipales
- l'accessibilité des femmes handicapées aux activités de la Table et leur participation à la vie civique.

## Les réalités spécifiques des femmes ou comment l'égalité n'est pas atteinte

### Quelques exemples et statistiques

Malgré ce qu'on veut bien nous faire croire, l'égalité femmes/hommes n'est pas encore atteinte. Elle existe effectivement sur papier, mais dans les faits, nous la recherchons encore. Certes, la situation des femmes s'est beaucoup améliorée au cours des dernières décennies: droit de vote, accès à l'éducation, au travail, reconnaissance du caractère criminel de la violence conjugale, lois sur le patrimoine, sur l'équité salariale, services d'avortement, garderies, etc. On entend depuis que le sexisme n'existe plus. Et pourtant, les femmes continuent de vivre des oppressions spécifiques. Elles gagnent le 2/3 du salaire des hommes encore aujourd'hui en 2009, elles occupent en majorité les emplois précaires et sous-payées, elles ont un revenu annuel moins élevé, elles sont plus nombreuses à avoir peu d'autonomie décisionnelle au travail. Quand elles ne travaillent pas, elles sont les plus pauvres parmi les pauvres<sup>1</sup>. Ce sont principalement les femmes qui assument la responsabilité des enfants, de leurs proches malades ou handicapés et de leurs communautés (bénévolat); ce sont elles qui assument la responsabilité de la reproduction; ce sont elles qui écotent très souvent de la double et parfois triple tâche quotidienne (travail à l'extérieur, travail domestique, responsabilité des enfants ou /et parents)<sup>2</sup>. Le corps de la femme est encore vu aujourd'hui comme un objet sexuel et ce phénomène n'est pas prêt de se résorber avec les publicités sexistes et dégradantes pour les femmes que l'on voit partout.

### Violence faite aux femmes et leur santé mentale

Ce sont les femmes qui sont violées, violentées, agressées, tuées et ce, dans toutes les sociétés. Ces réalités qui affectent plus souvent les femmes que les hommes représentent des sources importantes de stress. Ce contexte a un impact sur la santé mentale des femmes, en particulier sur leur niveau de détresse psychologique, plus élevé que celui des hommes. Par ailleurs, plusieurs ouvrages ont démontré que le statut social inférieur des femmes constitue l'une des causes majeures des problèmes de santé mentale chez les femmes<sup>3</sup>. Voici un témoignage d'une femme qui fut victime de violence.

« À force de vivre la violence, la santé mentale s'effrite. À force de la dénoncer, on se ramasse en psychiatrie ».<sup>4</sup>

Malgré ces oppressions et cette situation qui ne se règle pas pour les femmes, le discours dominant entretient une vision stéréotypée des femmes qui ne laisse pas de place à la différence. Il évalue aussi les problèmes à partir d'une grille sexiste où la norme est masculine. Contrairement à l'approche globale de l'individu que nous préconisons, le système de santé traite la maladie par une approche curative souvent

<sup>1</sup> Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, *D'égal à égal? Un portrait statistique des femmes*, 2007.

<sup>2</sup> Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, *Les balises d'une intervention respectueuse des femmes dans les ressources alternatives en santé mentale*, 1998.

<sup>3</sup> Table des groupes de femmes de Montréal, *Pour une analyse féministe de la transformation des services de santé mentale au Québec*, 2000.

<sup>4</sup> Action Autonomie de Montréal, «La violence faite aux femmes. Un monstre aux multiples couleurs», *La Renaissance*, mars 2008.

déshumanisante et discriminatoire et s'occupe des maladies, et non des malades, au lieu de prévention ou de promotion de la santé, sauf pour les clientèles dites à risque.

## La biomédicalisation

Les expériences de vie des femmes sont souvent traitées comme des problèmes médicaux. Cette approche, celle de la biomédicalisation, fait de la personne une bénéficiaire prise en charge par un système qui crée et encourage la dépendance et apporte surtout des solutions pharmacologiques et biotechnologiques plutôt que de changer les modes de vie ou d'agir sur les déterminants de la santé<sup>5</sup>. La médicalisation est un processus par lequel on médicalise l'expérience humaine. Elle devient alors une expérience médicale. Tout ce qui a trait au système reproducteur, à la grossesse, à l'accouchement, aux menstruations, à la ménopause, etc. est abordé dans une vision très médicale, alors qu'il s'agit pour les femmes d'étapes de vie tout à fait sociales et normales. Ne donne-t-on pas quasi automatiquement des médicaments aux femmes en pré-ménopause, déjà ménopausées ou bien souffrant de symptômes pré-menstruels alors que ce sont des cycles de vie normaux pour chaque femme? Le fait d'automatiquement médicaliser ces stades normaux de vie peut faire perdre le contrôle de la femme sur sa situation et ainsi de lui enlever le pouvoir qu'elle a sur son corps, puisqu'elle doit relever nécessairement de médecins et de spécialistes. L'important dans ce contexte est que les femmes aient de réelles alternatives à leur portée et qu'elles aient le choix d'un traitement ou non.

*Il me semble que j'étais un corps qui avait une maladie du cerveau; je me voyais comme une malade, je ne me voyais plus comme un être humain.<sup>6</sup>*

### Non à la colère des femmes

À cela s'ajoute la mainmise de la psychiatrie sur la vie émotionnelle des femmes dont plusieurs réactions légitimes sont considérées comme les symptômes de maladies mentales. L'expression de la colère en fait partie. De par leur éducation et leur conditionnement social, les femmes sont encouragées à être douces, gentilles et souvent soumises. Toutes ces «belles qualités» les poussent vers la passivité. «Déprimées par les inégalités sociales dont elles sont victimes, par le poids des rôles qu'elles doivent assumer et par leurs difficiles conditions de vie, elles sont vues comme des malades souffrant de dépression majeure, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, de troubles obsessionnels-compulsifs, de bipolarité, etc.»<sup>7</sup>.

*L'analyse féministe démontre que les filles sont éduquées et conditionnées à être douces, gentilles, dévouées. Elles sont la fille de... la femme de... la mère de... et de ce fait elles sont au service de... Toutes ces qualités prédisposent à la passivité des femmes. Leur estime de soi est à la remorque de l'image que leur renvoie ceux qu'elles servent. Dans leur rôle de porteuses de l'affectivité de leur entourage, elles ne peuvent pas se fâcher...<sup>8</sup>*

<sup>5</sup> Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Cadre de référence La Santé des femmes au Québec*, 1999, p. 10.

<sup>6</sup> Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, *Les balises d'une intervention respectueuse des femmes dans les ressources alternatives en santé mentale*, 1998.

<sup>7</sup> Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Femmes et santé mentale*.

<sup>8</sup> Action Autonomie de Montréal, «L'expression de la colère, une action libératrice pour les femmes», *La Renaissance*, mars 2008.

### **Sur-médicalisation des femmes**

Cela fait en sorte que dans le système de santé actuel, les femmes sont beaucoup plus médicalisées que les hommes quand elles présentent des problèmes de santé mentale. « Les femmes sont surmédicalisées et reçoivent des traitements chimiques en surabondance. Les tranquillisants leur sont allègrement offerts en réponse à des problèmes de toutes natures. Les unes après les autres, les études révèlent en effet que les femmes se font prescrire deux fois plus de psychotropes que les hommes»<sup>9</sup>. Pourquoi cette sur-médication quasi automatique des femmes? Car elles sont socialisées de façon à prendre soin, à s'occuper des autres, à être en charge. Il faut donc qu'elles soient mises sur pied rapidement puisque personne ne peut s'occuper d'elles puisque ce sont elles qui remplissent habituellement ce rôle. La sur-médication opérée par le Réseau de la santé et des services sociaux a certes comme impact de sur-médiquer les femmes, mais aussi de surévaluer l'efficacité des médicaments psychiatriques en minimisant leurs effets secondaires et la gravité de la dépendance qu'ils induisent. Fermer les yeux sur cette réalité permet au Ministère de ne pas investir dans la recherche de d'autres types de solutions.

### **Le retour des électrochocs**

Fait inquiétant depuis quelques années : on assiste à un retour en force de l'utilisation des électrochocs dans la majorité des pays occidentaux. Le Québec n'est pas en reste, il est ainsi passé de 4000 séances en 1988 à 8119 en 2003 alors que cette technique avait pratiquement disparue dans les années 1970<sup>10</sup>. Selon les données recueillies par l'Agence d'Évaluation des Technologies et des modes d'Intervention en Santé en 2002, les électrochocs sont administrés près de 3 fois plus à des femmes qu'à des hommes, en particulier à des femmes âgées de plus de 65 ans. Nous constatons qu'aujourd'hui encore les techniques les plus violentes en psychiatrie sont plus administrées aux femmes et particulièrement les plus âgées<sup>11</sup>. En plus, les recherches passées et actuelles nous montrent l'inefficacité des électrochocs. Et c'est en connaissance de cause que les médecins l'administrent à ces femmes. Ce type de traitement, que l'on administre beaucoup trop souvent aux femmes, entraîne des déficiences intellectuelles et physiques très importantes.

*Un psychiatre à sa patiente qui l'interroge sur le pourquoi de certains examens : « Vous devriez être reconnaissante, de ma conscience professionnelle. La majorité des psychiatres ne procèdent pas à des radiographies avant de faire subir des électrochocs par soucis d'économie.... »*

*Ce médecin ne comprenait vraiment pas les raisons qui provoquaient ma colère.<sup>12</sup>*

<sup>9</sup> Guberman, N. et al., *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*, 1993, p. 55.

<sup>10</sup> Agence d'Évaluation des Technologies et des modes d'Intervention en Santé, *L'utilisation des électrochocs au Québec*, 2002; Action Autonomie de Montréal ; données recueillies au niveau des hôpitaux et de la RAMQ en passant par la Loi sur l'accès à l'information, 2002.

<sup>11</sup> Action Autonomie de Montréal, *Les électrochocs : État des lieux*, 2005, p. 5.

<sup>12</sup> Action Autonomie de Montréal, *Comité Pare-Chocs, Témoignages*, <http://www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/page4.html>.

## La garde en établissement

*La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* est entrée en vigueur en juin 1998. Cette loi, dont l'objet n'est pas de traiter la personne contre son gré mais bien de la priver de liberté si son état mental est jugé dangereux, devait être utilisée comme une loi d'exception et conséquemment ses dispositions devaient être rigoureusement suivies et n'être appliquées que lorsque les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes en cause. Selon des études, on assiste à une augmentation importante du nombre d'internement, ce qui va à l'encontre de l'esprit de la loi<sup>13</sup>. Et bon nombre des victimes de ce traitement sont des femmes.

*L'utilisation de la force, la sur-médication et les contentions sont justifiées par un manque de personnel et de compréhension.*<sup>14</sup>

## Conséquences de la violence sur la santé mentale

S'ajoutant à tout cela, ce qui est souvent interprété par les intervenantEs du Réseau comme une humeur dépressive, un trouble de la personnalité ou une instabilité émotionnelle grave peut être l'effet d'abus physique, de violence conjugale ou de violences sexuelles. Selon des études, entre 33% et 81% des femmes suivies en psychiatrie ont vécu de la violence à un moment ou à un autre de leur vie. Les recherches des dernières années sont unanimes sur les conséquences importantes de la violence sur la santé mentale des femmes. Que ces recherches soient effectuées auprès des femmes lors d'un séjour en maison d'hébergement ou auprès des femmes qui ont déjà été hébergées, il apparaît qu'une majorité d'entre elles présentent des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, davantage d'idées suicidaires et qu'elles font plus fréquemment des tentatives de suicide<sup>15</sup>.

*Cette violence (4 formes, pendant l'enfance et l'adolescence) m'a causé des troubles de santé mentale. À l'hôpital, on me plaçait en milieu psychiatrique et on me donnait des Largactyls. Pour moi c'était une autre sorte de violence, mais très subtile. En résumé, c'est moi qui cherchais cette violence, selon les psychiatres. Inceste à répétition : perte d'estime de moi.*<sup>16</sup>

## Femmes immigrantes

La trajectoire migratoire des femmes peut avoir aussi un impact sérieux sur la santé mentale des femmes. Les réalités vécues par les femmes immigrantes ou étant considérées comme faisant partie d'une minorité visible sont aussi passées sous silence. Ces femmes sont victimes de racisme et de discrimination quotidiennement. Les immigrantes sont confrontées à une nouvelle culture et à de nouvelles façons de vivre et bien peu de ressources existent, sans oublier la barrière linguistique qui est un frein à leur pleine participation sociale. De plus, les femmes immigrantes arrivées depuis moins de cinq ans sont bien souvent très isolées. Le Réseau de la santé et des services

<sup>13</sup> Action Autonomie de Montréal, *Protection ou coercition, Rapport de recherche portant sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 2007, p. 3.

<sup>14</sup> Action Autonomie de Montréal, «La violence faite aux femmes. Un monstre aux multiples couleurs», *La Renaissance*, mars 2008.

<sup>15</sup> Chénard, L. et al., *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale : rapport de recherche*, 1990; Demers, A., *Dossier «Femmes»*, 1987.

<sup>16</sup> Action Autonomie de Montréal, «La violence faite aux femmes. Un monstre aux multiples couleurs», *La Renaissance*, mars 2008.

sociaux n'est pas très bien adapté aux réalités de ces femmes et la volonté de l'adapter semble très nébuleuse. Pourtant, dans une société qui est de plus en plus multiculturelle, cette adaptabilité des services devient un incontournable.

### **Agir sur les causes sociales**

Ces réalités vécues par plusieurs femmes ne peuvent être réglées tout simplement par la prise d'antidépresseurs ou de tranquillisants. Ces problèmes que vivent ces femmes ont des causes sociales et c'est sur ces causes que l'on doit agir prioritairement. La position sociale des femmes dans la société a des effets sur les rôles qu'elles peuvent y jouer et sur les moyens ou le pouvoir dont elles disposent. Ceci influencerait leur santé mentale, particulièrement les taux élevés de dépression dont elles souffrent. Le désavantage social subi par les femmes augmenterait leur stress et réduirait leur estime de soi, affectant par conséquent leur niveau de détresse psychologique<sup>17</sup>.

Afin de pallier cette absence de prise en compte des réalités des femmes, la Table des groupes de femmes de Montréal revendique l'application d'une approche féministe en santé des femmes par le MSSS.

## **L'approche féministe de la santé**

L'approche féministe en santé des femmes diffère du discours dominant sur plusieurs plans: l'analyse des problèmes de santé, l'information produite et partagée, l'approche thérapeutique, l'importance accordée à la prévention, le processus décisionnel et les solutions envisagées face aux problèmes de santé. Le lien entre la santé, les rapports sociaux et les conditions de vie permet d'évaluer avec justesse les problèmes de santé des femmes. L'analyse féministe considère la marginalisation des femmes comme un des déterminants majeurs de leur santé<sup>18</sup>. Elle se base sur la promotion et la préservation de la santé, sur l'auto-santé et sur une attitude ouverte et accueillante des processus normaux de la vie des femmes.

### **Une approche globale**

L'approche féministe en santé est avant tout une approche globale : elle se fonde sur une conception de l'être humain comme un tout en interaction avec son environnement social et physique. L'approche féministe de la santé met de l'avant le principe que la personne, en l'occurrence les femmes, a les compétences pour agir sur sa situation et est responsable des choix qui la concernent. C'est cette approche que la Table des groupes de femmes de Montréal privilégie et met de l'avant dans son *Avis sur le Plan d'action en santé mentale*.

### **Une approche «par et pour» les personnes**

La personne aux prises avec son problème de santé mentale, qu'elle soit homme ou femme, est la personne la mieux placée pour juger de sa situation. Cette approche met de l'avant l'autonomie et la prise en charge personnelle de sa santé. Elle vise une relation plus égalitaire entre les utilisatrices et les intervenantEs du Réseau, basée sur le respect, la communication et la participation de la personne qui utilise des services en santé mentale. Dans ses principes directeurs, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des

<sup>17</sup> Guyon, Louise, *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, 1997, p. 80.

<sup>18</sup> Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Cadre de référence La Santé des femmes au Québec*, 1999, p. 10.

choix et de participer aux décisions qui la concernent. Ce principe directeur doit être appliqué concrètement et aller au-delà de la simple affirmation.

### **La santé sexuée et les rôles sociaux des femmes**

L'approche féministe de la santé considère que la santé mentale est sexuée et se manifeste différemment chez les hommes et les femmes. Cette approche soutient que la détresse psychologique des femmes est intimement liée aux rôles sociaux très exigeants que les femmes doivent assumer et aux réalités spécifiques détaillées plus haut.

*Or, un grand nombre de femmes ont une foule de raisons d'être en colère : abus, violences diverses : physiques, psychologiques et verbales, responsabilités grandissantes, déni de leurs talents et j'en passe.<sup>19</sup>*

Cette approche prône l'action sur les déterminants structurels de la détresse des femmes, lutte contre la détérioration des conditions de vie des femmes et démedicalise la détresse féminine en sortant du carcan des approches biomédicales<sup>20</sup>. L'approche féministe tente de construire des modèles d'intervention fondés sur des principes de partage du pouvoir dans des relations moins hiérarchisées et non définies selon les rôles traditionnels des hommes et des femmes. Pour que les femmes soient réellement, et une bonne fois pour toutes en bonne santé, ces fameux rôles traditionnels doivent être relégués aux oubliettes. Ces rôles font partie prenante des causes sociales des problèmes de santé mentale des femmes. Si, une fois leur problème réglé, les femmes se retrouvent dans la même situation qu'auparavant (pas de réel partage des tâches, emploi mal rémunéré, confiné aux tâches domestiques, inaccessibilité des lieux de pouvoir, peu de possibilités de se réaliser, violence conjugale, etc.), le même refrain recommencera toujours, seuls les couplets changeront... Un travail sur les mentalités des hommes et des femmes doit se faire afin de décloisonner les rôles dévolus aux femmes et aux hommes.

### **Une approche qui ne nie pas la colère des femmes**

L'approche féministe encourage aussi les femmes à exprimer leur colère, ce qui va à l'encontre du discours dominant. La colère refoulée mène trop souvent vers la détresse, la dépression, les tentatives de suicide avant de devenir de la violence envers les autres. Souvent, les femmes retournent la colère contre elles-mêmes; elles se considèrent coupables des abus subis, elles se puniront donc par de multiples moyens allant de l'autodénigrement au suicide, réussi ou manqué. La médication est loin d'être la seule possibilité à offrir aux femmes aux prises avec un problème de santé mentale. Les médicaments n'enlèvent pas la douleur, ils l'anesthésient. Ceci est combiné avec le fait qu'une ordonnance de psychotropes vient rarement seule. On prescrit souvent aux femmes un cocktail de pilules parfois pour le restant de leurs jours.

*Une approche d'intervention féministe consiste à privilégier l'expression de la colère à l'intérieur d'une démarche dans l'action. En effet, l'action apparaît, pour les intervenantes féministes comme la voie essentielle vers*

<sup>19</sup> Action Autonomie de Montréal, «L'expression de la colère, une action libératrice pour les femmes», *La Renaissance*, mars 2008.

<sup>20</sup> Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Femmes et santé mentale*.



*la reconstruction de l'estime de soi, estime de soi qui, obligatoirement, passe par la reconnaissance et l'expression de la colère.<sup>21</sup>*

### **Indices pour une intervention féministe**

Voici quelques questions qu'un ou intervenant ou une intervenante dans le Réseau de la santé et des services sociaux devrait se poser s'il ou elle veut tenir compte des réalités spécifiques des femmes dans ses interventions et trouver des solutions appropriées à la personne :

- Est-ce qu'on tient compte du sexe dans la compréhension des problèmes de la personne ?
- Est-ce qu'on tient compte du conditionnement social, des rôles traditionnels, du type d'éducation reçu qui influencent le comportement des hommes et des femmes ?
- Notre ressource accorde-t-elle une attention particulière à la condition des femmes ?
- Est-ce que les ressources mettent en place des moyens pour assurer le respect dans les relations hommes-femmes, pour éviter le harcèlement, la peur, l'intimidation ?

Cette façon de comprendre la réalité nous invite donc à prendre en considération la socialisation, l'éducation, les rôles attendus des femmes dans la société, bref, ce qu'on appelle le *sexe social* et son impact spécifique sur la santé mentale.

### **Le sexe et les rapports hommes-femmes comme déterminants de la santé mentale**

L'Association canadienne pour la santé mentale estime que l'inégalité sociale a des effets nuisibles sur le bien-être mental et affectif des femmes. Tout au long de leur vie, les femmes peuvent être considérées «à risque» pour développer des problèmes affectifs à cause de toute une série de facteurs environnementaux. Des facteurs tels qu'une participation limitée à la vie publique, un pouvoir de décision restreint, la violence et l'exploitation sexuelle empêchent toute possibilité de bien-être affectif.

#### **Reconnaître le rôle des inégalités**

Le Réseau de la santé et des services sociaux, s'il souhaite réellement développer une approche respectueuse qui prend en compte les réalités spécifiques des femmes, doit reconnaître que l'inégalité des relations entre les hommes et les femmes joue un rôle déterminant dans les problèmes de santé mentale. Ce ne sont pas les relations en soi entre les hommes et les femmes qui posent problème. C'est l'inégalité, la domination et l'asservissement qui marquent souvent les rapports homme-femme qui sont source de détresse psychologique et de problème de santé mentale. Et ces problèmes se manifestent différemment selon que l'on est une femme ou un homme.

#### **Le sexe social**

C'est ici que l'on parle du sexe social. Quand on dit que le sexe joue un rôle déterminant sur la santé mentale, sur l'équilibre psychique des personnes, on veut parler de bien plus que le sexe biologique. On réfère alors au sexe construit socialement, à la

---

<sup>21</sup> Action Autonomie de Montréal, «L'expression de la colère, une action libératrice pour les femmes», La renaissance, mars 2008.

conception qu'une société donnée se fait du rôle qui devrait être attribué à chaque sexe<sup>22</sup>.

### **Les multiples discriminations des femmes**

D'autres caractéristiques individuelles ou sociales auront des impacts directs ou indirects sur la santé et le bien-être des femmes. Ainsi, certaines femmes, vivant des conditions particulières, peuvent se trouver en situation de vulnérabilité accrue. Ces femmes sont multiples discriminées en fonction :

De leur origine ethnique

- › les femmes autochtones et Inuites
- › les femmes immigrantes et issues des communautés culturelles

De leur limitation fonctionnelle

- › les femmes handicapées
- › les femmes ayant des problèmes de santé (mentale ou physique)

De leur revenu

- › les femmes tirant revenu d'activités sexuelles
- › les femmes vivant dans la pauvreté

De leur orientation sexuelle

- › les femmes homosexuelles et bisexuelles.

Ces réalités diverses au sein même de la catégorie «femme» appelle à des interventions de prévention toutes particulières. Ces femmes, au-delà de leur sexe, doivent faire face à des barrières supplémentaires qui fragilisent leur santé mentale. Ces réalités (sexe et rapports hommes-femmes) doivent être considérées par le Ministère comme des déterminants de la santé.

### **Le silence du *Plan d'action* sur les réalités spécifiques des femmes**

Depuis 1994, il y a eu plusieurs revendications des organismes de défense de droits des femmes et en santé mentale afin de bonifier les politiques en santé mentale en y incluant réellement les femmes. En 1989, le gouvernement adoptait une *Politique de santé mentale* muette sur la question des femmes. En 1997, le MSSS a tabletté dès sa sortie *Écoute-moi quand je parle!*, un rapport sur l'adaptabilité des services en santé mentale pour les femmes, rapport qu'il a pourtant commandité et édité. Même chose en 2000 avec le *Plan d'action pour une transformation des services de santé mentale*. Force est de constater le silence troublant des politiques gouvernementales face à la santé mentale des femmes.

### **Situation qui dégenère et action inadéquate**

Encore plus inquiétant : en 1997, Louise Guyon, dans son ouvrage *Derrière les apparences*, faisait l'observation suivante : «les résultats de ces enquêtes confirment ce qui avait été dit à propos de la santé mentale des femmes québécoises à la fin des années soixante-dix (Guyon et Nadeau, 1990). On retrouve toujours plus de femmes dont les niveaux de souffrance et de détresse sont élevés. Malgré tout ce qui a été écrit et fait, la situation ressemble étrangement à celle qui avait été dépeinte il y a 15 ans (Guyon et al., 1980). Et ceci pose un défi autant aux chercheurs et chercheuses qu'aux intervenants et intervenantes : les problématiques ont-elles été bien définies ? Doit-on

---

<sup>22</sup> L'R des Centres de femmes et Pharand, Sylvie, *Conscience féministe et pouvoir d'agir: le réseau des Centres de femmes: une pépinière de pratiques pour la santé mentale des femmes*, 1998.

remettre en question les modes d'intervention ? Les ressources communautaires ont-elles joué (ou pu jouer) le rôle qu'elles s'étaient proposé de jouer ? La volonté d'intervenir est-elle bien arrêtée ? Surtout, est-ce que la situation n'est pas toujours la même parce que la place des femmes dans la société n'a pas suffisamment évolué ? On peut penser que cette évolution des rôles féminins n'a pas encore été complétée par une adaptation des structures sociales et des services»<sup>23</sup>. Plus de dix années après, nous nous posons des questions très similaires...

### **2005-2010...**

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* est tout aussi muet sur cette question, pourtant majeure. Nous sommes en droit de se poser la question : la volonté politique d'intervenir sur la question de la santé mentale des femmes existe-t-elle ? Si les instances décisionnelles n'ont pas de mot d'ordre concernant les femmes, les services s'en ressentiront inévitablement. Malgré toutes les formations que le MSSS a offert à ses intervenantEs du Réseau depuis quelques années sur l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), il est toujours incapable de s'assurer que les réalités spécifiques des femmes soient prises en compte et fassent partie intégrante des interventions mises de l'avant dans les différents services du Réseau de santé et services sociaux. Nous ne retrouvons même pas mention de l'ADS dans le *Plan d'action 2005-2010* alors que depuis 1997, le gouvernement s'est engagé à utiliser l'ADS dans ses différentes interventions.

### **Où sont les femmes ?**

Dans le *Plan d'action*, la seule mention valable des femmes se retrouve lorsque l'on aborde la question des services à développer pour les familles dysfonctionnelles. Dans ce contexte, les femmes ne sont pas prises pour elles-mêmes, mais bien comme soutien familial. Et nous devons déplorer le fait qu'elles sont souvent désignées comme coupables par le Réseau de ces dysfonctionnements familiaux et des répercussions que cela peut avoir sur leurs enfants et ce, sans égard ou réelle enquête sur leur situation de vie. Les services ne sont pas adaptés à leurs réalités.

### **Le Protecteur du citoyen sur le *Plan d'action en santé mentale***

Dans un communiqué émis en mai 2008 sur le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le Protecteur du citoyen déclarait : « [...] les mesures prises pour assurer le suivi du plan d'action mettent en effet l'accent sur des objectifs de quantité de services et non sur leur qualité. [...] Le Protecteur du citoyen recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de veiller à cette qualité et de l'inscrire prioritairement dans le suivi du *Plan*. Cette préoccupation va de pair avec le respect des droits des usagers. »<sup>24</sup> Ces observations du Protecteur du citoyen valent pour les hommes et les femmes. En plus du silence troublant du *Plan* sur les problèmes particuliers aux femmes aux prises avec des troubles de santé mentale, si le *Plan* faillit à sa tâche, comment croire que les services suivant ce plan d'action prendront en compte les réalités spécifiques des femmes ?

### **Les insuffisances du *Plan d'action***

L'approche de la médicalisation à tout prix, dominante dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* ne replace pas la réalité des femmes usagères des services de santé et sociaux en santé mentale dans son contexte social, un contexte sexiste envers ces dernières. De l'aveu même du MSSS, les services requis pour les troubles mentaux

---

<sup>23</sup> Guyon, Louise, *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, 1997, p. 94.

<sup>24</sup> Le Protecteur du citoyen, *38<sup>e</sup> Rapport annuel*, Communiqué de presse, 29 mai 2008.

dits transitoires (dépression, troubles anxieux) ont été mis de côté et sont en voie d'implantation, mais le niveau de service correspondant à des standards reconnus n'est pas encore atteint nulle part. L'intégration au travail et aux études doit être mieux soutenue. Les ressources résidentielles sont en nombre insuffisant.

### **La vision biomédicale dominante**

Le *Plan d'action* accorde une grande importance à l'expertise des professionnels du Réseau et à l'approche biomédicale, notamment avec l'implantation des psychiatres répondants dans les CSSS, la création d'équipes de santé mentale de première ligne, la mise en place de guichets d'accès aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne dans les CSSS, l'implantation de l'intervenant pivot et de l'agent de liaison. On se demande quelle est la place du social, et encore plus des femmes, dans ce plan d'action. Et cela sans compter toutes les réformes concernant l'organisation des services de santé et services sociaux qui ont eu lieu dans les dernières années. Nous avons assisté à la modification de la loi des services de santé et des services sociaux, à la création des centres de services de santé et des services sociaux (CSSS), à la modification au niveau de la loi d'accès à l'information, etc.

### **La réorganisation des services**

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* propose une organisation de services dans une vision biomédicale, axée sur le dépistage et le traitement, où la hiérarchisation des services est au centre des préoccupations. On se dirige vers la standardisation et la spécialisation des services et on ne tient pas compte de la santé globale des femmes et de leurs conditions sociales. Ainsi, il y aura un plus grand risque de « surmédicaliser » et de « surdiagnostiquer » de nombreuses femmes, surtout si elles sont âgées, pauvres... Les problèmes sociaux et le corps des femmes seront davantage médicalisés. Les femmes ayant un diagnostic en santé mentale seront de plus en plus perçues et traitées d'une façon différente de celles qui n'en n'ont pas.

Dans les dédales des nouvelles structures qui ont été créées, il sera difficile pour une femme utilisant des services en santé mentale de faire un véritable choix au niveau de ses traitements car elle sera orientée dans un réseau intégré de services où différents intervenants, intervenantes de la santé travailleront en partenariat et détermineront ses besoins. De plus, les informations médicales circuleront facilement entre les différents intervenants et intervenantes et faciliteront la circulation d'informations personnelles, ce qui aura des conséquences quant au respect de la confidentialité et de la vie privée. Ces différentes réformes s'éloignent de plus en plus du concept de la personne au centre de ses soins. Elles limitent davantage les droits fondamentaux dont le droit à la confidentialité, le droit à consentir, le droit au libre-choix de l'établissement, du professionnel et des traitements. S'ajoute à cela le manque chronique de personnel dans les établissements publics et la place grandissante du privé dans notre système de santé. Cette situation restreint l'offre d'une panoplie de services de qualité et accessibles financièrement aux femmes, qui bien souvent n'ont pas des revenus très élevés. Elles sont donc discriminées dans l'offre de services actuelle.

### **La non prise en compte des effets de la violence**

Le *Plan* n'accorde aucune importance à l'impact sur la santé mentale des femmes des différentes formes de violences dont elles sont victimes encore aujourd'hui. Lorsque les femmes victimes de violence cherchent de l'aide auprès du corps médical, elles se retrouvent trop souvent avec un diagnostic de dépression parce qu'elles en présentent effectivement les symptômes. Or, diagnostiquer un problème de santé dans une situation de violence conjugale aggrave la détresse psychologique des victimes parce

qu'on s'attarde aux symptômes et non aux causes du véritable problème. La médication de ces femmes n'est pas une solution.

### **Les partenariats privés publics (PPP) sociaux**

De plus, on assiste depuis quelques années à une nouvelle tendance glissante qui est très préoccupante pour les politiques de santé et politiques sociales au Québec : le financement conjoint de programmes publics par des fondations privées et le gouvernement du Québec. Ces programmes ont en commun le fait d'introduire des éléments d'une nouvelle gouvernance qui est inquiétante : que des partenaires privés veuillent investir leur argent dans les priorités que le gouvernement s'est donné, on pourrait en discuter (quoique cela mène sur une pente bien glissante). Mais que le gouvernement investisse dans les priorités que des partenaires privés se sont donnés, c'est une toute autre histoire. Nous craignons que le gouvernement n'abdique une part de ses responsabilités en échange de financement et ce, au détriment de la qualité des services de santé et sociaux pour les utilisateurs et utilisatrices.

### **Participation des utilisateurs et utilisatrices de services en santé mentale**

Dans le *Plan d'action*, on affirme que «le MSSS, les agences de la santé et des services sociaux et les CSSS s'assureront d'obtenir la participation d'utilisateurs et d'utilisatrices de services en santé mentale, de représentants des familles ou de proches dans les exercices de planification et d'organisation de services qui les concernent.»<sup>25</sup> Cependant, le MSSS est contradictoire dans son plan d'action. D'une part, on affirme vouloir la participation des proches et des personnes utilisatrices des services. En contrepartie, le MSSS ne prévoit aucun mécanisme concret de concertation où cette participation peut s'exercer. Il peut difficilement y avoir une représentation des personnes usagères des services de santé et services sociaux sans qu'il y ait une structure démocratique et/ou des mécanismes de consultation qui appuie ces représentations. En 2008, il a été répertorié que seulement quatre des douze CSSS de Montréal avaient pris des mesures pour inclure et favoriser la participation des personnes utilisatrices et ce, sans formes concrètes de soutien pour ces «représentantEs».

Nous devons toutefois saluer le fait que l'Agence de développement des services de santé et des services sociaux de Montréal a octroyé un financement en 2008-2009 pour soutenir le projet régional permanent de participation des personnes utilisatrices de services de santé mentale. Ce projet a comme objectif de favoriser la participation pleine et entière des personnes utilisatrices de services de santé mentale à l'organisation des services et à ce que cette participation effective devienne une réalité opérationnelle qui soit intégrée à la culture organisationnelle et aux façons de travailler dans le Réseau de la santé et des services sociaux montréalais, comme prévu *au Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Actuellement il y a un projet de démonstration et des ententes avec certains CSSS.

### **Le transfert dans la communauté et les proches aidantEs**

Un des principes du *Plan* est aussi de transférer dans la communauté la prise en charge des soins pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Cela implique donc l'implication des proches et la prise en charge de ces derniers de la personne aux prises avec des troubles de santé mentale. Or, la majorité des proches aidants est constituée de femmes. De nombreux facteurs sociologiques, économiques et

---

<sup>25</sup> Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens*, 2005, p.16.

démographiques tels que le vieillissement de la population, les familles recomposées, l'augmentation des coûts de santé, la diminution des places dans les centres de santé de longue durée, le manque de médecins de famille, etc. ne font qu'accroître le nombre de personnes ayant besoin de soins en communauté. De plus, les gouvernements se fient dorénavant à ces ressources peu coûteuses pour pallier le manque de personnel dans le Réseau<sup>26</sup>. Ces ressources peu coûteuses, ce sont des femmes. Mais cette situation est coûteuse pour leur santé mentale à elles. S'il manque de ressources en général et que les proches aidantEs sont sollicitéEs de plus en plus, on observe aussi un manque sérieux de ressources pour eux et elles, autant au niveau public qu'alternatif.

Ces aidantes et aidants ne sont toujours pas reconnus, pas consultés, n'ont pas de véritable statut dans le système. Et ces personnes deviennent bien souvent proches aidantes sans trop s'en rendre compte et surtout sans qu'on leur ait demandé leur avis.. Bien souvent, personne d'autre n'est disponible ou l'offre de services à domicile est nettement insuffisante. Les personnes proches aidantes expriment depuis longtemps des besoins forts variés de soutien dans leur tâche. Cela va de la compensation financière, au soutien professionnel en passant par des mesures de répit.

---

<sup>26</sup> Tremblay, Lily, « La réalité des personnes aidantes », *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!*, 2007.

## Recommandations pouvant être appliquées dès maintenant

**1. La Table des groupes de femmes de Montréal propose aux acteurs impliqués dans le Réseau de la santé et des services sociaux de retenir les « quatre D » du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) pour guider leur intervention auprès des femmes souffrant de problèmes de santé mentale :**

1. **Dé-médicaliser** : sortir du carcan des approches biomédicales psychiatisantes
2. **Dé-professionnaliser** : être à l'écoute sur une base égalitaire
3. **Dé-victimiser** : outiller de façon concrète pour redonner du pouvoir aux femmes sur leurs conditions de vie
4. **Dé-sexiser** : déconstruire les stéréotypes sexuels hérités de la socialisation afin d'avoir une intervention plus appropriée auprès des femmes.

**2. Le gouvernement du Québec doit travailler en premier lieu à l'obtention d'une égalité réelle entre les femmes et les hommes et y investir les ressources nécessaires.** Une action de prévention et de promotion de la santé mentale des femmes va de pair avec l'objectif d'atteindre une réelle égalité sociale, culturelle, politique et économique de celles-ci. Pour ce faire, il doit bonifier sa politique en condition féminine et en faire une priorité d'action. Chacun des ministères doit développer des orientations en matière de condition féminine et concerter son action. Le gouvernement doit aussi mettre à contribution toutes les ressources humaines, financières et techniques nécessaires à la mise en œuvre des orientations définies en matière de condition féminine.

**3. Le Ministère de la santé et des services sociaux doit reconnaître le sexe social des personnes et les rapports femmes/hommes comme déterminants sociaux de la santé majeurs au regard de la santé mentale des personnes.** L'Agence de la santé et des services sociaux doit faire des pressions auprès du Ministère pour ce faire. L'analyse différenciée selon les sexes doit être pratiquée par tous les paliers du Réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, le Ministère doit offrir de la formation au personnel du Réseau sur la santé mentale des femmes, concernant le sexisme, l'analyse différenciée selon les sexes, la diversité des femmes (jeunes, femmes âgées, femmes provenant de communautés culturelles...) la non-violence dans les interventions, la stigmatisation et les droits.

**4. Le Ministère doit faire de la santé mentale des femmes une priorité.** Il doit élaborer des orientations et pistes d'action et s'assurer que l'organisation des services soit adaptée pour répondre adéquatement aux besoins de toutes les femmes. Des groupes de femmes et des chercheuses féministes devraient être associés à l'élaboration de ces orientations. Le Ministère doit s'assurer que les politiques, les programmes et l'organisation du Réseau de la santé et des services sociaux soient ajustés pour répondre adéquatement aux besoins des femmes devant utiliser des services en santé mentale.

**5. Afin que les femmes ayant des problèmes de santé mentale puissent avoir accès à des services de qualité et accessibles financièrement, le système de santé public doit être préservé et amélioré.** Sa privatisation grandissante doit prendre fin le plus rapidement possible. Des nouvelles ressources financières et humaines doivent y être injectées. La réorganisation du système de santé a fait en sorte que le personnel manque cruellement et les ressources financières aussi, affectant gravement la qualité et la quantité des services.

**6. Nous croyons que le *Plan d'action* doit s'attaquer à l'ensemble des problèmes de santé mentale et viser l'amélioration des services offerts.** Présentement, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* priorise les troubles sévères et persistants de santé mentale dans ses interventions. Une intervention globale est souhaitée.

**7. Les CSSS devraient être en mesure de faciliter la tâche des proches aidantEs en assurant le suivi de l'implication des ressources désignées sur le territoire pour offrir des services de dépannage, de gardiennage, d'accompagnement et de répit.** Lorsqu'elles acceptent d'être proches aidantes, ces personnes veulent être reconnues, prendre part aux décisions concernant la personne aidée et recevoir le soutien requis. Et le financement pour ce faire devrait être du financement public et non dicté par les diktats des fondations privées qui tentent d'instaurer les PPP sociaux.

**8. L'objectif de transférer dans la communauté certains services en santé mentale doit se réaliser en investissant les ressources nécessaires dans la communauté, dans le respect de la mission et de l'autonomie des groupes communautaires, faute de quoi le Réseau de la santé et des services sociaux pellettera ses responsabilités au détriment des femmes.** Les organismes communautaires, qui jouent un rôle important dans le Réseau, sont soutenus en grande partie par les femmes qui y occupent majoritairement les emplois. Actuellement, le milieu communautaire est confronté à un problème récurrent de sous-financement. Depuis quelques années, les organismes constatent une augmentation de leur charge de travail, les besoins de la population allant grandissant et les trop plein du système de santé et des services sociaux se déversant dans les organismes communautaires. Le mouvement communautaire est doté d'une autonomie politique et d'action qui permet à la population qui l'anime de jouer un véritable rôle de transformation sociale pour s'attaquer à ces problèmes. Il permet aux citoyen-ne-s de participer à la prise de décision sur les politiques qui les concernent.

**9. Les actions du Réseau doivent faire en sorte qu'il y ait des mécanismes structurels de mis en place, mécanismes responsabilisant les intervenantEs à travailler dans le sens d'une réelle participation des personnes.** Cette réelle participation passe par des structures décisionnelles où les personnes usagères siègent. Il va sans dire que si ces structures décisionnelles sont seulement consultatives, la réelle participation des personnes n'est pas respectée. Des sièges à ces instances devraient être réservés uniquement pour des femmes usagères.



## **Recommandations spécifiques pour le prochain *Plan d'action en santé mentale***

**1. Pour le prochain plan d'action, une tournée de consultation des principaux acteurs (externe au Réseau de la santé et des services sociaux) en santé mentale est indispensable pour mieux cerner la problématique globale de la santé mentale. Une consultation des organismes communautaires et de défense de droits travaillant avec les femmes est aussi primordiale.** Les organismes communautaires sont soutenus en grande partie par les femmes qui y occupent majoritairement les emplois. Certains de ces organismes offrent un milieu de vie et des services aux femmes. D'autres organismes se consacrent à la défense collective des droits des femmes. Tous agissent sur les déterminants sociaux de la santé.

**2. Une analyse fine et une action adaptées à la réalité des femmes doublement et triplement discriminées sont nécessaires et doivent être intégrées dans tous les aspects du futur *Plan d'action en santé mentale*.** Les intervenants et intervenantes sensibilisés sur cette question, sont en mesure par la suite de voir les effets de la socialisation pour eux-mêmes et pour l'autre et aussi par rapport à la relation thérapeutique ou d'intervention. Ils et elles sont plus à même de relever les éléments liés aux stéréotypes masculins et féminins dans leurs interventions, de faire une analyse critique continue de leur travail au regard de leur propre genre et de celui de la personne utilisatrice de services, de reconnaître l'influence des rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes dans la construction de l'identité de la personne et de son rapport à l'autre sexe, de constater les conséquences de la modification des rôles sociaux sur la santé mentale d'une personne. Ultimement, cette réelle application de l'analyse différenciée selon les sexes fait en sorte qu'ils et elles sont à même d'adapter leur intervention aux besoins spécifiques des femmes et des hommes.

**3. Un comité de suivi devrait aussi être mis sur pied pour le prochain plan d'action,** sur lequel siègerait des organismes défendant les droits des femmes ayant des problèmes de santé mentale.

**4. Afin d'intervenir efficacement auprès des femmes victimes de violence, le prochain *Plan d'action* doit favoriser la formation et l'outillage des intervenantEs en santé mentale quant au rôle important à exercer auprès des femmes violentées afin de les aider à mettre fin ou à dénoncer une situation de violence.** Le MSSS doit se charger de former et d'outiller les intervenantEs en santé mentale quant au phénomène global de la violence faite aux femmes, au dépistage de ce problème ainsi qu'au processus de victimisation chez les femmes et de dévictimisation. La reconnaissance et le soutien des organismes communautaires travaillant en ce sens est aussi important.

**5. Le futur *Plan d'action en santé mentale* doit aussi offrir aux femmes des solutions de remplacement à la médication.**

## Références

- Action-Autonomie de Montréal (comité femmes), *L'impact de l'organisation des services de santé et des services sociaux chez les femmes utilisant des services en santé mentale*, 2008.
- Action Autonomie de Montréal, «La violence faite aux femmes. Un monstre aux multiples couleurs», *La Renaissance*, mars 2008.
- Action Autonomie de Montréal, *Protection ou coercition, Rapport de recherche portant sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 2007.
- Action Autonomie de Montréal, *Les électrochocs : État des lieux*, 2005.
- Chénard, L. et al., *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale : rapport de recherche*, 1990.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, *Écoute-moi quand je parle!*, 1997.
- Demers, A., *Dossier «Femmes»*, Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, 1987.
- Guberman, N. et al., *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*, 1993.
- Guyon, Louise, *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, 1997.
- Le Protecteur du citoyen, *38<sup>e</sup> Rapport annuel*, Communiqué de presse, 29 mai 2008.
- L'R des Centres de femmes et Pharand, Sylvie, *Conscience féministe et pouvoir d'agir: le réseau des Centres de femmes: une pépinière de pratiques pour la santé mentale des femmes*, 1998.
- Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, *D'égalité à égal? Un portrait statistique des femmes*, 2007.
- Pro-Def Estrie, *Le Plan d'action en santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux 2005-2010 : la participation des personnes usagères, la promotion et la défense des droits en santé mentale et la place des organismes communautaires seront-ils des éléments qui seront réellement respectés?*, 2006.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, *Les balises d'une intervention respectueuse des femmes dans les ressources alternatives en santé mentale*, 1998.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, *Outil d'analyse du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, 2005.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Femmes et santé mentale*.

- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Cadre de référence. La Santé des femmes au Québec*, 1999
- Rodriguez, Louise et al., *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*, 2005.
- Santé et Services sociaux du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens*, 2005.
- Table des groupes de femmes de Montréal, *Pour une analyse féministe de la transformation des services de santé mentale au Québec*, 2000.
- Table de concertation de Laval en condition féminine, *Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!*, 2007.