



# SANTÉ MENTALE ET VIOLENCE SEXISTE, CE QUE LES FEMMES ONT À DIRE.

Expériences dans les services publics :  
**point de vue de femmes  
psychiatisées ayant vécu  
de la violence.**

RAPPORT DE RECHERCHE



Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire. Expériences dans les services publics : point de vue de femmes psychiatisées ayant vécu de la violence.

Révision linguistique : Katherine Robert

Mise en page : Fabelle Noël

**Membres de l'équipe de recherche et du comité d'encadrement de la recherche :**

**Chercheuses :**

- Katharine Larose-Hébert (TÉLUQ);
- Alexis Hieu Truong (Université d'Ottawa);
- Marie-Hélène Deshaies (Université Laval).

**Étudiantes collaboratrices :**

- Julia Léonard (Université Laval);
- Émilie Rochefort (Université Laval).

**Représentantes des organismes suivants :**

- Maison Marie-Rollet;
- Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (RGF-CN);
- Relais-femmes;
- Violence Info;
- Viol-Secours.

**Expertes du vécu :**

- Véronique Fortin;
- Annick Legault;
- Sonia Trudel.

**Pour citer ce rapport :**

Katharine Larose-Hébert, Alexis Hieu Truong, Marie-Hélène Deshaies, Julia Léonard, Émilie Rochefort, en collaboration avec la Maison Marie-Rollet, le Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale, Relais-femmes, Violence Info, Viol-Secours, Véronique Fortin, Annick Legault, Sonia Trudel. (2023). *Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire. Expériences dans les services publics : point de vue de femmes psychiatisées ayant vécu de la violence.*

Cette recherche a été financée par une subvention d'engagement partenarial du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle a également été financée par une subvention du Réseau québécois en études féministes (RéQEF) et par l'organisme Relais-femmes. Nous souhaitons les remercier pour leur soutien à la réalisation de ce projet.

# Table des matières

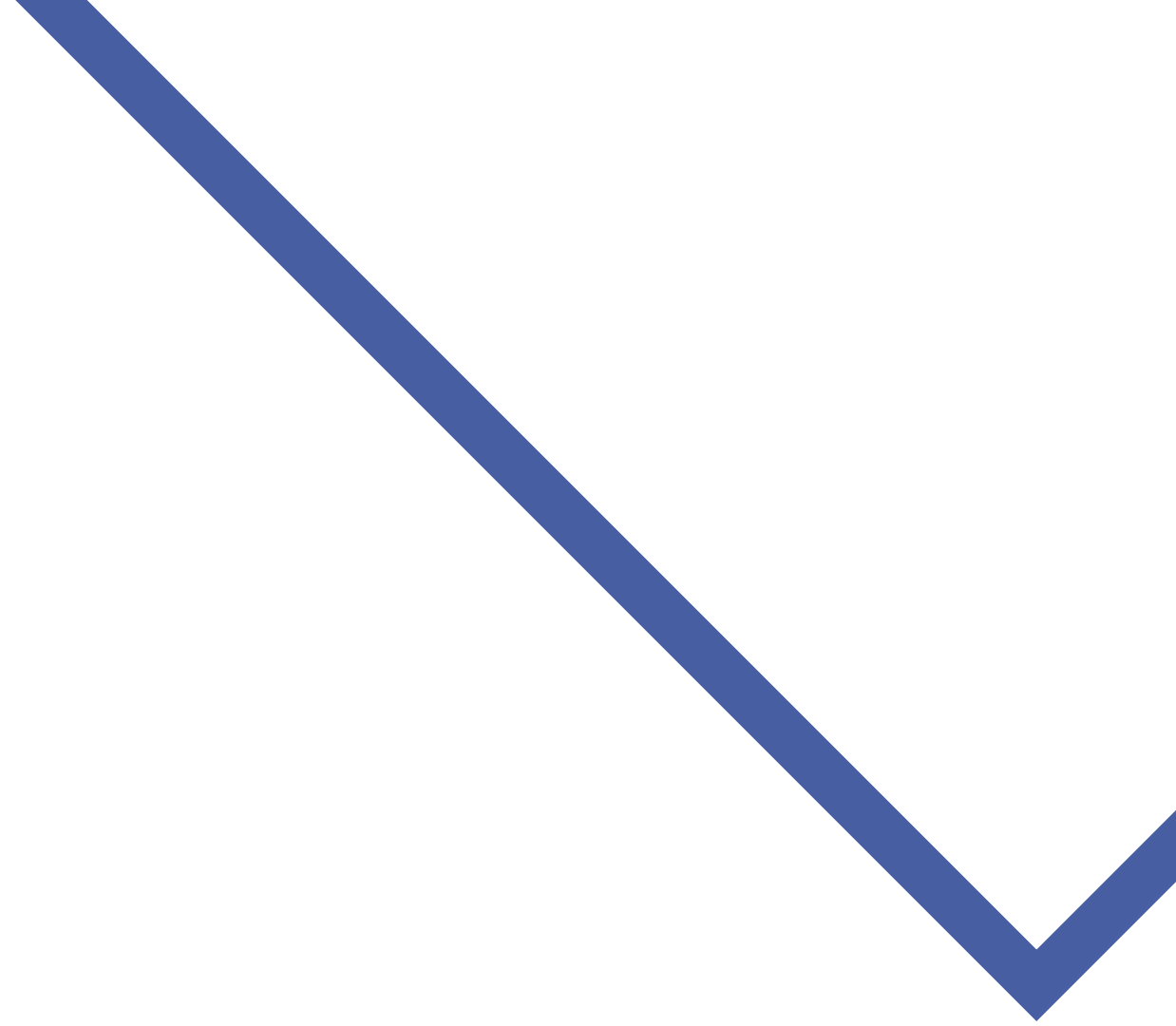
Table des matières	3
Remerciements du comité d'encadrement	5
Introduction	7
Un regroupement partenaire au cœur du sujet	8
Définition initiale du projet et du comité d'encadrement	8
Question de recherche et objectifs	10
<b>Problématique</b>	<b>11</b>
Le diagnostic et la violence envers les femmes	11
Pathologisation des femmes vivant ou ayant vécu de la violence sexiste	12
Cadre théorique	14
Le choix des mots	16
<b>Méthodologie</b>	<b>19</b>
Collecte des données	20
Analyse des données	20
Profils des participantes	21
Intervenantes	21
Femmes premières concernées	21
<b>Résultats</b>	<b>23</b>
Le diagnostic	23
Prévalence des diagnostics psychiatriques dans les organismes communautaires féministes	23
Le diagnostic psychiatrique : est-ce le meilleur outil?	25
La détresse : une réaction normale à une situation anormale?	25
Liens entre violence et trouble de santé mentale	27
Le traitement pharmacologique : limité et souvent inadéquat	28
Le diagnostic engendre des difficultés, des obstacles	30
Rapport à soi	31
Rapport aux autres	32
Un diagnostic peut être utile, parfois	34
Accès aux services	34
Rapport à soi	35
Rapport aux autres	37
Accepter ou refuser le diagnostic? Une question complexe	39

Perspectives des intervenantes des milieux féministes	41
Rapport au diagnostic observé	41
Invalidation de l'expérience de violence	42
L'envers de l'approche médicale de la santé mentale	43
Instrumentalisation du diagnostic par l'agresseur	45
<b>Expérience dans les services</b>	<b>47</b>
Expérience générale dans le réseau de services publics	47
Accessibilité des services complexes en contexte de problématiques multiples	49
Bris de confiance avec les professionnel.le.s des services publics	52
Méfiance	52
Peur	54
Évitement	55
Besoins des femmes : être au centre des interventions	56
Écoute	56
Reconnaissance	58
Accompagnement bienveillant	60
<b>Interactions avec les professionnel.le.s de différents secteurs</b>	<b>61</b>
Système de santé	61
Psychiatres	63
Médecins de famille	65
Système judiciaire	67
Police	68
Acteurs et actrices des tribunaux	71
Services sociaux	73
Travailleuses sociales et travailleurs sociaux	73
Protection de la jeunesse	74
Perspectives des intervenantes sur l'expérience des femmes qu'elles accompagnent dans le réseau de services publics	78
<b>Discussion</b>	<b>81</b>
De la violence sexiste à la violence instituée	82
Incompréhension, mécompréhension et discrimination fondées sur le sexe et le genre	83
Discréditation et discrimination fondées sur l'état de santé mentale	84
À l'intersection des violences sexistes et du sanisme	85
Le cycle de violence institutionnelle envers les femmes premières concernées	87
Stratégies de résistance	89
<b>Conclusion</b>	<b>91</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>93</b>

## Remerciements du comité d'encadrement


En tant que comité d'encadrement de cette recherche, nous souhaitons remercier les 30 participantes ayant si généreusement permis à ce projet, à ce rapport d'exister. Nous espérons sincèrement que ce document parviendra, du moins en partie, à décrire et à transmettre vos expériences, vos parcours de combattante au sein du réseau de services publics. Vos histoires nous ont touchées, mais nous ont également désolées. Nous vous avons entendues, nous reconnaissons l'adversité que vous avez affrontée et que vous affrontez encore à ce jour. Nous avons surtout constaté votre courage et vos forces.

Nous souhaitons également souligner la contribution de chaque membre du comité au projet dans son ensemble. Ce fut toute une aventure. Nous pouvons être fières.





## Introduction



Ce rapport présente les résultats d'un projet de recherche initié et développé par le Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (RGF-CN). Le projet a été élaboré et piloté par un comité d'encadrement composé de 13 membres regroupant des expertes du vécu et des personnes, majoritairement des femmes, provenant du milieu de la pratique et de la recherche<sup>1</sup>. Le rapport est destiné à toute personne ou à tout groupe qui se retrouve interpellé ou concerné par l'expérience des femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste<sup>2</sup>. Il vise ainsi à mettre en lumière l'expérience des femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste, celles qui ont participé au projet et qui vivent au quotidien des obstacles découlant de leur(s) diagnostic(s) psychiatrique(s). Nous espérons que les résultats communiqués ici serviront à dégager des pistes de solution aux enjeux relatés qui pourront être transposées en actions concrètes<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Le nombre de participantes au comité d'encadrement a fluctué au cours de la recherche, entre autres en raison de départs dus à un changement d'emploi ou à un manque de disponibilité ainsi que de l'ajout de nouvelles membres. Nous proposons donc un nombre approximatif qui reflète la composition privilégiée (quatre intervenantes, trois expertes du vécu, une agente de liaison, deux étudiantes et trois chercheuses).

<sup>2</sup> Un rapport interne a aussi été produit en guise d'outil de réflexion pour le RGF-CN et ses organismes membres, lequel reprend certaines des sections et certains des thèmes discutés ici. Pour toute question concernant ce rapport supplémentaire, s'il vous plaît, vous adresser directement au RGF-CN ([info@rgfcn.org](mailto:info@rgfcn.org)).

<sup>3</sup> Il est à noter que l'introduction, la problématisation ainsi que la méthodologie utilisée sont fort similaires dans ces deux rapports, bien qu'ils aient des visées distinctes, puisque leurs résultats sont issus, en partie, des mêmes données. De plus, certaines sections des résultats dépeignant la perspective des intervenantes se retrouvent également dans le premier rapport, quoique présentées différemment.

## UN REGROUPEMENT PARTENAIRE AU CŒUR DU SUJET

La mission du RGF-CN, partenaire pour ce projet, est de réunir les groupes de femmes dans le but d'agir collectivement dans une perspective féministe intersectionnelle. Le regroupement travaille principalement sur la défense des droits et des intérêts de toutes les femmes, sur l'égalité des femmes entre elles et sur l'amélioration des conditions de vie, visant notamment l'élimination des inégalités que les femmes vivent sur les plans social, économique et politique. Il rassemble ainsi près de 40 organismes membres qui travaillent avec des femmes dans la région de la Capitale-Nationale, au Québec.

## DÉFINITION INITIALE DU PROJET ET DU COMITÉ D'ENCADREMENT

Ce projet s'appuie, entre autres, sur les retombées d'une séance de consultation des membres organisée par le RGF-CN en 2019, événement qui visait à cibler les problématiques les plus urgentes pour les milieux d'intervention féministe et à identifier les besoins en recherche y étant liés. Un des enjeux principaux identifiés porte sur la nécessité de développer plus de connaissances sur les répercussions des diagnostics psychiatriques sur l'expérience des femmes, plus spécifiquement de celles qui vivent ou ont vécu de la violence sexiste – incluant (mais sans s'y limiter) les violences conjugale, sexuelle et interpersonnelle. L'objectif était notamment de mieux comprendre les trajectoires de ces femmes dans les services publics ainsi que leurs interactions avec les professionnel.le.s qui y œuvrent, spécialement au sein du système judiciaire, du réseau de la santé et de la protection de la jeunesse.

Selon les intervenantes des organismes membres du RGF-CN qui ont participé à cette consultation, le recours aux diagnostics psychiatriques dans les services génère des enjeux particuliers. Selon l'expérience de plusieurs, les diagnostics sont fréquemment utilisés d'une façon qui discrédite la parole et l'expérience des femmes. Ces diagnostics participent aussi à voiler les conséquences d'expériences traumatiques, tout en individualisant les problèmes rencontrés par les femmes et en participant à dénaturer leur souffrance. Pour plusieurs femmes, le diagnostic complique l'accès aux services ainsi que la collaboration entre ces femmes et certain.e.s professionnel.le.s. Il s'agit d'un état de situation corroboré par la littérature scientifique (Corbeil et Marchand, 2010; Morrow, 2017; Poirel, Lacharité et Rousseau, 2006).



À la suite de cette consultation, le RGF-CN a mis en place un comité d'encadrement ayant pour mandat de développer un projet de recherche portant sur l'expérience des femmes psychiatisées qui utilisent les services offerts par les organismes membres du RGF-CN. Cette initiative a été appuyée et soutenue par l'organisme Relais-femmes et par le projet Nouvelles Alliances<sup>4</sup> pour plus de savoirs en égalité entre les sexes, avec comme objectifs de développer et de soutenir les collaborations entre les milieux universitaires et les groupes de femmes, notamment dans les régions de l'Estrie et de la Capitale-Nationale, sur des enjeux d'égalité pour les femmes et selon une perspective féministe. À ce stade du projet, le comité était composé de quatre employées issues du milieu féministe et d'une agente de liaison de Relais-femmes.

Relais-femmes a, par ailleurs, permis le maillage avec la chercheuse Katharine Larose-Hébert. Cette dernière a ensuite proposé l'ajout de deux de ses collègues, Alexis Hieu Truong et Marie-Hélène Deshaies, dont les intérêts de recherche s'alignaient avec ceux mis de l'avant par la consultation du RGF-CN. Deux étudiantes à la maîtrise en travail social à l'Université Laval, Émilie Rochefort et Julia Léonard, se sont également jointes au comité par la suite, liant leurs travaux de fin d'études (mémoire et essai) au projet de recherche. Finalement, le comité d'encadrement a recruté trois expertes du vécu concernées par la problématique de recherche, lesquelles ont notamment apporté des savoirs expérientiels au sein du comité.

Enfin, le comité se divise en quatre catégories de participantes, que nous concevons comme liées à différentes formes d'expertise : les expertes du vécu, les expertes du processus scientifique, les expertes de la pratique et l'agente de liaison. La terminologie pour désigner ces catégories a été choisie de manière conjointe avec l'ensemble des membres du comité. De concert, les membres ont développé le projet de recherche, déposé des demandes de financement, déterminé les concepts mis de l'avant dans ce rapport, récolté les données, analysé ces données et participé à la diffusion des connaissances. La collaboration et la prise de décisions concertées ont guidé cette démarche de recherche participative.

---

<sup>4</sup> <https://relais-femmes.qc.ca/projet/de-nouvelles-alliances-pour-plus-de-savoirs-en-egalite/>

## QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS


Comment les enjeux liés à l'expérience de la psychiatisation et de la violence sexiste influencent-ils l'expérience des femmes au sein des services publics, dont ceux propres à la santé, aux services sociaux et aux services judiciaires? Voilà la question à laquelle nous avons tenté de répondre. À travers ce processus, le comité consultatif a tenté de remplir trois objectifs. Le **premier** objectif est de servir de plateforme pour rendre visible l'expérience des femmes et pour mettre l'accent sur leur parole. Le **deuxième** objectif consiste à mieux définir l'interaction entre les effets de la violence vécue et les effets du diagnostic psychiatrique reçu sur la trajectoire des femmes au sein des services publics. Le **troisième** objectif est de mieux définir la spécificité des enjeux vécus par les femmes et les besoins qu'elles identifient pour sensibiliser et mieux outiller les intervenantes des milieux féministes ainsi que les professionnel.le.s des milieux de la santé, des services sociaux et de la justice.

Dans un premier temps, nous situerons la problématique de cette recherche par une brève revue de la littérature, suivie de la présentation du cadre théorique ayant guidé l'analyse des données. Les principaux concepts retenus par le comité seront définis dans cette section du rapport. Le chapitre sur la méthodologie définira en premier lieu les principes de la recherche participative privilégiée. La démarche méthodologique sera ensuite décrite afin que les lectrices et les lecteurs puissent comprendre les étapes ayant permis l'obtention des données. Les fondements de la recherche ayant été établis, nous procéderons à la présentation des résultats, qui seront divisés en catégories analytiques. Nous discuterons des résultats à même leur présentation, et une analyse plus globale sera finalement présentée.



# Problématique

## LE DIAGNOSTIC ET LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES



Recevoir un diagnostic psychiatrique et des soins en santé mentale associés à ce diagnostic engendre, pour plusieurs, une transformation du rapport à soi, aux autres et à la société (Larose-Hébert, 2020). Le fait de recevoir un diagnostic a donc des répercussions sur l'identité même de la personne et peut avoir des effets sur les interactions entre la personne concernée et les autres membres de la société. Entre autres, nous savons que la stigmatisation et les préjugés associés à la maladie mentale peuvent mener à discréditer la parole et les savoir des personnes qui portent une telle étiquette (Goffman, 1963; LeBlanc et Kinsella, 2016; Tosh et Carson, 2016) ou à certaines formes de discrimination (Perlin, 1992; LeFrançois *et al.*, 2013). Marginalisé, le discours des personnes concernées est souvent interprété à la fois comme le signe et le symptôme de leur pathologie (Larose-Hébert, 2020; Morrow, 2017; Corbeil et Marchand, 2010).

Dans le même ordre d'idées, nous savons que les femmes qui vivent ou ont vécu de la violence sexiste – que ce soit de la violence interpersonnelle, de la violence conjugale ou de la violence sexuelle plus largement – peinent aussi à faire entendre leur voix et à faire reconnaître les torts qu'elles subissent ou ont subis (Goodman et Epstein, 2008). À cet égard, les mouvements de dénonciation de masse comme #MeToo et Time's Up témoignent de l'importance et de la gravité du phénomène de violence envers les femmes ainsi que de l'inaction, de l'incapacité ou encore du refus des institutions de véritablement considérer ces enjeux (Tambe, 2018). Effectivement, même dans les sphères d'activité et dans les communautés où l'égalité des sexes et des genres est prise en compte, souvent, différents mécanismes participent tout de même à reproduire la violence envers les femmes et à miner les dénonciations (Truong et Côté, 2020).

Dans le milieu de l'intervention, l'interaction entre ces enjeux génère des défis de taille. Les organismes communautaires dont les services ciblent les femmes vivant ou ayant vécu de la violence sexiste, comme les maisons d'hébergement ou les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, accueillent fréquemment des femmes vivant des troubles de santé mentale (FMHF, 2018; Helfrich, Fujiura et

Rutkowski-Kmitta, 2008). Les femmes qui utilisent ces services doivent aussi souvent interagir avec d'autres dispensateurs de services, dont les services de police, le système de justice et, si elles ont des enfants, la protection de la jeunesse (Lapierre, 2015). Ces services, qui ne privilégient pas d'emblée une approche féministe, ont parfois de la difficulté à saisir la complexité des enjeux et des situations. C'est ainsi que plusieurs services participent souvent, même involontairement, à revictimiser ces femmes, individualisant et dépolitisant les problèmes qu'elles vivent (Lapierre, 2015; Robitaille et Tessier, 2015; Damand *et al.*, 2008).

Notons aussi que ces enjeux affectent les femmes de différentes façons. Nous savons également que certains groupes de femmes sont plus susceptibles que d'autres de faire face à ces obstacles et à ces difficultés. Par exemple, les femmes en situation d'itinérance et de pauvreté ou celles provenant de minorités visibles rencontrent parfois plus d'enjeux quant à l'accès aux services en santé mentale (Cho, 2012; Goodman *et al.*, 2009). Ces enjeux, dont la violence de nature sexiste et la psychiatisation, ne font pas que s'additionner. Ils semblent plutôt se combiner et engendrer des expériences particulières. Ainsi, force est de constater que nous devons comprendre les interactions entre ces enjeux afin de pleinement considérer l'expérience des femmes qui les vivent et de les soutenir adéquatement dans leur rétablissement.

## PATHOLOGISATION DES FEMMES VIVANT OU AYANT VÉCU DE LA VIOLENCE SEXISTE

La prise en compte des enjeux liés à la psychiatisation de la détresse des femmes étant ou ayant été victimes de violence sexiste fait partie des revendications du mouvement féministe depuis longtemps (Ferland, 1995). Notons que la thérapie féministe (*feminist therapy*) a émergé aux États-Unis dès les années 1970 et s'est développée comme une pratique alternative aux approches psychologiques traditionnelles qui étaient jugées par certaines trop individualisantes ou trop enclines à pathologiser la détresse des femmes. En effet, nous pourrions dire que plusieurs approches plus traditionnelles ne considéraient pas suffisamment l'influence des structures sociales (notamment les structures politiques, institutionnelles ainsi que les relations de pouvoir) sur l'expérience et les affects des femmes, et contribuaient en ce sens à définir l'expérience de ces dernières *telle* maladie (Corbeil et Marchand, 2010; Rawlings et Carter, 1977).

La thérapie féministe, alliée au mouvement d'antipsychiatrie, a ainsi fortement influencé le développement de l'intervention féministe au Québec (Corbeil et Marchand, 2010). L'intervention féministe privilégie une analyse contextuelle et sociale des difficultés rencontrées par les femmes de manière individuelle. Elle remet donc en question les structures et la manière dont ces dernières génèrent des conditions de vie opprimantes, qui reproduisent et imposent des rapports sociaux inégalitaires entre les hommes et les femmes (Corbeil et Marchand, 2010). Véritable pratique de résistance, l'intervention féministe participe ainsi à dénoncer la domination patriarcale et, de ce fait, la violence masculine faite aux femmes. Elle encourage aussi un accompagnement des femmes basé sur des rapports égaux, visant la reprise de leur pouvoir d'agir. Selon cette perspective, plusieurs difficultés liées à l'état de santé mentale vécues par les femmes pourraient ainsi être comprises comme le résultat de l'oppression qu'elles vivent (Morrow, 2017).

Encore à ce jour, les professionnelles du milieu de l'intervention féministe travaillent à dépathologiser la détresse des femmes qu'elles accompagnent, se situant ainsi à l'envers des pratiques dominantes au sein du réseau de la santé et des services sociaux québécois (Poirel, Lacharité et Rousseau, 2006). Malheureusement, selon le Conseil du médicament (2011), les professionnel.le.s de la santé continuent à prescrire aux femmes québécoises plus de médicaments psychotropes qu'aux hommes. Les femmes reçoivent également plus fréquemment des diagnostics de dépression et de troubles de l'humeur. Elles sont par ailleurs surreprésentées dans les diagnostics de certains troubles de personnalité, tels que le trouble de la personnalité limite (OMS, 2000; Toneatto et Wang, 2009; Wittchen, 2010). Il s'agit de tendances qui sont aussi observées sur le terrain par nombre d'intervenantes qui travaillent avec les femmes vivant ou ayant vécu de la violence ainsi que dans les organismes féministes de manière plus large (Helfrich, Fujiura et Rutkowski-Kmitta, 2008).

À cet effet, en 2011, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a publié un rapport sur les résultats d'un sondage effectué auprès de ses organismes membres. Ce rapport situait les troubles de santé mentale des femmes qui utilisent leurs services au premier rang des enjeux mobilisant le plus leurs travailleuses (RQASF, 2011). Plus récemment, soit à l'automne 2019, une consultation des organismes membres du RGF-CN a permis de cibler les enjeux persistants rencontrés par les femmes qui utilisent leurs services. Un des enjeux principaux identifiés a été la nécessité de développer des connaissances sur les répercussions du diagnostic

psychiatrique sur l'expérience des femmes – plus spécifiquement celles qui vivent ou ont vécu de la violence sexiste – pour entre autres mieux comprendre les interactions de ces femmes avec les professionnel.le.s des services publics, dont le système judiciaire, le réseau de la santé et la protection de la jeunesse.

## CADRE THÉORIQUE

Dans la littérature académique, on retrouve plusieurs auteurs et autrices qui interrogent les liens entre les expériences de violence de nature sexiste et les troubles de santé mentale des femmes (Lloyd *et al.*, 2017; Khalifed *et al.*, 2015; Goodman *et al.*, 2009; Humphreys et Thiara, 2003; Morin, Ghosn et Dorvil, 2003; Cleaver, 2001). Certaines recherches montrent d'ailleurs que les femmes ayant des troubles de santé mentale graves sont plus susceptibles de vivre de la violence de nature sexiste (Khalifed *et al.*, 2015; González Cases *et al.*, 2014; Morin, Ghosn et Dorvil, 2003; Knowles, 2000). Inversement, d'autres recherches montrent que les femmes vivant ou ayant vécu de la violence de nature sexiste sont plus nombreuses à recevoir un diagnostic psychiatrique, dont la dépression, le trouble de stress post-traumatique et l'anxiété (Lloyd *et al.*, 2017; Machisa, Christofides et Jewkes, 2016; Goodman *et al.*, 2009; Warshaw et Brashler, 2009; Pico-Alfonso *et al.*, 2006; Woods, 2005; Humphreys et Thiara, 2003; Cleaver, 2001). Nous savons donc que, dans un sens comme dans l'autre, il existe un lien entre les expériences de violence basée sur le sexe ou le genre et le développement de troubles de santé mentale.

De façon concomitante, un second corpus de recherche traite des difficultés d'intervention auprès des femmes vivant de la violence de nature sexiste et ayant des troubles de santé mentale (Warshaw *et al.*, 2003). Ces travaux portent notamment sur les réticences qu'ont les femmes aux prises avec des troubles de santé mentale à divulguer aux professionnel.le.s de la santé leurs expériences de violence sexiste et soulignent les défis pour ces professionnel.le.s de dépister ces expériences chez leur clientèle (Voyer, Delbreil et Senon, 2014; Rose *et al.*, 2011; Warshaw *et al.*, 2003). Similairement, d'autres chercheuses et chercheurs exposent les difficultés des professionnel.le.s au sein d'organismes spécialisés dans le soutien des femmes victimes de violence de nature sexiste à répondre aux enjeux de santé mentale des femmes rencontrées ou à les diriger vers les services appropriés (Brooker et Durmaz, 2015). L'accès aux services et leur concertation sont donc complexifiés pour ces femmes. Notons également que, selon Voyer, Delbreil et Senon (2014), le fait de

dévoiler la violence subie aux professionnel.le.s de la santé mentale et les interventions qui peuvent découler de ces confidences mettent parfois à risque les femmes qui consultent, puisque leurs agresseurs utilisent le diagnostic psychiatrique pour, par exemple, discréditer leur discours ou leurs compétences parentales devant la cour.

Notre cadre théorique combine deux perspectives complémentaires et critiques : la théorisation féministe intersectionnelle et certains concepts découlant des *Mad Studies*. L'intersectionnalité a émergé des mouvements féministes noirs dans le but d'appréhender la complexité et la multiplicité des identités et des inégalités sociales. Cette théorie suggère que divers rapports de pouvoir interagissent et participent à forger l'expérience des femmes – notamment les rapports de pouvoir liés au sexe, à la classe, à l'âge, aux handicaps et à l'état mental (Crenshaw, 1991 et 2005; Davis, 1981). En parallèle, le champ émergent des *Mad Studies* se concentre pour sa part sur le sanisme et sur l'étude de la psychiatisation, de l'oppression et de l'agentivité des personnes psychiatisées (LeFrançois, Menzies et Reaume, 2013). Ce champ de recherche interdisciplinaire, issu des revendications des militant.e.s du mouvement de libération des patient.e.s psychiatriques, vise ainsi à définir et à comprendre certains phénomènes tels que la discrimination systémique, les préjugés individualisants, les barrières structurelles ainsi que la peur, la haine et la méfiance dirigées vers les personnes psychiatisées (LeBlanc et Kinsella, 2016).

Selon Poole (2012), le sanisme est un système de valeurs selon lequel il est perçu comme admissible d'opprimer les personnes ayant un trouble de santé mentale. De ce fait, le sanisme participe à produire, à entretenir et à justifier la stigmatisation de cette population. S'appuyant sur des stéréotypes négatifs ainsi que sur la méfiance (Perlin, 1992), le sanisme perpétuerait l'idée problématique que les personnes vivant avec un trouble de santé mentale sont éternellement à risque de délires, instables, imprévisibles, menteuses, indignes de confiance, irrationnelles et dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui (LeBlanc et Kinsella, 2016). Ces caractéristiques justifieraient donc leur prise en charge, leur confinement et l'imposition de traitements divers (Perlin, 1992).

Nous considérons que les femmes psychiatisées se situent inévitablement à l'intersection de ces deux systèmes d'oppression, soit celui des rapports de pouvoir liés au sexe et au genre (sexisme) et celui propre à la maladie mentale (sanisme). Une approche intersectionnelle des problématiques vécues par les femmes psychiatisées permettra ainsi d'étudier comment ces deux systèmes s'entrecroisent et se

conjuguent à d'autres, tels que le racisme, le colonialisme, le classisme ou l'hétérosexisme (Ramon, 2015). Comme le souligne Morrow (2017, p. 47)<sup>5</sup> : « [l]es cadres d'études intersectionnelles et des *Mad Studies* ont le potentiel de mettre de l'avant les contextes structurels dans lesquels la détresse mentale se produit et d'élargir notre compréhension de ce qui est considéré comme une expérience humaine acceptable » (traduction libre).

Combiner l'intersectionnalité aux *Mad Studies* nous amène aussi à accorder une grande importance à la parole des personnes opprimées en reconnaissant la valeur de leur savoir, qui est souvent discrédité ou ignoré. Nous utiliserons le concept d'injustice épistémique, développé par Fricker (2007), afin de comprendre pourquoi et de quelle manière l'expérience et la voix des femmes psychiatisées sont dévaluées lors de leurs interactions avec différent.e.s professionnel.le.s. Fricker (2007, p. 1)<sup>6</sup> définit ce concept comme une injustice face à « nos pratiques quotidiennes les plus élémentaires : transmettre des connaissances aux autres en les racontant et donner un sens à nos propres expériences sociales » (traduction libre). Selon LeBlanc et Kinsella (2016), le sanisme – auquel nous ajoutons le sexisme – contribue à l'injustice épistémique vécue par les personnes psychiatisées. Le sexisme, le sanisme et l'injustice épistémique qui en découle participent à vulnérabiliser les femmes et à invisibiliser leurs expériences et leur discours.

## LE CHOIX DES MOTS

En guise de conclusion à cette section, nous souhaitons expliquer le choix de certains mots utilisés dans ce rapport, plus spécifiquement lorsque nous référons aux femmes premières concernées par la problématique à l'étude et aux expériences qu'elles vivent ou ont vécues. Premièrement, notre comité a choisi de privilégier l'utilisation du concept de « violence sexiste » plutôt que d'autres concepts utilisés dans la littérature. Après plusieurs discussions, les membres du comité d'encadrement ont convenu que c'était là la formulation la plus appropriée, puisqu'elle identifiait comme central l'enjeu des

---

<sup>5</sup> *Intersectional and Mad Studies frameworks have the potential to foreground the structural contexts in which mental distress occurs and to stretch our understanding of what is considered acceptable human experience.*

<sup>6</sup> *[O]ur most basic everyday practices: conveying knowledge to others by telling them, and making sense of our own social experiences.*

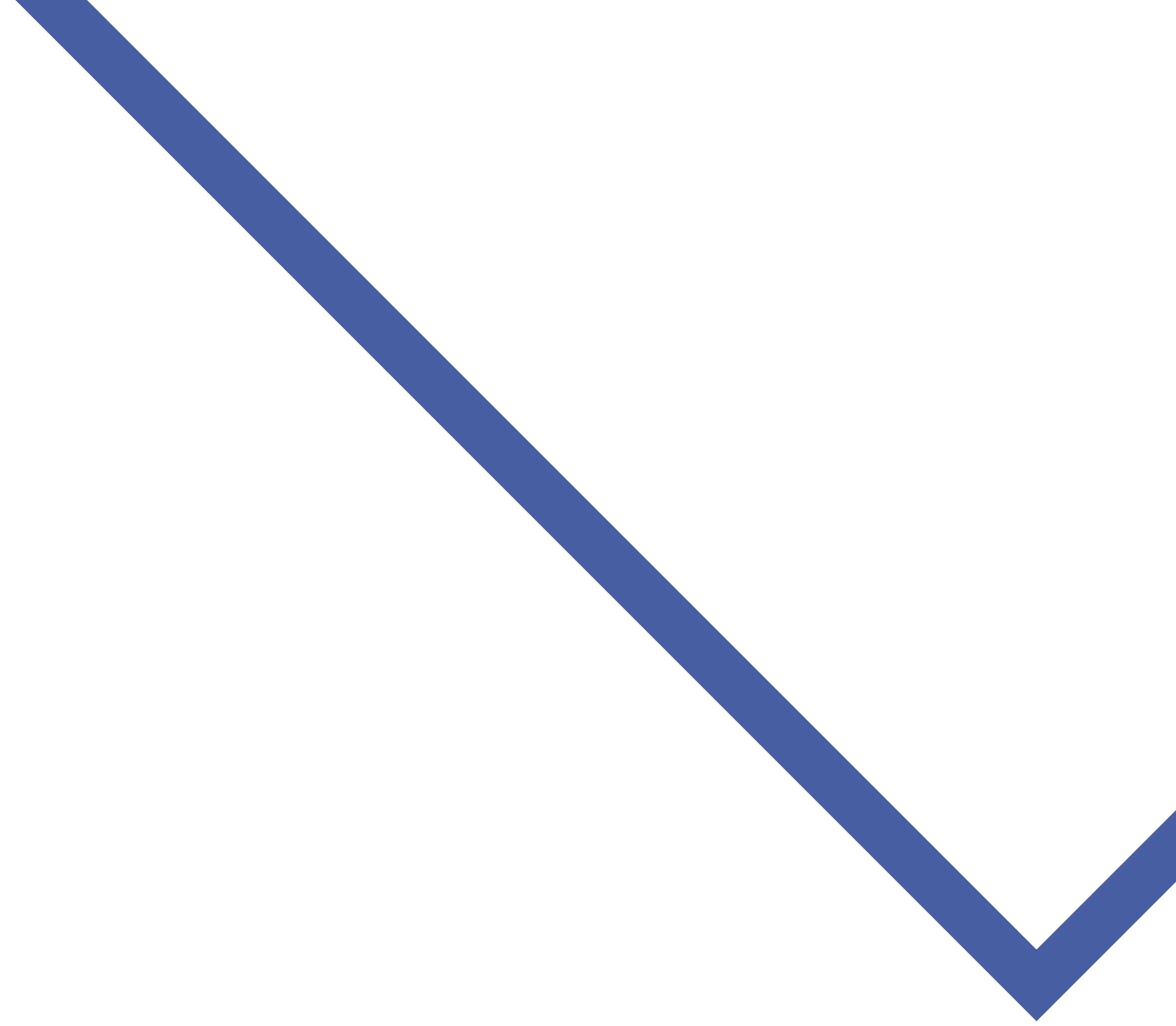


rapports de genre, tout en demeurant assez large pour inclure une diversité d'expériences. De même, nous privilégions le fait de parler des femmes vivant ou ayant vécu de la violence sexiste plutôt que des appellations usuellement convenues, telles que victimes ou survivantes, ces dernières étant susceptibles d'enfermer les femmes dans des épithètes auxquelles elles ne s'identifient pas.

Deuxièmement, les membres du comité ont convenu qu'il était approprié de parler d'expériences de psychiatisation et de femmes « psychiatisées » dans ce rapport, pour parler des femmes premières concernées. Bien que les femmes concernées par cette étude aient toutes exprimé vivre des difficultés liées à leur état de santé mentale, nous ne tirerons ici aucune conclusion quant à ces états mentaux. Pour nous, la problématique à l'étude demeure le fait que ces femmes ont reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques et que ces diagnostics sont venus influencer leur parcours et leur expérience dans les services publics. C'est le fait « d'être psychiatisée » qui devient ainsi l'objet de l'analyse.

Troisièmement, en ce qui a trait aux expériences de violence sexiste, nous souhaitons préciser que si les femmes qui ont participé à cette recherche avaient vécu de la violence sexiste dans le passé, il est possible qu'elles en vécussent encore au moment où nous avons rédigé ce rapport. Plusieurs d'entre elles vivaient toujours, au moment des entretiens réalisés, de la violence post-séparation.


Finalement, nous avons choisi de féminiser les membres du comité, malgré la présence d'un homme dans l'équipe. Ce choix a été discuté et appuyé par le chercheur qui, dès le départ et tout au long du projet, s'est positionné comme un allié féministe de cette recherche.





## Méthodologie

Pour cette recherche, nous avons privilégié une approche qui peut être définie comme participative et féministe. Selon Gervais, Weber et Caron (2018, p.3), la recherche participative en est une « menée par des chercheuses ou des chercheurs avec des groupes opprimés ou des membres du milieu communautaire, et qui, tout en reconnaissant l'importance du savoir pratique et des expériences vécues (mais non différenciées selon le genre) des participantes et des participants, se veut émancipatrice en visant leur autonomisation à travers la recherche ». À travers son cadre théorique, cette recherche se positionne aussi dans une approche féministe et intersectionnelle.



Afin de respecter les principes de la recherche participative, le comité d'encadrement a été impliqué tout au long du processus de recherche. En premier lieu, les décisions concernant la problématisation, l'orientation théorique et les choix méthodologiques ont été prises de manière collective grâce au soutien de l'agente de liaison de l'organisme Relais-femmes, qui a facilité le travail collaboratif et la participation de chacune des membres. Ensuite, le comité consultatif a été impliqué dans l'analyse des résultats. Pour ce faire, tous les entretiens ont été synthétisés, anonymisés et rendus accessibles à toutes. La lecture de ces résumés a permis de mettre en lumière les tendances se dégageant des entretiens et de les discuter en comité. Ce premier travail d'analyse collective a permis d'identifier les principales catégories à utiliser pour coder les entretiens. Une fois les entretiens codés, les expertes du processus scientifique ont procédé à l'écriture des sections du rapport faisant état des résultats pour que ces derniers soient discutés en comité. De cette manière, les membres du comité ont pu contribuer à l'interprétation des données colligées. Ces discussions ont mené à la rédaction du dernier chapitre de ce rapport.

## COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données pour ce projet comporte deux volets : (1) 10 entretiens menés auprès d'intervenantes d'organismes féministes membres du RGF-CN et (2) 20 entretiens auprès de femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste.

Le recrutement pour les entretiens semi-dirigés avec les intervenantes et les femmes premières concernées a été mené à l'automne 2020. La durée moyenne des entretiens se situe autour de 60 minutes. Ils ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien préalablement défini, mais adaptable aux thèmes émergents. Les entretiens ont été réalisés en visioconférence par les deux étudiantes impliquées dans le projet. Les intervenantes ont été recrutées par le biais de courriels envoyés à chacune des directions des 37 organismes membres du RGF-CN, qui les ont diffusés à leurs employées, ainsi qu'à travers des annonces publiées dans le bulletin de nouvelles du RGF-CN, disponible pour toutes les employées des organismes membres du RGF-CN. En ce qui a trait au recrutement des femmes premières concernées, nous avons cherché à rencontrer des femmes s'identifiant comme ayant reçu un diagnostic psychiatrique et vivant ou ayant vécu de la violence sexiste. Ces participantes ont été recrutées avec le soutien des intervenantes travaillant au sein d'organismes membres du RGF-CN. Ces intervenantes ont posé des affiches dans leur organisme et ont diffusé l'annonce de recrutement auprès des femmes utilisant leurs services.

## ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo. Ils ont d'abord été analysés de manière verticale, un entretien à la fois, à l'aide des catégories établies par le comité d'encadrement. Ensuite, les expertes du processus scientifique ont effectué une analyse horizontale des entretiens, en comparant les différents entretiens entre eux et les extraits de verbatim identifiés pour chaque code. Il est à noter que différents codes ont été ajoutés à la liste initiale produite par le comité, de façon inductive, au cours de l'analyse des données.

## PROFILS DES PARTICIPANTES

### Intervenantes

Toutes les intervenantes s'identifiaient comme femmes et travaillaient dans un organisme membre du RGF-CN au moment de l'entretien. Aucune autre information sociodémographique n'a été recueillie auprès des 10 intervenantes ayant participé à l'étude, hormis le nom de l'organisme au sein duquel elles travaillaient, la mission de ce dernier, le nombre d'années au sein de l'organisme ainsi qu'un portrait sommaire des pratiques d'intervention et des problématiques visées par ces dernières. La moyenne d'années d'expérience des intervenantes dans leur organisme d'attache se situait à 5,5 années, allant de 1 an à 19 ans d'expérience. Les champs d'intervention principaux étaient la violence conjugale (N : 5), la violence sexuelle (N : 2), l'hébergement temporaire (N : 2) et la judiciarisation (N : 1). Leur principale pratique d'intervention était de nature individuelle, dans une approche féministe, et ciblait la reprise du pouvoir d'agir des femmes en situation de violence et/ou de vulnérabilité.

### Femmes premières concernées<sup>7</sup>

La totalité des participantes s'identifiaient comme femmes ou femmes trans. La majorité des femmes se qualifiaient d'hétérosexuelles; les autres se qualifiaient de pansexuelles, lesbiennes ou bisexuelles. Toutes les femmes étaient de nationalité canadienne. Trois participantes s'identifiaient comme faisant partie d'une minorité visible et/ou autochtone. Aucune des femmes ne considérait être affectée par des incapacités fonctionnelles; toutefois, la fibromyalgie a été mentionnée par certaines d'entre elles. La moyenne d'âge des participantes était de 40 ans. La majorité des femmes étaient célibataires au moment de l'entretien; un nombre plus limité de participantes étaient en couple, divorcées ou mariées. Plus de la moitié des femmes avaient des enfants (N : 14).

Sur le plan de la scolarité, sept participantes avaient obtenu un diplôme de niveau collégial; cinq, un diplôme d'études universitaires; quatre, un diplôme d'études

---

<sup>7</sup> Nous avons fait le choix de présenter peu d'information dans cette section en raison du petit nombre de participantes à notre échantillon. Nous avons effectué ce choix afin de préserver l'anonymat des participantes.

professionnelles (DEP); les autres, un diplôme d'études secondaires (DES) ou du primaire. Le revenu moyen était de 25 000 \$. Quant à leur situation de logement, la moitié des femmes louaient un logement sur le marché privé les autres étaient propriétaires, habitaient en logement subventionné ou vivaient chez des proches.

# Résultats

## LE DIAGNOSTIC

L'ensemble des participantes avaient reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques au cours de leur vie. Parmi les participantes, 10 femmes avaient reçu plus d'un diagnostic. Les diagnostics les plus fréquemment obtenus étaient le trouble de la personnalité limite (N :9) et le trouble de stress post-traumatique (N:6). Autrement, le portrait global des différents diagnostics se déclinait comme suit : trouble de la personnalité limite; trouble de stress post-traumatique; dépression; bipolarité; trouble d'anxiété généralisée; trouble du déficit d'attention avec hyperactivité; trouble psychotique; trouble de personnalité histrionique; dysthymie. Il est à noter que 14 participantes consommaient des médicaments en lien avec ces diagnostics au moment de l'entretien.

Le fait d'obtenir un diagnostic psychiatrique et de devoir par la suite recevoir des services publics qui prennent en compte ce diagnostic générerait différentes émotions pour les femmes interrogées. Pour certaines, le fait d'obtenir un diagnostic était évalué positivement. Pour d'autres, ceci était évalué plus négativement.

## PRÉVALENCE DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DANS LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FÉMINISTES

L'ensemble des intervenantes interrogées ont estimé qu'un nombre « important » de femmes utilisant leurs services avaient un diagnostic psychiatrique. Int (2), qui travaille au sein d'une ressource d'hébergement, estime qu'un fort pourcentage de femmes qui utilisent les services offerts par son organisme ont effectivement reçu un diagnostic psychiatrique : « **C'est sûr que des femmes qui arrivent avec des diagnostics psychiatriques vraiment officiels, je pense que ça doit être 50 %.** » Int (5), qui travaille également au sein d'une ressource d'hébergement, considère que plus de la moitié des femmes qu'elle accompagne sont psychiatisées : « **Je dirais que c'est quand même 75 % des suivis que j'ai qui avaient un diagnostic.** » Int (6) fait la même constatation : « **Au niveau de la psychiatisation, je crois que déclaré, c'est 75 % des usagères.** » Int (8), qui travaille quant à elle dans un organisme intervenant auprès de femmes ayant été victimes d'une agression à caractère sexuel, constate aussi une forte prévalence

de troubles de santé mentale chez les utilisatrices de services : « Il y en a vraiment beaucoup, là, honnêtement, c'est presque la totalité; je dirais les trois quarts des femmes environ. » Un consensus émerge donc, à travers les entretiens, quant à l'importance de cet enjeu dans les services et dans le quotidien des intervenantes.

Certaines intervenantes avec qui nous avons parlé considèrent aussi que plusieurs femmes auprès de qui elles interviennent vivent des problèmes liés à leur état de santé mentale, sans que celles-ci aient nécessairement reçu un diagnostic officiel. S'appuyant sur cette hypothèse, Int (2) nuance ses propos quant au nombre de femmes au sein de son organisme d'attache qui vivent des enjeux de santé mentale :

Probablement qu'il y en a plus, fait qu'il y en a qu'on voit qu'il y a clairement des symptômes de dépression ou d'anxiété, des choses comme ça. Nous, on n'est pas... ce n'est pas à nous à diagnostiquer. On va plus référer vers un médecin, mais on pense que peut-être, sans l'avoir officiellement, ce serait peut-être plus quasiment 75 %, en fait, des femmes qu'on reçoit qui ont un problème à ce niveau-là, au niveau de leur santé psychologique, qu'elles soient diagnostiquées ou pas.

Les intervenantes nomment le trouble de la personnalité limite comme l'un des diagnostics les plus souvent rencontrés dans leur pratique. Elles nomment également le trouble anxieux, le trouble bipolaire, le trouble de stress post-traumatique et la dépression comme des diagnostics qu'elles rencontrent fréquemment dans le cadre de leurs fonctions. Le portrait des femmes premières concernées par la problématique ayant participé à cette recherche concorde de ce fait avec les observations des intervenantes.

Int (9) fait état de la progression de certains troubles de santé mentale rencontrés dans sa pratique : « C'est sûr que quand j'ai commencé là, [dans les années 2000], les diagnostics de TPL, trouble de la personnalité limite, on en entendait très peu. On entendait bipolaire, mais les troubles anxieux, tout ça là, ça a explosé dans les 10 dernières années. Les diagnostics de TPL, en voulez-vous, en voilà, on en a vu. » Int (1) abonde en ce sens : « Beaucoup de TPL, beaucoup de femmes TPL, tu sais. » Int (7) fait la même observation : « Le diagnostic de TPL ressort souvent, il est très facilement donné aux femmes. » Et à ceci s'ajoute la réalité des diagnostics multiples.



Int (5) offre un portrait plus détaillé des principaux troubles diagnostiqués chez les femmes accompagnées : « Et souvent, c'est le trouble de la personnalité limite, anxiété beaucoup, puis aussi dépression. Mais c'est surtout ces trois-là par exemple. Anxiété beaucoup, c'est sûr. Puis sinon TPL, il suit de proche. » Int (8) mentionne également que « ça arrive vraiment souvent que les femmes ont de multiples diagnostics, dans nos services ».

Selon les intervenantes interrogées, la prévalence de troubles de santé mentale est donc « très élevée » au sein des organismes intervenant auprès de femmes vivant ou ayant vécu de la violence sexiste. Selon plusieurs intervenantes, la majorité des femmes qui utilisent leurs services ont en effet reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques.

## LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE : EST-CE LE MEILLEUR OUTIL?

### La détresse : une réaction normale à une situation anormale?

Un thème important qui ressort des entretiens est la façon dont les expériences de violence et le traumatisme des femmes sont souvent invalidés en raison de leur(s) diagnostic(s). En effet, plusieurs participantes estiment que leur réaction à la violence, telle qu'avoir des affects associés à leur souffrance (par exemple la peur, la tristesse ou la colère), résulte de leur victimisation. En d'autres mots, l'essence des difficultés qu'elles vivent et qui deviennent cadrées comme des réactions affectives et comportementales serait mieux expliquée par la violence qu'elles ont vécue que par un trouble quelconque de santé mentale. En ce sens, les participantes considèrent qu'elles réagissent de manière « normale » à une situation de violence qui est ou devrait être comprise comme anormale et problématique.

Suzie raconte qu'elle ne va pas bien récemment en raison d'un événement traumatique et que son mal-être actuel ne devrait pas être compris comme étant lié à sa bipolarité :

Tu sais, je veux dire, c'est normal de ne pas feeler bien quand tu vis un [événement]. Moi, j'ai vécu un événement super traumatisant, puis j'ai été vraiment traumatisée de cette soirée-là. Puis je me suis mise à ne pas feeler, mais ce n'était pas à cause de ma maladie bipolaire, c'était à cause d'un événement. C'était une réaction normale à une situation qui était complètement anormale.

Josée considère aussi que c'est son vécu de violence qui agit sur son état de santé mentale et que ses réactions sont pour elle normales dans ces circonstances : « Parce que mes réactions semblent démesurées, mais avec ce que j'ai vécu, pour moi, c'est un petit peu normal. Il faut que je sois tout le temps sur mes gardes et tout ça. Fait que c'est sûr que dans ma vie, tu sais, le mélange de la violence plus du post-trauma, c'est comme si j'avais une perte de jouissance, en fait, là. » Geneviève, pour sa part, croit que les interventions qui la ciblent sont inappropriées, car elles visent le traitement d'un trouble de la personnalité limite plutôt que son rétablissement face à son expérience traumatique : « Fait que moi, me faire expliquer des troubles de personnalité quand mon problème, c'est d'être terrorisée par un risque d'agression que je m'imagine, tu sais, ça ne me sert pas à grand-chose. » Elle estime que le traitement devrait prioriser son trouble de stress post-traumatique, ou même exclusivement porter sur celui-ci, et non le trouble de la personnalité limite, diagnostic qu'elle remet par ailleurs en question :

Fait que là, on m'a dit ça vraiment, vraiment souvent [...]. Je l'ai mal pris parce qu'on a comme nié ma problématique que, moi, je vivais intensément, c'est-à-dire me retrouver dans des souvenirs de viol, dans des impressions d'agression, de sentir comme des mains sur moi, etc. Puis là, on me disait : « Bien, non, ce que tu dis là, ça n'a pas rapport, finalement, bien, c'est parce que tu es TPL. » Ça, là, ça a eu un impact tellement majeur à douter de moi.

Émilie estime que l'ensemble de sa souffrance est interprétée comme des signes et des symptômes de son trouble de personnalité et que de ce fait son expérience est invalidée, ou même interprétée comme une tare de caractère : « C'était plus, je vous dirais, un peu le sentiment que, quand tu es TPL, que... comment je pourrais dire ça? Que tu es comme [invalidé], que tout ce que tu ressens, c'est invalide un peu. Oui. Je fais juste ça pour manipuler le monde, que ce n'est pas vraiment... un peu le sentiment de préjugés, je vous dirais. » Isabelle explique que lorsqu'elle essaie de s'affirmer, on la ramène inévitablement à son diagnostic : « Fait qu'admettons que je m'affirmais par rapport à quelque chose, bien, là, ils me disaient : "Va donc te faire soigner. Tu as-tu pris ta médication?" ou "C'est ton trouble de personnalité limite." » Elle explique par ailleurs qu'en raison de son diagnostic, on remet en question son expérience de violence : « Outre le fait, admettons, j'ai été violée plusieurs fois, fait qu'ils vont dire "c'est comme improbable". Tu sais, on ne disait pas que je mentais, mais qu'il y avait

une improbabilité là-dedans, puis ça, c'était repris un peu dans le TPL. C'était comme repris comme un discours, dans le fond, d'exagération pour attirer l'attention. »

### Liens entre violence et trouble de santé mentale

Dans la section précédente, les participantes racontent comment leur diagnostic a été utilisé pour invalider leurs expériences de violence. Dans cette section, les participantes présenteront leur compréhension et leur interprétation de la détresse vécue, des perspectives alternatives à la pathologisation de leur état de santé mentale.

Marie croit que les « symptômes » utilisés pour lui diagnostiquer un trouble de la personnalité limite sont plutôt des réactions à la violence à laquelle elle était exposée : « Et maintenant que je ne suis plus avec lui, je n'ai plus des troubles de personnalité dans le fond. C'est la violence. [...] Souvent, les femmes vont être diagnostiquées TPL alors qu'elles sont dans la violence. »

Michèle propose également que la violence dont elle a fait l'expérience contribue à ses enjeux de santé mentale : « Il y aurait vraiment des liens à faire entre la santé mentale puis la violence là, quelle que soit la violence là. [...] Qui fait en sorte que oui, c'est sûr que la violence, la violence en tant que telle a peut-être créé aussi mes diagnostics aussi là. » L'explication de Suzie va également en ce sens : « Puis ce n'est pas le fun d'être diagnostiquée comme ça parce que tu sais, il faut se mettre dans le contexte, la violence, ça nous fragilise, tu sais, pour la vie. »

Isabelle croit que son état est lié à l'agression sexuelle qu'elle a subie, mais que cette cause n'a pas été reconnue par les professionnel.le.s qui l'ont accompagnée :

Puis que justement, personne ne voulait en parler vraiment, ni reconnaître les conséquences que ça pouvait avoir dans la vie de quelqu'un. Fait que moi, on me disait dans le fond soit que je réagissais trop, tu sais, que ce n'était pas... ça ne pouvait pas être lié aux violences tellement j'avais de symptômes, tu sais, que c'était forcément autre chose. Ou sinon, les gens ne voulaient juste pas en parler ou ils me responsabilisaient. Mais tu sais, moi, tout ça, je relie ça juste à un malaise, tu sais, qu'ils n'ont pas été formés pour faire face à quelqu'un qui a été agressé sexuellement.

Isabelle mentionne les conséquences que la violence peut avoir sur la trajectoire de vie d'une personne. Elle aurait souhaité que ces conséquences soient prises en compte dans l'évaluation de son état de santé mentale : « **Mais tu sais, je pense que quand il y a de la violence, on ne peut pas la nier, tout simplement, puis faire : "Ah, bien, ça n'a aucune conséquence dans la vie des victimes." Tu sais? C'est sûr qu'il y a des bonnes chances que ça ait des conséquences. Fait que ça, j'aurais aimé ça comme qu'il y ait cette option-là, puis qu'ils disent : "Bien, ça a sûrement eu des conséquences."** » Johanne estime que son psychiatre n'a pas reconnu les conséquences de son agression lorsqu'il a émis son diagnostic : « *C'est comme ça que pour moi, c'est comme ça que j'ai appris, j'ai constaté que les psychiatres minimisaient l'impact de ma deuxième agression.* »

### **Le traitement pharmacologique : limité et souvent inadéquat**

Conséquemment, quand la souffrance est principalement cadrée à travers la lunette médicale, force est de constater que la solution de prédilection devient aussi la médication des états jugés problématiques. La majorité des femmes rencontrées consomment ou consommaient des psychotropes leur ayant été prescrits afin d'agir sur les « symptômes » découlant du trouble de santé mentale leur ayant été attribué. Elles entretiennent un rapport mitigé avec ces substances, qui génèrent aussi pour certaines des effets indésirables. Certaines vont refuser de les consommer, tandis que d'autres vont remettre en question leur efficacité. Johanne, par exemple, a cessé de prendre sa médication, jugeant que celle-ci avait des conséquences négatives sur sa santé et sur son bien-être :

J'ai arrêté la médication. De plus, je trouvais que le psychiatre jouait avec ma santé. Je m'explique. C'est parce que je sais que c'est mal de jouer avec la médication d'une autre personne, c'est-à-dire de changer souvent les doses. Et lorsque j'ai été hospitalisée, c'était une semaine, j'ai changé, je crois, trois, quatre fois la dose. C'est pour ça que j'ai arrêté la médication, et après ma deuxième agression, j'en ai eu beaucoup aussi, mais aucun n'était adéquat pour moi. Il me prescrivait des médicaments, donc ça m'a fait glisser encore plus. Je me sentais déjà faible. Admettons, il y avait des journées, je ne faisais presque rien, j'étais couchée jusqu'à 20 heures par jour, c'est énorme. Et le pire, c'est qu'on ne me donnait pas de contraintes à l'emploi pendant ce temps-là.

Suzie, quant à elle, a résisté. Elle a refusé de prendre des psychotropes et a dû défendre sa décision devant le tribunal. Elle est aujourd'hui convaincue d'avoir agi dans son meilleur intérêt :

Puis là, ils me disaient que si je ne prenais pas la médication, là, c'était impossible que je guérisses, que j'allais juste rempirer, puis ce qui est arrivé, c'est que je n'ai pas rempiré pantoute, là, je vais très bien. Je suis très fonctionnelle au travail, ça va bien avec ma fille, ça va bien avec mes collègues de travail. Je veux dire, ça aurait été une grosse gaffe de me médicamenter finalement, puis là, tu vois, ils voulaient me donner une ordonnance de traitement, mes deux psychiatres étaient contre moi en cour. J'ai gagné au Tribunal administratif du Québec.

Céline, elle, dit avoir eu l'impression que sa médication l'éloignait d'elle-même et de son mieux-être : « Puis c'est sûr que je détestais vraiment les antipsychotiques autrefois là. Les effets qu'ils faisaient, j'avais vraiment l'impression que c'est comme si je survivais, mais je n'étais plus moi-même. » C'est la même chose pour Laurie, qui a cessé son traitement pharmacologique. Bien qu'elle doive payer pour ce service, elle préfère la psychothérapie pour aborder ses difficultés :

Même si là, je les ai arrêtés parce que je n'aime pas prendre les médicaments, je n'aime pas, j'aime mieux les psychothérapies, des trucs comme ça, que tu sais, payés de mes poches. Bien, tu paies quand même tes médicaments, mais je n'aime pas les médicaments qui te font oublier, puis que tu n'es pas la même personne que tu es. J'aime mieux régler les choses, puis en parler en psychothérapie, puis tu sais, de parler de ça, puis d'évacuer ça.

Il y a effectivement un sentiment, dans les nombreux entretiens, que la pharmacothérapie a souvent préséance sur les autres formes de traitement. Selon Josée : « C'est comme si on oubliait un petit peu toute la psychothérapie, puis qu'on dit : "OK, on va donner une médication, ça va passer." » Annie va également en ce sens, la médication est l'unique forme de soutien qui lui a été offerte : « Puis ils nous traitent juste avec des pilules. Aucune écoute, aucune relation d'aide. Fait que je trouve ça

épouvantable. » Comme Josée, plusieurs participantes auraient préféré obtenir un accompagnement en psychothérapie, mais elles ont plutôt reçu une prescription pour des psychotropes. Or, ces substances, selon leur expérience, n'agissent pas nécessairement dans le sens de leur mieux-être.

## LE DIAGNOSTIC ENGENDRE DES DIFFICULTÉS, DES OBSTACLES

Pour la majorité des participantes à cette étude, l'obtention d'un diagnostic psychiatrique a soit été « inutile », soit a subséquemment engendré des difficultés supplémentaires dans leur trajectoire de rétablissement. C'est ainsi que Maude conteste l'utilité de son diagnostic dans sa vie : « Utile? Attendez. Utile... Non, on n'a pas besoin de ça dans notre vie, ça n'a aucune utilité, non. On apprend à vivre avec. Utile? Non. » Émilie considère également que l'obtention de son diagnostic ne l'a pas directement aidée dans sa trajectoire : « Le fait d'avoir reçu le TPL, ça, est-ce que ça m'a aidée? Non. » Thérèse exprime aussi son impression que son diagnostic lui enlève une part de sa crédibilité et qu'elle est dorénavant figée dans un statut de « malade » : « Fait qu'à un moment donné, moi, je ne savais plus vers qui me tourner parce que dans le fond, je n'avais plus de crédibilité, là. Dans le fond, pour tout le monde, j'étais malade, là. »

Dans la même ligne, certaines femmes expliquent comment, selon leur expérience, le diagnostic les « fige » dans une identité restreinte, qui ne parvient pas à adéquatement les comprendre dans leur globalité. Elles utilisent plusieurs termes pour qualifier cette impression, tels qu'un « bloc », une « case » ou une « étiquette ». Catherine parle du sentiment d'être coincée dans son diagnostic : « Si je peux m'exprimer comme ça, tu sais, il ne faut pas geler une personne dans un diagnostic, tu sais, c'est comme... on est dans un bloc ». Michèle, pour sa part, a l'impression de ne pas avoir obtenu une réponse appropriée à ses besoins, puisque le diagnostic a simplement servi à l'étiqueter : « Mais moi, dans mon vécu, autant ma violence que j'ai vécue, autant que mes diagnostics, mes diagnostics servent à me caser sans nécessairement que j'aie l'écoute nécessaire de ce que je vis. » Pour elle, ceci est particulièrement vrai pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite : « Puis ça, j'ai des amis qui sont TPL aussi, puis c'est partout pareil là. Dans le domaine de la santé, en tout cas, ça fonctionne par étiquette. »

## Rapport à soi

En devenant la lunette à travers laquelle certaines de ces femmes se voient, le diagnostic en vient parfois à altérer la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Il s'agit d'ailleurs d'une lunette particulière et parfois réductrice, qui amène certaines à analyser l'ensemble de leur être, de leurs comportements et de leurs affects vécus selon une perspective médicale de la santé mentale. Cette catégorisation de l'expérience peut être contraignante et ne pas « bien » représenter ce que les participantes ressentent et vivent. Pour Sandra, le diagnostic la force ainsi à interroger ses compétences parentales : « Est-ce que je cause l'insécurité chez mes enfants à cause de ma santé, puis à cause de mes moindres capacités? Tu sais, ça me fait me poser plein de questions comme ça là. Alors oui, [le diagnostic] a des impacts négatifs dans ce sens-là. » Josée a aussi dû revoir sa perception d'elle-même, car elle ressent un inconfort avec le fait d'avoir reçu un diagnostic psychiatrique et d'avoir dorénavant un statut de « malade » :

Le fait de vraiment m'apposer ce diagnostic-là, la prise de médication, tout ce qui vient avec, ça ne me plaît pas. C'est sûr que si on avait juste supposé, admettons : « Ah, Josée, tu penses-tu peut-être que tu as des signes et symptômes de ça? » Sans m'apposer un diagnostic, j'aurais aimé mieux ça, là. On dirait que d'apposer un diagnostic, c'est comme si c'était vrai, c'est vraiment réel, c'est là, puis je me dis : « Mon Dieu, tu sais, j'ai vraiment un trouble. »

Or, lorsqu'on ne sent pas que le diagnostic explique bien ce que l'on vit et que l'on ne reçoit pas un accompagnement adéquat, la situation peut devenir encore plus difficile. Isabelle reconnaît avoir perdu l'espoir de se rétablir lorsqu'elle a fait face à l'évaluation de son psychologue : « Puis tu sais, je n'avais comme ça [pas] d'espoir là de m'en sortir, surtout que j'avais un psychologue à ce moment-là qui traitait, lui, le TPL. Puis il me disait, tu sais, que ma personnalité était cristallisée, puis que je ne m'en sortirais jamais. » Geneviève rapporte qu'elle s'est elle aussi mise à douter d'elle-même : « Parce que je te dirais, tu sais, là-dedans, je ne me suis jamais sentie 100 % folle, mais j'ai perdu beaucoup, beaucoup, beaucoup de croyances dans ce que je vivais, moi. » On voit dès lors la façon dont les diagnostics, en tant qu'étiquettes, peuvent participer à miner la confiance et le pouvoir d'agir de certaines femmes.

## Rapport aux autres

Les participantes ont aussi discuté de leur relation avec les autres et la façon dont le ou les diagnostics reçus venaient affecter leur rapport avec ces personnes. Il était notamment question de leur entourage, mais également des professionnel.le.s qui viennent à prendre connaissance de ces diagnostics psychiatriques – que ce soit parce que les femmes ont choisi de leur en parler ou parce que ces informations ont été partagées avec ces personnes d’une autre façon, par exemple à travers le dossier médical. Plusieurs femmes avec qui nous avons parlé considèrent que leurs diagnostics ont eu des répercussions sur l’accueil et la bienveillance des personnes avec qui elles interagissent quotidiennement. Leur témoignage fait part d’un certain niveau de souffrance et de frustration, bien exprimé par Sandra : « Ça me frustre, [...] ça me met mal à l’aise par rapport au regard des autres. Je me dis, les gens sûrement se disent que je suis paresseuse, que je procrastine, puis tu sais, je ne suis pas une personne, tu sais, je n’étais pas une personne comme ça avant. » Et malheureusement, cette situation est souvent ressentie comme « inévitable », car comme le nomme Michèle : « Mais tu sais, quand tu n’as pas de diagnostic, bien souvent, tu n’as pas d’aide. » Le dévoilement du diagnostic, lorsqu’il n’est pas déjà disponible dans le dossier personnel des participantes, est ainsi perçu comme un passage obligé dans leur trajectoire de soins.

De façon concomitante, les participantes mettent en lumière leurs expériences de stigmatisation. Elles ont d’ailleurs exprimé plusieurs des préjugés auxquels elles se heurtent maintenant. Émilie explique :

Bien, comme je vous dis, surtout le TPL, je dirais surtout le TPL, que je trouve qu’on... je vous dirais, l’effet que ça fait, c’est que je n’ai comme plus le goût, plus le goût de parler que ça ne va pas bien parce que j’ai tout le temps l’impression que je vais me faire dire que c’est normal que je ne me sente pas bien. Fait que je suis comme... je n’ai plus le goût d’en parler. Je n’ai plus le goût d’aller chercher des soins avec le TPL, c’est comme si on mettait, je ne sais pas, des pistes, disons : « [Elle] veut juste profiter du système. » Je ne sais pas. Je suis à bout là.



Émilie raconte sa détresse, ses craintes, sa souffrance. Son exemple montre comment ce qu'elle vit devient principalement expliqué ou compris à travers le trouble, menant certaines personnes à interpréter la détresse qu'elle vit comme étant moins « réelle », moins « valide » ou même comme une performance cynique. Marie, pour sa part, fait face à des préjugés qui ressortent de notions de risque et qui viennent toucher son rôle en tant que mère, sa capacité d'être une « bonne » mère :

Mais par contre, je trouve que c'est toujours une étiquette dans le front, puis tu sais, je veux dire toute ma vie, tu sais, ça a été écrit, tu sais, dans mes plans d'intervention, en cour, sur la requête. Puis ça, c'est comme, OK, moi, je suis d'accord, OK, qu'on écrit, tu sais : « Madame présente un trouble TPL, puis personnalité, tu sais, bipolaire. » Je suis d'accord. OK? C'est ça, c'est la vie, c'est vrai, c'est moi. Mais de dire que j'ai un risque de négligence par rapport à ça... alors qu'il n'y en a pas eu, de négligence, ça, ça me... tu sais, genre, ça, je trouve que c'est stigmatiser.

Dans la même ligne, Isabelle explique comment se répandent les préjugés à travers les dossiers médicaux et psychosociaux ou à travers les interactions entre collègues impliqués auprès d'elle : « Puis c'est comme contagieux aussi là, entre les intervenants, tu sais. J'en rencontre un qui a un préjugé, il parle à un travailleur social, le préjugé se transmet, le travailleur social parle à la psychologue du CLSC. Ça se transmet, fait que tu sais, toutes les personnes à qui je parlais avaient à peu près la même attitude là. » Effectivement, les informations quant aux diagnostics reçus par les femmes et l'évaluation générale de leur état à travers la lunette médicale ne passent pas seulement par des canaux officiels selon plusieurs et se transmettent aussi à travers des discussions plus informelles au quotidien, entre professionnel.le.s.

Certaines participantes ont aussi discuté de la transformation de leurs relations avec leur entourage. Sandra croit qu'on lui prête des intentions qu'elle n'a pas nécessairement : « C'est compliqué, ça leur fait peur. Tu sais, je ne veux rien avoir à faire là-dedans, je ne veux pas être impliquée dans quelque chose qui va me demander. Fait que les gens pensent que peut-être que je vais leur demander de l'aide ou des choses comme ça s'ils s'approchent trop, tu sais. Fait que oui, ça, ça change vraiment la dynamique. » Thérèse dénonce aussi l'utilisation de son diagnostic par son agresseur

pour la discréditer et lui faire porter le blâme des comportements violents de ce dernier : « Bien, dans le fond, avec mon ex, il disait que j'étais malade, que j'étais surtout bipolaire. Puis tout ce qui se passait, là, entre nous, la tension qu'il y avait, il mettait tout le temps ça là-dessus, sur le fait que je sois malade. Puis je lui disais que non, je ne suis pas malade, je ne suis pas malade. » En ce sens, les diagnostics psychiatriques sont parfois aussi utilisés comme une arme contre les femmes premières concernées.

## UN DIAGNOSTIC PEUT ÊTRE UTILE, PARFOIS

Dans une moindre proportion, certaines participantes ont exprimé que l'obtention d'un diagnostic psychiatrique s'était avérée utile, à certains égards. En effet, il peut, entre autres, mener la personne à concevoir ses difficultés émotionnelles tels des symptômes d'une « pathologie » particulière, apportant une sorte de « sens » à la situation, une façon pour ces femmes de comprendre ce qu'elles vivent. Une fois cette pathologie identifiée, un éventail de traitements associés à cette dernière, tels que la pharmacothérapie ou la psychothérapie, peuvent être proposés afin d'aborder des symptômes considérés désagréables par les participantes. De ce fait, une prise en charge biopsychosociale peut découler du diagnostic et être vécue comme « bénéfique » ou de manière « positive » par la personne psychiatisée.

### Accès aux services

Certaines participantes croient que le fait d'avoir obtenu un diagnostic psychiatrique a facilité leur accès à des services dont elles estiment avoir besoin pour se rétablir. Sandra nous explique que le fait de recevoir un diagnostic lui a permis d'obtenir de l'aide et d'orienter son traitement :

Bien, je vous avoue que ça me donne un certain soulagement parce que le fait de nommer une condition, ça me rassure parce que, je veux dire, à partir du moment où on la nomme, bien, on peut l'identifier, on est capable d'apporter des... pas des solutions, mais oui, on peut aider, on peut essayer de trouver une médication qui va aider, on peut essayer de trouver des stratégies pour m'aider. Fait que ça me permettait d'avoir de l'aide finalement.

Louise met l'accent sur le fait que son diagnostic lui a permis d'accéder à des services qu'elle jugeait essentiels à son rétablissement : « Oui, parce qu'autrement, sans ce diagnostic-là, je ne pourrais pas voir un psy, je ne pourrais pas avoir des cours d'autodéfense, je ne pourrais pas avoir, bien, probablement de l'immunothérapie. Là, ça reste à voir encore tout ça, mais ça, c'est sûr que là, c'est comme si ça m'aide, mais pour ça. » Notons que pour clore son argumentaire, elle insinue que l'accès à ces services lui a été utile, mais que dans d'autres circonstances, son diagnostic lui a nuï. Marie, quant à elle, se considère chanceuse d'avoir reçu un diagnostic, car ce dernier lui a permis d'obtenir une médication qui agit positivement sur son bien-être : « Puis c'est ça qui était beau parce que sinon, ça aurait été long, là, si je n'avais pas eu le diagnostic. Ça aurait été long à aller consulter, tout ça [...] puis trouver une médication. Là, j'en avais déjà une qui m'aide pour le stress, fait que tu sais, j'ai été chanceuse, tu sais, dans un sens, ça, c'est une chance le diagnostic, tu sais? »

Comme le relatent les participantes, considérant les difficultés persistantes quant à l'accès à des services en santé mentale à un moment opportun pour la personne souffrante, l'obtention du diagnostic dans leur trajectoire peut s'avérer bénéfique à leur prise en charge par le secteur de la santé.

### Rapport à soi

Pour certaines femmes, interpréter ce qu'elles vivaient à travers la lunette du diagnostic leur permettait aussi de « mieux se comprendre ». Cela leur permettait entre autres de mettre des mots sur leurs maux, des mots qui faisaient sens pour elles. À titre d'exemple, Mélanie estime qu'elle possède maintenant les mots lui permettant d'identifier d'une certaine façon la raison de sa souffrance : « Oui, quand même, ça m'a aidée à mettre les mots, si on peut dire, médicaux depuis, sur mes malaises que je vivais, intérieurement et psychologiquement. » Similairement, Maude raconte que le diagnostic qu'elle a reçu lui a permis de comprendre certaines des raisons pour lesquelles elle vivait d'importantes difficultés. Maintenant, explique-t-elle, elle sait quoi faire pour accroître son bien-être :

Parce que je ne savais pas, je ne feelais pas, je n'arrivais jamais à trouver, je tombais, je me relevais, je retombais, je me relevais, des fois, je tombais plus longtemps, je me relevais. Mais c'est comme, moi, ça a été un soulagement de l'avoir, le diagnostic.

C'est parce que là, j'ai dit au moins, on va savoir c'est quoi qu'on va traiter, puis comment le faire, puis comment me respecter aussi dans mes limites face à ça.

C'est également l'expérience d'Isabelle qui, désormais, dit avoir confiance en elle-même et savoir « quoi faire » :

Le post-traumatique, moi, je dirais que ça m'aide au quotidien. Je dirais que quand il se passe quelque chose qui me fait vivre, admettons, de l'anxiété, bien là, je retombe dans, tu sais, tout le travail que j'ai fait sur l'anxiété en lien avec mon diagnostic, puis j'ai mes outils, je les utilise, puis le fait de pouvoir me dire bien, c'est parce que je suis en post-traumatique que je vis ça, je suis équipée pour passer au travers. Bien, moi, ça m'aide.

Ce type d'expérience semble particulièrement caractéristique du diagnostic de trouble de stress post-traumatique, où les expériences passées de violence sexiste sont en quelque sorte « reconnues » par les professionnel.le.s. Louise, par exemple, parle de reconnaissance de soi à travers la reconnaissance d'autrui. La possibilité de partage avec son entourage, qui a été facilité par l'utilisation du diagnostic pour raconter certaines de ses expériences, lui procure différents bienfaits. C'est ainsi qu'elle explique : « Puis là maintenant, c'est comme si on me dit : "Bien nous, on reconnaît maintenant ce que tu as ressenti, ce que tu as vécu, on le reconnaît." Fait que ça, je pense que c'est peut-être ça qui fait que j'arrive aussi à mieux accepter, si je peux dire comme ça là. » Louise met l'accent sur la reconnaissance de son vécu de violence, officialisée par le diagnostic : « Fait que ça, c'est comme vraiment facile, mais après, je me dis : "OK, c'est fou parce que tu sais, on s'imagine souvent que ça va être un homme qui va partir à la guerre, qui va voir plein d'atrocités, qui va revenir avec un trouble de stress post-traumatique, mais dans le fond, on peut très bien en vivre en restant chez soi, enfermée avec quelqu'un de malsain." » Le diagnostic n'est dès lors pas vécu comme une étiquette, mais comme une reconnaissance que les comportements de son agresseur ont eu une réelle répercussion sur son état de santé mentale, une situation qualifiable de traumatique, une « blessure psychique ». C'est également ce qu'a vécu Thérèse qui, en parlant du processus d'obtention de son diagnostic en lien avec son

expérience de violence, explique : « Fait qu'avoir le diagnostic, puis avoir la psy, ça m'a quand même rassurée. Puis c'est la psy qui m'a ouvert les yeux en me disant que ce que vous vivez, c'est de la violence psychologique là. » En ce sens, le diagnostic apporte le sentiment qu'elles ne sont pas « responsables » de certaines difficultés qu'elles vivent et pour lesquelles elles risquent souvent d'être culpabilisées.

### Rapport aux autres

Le fait d'avoir obtenu un diagnostic psychiatrique peut servir à créer un langage commun avec autrui. L'entourage et les professionnel.le.s avec qui les participantes sont en interaction peuvent mieux saisir la cause des difficultés rencontrées et de ce fait avoir une réaction plus empathique. Sandra estime que le fait de nommer son diagnostic aux divers.e.s professionnel.le.s qui l'accompagnent lui offre plus de compréhension de leur part :

Ça aide un peu parce que ça me permet de nommer des fois non seulement les conséquences de situations que je vis parce que quand j'ai accès des fois à des services, que ce soit la DPJ, CRDI, CRDQ, CLSC, n'importe... Tu sais, il y a quand même beaucoup d'institutions avec lesquelles j'ai travaillé. [...] OK, je vis telle, telle, telle situation difficile, et ma santé en a souffert, puis bien je ne le nomme pas toujours, mais si des fois c'est pertinent, je le nomme. Je dis : Bien, écoutez, j'ai quand même tel diagnostic, tel diagnostic. Fait que pour les gens, ça les aide un petit peu à un peu comprendre la situation un peu plus.

Sylvie considère que nommer son diagnostic réduit les préjugés auxquels elle doit faire face en tant que personne ayant été victime de violence :

C'est sûr que ça aide d'avoir un diagnostic. Puis aussi ça aide à genre... les gens autour qui pensent que tu ne fais rien que chialer, puis t'apitoyer, là, tu sais, là. Les gens... tu sais, des fois, il y a quand même une espèce de préjugé de société là-dessus, des fois, puis tu sais, genre, la femme battue qui s'est laissé faire, ça veut dire que c'est une faible ou je ne sais pas quoi là, tu sais.

Cette participante croit également que le fait d'avoir obtenu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique permet à son entourage de comprendre l'ampleur de la violence vécue et de ses conséquences directes sur sa santé mentale :

Tu ne veux pas nécessairement, tu sais, commencer à rentrer dans les détails, tu sais. Il y a des choses qui sont encore hyper dures à dire, à conter, de ce que j'ai vécu, tu sais. Fait que tu sais, des fois, quand tu mets le terme du choc post-traumatique là-dessus, là, les gens, ils savent plus. Tu sais, des fois, ils ne vont pas nécessairement penser qu'on peut associer ça à une femme battue, tu sais. Mais ils savent que... ils savent que c'est... ça existe ce terme-là, puis que tu sais, il y a beaucoup de conséquences par rapport à ça. Fait que ça vient comme un peu, oui, mettre un nom... un nom sur la maladie.

Nous pouvons constater que, pour ces participantes, le fait d'avoir obtenu un diagnostic et d'être en mesure de le nommer a facilité la reconnaissance de leurs expériences. Il émerge de ces résultats qu'un des besoins des femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste est d'être reconnues comme victimes de violence et qu'on admette que leur état de santé mentale actuel en découle.

Pour clore cette section, nous souhaitons souligner que la relation plutôt positive avec le diagnostic psychiatrique est faiblement représentée dans notre échantillon, tant dans sa capacité à faciliter l'accès à des services qu'à moduler le rapport à soi et aux autres de manière bénéfique. Nous avons choisi de présenter ces données afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certaines femmes peuvent bénéficier de l'approche actuellement offerte par le secteur de la santé et accéder aux services dont elles ont besoin. Nous croyons que ce type de relation avec la perspective médicale de la santé mentale mérite d'être mis en lumière afin de ne pas invisibiliser le discours de ces femmes. Cependant, bien que les participantes aient pu avoir quelques avantages associés à leur psychiatisation, elles peuvent de manière parallèle vivre d'importants désagréments découlant de ce même diagnostic. Ainsi, leur discours sera également présenté dans la section suivante, au sein de laquelle nous décrirons des expériences associées au diagnostic qui s'opposent à celles rapportées par les participantes citées précédemment.

## ACCEPTER OU REFUSER LE DIAGNOSTIC? UNE QUESTION COMPLEXE

Plusieurs des femmes premières concernées à qui nous avons parlé, pour des raisons diverses, refusent le ou les diagnostics psychiatriques qu'elles ont reçus. Souvent, elles ont le sentiment d'avoir reçu un « mauvais » diagnostic, de ne pas s'y reconnaître. Geneviève exprime ceci à propos de son diagnostic : « Tu sais, quand on regardait le DSM qui décrit le TPL, je ne réponds pas à ça. Je ne me reconnais pas, tu sais, là-dedans, là. »

Différents facteurs viennent influencer ce sentiment à l'égard des diagnostics reçus. Premièrement, pour plusieurs, le sentiment exprimé est que leurs expériences s'éloignent des critères ou des symptômes utilisés pour établir un tel diagnostic, ne s'y reconnaissant pas. À titre d'exemple, Suzie explique :

Bref, hyperthymique, ça pourrait me ressembler, moi. Mais, bipolaire... en tout cas, les autres choses, non, là. Comme moi, je ne suis pas d'accord avec mon diagnostic dans le sens que je n'ai pas des *up and down* – puis quand on s'informe un peu, tu sais, moi, j'ai lu beaucoup, puis j'ai quand même écouté des psychiatres, là, parler de bipolaires sur tous les sites Internet qui existent – puis je n'ai pas d'accélération, [...], je parle toujours vite de même, là.

Or, si le rapport au diagnostic est souvent caractérisé par la concordance des « symptômes » qu'elles vivent ou non, il est aussi influencé par un sentiment que les professionnel.le.s rencontré.e.s prennent des décisions à leur égard rapidement et sans bien connaître ou comprendre leur situation. Par exemple, Isabelle estime que le psychiatre a fait une erreur de diagnostic et fait référence à l'élément du temps : « Ils m'ont expliqué vraiment rapidement. Tu sais, le rendez-vous, il a duré une heure et demie en tout. Puis après ça, j'ai eu un suivi seulement avec le trouble de personnalité limite. Puis là, j'en ai appris plus à ce sujet-là, mais moi, je suis pas mal sûre que je n'ai pas de trouble de personnalité limite là. » Similairement, Érica estime que son diagnostic est incorrect en raison du fait que le professionnel ou la professionnelle l'ayant établi n'a pas pris le temps de la connaître suffisamment pour effectuer cette tâche convenablement. À ce sujet, elle dit : « Puis eux autres, ils ne me connaissent

même pas. Puis ils m'ont mis une étiquette. Fait que ça, je ne l'ai jamais accepté. Jamais, jamais, jamais. » Ce sentiment d'aller rapidement, de ne pas prendre le temps, vient ainsi miner la confiance des femmes dans le processus et dans les résultats des consultations effectuées.

Pour d'autres, ce sentiment d'avoir reçu un « mauvais diagnostic » est alimenté par le fait que les traitements médicaux administrés par la suite n'améliorent pas leur état de santé. Annie explique : « Je me disais : "S'il n'a rien fait de 2009 à 2017, il n'a jamais trouvé la recette, ostie, c'est parce que je n'ai pas la bonne étiquette." Ça, je lui avais déjà dit. L'étiquette, là, je pense que c'est à la mort qu'on met ça au monde. Je m'en crisse de votre étiquette, mais trouvez-la, la recette, si c'est les pilules qui vont la gérer. »

Selon certaines participantes, les professionnel.le.s qui les accompagnent remettent aussi en question, parfois, le diagnostic qu'elles ont reçu d'autres professionnel.le.s. Céline explique que sa psychologue se questionnait sur la validité du diagnostic :

Je dirais que le dernier diagnostic, quand je suis allée lire là-dessus, même j'en ai parlé avec la psychologue qui me suivait en thérapie depuis très longtemps, puis on ne voyait pas trop pourquoi ils me l'avaient donné. Mais tu sais, les diagnostics sont donnés après une rencontre d'une heure à une heure et demie, deux heures.

Fait que c'est donné à partir de ce qu'on dit à ce moment-là.

Moi, je ne me suis jamais... je n'ai jamais compris parce qu'un trouble de personnalité limite, plus là, mais, histrionique, là, à mon avis, c'était comme une erreur là.

Certaines participantes sont donc d'avis que le diagnostic leur ayant été attribué ne correspond pas à leurs comportements ou à leurs affects. Elles entretiennent de ce fait un rapport plutôt négatif avec leur étiquette, la trouvant trop restrictive et ne leur permettant pas d'obtenir les services dont elles considèrent avoir besoin pour se rétablir.



## PERSPECTIVES DES INTERVENANTES DES MILIEUX FÉMINISTES

Pour clore cette section, nous avons choisi de revenir aux entretiens menés avec les intervenantes, elles qui travaillent au sein des organismes communautaires et qui accompagnent les femmes premières concernées. Leur évaluation de l'expérience des femmes rejoint souvent celle des autres participantes qui vivent ou ont vécu de la violence sexiste. Comme elles travaillent avec de nombreuses femmes psychiatisées, leurs témoignages offrent une vision, une analyse complémentaire de la situation.

### Rapport au diagnostic observé

Selon les intervenantes, le fait d'avoir obtenu un diagnostic psychiatrique influence nécessairement la perception que les femmes ont d'elles-mêmes. Ce rapport au diagnostic peut engendrer des gains, mais aussi des pertes. Int (1) raconte : « Il y a vraiment des femmes qui se définissent beaucoup selon leur diagnostic, tu sais, que tous leurs traits de personnalité puis tout leur tempérament, tout s'explique pour elles parce qu'elles ont un trouble de santé mentale, puis elles vivent un deuil par rapport à elles-mêmes. Fait que tu sais, il y a ça aussi, le pouvoir médical ». Int (2) décrit une réalité similaire : « Mais par contre, des fois, il y a des femmes, quand même beaucoup de femmes, qui vont arriver elles-mêmes en se présentant comme voici : "Moi, je suis Monique, schizophrène, ou je suis Diane, TPL." Fait que les femmes se présentent avec leur étiquette, donc nous aussi de voir avec elles, parce que c'est sûr que se présenter comme ça, il y a des gains et des pertes. » Int (3) explique l'effet de ce phénomène de redéfinition de soi à travers le diagnostic que les intervenantes observent chez certaines femmes : « Je pense que certaines femmes, sans le vouloir, utilisent ça pour se mettre en position d'échec. Dans le sens, "j'ai fait ça parce que je suis comme ça, je ne peux pas changer et ça va rester comme ça". Elles pensent que parce qu'il y a un certain diagnostic, elles ne peuvent pas améliorer d'autres choses, puis elles vont rester au fond du baril. »

Inversement, Int (7) explique que certaines femmes vont plutôt choisir de cacher leur(s) diagnostic(s) par peur des répercussions : « Les diagnostics de santé mentale, on va les connaître seulement si la femme veut nous les partager, donc je suis certaine qu'il y en a probablement plusieurs qui ont décidé de camoufler leur diagnostic de peur d'être jugées ou de peur de ne pas être crues dans leur histoire de violence conjugale. » Elle met en lumière le fait que certaines femmes peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires lorsqu'elles reçoivent un diagnostic, notamment sur le plan

de la reconnaissance de leur vécu de violence. De manière similaire, Int (2) constate qu'il existe une forme d'« étiquetage diagnostique » ciblant les femmes vivant ou ayant vécu de la violence conjugale : « Les conséquences de la violence conjugale chez les femmes peuvent ressembler à plein de diagnostics. [...] Mais c'est ça, on sent un étiquetage par rapport aux femmes victimes de violence conjugale, mais c'est ça, l'espèce de fourre-tout, justement le diagnostic de TPL, ça, c'est très, très surutilisé. »

### **Invalidation de l'expérience de violence**

Notons également que selon les intervenantes, les femmes psychiatisées sont souvent « rendues responsables » par la société de la violence vécue. Effectivement, plusieurs discours ciblant les femmes ayant un trouble de santé mentale sous-entendent que ces dernières « causent » chez leur partenaire des comportements de violence. Ces discours sont ancrés dans des préjugés. Int (1) fait état de ce type de discours et de croyances erronées : « Je pense que globalement, c'est vraiment dans les stéréotypes. La femme a un trouble de santé mentale et celui-ci est la cause, son trouble est la cause de sa situation, son vécu de violence. » Int (4) rapporte également cette tendance de « blâmer la victime » : « Elle a un problème, la personne, elle a un trouble de personnalité limite, c'est sûr que c'est un peu de sa faute si elle s'est ramassée avec un conjoint comme ça. » Une autre tendance rapportée est d'insinuer que les femmes vivant de la violence conjugale ont nécessairement des troubles de santé mentale pour vivre ce type de situation. Int (2) pense « qu'il y a beaucoup [de personnes qui croient que] victime de violence conjugale égale TPL. Je pense que l'étiquette que justement la femme victime de violence conjugale, bien clairement, elle a un problème de santé mentale ou quelque chose qui ne tourne pas rond. »

Par ailleurs, il existe également des discours qui vont suggérer que les femmes psychiatisées « inventent » ou « mentent » pour obtenir du soutien ou de l'attention, qu'elles ne vivent pas réellement de la violence sexiste. Int (5) rapporte que ce genre de préjugés affectent particulièrement les femmes ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite : « Le TPL, il y a une stigmatisation incroyable à ce niveau-là. [...] C'était tout le temps, ça revenait tout le temps au TPL. Tout le temps au TPL, mais tu sais, la relation, on dirait que c'était comme bien, il n'y a pas de violence, il n'y a rien, c'est le TPL. » Le fait de mettre en doute la crédibilité des femmes psychiatisées lorsqu'elles racontent leurs expériences traumatiques, plus spécifiquement celles découlant de violences sexistes, a des conséquences à long terme sur la confiance que ces femmes accordent aux professionnel.le.s, ces personnes qu'elles sont appelées à

rencontrer dans leur trajectoire d'utilisation de services sociaux, judiciaires et de santé. Int (3) parle de ces conséquences : « Ça a clairement un impact parce qu'après ça, la femme, elle ne sent plus en confiance de demander de l'aide parce qu'à chaque fois qu'on lui dit qu'elle est folle, puis que ça n'a pas rapport avec ce qu'elle dit. Après ça, je pense que clairement, elles ont plus de difficulté à demander de l'aide parce qu'on ne les croit pas. »

Or, ceci est un obstacle majeur pour les interventions, malheureusement aussi entretenu par les personnes qui interviennent auprès des femmes. Int (5) explique : « La femme n'est pas nécessairement écoutée parce que sa santé mentale est fragile. [...] Excuse-moi, mais elle n'est pas folle. Ses inquiétudes n'étaient pas inventées, elles étaient là. Mais tu sais, ce processus-là, on ne peut pas dire que ça laisse les femmes intactes après. » Int (6) indique que ces préjugés pourraient même mettre en danger les femmes psychiatisées, car celles-ci considèrent qu'elles ne seront pas écoutées si elles rapportent des actes de violence à leur égard : « L'autre fois, je lui ai dit, bien tu sais, des menaces de mort, tu n'as pas à accepter ça, tu peux aussi les dénoncer. Puis elle a fini par me dire : "Oui, mais moi, si je téléphone, parce que je suis schizophrène, ils ne me prendront pas au sérieux." » Int (2) explique d'ailleurs que le diagnostic peut ainsi être utilisé pour invalider l'expérience des femmes : « Il y a beaucoup, c'est sûr, les diagnostics qui vont servir à dénigrer la femme, à tenter de lui enlever de la crédibilité dans différents contextes. » Int (6) explique, quant à elle, la situation particulière de la double stigmatisation face aux femmes psychiatisées vivant de la violence sexiste : « Fait que ça a un gros impact au niveau de la crédibilité, le diagnostic va avoir un gros impact sur la crédibilité, la crédibilité est déjà très, très atteinte dans les situations de violence. »

### L'envers de l'approche médicale de la santé mentale

Certaines intervenantes mentionnent que l'explication biomédicale de la détresse des femmes et les traitements qui en découlent ne correspondent pas nécessairement aux besoins des femmes. Int (1) déplore le fait que les femmes n'« ont pas accès à autre chose que l'approche médicale » lorsqu'elles vivent de la détresse psychologique. Int (6) se demande si la réponse médicale est vraiment à privilégier, ou du moins si cette dernière est suffisante : « Elle va être médicamentée. Elle va être diagnostiquée. Mais est-ce qu'elle va être soutenue pour développer des compétences pour faire face à des situations de violence dans sa vie, pour traiter des traumatismes? » Enfin, comme le souligne Int (8), dans le cadre d'un traitement en « pharmacothérapie, ils vont souvent

leur donner des pilules avant de trouver un filet par rapport à la psychothérapie. Fait que tu sais, ça va vite pour les pilules, tout ça. » Int (3) a d'ailleurs l'impression que comme la détresse des femmes « est intimement liée avec la médicalisation, on essaie de traiter tout le monde de la même façon, mais ce n'est pas comme cela que ça fonctionne ». Il existe donc un sentiment que l'approche médicale se résume ou se limite trop souvent à la médication.

Plus globalement, le fait de « cadrer » la détresse des femmes principalement à travers une approche médicale amène plusieurs intervenantes à se questionner sur les problématiques que cela soulève – faisant écho aux expériences racontées par les femmes premières concernées. Int (4) déplore que la réponse à la détresse des femmes soit de nature médicale : « On peut l'expliquer [la détresse] comme [...] les conséquences de la violence, mais je pense que la réponse qu'on va avoir va quand même être médicale. » Int (1) estime quant à elle que la pathologisation de la détresse des femmes est une réponse inappropriée et qu'elle limite leurs possibilités de reprise de pouvoir : « Je pense que les violences sexuelles, sexistes que les femmes vivent vont les amener à développer certains comportements qui, plutôt que de les accueillir puis d'entamer un processus de guérison, on va les pathologiser. » Int (6) va jusqu'à se questionner sur la légitimité du diagnostic psychiatrique en contexte de violence sexiste :

Tu sais, la personne, elle a vécu de la violence, la personne, elle a vécu ça, ça, ça. Est-ce que c'est un trouble de personnalité limite ou est-ce que c'est un état d'une traumatisée? [...] Tu viens épuisée, fait que tu sais, tu vas avoir comme gestion d'émotions... ça peut ressembler à un trouble de personnalité limite. [...] Je pense que le trouble de personnalité limite, c'est ce que j'observe le plus, puis aussi, c'est diagnostiqué le plus parce que je me dis : « Bien voyons, il me semble que la personne a vécu tellement de choses, est-ce vraiment un trouble? »

Les intervenantes partagent ainsi ce sentiment que les femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste se retrouvent parfois « enfermées » dans leurs diagnostics, qui peuvent agir négativement sur leur crédibilité et nuire à leurs interactions avec les professionnel.le.s sensé.e.s leur venir en aide. Or, si l'utilité des diagnostics n'est parfois pas claire, la stigmatisation et les préjugés associés aux

troubles de santé mentale ont en revanche des répercussions directes sur la compréhension que les femmes ont d'elles-mêmes et sur leurs interactions avec autrui, particulièrement dans l'absence de reconnaissance des conséquences de la violence.

### Instrumentalisation du diagnostic par l'agresseur

Pour conclure cette section, nous abordons un dernier thème que nous jugeons particulièrement important : celui de l'instrumentalisation du diagnostic par les agresseurs qui ont commis la violence envers ces femmes et qui la leur infligent parfois encore. Effectivement, les préjugés associés aux troubles de santé mentale permettent parfois aux agresseurs – ou aux responsables de leur représentation légale – d'utiliser le diagnostic pour discréditer la parole des femmes qu'ils ont victimisées. Ils utilisent ainsi ces préjugés, parfois contestés par les femmes ou d'autres professionnel.le.s, afin de se déresponsabiliser aux yeux d'autrui et d'éviter les conséquences qui découleraient de comportements violents. Parfois, les diagnostics, qu'ils aient été apposés de façon consciencieuse ou non, sont aussi utilisés pour faire porter le blâme aux victimes en argumentant que le trouble de santé mentale serait à l'origine de l'agression.

Dans un premier temps, Int (7) explique que les conjoints violents vont souvent argumenter que leurs actions et leurs comportements découlent de la maladie mentale de leur conjointe, ce qui contribue à un processus d'autostigmatisation chez les femmes :

Il y a beaucoup de femmes qui vont elles-mêmes se dévaloriser avec un diagnostic de santé mentale. [...] C'est que le conjoint trouve que c'est une belle excuse pour accuser la femme d'être le problème dans le couple. Donc, la seconde qu'elle a un diagnostic, elle l'a partagé avec son conjoint : « Ah, bien, c'est de ta faute, chérie, c'est toi qui as un diagnostic, on le sait bien que tu es folle. »

De façon concomitante, Int (5) ajoute qu'une perte identitaire, associée à l'expérience de violence mais également au diagnostic psychiatrique, contribue à cette autostigmatisation : « Elles n'ont tellement plus d'identité, ces femmes-là, puis souvent aussi, même les conjoints, ils vont jouer sur leur trouble de santé mentale. Fait qu'on dirait qu'elles ne sont plus des femmes, elles sont un trouble de santé mentale. »

En plus de se déresponsabiliser, les agresseurs peuvent aussi utiliser le diagnostic pour discréditer les femmes et pour maintenir un contrôle dans la relation. Int (4) explique : « C'est plus au niveau des conjoints que, tu sais, si la femme fait une dépression, si la femme a un problème de santé mentale, le conjoint peut utiliser ça comme étant en sa faveur, tu sais, de contrôle. » Int (2) considère aussi que certains conjoints, sans même la présence d'un diagnostic officiel, vont tenter de faire croire à leur conjointe que leurs affects négatifs face à leur expérience de violence découlent d'un trouble de santé mentale : « Autant aussi les conjoints essaient beaucoup aussi de faire croire ça, à partir vraiment de quand on parle de la problématique, beaucoup de conjoints vont tenter de faire croire à leur conjointe qu'elles sont folles, qu'elles ont des problèmes de santé mentale. »

Int (2) constate également que les agresseurs vont aussi tenter d'influencer les professionnel.le.s impliqué.e.s dans leur processus judiciaire : « Je pense que l'image de la femme, qu'est-ce qu'elle peut dégager, et même beaucoup d'ex-conjoints vont se servir des diagnostics des femmes pour tenter de les diminuer aux yeux des avocats, des juges, surtout pour des questions de garde. » Int (1) suspecte, pour sa part, que ce type de situation peut avoir lieu dans les procès pour agression sexuelle : « J'aurais tendance à penser, à croire qu'elle serait interrogée sur son trouble de santé mentale, puis sur la remise en question de son consentement donné. Par exemple, pour essayer de légitimer finalement l'agression sexuelle de l'agresseur. » Cet enjeu touche aussi la garde des enfants, qui peut être menacée par la présentation de risques compris comme associés aux diagnostics. Int (9) explique : « De toute façon, en la menaçant de lui enlever les enfants [...], ça fait qu'elle est isolée encore plus et comme doublement victimisée parce qu'elle a l'étiquette de victime de violence conjugale, puis là, elle vient d'avoir une étiquette de santé mentale. Puis ça, c'est doublement plus difficile à vivre, à cause de la victimisation. »

Selon les intervenantes, les agresseurs profitent des préjugés associés à la maladie mentale pour se défilier de leur responsabilité et pour blâmer leur victime pour leur violence. Cette stratégie est par ailleurs utilisée en contexte légal afin d'invalider les accusations portées contre eux. Ce phénomène participe à la revictimisation des femmes qui portent plainte et peut faire en sorte qu'elles n'obtiennent pas gain de cause; voire, il peut dissuader certaines femmes de porter plainte contre leur agresseur. Ainsi, la détresse normale exprimée par les femmes à la suite de la violence qu'elles ont vécue risque à tout moment d'être interprétée par certain.e.s professionnel.le.s comme le résultat d'une maladie mentale.

## Expérience dans les services

À travers les entretiens, les participantes nous ont parlé de leurs expériences au sein des services publics, incluant celles qu'elles avaient appréciées et celles qui avaient posé problème. Globalement, peu de participantes ont dit avoir apprécié leur trajectoire de services, rencontrant de nombreux et importants obstacles tout au long de leurs démarches. Dans cette section, nous présentons les principaux thèmes évoqués par les participantes.

### EXPÉRIENCE GÉNÉRALE DANS LE RÉSEAU DE SERVICES PUBLICS

Plusieurs participantes ont décrit certaines émotions difficiles et la façon dont elles se sentaient de manière dite « générale », dans leurs interactions et dans leur utilisation des services publics. Il ne s'agissait pas là d'interactions particulières avec les professionnel.le.s, mais plutôt de la façon dont elles se sentaient « être » et « vivre » dans les services octroyés.

Dans un premier temps, certaines participantes ont parlé de la façon dont le traitement très « administratif » et « médical » des personnes était ressenti comme quelque chose de déshumanisant. Par exemple, Josée a exprimé qu'elle se sentait enfermée dans la catégorie de « malade », qui semblait aussi mener à un type de réponse qu'elle juge peu ajustée à ses besoins : « C'est ça, c'est froid, puis on dirait que tu es vraiment juste un numéro, tu es juste, tu sais, un patient comme un autre, puis tu te sens comme un patient aussi. Je me sens vraiment une patiente. » Continuant sur ce thème, elle explique :

Il y a beaucoup d'individus qui vivent des détresses psychologiques importantes, puis j'ai l'impression qu'ils ne prennent pas le temps, les services publics ne prennent pas le temps d'aider ces gens-là, ils vont pallier avec une médication. Mais je me dis, tu sais, si on prenait le temps de les écouter, puis d'être là, puis de leur offrir des bonnes ressources?

Incidemment, ceci amenait certaines femmes à sentir qu'elles avaient peu de pouvoir au sein du réseau, qu'elles vivaient de la stigmatisation et que cette stigmatisation les

menait à perdre un pouvoir d'action ou des droits, à perdre la capacité de choisir ce qui est bon pour elles. Céline explique : « Là, je l'ai sentie, toute la belle stigmatisation du système, puis aussi qu'on était dans un système. Je ne sais pas si c'est encore comme ça, là, mais je veux dire, on était dans un système où dans le fond, c'est eux autres qui décidaient pour nous autres. »

La complexité du système et de l'organisation des services, véritable labyrinthe aux yeux des personnes qui l'utilisent, engendrait des enjeux supplémentaires. Michèle raconte comment ceci devenait une sorte de cercle vicieux au sein duquel elle s'est sentie prise :

Dans le sens où est-ce que j'ai déjà été à plusieurs ressources à un endroit, puis aucune référence, c'est juste de dire que tu n'es pas prise en charge par la ressource parce que tu ne fittes pas dans les critères, mais tu n'as pas de référence, bien, va cogner à telle porte, va faire ça, essaie ça. Tu sais, il y a des places, je te dirais que ça fait assez pitié, là. Côté santé mentale, là, c'est assez, ils te laissent des fois toute seule dans ta marde.

Cet enjeu est aussi exacerbé lorsque des changements surviennent, comme la redivision des secteurs. Sur cette question, Annie a, par le passé, perdu son accès à un professionnel avec qui elle avait développé une relation de confiance : « Ils ont dit : "C'est parce que tu n'es plus à [nom d'une ville], que vous habitez au [nom d'une autre ville]." Ça, c'est con, là, j'ai un super bon psychiatre, j'ai un dossier là, mais avec leurs divisions, parce que je reste au [nom de l'autre ville], ils me shippent à [nom d'un centre hospitalier], mais ils ne disent pas où ils me shippent. »

Somme toute, que ce soit sur le plan de l'accueil, de l'accessibilité aux services ou de la réponse à leurs besoins, les femmes signalent plusieurs enjeux et obstacles. Plus largement, ceci les amène aussi à vivre des émotions négatives à cet égard, se sentant abandonnées ou exclues de ces services. C'est le cas pour Johanne, qui explique : « C'est-à-dire que... pleurer puis me demander : bien, qu'est-ce que j'ai fait de mal? Pourquoi on m'abandonne? Parce que je me sens abandonnée et rejetée. Par le système. » Pour d'autres, cette situation devient comprise comme une sorte d'injustice, où les expériences négatives qu'elles vivent au sein des services publics



viennent accentuer la détresse qu'elles éprouvent et pour laquelle elles tentent d'obtenir des services. Comme l'indique Suzie : « Fait que, c'est eux autres qui m'ont rendue folle. C'est carrément ça là. »

## ACCESSIBILITÉ DES SERVICES COMPLEXES EN CONTEXTE DE PROBLÉMATIQUES MULTIPLES

Un autre obstacle identifié par les femmes au sein de leur trajectoire semble être l'absence de services intégrant une évaluation qui tiendrait réellement compte des expériences de violence vécues par ces femmes. Ainsi, les services ne parviennent pas à répondre aux besoins identifiés par les participantes, les problématiques qu'elles vivent, découlant notamment de la violence vécue, de la détresse psychique, de la consommation de substances psychoactives, de la maladie ou du travail, ne pouvant être interreliées et « traitées » ensemble. Ainsi, Michèle raconte comment elle n'a jamais reçu de services en mesure de la soutenir à la fois dans son rétablissement face à la violence vécue et face à sa santé mentale :

On n'a jamais vraiment eu à travailler les deux sphères ensemble [violence et santé mentale]. Mais je trouve que ça serait bien d'inclure ça [...]. Tu sais, c'est deux services qui sont totalement distincts un de l'autre, mais pourtant, ça arrive souvent vu le triangle de Karpman, ce maudit triangle de merde là.

Pour sa part, Josée explique comment les services policiers l'ont poussée à entrer en contact avec son agresseur, malgré une interdiction de contact mise en place pour la protéger et son état de stress post-traumatique découlant de la violence commise par son agresseur :

Puis l'enquêteur m'a dit : « Bien, tu sais, il faut que tu le contactes. »  
J'ai un interdit de contact, puis là, je lui ai dit, tu sais :  
J'ai un post-trauma, je fais juste penser à son nom, je vois son nom, j'ai envie de m'effondrer à terre, ça ne va pas, ça ne va pas. Puis là, il me disait : « Bien, passe par un intermédiaire. »

Fait que là, j'avais passé par un intermédiaire. [...] Oui, fait que c'est vraiment des décisions... j'ai l'impression justement que peut-être que l'enquêteur est un petit peu moins outillé en violence conjugale.

Johanne, elle, soupçonne que sa plainte contre son agresseur n'a pas été « entendue » et portée devant le tribunal en raison de son diagnostic : « C'est sûr, au niveau judiciaire, ça a vraiment eu un impact. Comme je vous ai dit tout à l'heure, le dossier a été fermé à cause de ma santé mentale. » De la même manière, Roxanne explique que les enjeux qu'elle vit, liés à son état de santé mentale et à son vécu de violence, n'ont pas été pris en considération lorsqu'elle a effectué une demande au Programme de revenu de base du gouvernement du Québec. Elle avait fait appel à ce programme, car elle se trouvait dans l'incapacité de fonctionner à un niveau lui permettant de maintenir son emploi. Cette décision a toutefois été prise à l'encontre de l'avis de son médecin :

Comme dit mon avocat, on est dans un litige si on conteste. Ça fait que j'ai eu l'entrevue de révision, puis malgré mes observations, ils refusent la contrainte sévère à l'emploi, malgré que j'ai dit : « Bien, regardez les échecs répétés que j'ai faits pour les études, pour l'emploi. » Au mois d'octobre, mon médecin m'a dit que ça, devant les échecs répétés, ça, ça, ça ne m'aide pas à garder une stabilité pour l'abstinence de cannabis et d'alcool.

Multipliant les exemples, Geneviève explique pour sa part que l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) lui avait seulement reconnu une part d'invalidité découlant de la violence vécue, ce qu'elle juge insuffisant. Elle a ainsi porté plainte et a dû se rendre au tribunal pour éventuellement recevoir les prestations financières ajustées à sa situation :

Sur le coup, l'IVAC m'a, bien, dans le fond... n'a pas reconnu l'invalidité, mais ils ne m'ont pas... ils m'ont reconnu une part, là, d'invalidité permanente, de séquelles permanentes au niveau de l'intimité. Puis il a fallu que j'aille en cour contre eux autres. Ils ont reconnu mon diagnostic, ils reconnaissent que c'est ça qui est la cause de mon arrêt de travail. Fait qu'à ce niveau-là, j'ai une reconnaissance.

Parce que tu sais, l'IVAC, là, qui, tu sais... Écoute, le nombre de fois que j'ai été perçue comme : « Ah, elle fait ça, puis elle parle de viol juste pour avoir son affaire auprès de l'IVAC. »

Elle raconte également comment ses préoccupations liées à son vécu de violence n'ont pas été considérées comme « valides » au sein du secteur de la santé, de sorte que seuls son diagnostic et le traitement médical de ce dernier ont été ciblés dans les interventions. Geneviève précise : « Puis le service de la santé publique a lui aussi pris... bien, tu sais, choisi, bien choisi, je dis choisi... nié ce que j'ai vécu, ce que j'avais comme préoccupations. Ils ont amené leurs propres préoccupations qui étaient le trouble de personnalité. »

Ces enjeux se combinent aussi avec d'autres problématiques. En ce sens, Annie explique que ses problèmes de santé mentale ont masqué le fait qu'elle rencontre également des problèmes de santé physique : « Tu sais, fait que c'est vraiment épouvantable, pourtant, tu es dans un hôpital, tu es supposée avoir des soins, tu peux avoir des problèmes en santé mentale ou des maladies psychiatriques, mais avoir des problèmes physiques aussi. »

Il transparaît de ces exemples que les professionnel.le.s, mais également les institutions, ne parviennent pas à intervenir auprès des femmes en prenant en compte l'ensemble de leurs besoins et des enjeux qu'elles vivent, de manière globale. Les différent.e.s professionnel.le.s et diverses institutions semblent aussi, selon l'expérience de ces femmes, avoir de la difficulté à travailler de façon concertée. Sans surprise, ceci comporte le risque d'avoir des effets sur le potentiel de rétablissement de ces femmes.

## BRIS DE CONFIANCE AVEC LES PROFESSIONNEL. LE.S DES SERVICES PUBLICS

Dans les sections précédentes, nous avons brossé le portrait des expériences des femmes dans le réseau de services publics. Ces expériences, souvent difficiles, ont aussi des conséquences sur le rapport que ces femmes entretiennent avec les professionnel.le.s qui travaillent avec elles. De manière large, une conséquence partagée par plusieurs femmes a été un bris de confiance avec les professionnel.le.s des services publics. Il était entre autres question d'un sentiment de méfiance, parfois associée à une peur, qui menait ensuite les femmes à éviter les services. Nous présentons ici ces thèmes.

### Méfiance

Pour plusieurs, le fait de vivre des préjugés et de la stigmatisation au sein des services publics génère de la méfiance envers les professionnel.le.s des services publics chez les participantes. En ce sens, Isabelle explique qu'elle ne fait désormais plus confiance aux professionnel.le.s des services publics :

C'est certain qu'aujourd'hui, je n'ai pas beaucoup confiance aux médecins, puis aux travailleurs sociaux, puis aux intervenants, etc. Tu sais, je sais que ce n'est pas tous les professionnels qui sont, je vais dire, incompetents là, mais il reste que moi, la façon que j'ai été traitée, c'était vraiment inacceptable. Ce n'est pas comme si j'avais rencontré juste un professionnel, là, j'ai rencontré vraiment plusieurs médecins, plusieurs travailleurs sociaux, un seul psychiatre, j'ai rencontré des intervenants. Puis il y en a certains qui m'ont aidée, mais ceux dans le public, vraiment pas.

Johanne a la même réaction, elle ne fait plus confiance aux psychiatres : « Si le psychiatre veut que je lui refasse confiance, moi, ce n'est pas juste un contrat moral, moi, il faudrait que ce soit un contrat écrit comme quoi il certifie qu'il faut vraiment m'aider. » Isabelle a également perdu confiance dans les services publics, elle estime avoir reçu un mauvais diagnostic :

Bien, c'est sûr que les services publics, pour moi, c'est l'incompétence de A à Z là. Ils ont besoin de formation spécialisée en agressions sexuelles. Puis il faut qu'ils fassent attention avec les diagnostics de TPL, là, je ne peux pas croire que je suis la seule à avoir eu ce diagnostic-là, là. Surtout que les symptômes de post-traumatique peuvent ressembler à des symptômes de TPL des fois là.

Sur ce même thème, Marie explique qu'on l'a souvent amenée à se sentir responsable de la violence de son agresseur, ce qui l'a aussi influencée dans sa décision de porter plainte ou non contre ce dernier : « Eille, ça a pris un an avant que je refasse une plainte parce que genre, je capotais parce que là, j'avais des preuves de faire une plainte et je ne voulais pas appeler la police parce que je me disais : "Christ, ils disent que je suis responsable, que tu sais..." Eh tabarnac. » C'est également l'expérience vécue par Louise :

Oui. Maintenant, les policiers, je ne les vois plus de la même façon. Je me dis : « Il faut que je me méfie un peu d'eux. » Je n'ai jamais pensé ça de ma vie avant, mais tu sais, je me disais : « Ah, je les ai toujours vus comme des gens qui étaient là pour nous aider. » Mais maintenant, je me dis : « Il faut que je me méfie parce qu'ils ne vont pas forcément le montrer, mais ils n'ont pas forcément conscience, en fait, de ce que c'est que la violence, puis pourtant, eux-mêmes en vivent en tant que policiers. »

Il ne s'agit donc pas d'une « simple » perte de confiance envers ces personnes qui devraient ou auraient dû leur venir en aide. Il s'agit aussi d'une perte de confiance dans les institutions que ces personnes représentent à travers leur travail, quelque chose qui a aussi le potentiel de mettre ces femmes en danger.

## Peur

Plus qu'une méfiance, certaines expériences vécues par les participantes les amènent aussi à craindre des professionnel.le.s œuvrant dans les services publics. Suzie raconte ses réticences, son désir d'éviter les interactions avec son psychiatre : « **Moi, je ne voulais plus aller à mes rendez-vous en psychiatrie à la fin parce que j'avais peur, tu sais.** » Effectivement, elle exprime avoir été traumatisée par ses expériences en psychiatrie :

J'ai eu un soir que je n'ai pas feelé, là, mais tu sais, ça a duré, admettons, quelques jours, je ne feelais pas, puis après ça, bien, je faisais des cauchemars, puis je ne dormais pas bien. Mais c'était plus la psychiatrie qui m'avait traumatisée que mon choc post-traumatique, finalement, c'est une goutte d'eau dans un océan, puis... Ce qui m'a vraiment fait un traumatisme, c'est la psychiatrie, là.

Pour sa part, Johanne dit avoir été agressée par un employé qui travaillait dans un centre hospitalier. Cette expérience fait en sorte que, depuis, elle évite de demander de l'aide, même lorsqu'elle considère en avoir besoin :

Oui. Mais ce n'était pas du même avis que l'agent de sécurité qui était à ma gauche, parce qu'il m'a pris par le poignet gauche fermement. Donc là, moi, je me suis... je n'étais pas agressive, mais je me sentais agressée. Donc moi, je lui ai dit : « Vous m'agressez là, lâchez-moi, s'il vous plaît. » Il ne me lâchait pas. J'ai dit : « Lâchez-moi, vous m'agressez là. » La troisième fois, j'ai commencé à me débattre pour qu'il me lâche. Puis lui, il a tiré... il m'a tirée vers lui, puis il m'a dit « Toi, tu t'en vas là », en pointant la chambre d'isolement. Mais ce n'est pas ça, le pire. C'est qu'ils m'ont déshabillée complètement. Ils m'ont laissée là toute nue. Donc maintenant, je suis claustrophobe au bout. C'est-à-dire que je sais que j'ai besoin d'aide, depuis ma deuxième agression, mais je n'ose plus en demander.

On retrouve aussi ce type de sentiment en lien avec l'application de la loi et avec les professionnel.le.s y étant associé.e.s. Par exemple, Marie dit avoir peur pour sa fille. Marie estime que les divers.e.s professionnel.le.s impliqué.e.s auprès d'elle l'empêchent de la protéger de son agresseur : « Bien, moi, j'ai l'impression de ne pas pouvoir protéger ma fille. J'ai l'impression d'être obligée au niveau de la loi, que c'est comme si la loi me dit : les droits du père sont plus importants que les droits de mon enfant. » En ce sens, ce bris de confiance ne concerne pas seulement une peur pour la sécurité physique et psychique des femmes avec qui nous avons parlé, mais aussi pour celle de leur(s) enfant(s).

## Évitement

La méfiance, voire la peur vécue face aux professionnel.le.s des services publics amenait aussi plusieurs participantes à éviter ces personnes et les services dans lesquels elles ou ils œuvraient. Or, les femmes avec qui nous avons parlé expriment aussi cette approche d'évitement comme une stratégie de résistance envers ce qu'elles ressentent comme une forme additionnelle de violence dans leurs interactions avec les professionnel.le.s. Par exemple, Suzie refuse maintenant toute forme d'aide :

Bien, je n'ai pas beaucoup de soutien parce que là, c'est sûr que je n'appellerai plus pour avoir du soutien psychologique, là, parce que je n'ai pas senti que ça m'avait aidée du tout, là. Tous les suivis qu'ils m'ont faits, là, je les refuse, absolument toute l'aide, là, qui n'est pas de l'aide de toute façon parce que ça fait juste me nuire. Ils font juste écrire des paquets de mensonges sur toi, puis c'est épouvantable les mensonges qui ont été dits sur moi, là, c'est gros là.

Johanne raconte aussi qu'elle ne recontactera plus les services d'aide, et ce, même si elle redevient suicidaire : « Mais je veux dire, je vais me jeter dans la gueule du loup pareil. Fait que si jamais il y a un jour où ça me repogne, le goût de me suicider, bien c'est sûr, je vais passer à l'acte. Je veux dire, je n'appellerai pas le [service d'aide]. Ça ne m'a donné rien. » Pour Johanne, sa trajectoire de services a fait en sorte qu'elle recommande aux autres femmes ayant été victimes de violence de ne pas porter plainte, car selon son expérience, c'est un processus inutile : « Bien... tout d'abord, au niveau judiciaire, je recommanderais de ne pas porter plainte, ça ne servirait à rien. »

Or, ce sentiment de bris de confiance et cette décision d'évitement se manifestent aussi à travers des interactions qui ne sont pas ouvertement confrontationnelles, mais dans lesquelles on ressent un certain « manque » en matière de services, en lien avec les besoins identifiés par les femmes. Le manque d'écoute et d'empathie en fait partie. Louise évoque ce type de situation :

Fait qu'en [date], je suis partie, mais avant de partir, j'ai téléphoné au [service d'aide], puis la madame qui m'a répondu, l'intervenante, elle était tellement comme froide, puis on aurait dit qu'elle ne voulait tellement comme pas parler, puis juste comme se débarrasser de moi au téléphone, que finalement, je n'ai pas du tout appelé les endroits qu'elle m'avait dit.

Pour plusieurs, éviter les services n'amène pas nécessairement une « réponse » à la violence qu'elles ont vécue. Cependant, c'est une stratégie pour ne pas en vivre d'autre, au sein des services publics.

## BESOINS DES FEMMES : ÊTRE AU CENTRE DES INTERVENTIONS

Nous nous tournons maintenant vers les besoins identifiés par les femmes, ceux qui ont émergé des entretiens menés. De manière globale, les femmes avec qui nous avons parlé disent vouloir être placées au centre des interventions. Elles veulent aussi s'impliquer, participer équitablement dans le processus et que l'on respecte leurs droits quant aux démarches et aux décisions qui les concernent. Selon ces femmes, ceci pourrait se manifester de différentes façons, mais passe nécessairement par une meilleure écoute, par une reconnaissance de leur vécu et par une approche bienveillante dans l'accompagnement.

### Écoute

Plusieurs participantes ont exprimé directement et indirectement leur besoin d'être écoutées, sans jugement et de manière empathique, lors de leurs rencontres avec les professionnel.le.s. Selon plusieurs, cette écoute leur permettrait de raconter leur histoire de violence et les défis auxquels elles font face, notamment dans leur reprise de pouvoir sur leur vie. Or, la recherche de services devrait aussi être comprise comme



faisant partie de cette reprise de pouvoir. L'écoute permettrait également à ces femmes d'avoir confiance en l'opinion et en l'évaluation de leur situation, effectuée par ces mêmes professionnel.le.s. C'est en quelque sorte à ce niveau qu'il existe un potentiel de construire une relation de confiance, qui n'ouvrirait pas la porte à la méfiance – face aux professionnel.le.s, aux diagnostics qu'elles reçoivent et aux traitements proposés – et qui ne la nourrirait pas.

Marie explique entre autres son besoin d'exprimer « librement » ses émotions : « Mais la femme qui parle, puis qui pleure ou que, tu sais, qui est en colère ou qui s'exprime, OK, pour elle, c'est une réalité, OK, c'est comme ça que ça se passe, puis il faut juste l'écouter, puis dire "je comprends que tu te sens comme ça". » De son côté, Michèle considère que son diagnostic fait en sorte que les professionnel.le.s se tournent entièrement vers une approche médicale pour proposer des solutions aux difficultés qu'elle vit. Or, ce dont elle dit avoir réellement besoin, c'est d'être véritablement entendue dans ce qu'elle a vécu : « Mais à un moment donné, je trouve qu'il manque un côté humain de la chose, de juste dire avant de la caser dans quelque chose, là, pour lui dire "bien, c'est ça, le besoin qu'elle a de besoin, la personne", mais bien plus de juste l'écouter. » À ce niveau, Michèle reconnaît qu'à la différence des services publics, les services communautaires lui ont offert l'espace pour se raconter : « Pour être franche, là, j'ai été beaucoup plus dans le communautaire, j'ai trouvé beaucoup plus d'écoute, de non-jugement, de non-classification, de dire "bien, tu as ça, tu as ça". Non, tu as tel problème, tu vis telle situation. Tu vis telle situation, bien, je suis là, puis je t'écoute. » Pareillement, Josée souligne que les professionnel.le.s qui travaillent dans les services communautaires qu'elle a fréquentés ont répondu à son besoin d'être entendue dans sa souffrance et donc ont agi pour réduire les conséquences de ses crises émotionnelles : « Fait que je pourrais appeler, tu sais, oui, j'ai mon suivi par semaine, mais je pourrais appeler parce que, tu sais, comme justement, quand j'avais fait une crise, ils vont prendre le temps, ils vont vraiment écouter. »

L'écoute se trouve ainsi au cœur de la relation de confiance, dimension nécessaire au succès d'une intervention. Et pour ces femmes, le travail des professionnel.le.s du réseau ne devrait pas être compris comme incompatible avec une telle approche.

## Reconnaissance

Les participantes ont également mis de l'avant leur besoin d'être crues lorsqu'elles racontent leur vécu de violence. Elles souhaiteraient ainsi obtenir une certaine reconnaissance que cette violence a eu lieu et a aussi eu des conséquences sur leur bien-être psychique. En ce sens, Josée fait une distinction entre les services reçus dans le réseau public de la santé et des services sociaux et dans le milieu communautaire : « Oui, c'est ça. Puis sinon, au niveau des services publics, c'est sûr aussi, encore une fois, j'ai l'impression que ma souffrance n'est pas prise en considération, mais au communautaire, c'est merveilleux. » Cette constatation est similaire pour plusieurs, dont Thérèse : « Ça, les femmes [intervenantes communautaires], elles m'ont accompagnée, elles m'ont crue surtout. »

Ceci n'est pas une caractéristique intrinsèque du milieu communautaire. Cette « qualité » liée aux soins peut se retrouver dans toutes les interactions, si les professionnel.le.s sont en mesure de la développer. À titre d'exemple, Johanne explique sa satisfaction quant à son contact avec le service de police, et ce, bien que les retombées de sa plainte n'aient pas été telles qu'elle l'avait espéré : « Comme la police, elle m'a crue, tout comme l'enquêtrice, elle me l'a dit, là. Donc, c'est sûr, je n'en veux pas à l'enquêtrice parce qu'elle, elle a fait un travail irréprochable. » C'est également son expérience au sein des services communautaires : « C'est sûr, à [nom de l'organisme], j'ai toujours eu un excellent service. Parce l'intervenante me croit, me croit. »

Cette reconnaissance de la violence vécue est aussi liée aux aptitudes de certain.e.s professionnel.le.s de reconnaître une violence en cours. Ainsi, certaines femmes expliquent que des professionnel.le.s leur ont permis de reconnaître elles-mêmes qu'elles vivaient, à ce moment, une relation de violence dans leur vie. Pour ces femmes, la reconnaissance avait aussi un potentiel autre, facilitant la réflexion sur soi dans un contexte de confiance. À cet égard, c'est une travailleuse sociale qui œuvrait avec la famille qui a su identifier que Sandra vivait une situation de violence conjugale :

Bien, au tout début, ça a été avant la séparation. J'avais commencé à recevoir les services d'une intervenante, une travailleuse sociale qui travaillait au [nom de l'organisme], parce que mon plus vieux, il est autiste Asperger et puis elle, elle venait régulièrement et elle avait commencé à se rendre compte qu'il y avait... que je vivais une situation conjugale difficile.

Et elle m'avait offert son soutien, puis elle m'avait encouragée à prendre soin de moi, à aller chercher des ressources.

Céline mentionne, pour sa part, que ce sont les intervenantes du milieu communautaire qui ont nommé et reconnu que ce qu'elle vivait était de la violence conjugale : « J'ai eu des services [communautaires], c'est eux autres qui m'ont validé que oui, c'était de la violence que je vivais. » Isabelle souligne également l'apport du milieu communautaire qui, avec sa psychologue, a reconnu et intégré à son évaluation de ses besoins le fait qu'elle avait subi de la violence : « Avec ma psychologue, c'étaient les seules personnes [intervenantes communautaires] qui ont écouté ce que je disais, puis qui ont pris en considération le fait que j'avais vécu des violences sexuelles. » Pour plusieurs, ceci n'est pas un fait banal, puisqu'il s'agit de reconnaître que la violence a non seulement eu lieu, mais continue aussi à avoir un effet sur le vécu actuel de ces femmes.

De façon concomitante, le fait de reconnaître l'effet potentiel de la violence sur le vécu actuel permet aussi à certaines de remettre en question le « cadre médical » comme unique ou même principale grille d'interprétation des difficultés qu'elles rencontrent. Le milieu communautaire a ainsi permis à Geneviève de remettre en question son diagnostic psychiatrique de trouble de la personnalité limite, car le fait d'avoir vécu de la violence sexiste signifie aussi qu'elle pourrait plutôt souffrir de stress post-traumatique : « [Nom de l'organisme], là, ils ont dit, écoute, ils ont des affiches un peu partout, puis tu sais, ça, ça a aidé, avoir de la misère à accepter [le diagnostic de TPL], dans le sens où est-ce que je me souviens, une affiche qu'il y avait qui disait, tu sais : "C'est possible qu'en choc post-traumatique, vous soyez évaluée TPL." »

À plusieurs reprises, les participantes nomment que ce sont les intervenant.e.s du milieu communautaire qui les ont reconnues comme des personnes étant ou ayant été victimes de violence sexiste. Également, dans le cas de Geneviève, le milieu communautaire lui a offert de l'information qui lui a permis de remettre en question les diagnostics qu'elle avait reçus, dont le trouble de la personnalité limite – un diagnostic dans lequel elle ne se reconnaissait pas. La reconnaissance reçue contribue de ce fait au pouvoir d'agir des participantes et à leur sentiment d'être impliquées dans le processus de soins. Selon les femmes avec qui nous avons parlé, cette reconnaissance apparaît ainsi importante et même nécessaire à leur cheminement et à leur rétablissement.

## Accompagnement bienveillant

Pour terminer, les femmes ont aussi exprimé le besoin d'être accompagnées dans leur reconstruction de soi, travail qui nécessite pour elles du temps et de l'ouverture. C'est aussi l'expérience qu'elles affirment avoir vécue dans le milieu communautaire. À ce niveau, Sandra raconte avoir apprécié l'accompagnement d'une intervenante travaillant dans le milieu communautaire féministe : « J'ai bénéficié aussi du suivi avec une intervenante de la maison d'hébergement où j'étais en post-hébergement. Alors, ça a été très, très aidant aussi. Eux autres étaient là pour m'accompagner à travers les difficultés, puis m'aider dans tous les défis que je rencontrais. » Le fait d'avoir été accueillie dans sa globalité au sein du milieu communautaire a aussi été très apprécié par Catherine : « Oui, bien, dans la reconstruction, ça a pris ces gens-là, là. Ça a pris ces gens-là qui m'ont dirigée, qui m'ont aidée, puis m'aider aussi à voir que je ne suis pas juste une personne dépendante, je suis un être humain. »

Roxanne met l'accent sur le fait que les services reçus au sein du milieu communautaire ont répondu à ses besoins, qui ont été pris en compte selon son propre rythme : « Ah, au centre de crise, c'était très bien. Là, on était très accueillis, très chaleureux, ils ne posaient pas trop de questions, ils nous laissaient tranquilles si on voulait dormir l'après-midi. Écoutez, on avait des repas, des bons repas, puis tu sais, ma motivation, dans le fond, c'était de me rendre à chaque repas. » Josée va également en ce sens lorsqu'elle parle des services communautaires qu'elle a reçus :

Puis tu sais, je me sentais normale, tu sais, avec eux.  
C'est comme si tu te sens toi-même, tu te sens bien, tu te sens accueillie, puis ils ont vraiment une belle approche. Tu sais, ils ne prendront jamais de décision pour toi. Tu sais, ils ne te pousseront pas à faire des choses que tu veux faire. Ils vont te laisser le choix. Puis si tu ne vois pas clair, ils vont t'aider, tu sais, à prendre un chemin, mais jamais, tu sais, ils ne vont jamais dire « fais ci, fais ça ». Jamais. Puis aussi, ils ont beaucoup d'accessibilité, de disponibilité aussi.

À travers les entretiens, on observe que les expériences du milieu communautaire sont centrales quant à la définition que ces femmes donnent de leurs besoins. Selon elles, il s'agit souvent de besoins qui n'ont pas été réellement considérés dans leurs expériences avec les services publics, sentant que ces services n'ont pas été en mesure de leur offrir des services en les acceptant dans leur globalité, à leur rythme.

## Interactions avec les professionnel.le.s de différents secteurs

Les participantes, ayant toutes obtenu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques, ont cumulé une véritable panoplie d'interactions avec différent.e.s professionnel.le.s au sein du réseau de services publics. À travers les entretiens, les exemples et les réflexions ont tourné autour de trois « systèmes », c'est-à-dire le système de la santé, le système de la justice et le système des services sociaux. Nous nous tournons maintenant vers l'expérience des femmes dans ces services de manière plus précise, en interaction avec les professionnel.le.s qu'elles y rencontrent.

### SYSTÈME DE SANTÉ

Plusieurs femmes ont exprimé une insatisfaction face à leurs expériences au sein du système de santé et, en particulier, dans les services de psychiatrie vers lesquels elles ont été dirigées. Dans plusieurs situations, elles racontent que ces services de psychiatrie leur ont été imposés, sans qu'elles aient leur mot à dire. Elles comparent souvent les centres hospitaliers qu'elles ont fréquentés à des « prisons ». Elles disent aussi faire face à un problème d'inaccessibilité des services, à la rigidité des critères d'admission et au phénomène de la porte tournante, entre autres obstacles. Un sentiment de découragement face aux services est exprimé et transparait à travers les entretiens que nous avons menés.

Sur la question des difficultés d'accès aux services, Michèle souligne les conséquences pouvant en découler : « **Fait que tu sais, le système de la santé, tu sais, il faut que tu pousses, tu pousses, tu pousses, tu pousses, mais tu sais, à un moment donné, là, demandez-vous pas pourquoi que le monde se suicide. C'est tellement dur d'avoir des services.** » Lorsqu'elle réussit finalement à obtenir des services, elle dit ne plus répondre aux critères d'admissibilité et être laissée à elle-même :

D'être prise en charge. Tu sais, c'est comme, il y a trois ans de cela, j'ai été voir [nom d'un centre hospitalier] pour avoir un suivi enfin, spécialisé pour les TPL. Mais après deux rencontres, ils m'ont dit que j'étais passée d'un état quand même sévère à très faible, puis donc ils ne pouvaient rien faire pour m'aider. **Fait que je suis comme, dans les dernières années, je suis devenue dans un trou de l'aide.**

Sur ce thème d'accès, Émilie raconte le phénomène de la porte tournante auquel elle s'est heurtée lorsqu'elle cherchait de l'aide :

Où c'est vite, c'est vite rentré, sorti, admettons, les moments, admettons, que je suis allée chercher de l'aide, bien, tu sais, c'est les portes tournantes. Tu rentres, tu sors, tu sais. Je pense qu'il y a des journées, je pense, je suis déjà allée deux-trois fois dans la même journée, puis à ressortir de là, sans... je suis juste envoyée à l'urgentologue, tu sais. Tu rentres, tu sors, tu rentres, tu sors, tu rentres, tu sors. Ça ne donne rien.

Érica rapporte son expérience lors d'une hospitalisation, qu'elle compare à une détention en prison. Elle trouve injuste que ce soit elle qui soit « enfermée » alors que son agresseur ne vit pas ce type de conséquence : « Je braillais, je braillais, puis je disais : "Christ, ce n'est pas moi, ostie. Ce n'est pas moi, ce n'est pas moi la criminelle. Pourquoi, moi, je suis en prison? Pourquoi c'est moi qui est en prison?" Je me sentais vraiment en prison. [...] Je trouvais ça injuste. »

Suzie, ayant vécu plusieurs expériences qu'elle juge traumatisantes lors de son hospitalisation, compare elle aussi le centre hospitalier qu'elle a fréquenté à une prison :

Je me suis rendu compte que c'est la société qui est malade et non pas moi. Mais je trouve que même si j'avais fait quelque chose de terrible, ce qui n'est pas le cas, je n'aurais pas mérité qu'on me traite comme ça. Ce n'est pas humain, là. Je ne sais pas comment ils traitent les gens en prison, honnêtement, je ne suis jamais allée en prison là, mais j'ai l'impression que c'est pire que la prison.

Suzie explique également qu'elle garde une « rancune » face aux services de psychiatrie et à la façon dont la pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur contribue à invisibiliser les traitements « inadéquats » offerts aux personnes ayant un trouble de santé mentale :

Mais nous, les humains, en psychiatrie, on peut nous faire n'importe quelle torture, puis c'est totalement accepté par la société parce que c'est nous autres les fous, c'est nous autres qui n'est pas correct, c'est nous autres qui est violent, c'est nous autres qui est dangereux. C'est très facile de nous stigmatiser, puis de dire que c'est nous autres le problème. Je regarde les rapports, puis je me dis : « OK, eux autres, ils ne sont coupables de rien, dans le fond, là. Tu sais, ils sont blancs comme neige. » De toute façon, il manque tellement de psychiatres, tellement d'infirmières. Ils sont tous intouchables, ce monde-là.

Faisant écho au sentiment d'emprisonnement, Annie raconte son expérience avec des traitements qu'elle juge coercitifs, reçus dans un centre hospitalier : « Fait qu'ils m'ont blessée, ils m'ont mise en isolement, ils m'ont blessée, j'ai encore des séquelles. Perforé des côtes, fait que j'ai des douleurs, puis le choc post-traumatique, c'est tout le temps, je fais des cauchemars, puis je ne m'en remets pas là. » Pour elle, cette façon dont elle a été traitée, dans un moment de détresse qu'elle vivait, lui a ensuite laissé d'importantes séquelles, à la fois pour son état de santé physique et mentale.

Même lorsque les interactions ne mènent pas à des confrontations, plusieurs femmes semblent percevoir leurs interactions avec différent.e.s professionnel.le.s comme un désintéressement ou un désinvestissement à leur égard, qu'elles ressentent aussi comme une violence. En ce sens, Josée estime que les professionnel.le.s du système de santé se limitent souvent à offrir un traitement pharmacologique sans qu'un intérêt réel soit porté à son bien-être : « J'ai vraiment l'impression que c'est comme si on misait juste sur mon diagnostic choc post-trauma, médication, blablabla, puis que Josée, elle, comment qu'elle se sent, comment qu'elle va, bien, on s'en fout un peu, là, tu sais. »

## Psychiatres

À travers leurs récits, les participantes ont tenu des propos sévères envers le travail des psychiatres qu'elles ont rencontré.e.s dans leur trajectoire de services. Elles estiment que ces professionnel.le.s offrent souvent des soins qui se limitent à la médication, sans prendre en considération les besoins qu'elles tentent de leur communiquer. De ce fait, les femmes avec qui nous avons parlé remettent en question

leurs réelles compétences à interagir avec elles sur des problématiques complexes comme celles de l'interaction entre violence sexiste et enjeux de santé mentale. Suzie va jusqu'à dire qu'elle considère les psychiatres comme une forme de danger pour les personnes comme elle, en détresse : « Les dangereux, c'est les psychiatres, ce n'est pas les pauvres personnes qui sont pognées là. La plupart ne sont pas dangereux, ils sont juste mal diagnostiqués, mal compris, puis surtout pas aidés parce que là-bas, il n'y a aucun, aucun, aucun soin. »

Sandra rapporte aussi son impression que les traitements qu'on lui propose en psychiatrie ne répondent pas à ses besoins : « Elle m'a envoyé faire une évaluation en psychiatrie. J'ai eu mon évaluation la semaine passée. La psychiatre, elle propose un changement de médication. Tu sais, ils ne savent pas trop comment m'aider plus que ça finalement. » Suzie a vécu une expérience similaire : « Tu vois ton psychiatre une fois par jour, aux deux jours, là, deux-trois minutes, puis tout ce qu'ils font, c'est ajuster de la médication, augmenter ta médication ou changer ta médication. Il n'y a pas d'autre affaire là. » Annie vit de la colère face à son psychiatre qui lui offre la médication comme unique traitement. Elle considère que ce type d'intervention, qu'elle juge très ou trop limité, devrait être reconnu comme un manquement, une faute professionnelle : « Tu sais, Dr [nom du psychiatre], il me dit : "Moi, ma spécialité, c'est la pharmacologie." Eille, christ, il est psychiatre, tabarnac, il n'est pas pharmacien. Fait que dans cet ostie d'asile-là, ils font juste donner des pilules? Ça ne se peut pas. Ça mériterait des plaintes, ostie, au Collège des médecins. »

Geneviève partage aussi ce qu'elle perçoit être les limites des services qu'elle a reçus lors de son hospitalisation en psychiatrie et souligne qu'elle n'a pas eu de réel espace pour parler de son agression. Selon elle, l'environnement hospitalier a nui à son rétablissement :

Puis tu sais, au [étage d'un centre hospitalier], là, tu es là 13 jours sur 13. Bien, j'ai été là 13 jours parce que c'était dans le temps des fêtes. Sur les 13 jours, j'ai vu, quoi, deux-trois fois le psychiatre une demi-heure. Ça veut dire que les 23 autres heures et demie, je les passe avec des gens qui ont des comportements non contrôlés, alors que je suis hautement influençable, je n'ai plus de jugement, c'est pour ça qu'on m'a, tu sais, hospitalisée, tu sais. Fait que ça, ça m'a nui, puis tu sais, là, dans le processus, là, je n'ai jamais rencontré ne serait-ce qu'une travailleuse sociale, une infirmière ou un psychiatre pour parler de viol.



Johanne évoque une situation similaire, où elle témoigne de ce qu'elle ressent à la fois comme un manque d'écoute et un manque d'explication propre au trouble diagnostiqué :

Bien, au tout début, je disais que c'était n'importe quoi, le psychiatre faisait n'importe quoi parce que pendant que j'ai eu ce diagnostic, j'étais hospitalisée. Et le psychiatre que j'avais, je le haïssais à mort.

Tu sais, parce qu'en général, les psychiatres nous posent des questions, posent des questions aux patients, et nous, les patients, on répond. Lui, il faisait que parler, parler. Moi, je ne parlais presque jamais pendant nos rencontres. Et il m'avait remis la documentation sur le trouble de personnalité limite. C'est comme ça que j'ai appris.

Finalement, Catherine suspecte que sa psychiatre n'a pas reconnu les répercussions de son vécu de violence sur son état de santé mentale, puisque celle-ci semble avoir attribué des intentions erronées à Catherine : « Bien, premièrement, [...] c'est comme je vous dis, ma psychiatre, elle, elle voyait un enjeu financier, peut-être qu'elle ne voulait pas aller témoigner en cour ou je ne sais pas, mais tu sais, je n'étais pas comprise. »

### Médecins de famille

Bien que les participantes aient aussi été critiques de leurs interactions avec leur médecin de famille, le portrait était somme toute différent. Par exemple, c'est le médecin de famille de Lucie qui lui a permis de comprendre que ce qu'elle vivait, c'était de la violence conjugale. Il lui a ensuite offert un accompagnement préventif qu'elle a apprécié :

Ah bien, mon médecin de famille. Mon médecin de famille, c'est lui justement qui m'avait allumé les lumières comme : « Attention, ce que tu vis, c'est de la violence conjugale ». Il m'avait fait un suivi quand même en général. Des fois, c'est aux quatre ou six ou peut-être des fois huit semaines maximum, là, fait qu'en général, au moins, à l'intérieur de deux mois, on se voyait tout le temps.

Toutefois, bien que les médecins de famille puissent se trouver dans une bonne position pour comprendre plus en profondeur le passé de leurs patientes, elles et ils n'ont pas nécessairement accès à des outils concrets pour les appuyer dans leur processus de rétablissement. Par exemple, la médecin de famille de Sandra se disait à bout de ressources pour l'aider : « **Oui, c'est encore pareil. Ça dépend des jours, mais non, ça reste de la même façon. Mon médecin, elle dit qu'elle est un peu à bout de ressources.** »

Pour certaines, l'approche « humaine » privilégiée par leur médecin de famille a été vécue positivement. Maude dit ainsi apprécier l'approche de sa médecin de famille, cette dernière ayant pris une attitude empathique à son égard : « **Tu sais, même si c'était dans le public, j'allais voir quand même les gens qui étaient sensibles. Mon médecin de famille était number one, était très sensible à ça, très respectueuse, puis on pouvait en parler. On était capables d'en discuter, je n'ai pas eu de problème.** » Écoutée par sa médecin, Maude a pu développer avec elle une relation de confiance.

En revanche, d'autres participantes ont aussi rencontré des difficultés lors de l'accueil de leur médecin, que ce soit pour ce qu'elles jugent être une écoute pauvre ou une imposition de leur cadre d'interprétation. Pour sa part, Émilie considère que son médecin n'a pas pris le temps de l'écouter : « **Bien, le docteur, je vous dirais que c'est plus, comment je pourrais dire?, c'est comme peut-être [...] plus pressé ou tu sais, c'est plus expéditif, oui.** » Geneviève, elle, a eu l'impression que le médecin n'a pas pris en considération son expérience et lui a imposé sa perception de ses besoins : « **On va voir le médecin, puis le médecin, il nous aide. Bien là, le médecin, il m'a dit : "Ce n'est pas pantoute ce que tu penses, ce que tu vis, ça n'a pas rapport, c'est telle affaire." Tu sais, fait que non, je ne l'ai pas bien pris.** » Johanne est aussi en colère contre son médecin, dont elle dit qu'il a insinué qu'elle « utilisait » son agression pour se déresponsabiliser sur le plan de sa réintégration sur le marché du travail : « **Oui, en effet. Comme je vous ai dit tout à l'heure, il me prenait pour une fainéante là. Comme si je ne voulais pas travailler, que j'utilisais ma deuxième agression comme outil pour ne pas aller travailler.** »

En matière de médication, les enjeux restent les mêmes. Selon les participantes que nous avons rencontrées, plusieurs médecins de famille semblent aussi privilégier une approche pharmacologique aux enjeux vécus par ces femmes. Josée fait ce constat, puisque la seule option de traitement proposée est la médicalisation de ces enjeux, ce qui ne lui convient pas :

Fait que ça, je n'aime pas ça parce qu'ils ne prennent pas le temps vraiment de savoir ce qui s'est passé. Puis tu sais, même avec mon médecin, ce n'est même pas 30 minutes là quand je le vois, fait que c'est froid, ce n'est vraiment pas chaleureux. J'ai l'impression que je ne suis pas écoutée, que c'est axé que sur la médication, que sur mes symptômes. C'est vraiment, tu sais, c'est comme si tu fais une liste, là, genre, c'est quoi tes symptômes : « OK, bon, il te faut Celexa, nanana, prends ça, d'ici un mois, ça va aller mieux. Merci. Bonsoir. »

Souvent, le traitement par la médication n'est pas non plus une simple suggestion. Étant donné le statut de ces professionnel.le.s et leur façon de présenter les traitements, ce qui devrait être un choix des femmes devient une sorte d'injonction pour elles. Selon Isabelle, son médecin a exercé une pression qu'elle juge inadmissible pour qu'elle accepte de prendre de la médication : « Mon médecin m'a dit dans le fond qu'il fallait que je traite le TPL avant le post-traumatique. Moi, je l'ai cru. Puis il m'a aussi, tu sais, quasiment imposé la médication parce qu'il me disait : "Si tu ne prends pas la médication, c'est comme si tu ne voulais pas changer, pas t'améliorer, etc." »

## SYSTÈME JUDICIAIRE

La majorité des femmes avec qui nous avons parlé ont eu des contacts avec le système judiciaire. Après avoir vécu de la violence, plusieurs ont porté plainte à la police, ont obtenu des interdictions de contact et ont dû se présenter au tribunal. D'autres femmes, ayant mis fin à leur relation avec leur agresseur, disent avoir dû « se battre » devant le tribunal afin d'obtenir une pension ou la garde de leur(s) enfant(s). Or, plusieurs participantes jugent qu'il existe un manque de connaissances propres aux répercussions de la violence au sein du système judiciaire. Ainsi, les femmes font aussi souvent face aux préjugés des professionnel.le.s qui travaillent dans ces services.

Parfois, ces expériences mènent les femmes à contester les processus et à identifier ce qu'elles perçoivent être des incohérences dans les lois, les règles ou les critères. Johanne demeure perplexe à savoir pourquoi sa plainte pour agression sexuelle n'a pas été retenue :

Pour moi, c'est ça. Et au niveau judiciaire, je ne comprends pas pourquoi un homme, supposons un homme m'aurait agressée physiquement, j'aurais eu des ecchymoses partout. C'est sûr, il aurait été accusé au criminel. Mais un homme qui m'agresse sexuellement, pas d'accusations, il ne se fait pas arrêter, pas de prison, rien. Je ne comprends rien. Pourtant, une agression sexuelle, on est d'accord là-dessus, c'est un crime.

De manière plus large, ceci les mène aussi à remettre en question l'idée même de justice dans les institutions. Par exemple, selon Maude, les femmes psychiatisées vivent systématiquement des expériences d'injustice dans le système judiciaire : « **On n'est pas tous égaux face à la justice, c'est ça que je veux dire.** » Marie considère aussi que le système judiciaire n'est pas adapté à la réalité des femmes vivant de la violence conjugale, surtout en ce qui a trait au phénomène de la violence post-séparation : « **Pour moi, la justice n'est pas adaptée pour la violence conjugale parce que dans le fond, eux autres, ils pensent que dès que tu es sortie du milieu, il n'y a plus de violence.** »

Pour sa part, Josée est d'avis qu'il est urgent de déployer des activités de formation et de sensibilisation dans ce secteur de services, afin de mieux intervenir auprès des femmes victimes de violence : « **Bien, je dirais, je donnerais beaucoup plus de formation, en fait, là, au niveau, tu sais, que ça soit du système judiciaire et le public. Donc, beaucoup plus de formation, d'éducation en lien avec ça. Je ferais aussi de la sensibilisation beaucoup là en lien avec la réalité des gens qui vivent de la violence conjugale, qui ont un diagnostic ou que ça soit pris ensemble ou séparément.** »

## **Police**

Dans leurs récits, les participantes disent vivre beaucoup de déception, d'incompréhension et de frustration dans leurs interactions avec les policiers et les policières. Souvent, ces expériences les ébranlent. Dans certaines situations, elles expliquent avoir perdu confiance envers ces professionnel.le.s, disant aussi vivre des préjugés à leur égard. Maude raconte sa propre expérience : « **Moi, la première ligne, c'est quand on appelle la police, puis il n'y a personne qui vient, il vient quand tout est fait, puis ils ne peuvent rien faire. Oui, ça, ça a été l'histoire de ma vie. Fait que tu arrêtes d'appeler la police. Tu ne l'appelles plus. Ça ne donne rien. Oui. On ne croit plus au système dans un sens.** »

Selon ces femmes, les services de police ont aussi souvent, par exemple, des propos qui banalisent leurs expériences de violence et laissent même sous-entendre qu'elles sont responsables de la violence qu'elles vivent ou ont vécue. Marie explique que la police ne l'a pas soutenue, ne l'a pas aidée à sortir de sa situation de violence conjugale. Elle a davantage vécu cette interaction comme un « sermon » :

J'appelle la police, la police vient chez nous. Et là, la police, genre, me dit : « C'est vraiment poche qu'est-ce que vous vivez, tu sais, vous vivez vraiment le harcèlement et légalement, on ne peut rien faire, puis je veux vous dire, ça ne changera jamais, ça va toujours continuer. Puis j'aurais une question pour vous. Vous auriez dû y penser avant de vous reproduire avec cet homme-là. » Eh tabarnac, genre, je suis tombée des nues, man.

Similairement, Mélanie dit que les policiers l'ont fait douter d'elle-même, à savoir si elle vivait de la violence conjugale ou un simple conflit de couple :

Donc moi, je savais que j'étais dans un contexte de violence conjugale, mais lui, il n'a pas avoué ça aux policiers. Donc, ce qui a fait que les policiers sont repartis et ils ont dit : « Vous êtes des adultes, vous êtes capables de vous entendre. » Et ça, ça m'a vraiment donné une fausse perception, ça m'a vraiment amenée à dire que bon, oui, il y a des policiers que peut-être que oui, effectivement, qui sont bien encadrés pour faire face, déterminer ou détecter que c'est vraiment une violence conjugale versus un conflit de couple.

Or, selon les participantes, les préjugés entretenus à leur égard et quant à la violence sexiste comportent toujours le risque d'influencer à long terme leur parcours. Par exemple, Louise prend le temps de bien expliquer sa surprise lorsqu'elle a eu accès à son rapport d'événement, qui devait décrire la situation lors de laquelle son conjoint l'a agressée physiquement. Ses propos n'avaient pas été correctement rapportés, et les policiers laissaient sous-entendre qu'elle avait tout simplement vécu un conflit de couple « normal » :

Même après, à cause de justement, quand j'ai vu les avocats, tout ça, le premier avocat m'avait dit : « Bien, fais venir le rapport d'événement que les policiers ont fait le soir où ton ex a été violent physiquement avec toi ». Je l'ai fait venir, ça a pris du temps, mais j'ai fini par l'avoir. Puis tu sais, le soir où les policiers sont venus, j'ai senti qu'ils étaient là, comme, tu sais, qu'ils étaient gentils, pour me protéger, tout ça. Puis après, quand j'ai lu le rapport, je me suis dit : « OK, ils n'ont pas tenu compte de ce que j'ai dit là. » Tu sais, admettons, je leur avais dit :  
« Bien, mon ex, il m'a frappée plusieurs fois. »

Ils ont été écrire « une fois ». Pendant que mon ex me frappait, il me criait d'arrêter de le frapper. Ils ne l'ont même pas écrit, ça. Ils ont même été écrire une affaire que je n'ai pas dite. Mais tu sais, moi, j'avais juste pourtant accès à ma version des faits, fait que le rapport que le policier a fait, si admettons j'avais voulu poursuivre mon ex, ça aurait été comme impossible là. J'ai l'impression qu'ils n'ont pas compris, en fait, parce que ce soir-là, tu sais, j'ai vécu un autre choc traumatique.

Je n'ai pas l'impression qu'ils ont été en mesure de comprendre l'état dans lequel j'étais. Je ne sais pas, pour eux, j'ai l'impression que c'était quasiment comme une routine de « Ah, un couple qui se chicane ».  
J'ai vraiment l'impression de ça.

Ce type d'interaction a été vécu par plusieurs participantes. Isabelle raconte comment les policiers ont remis en question le fait qu'elle souffrait d'un trouble de stress post-traumatique découlant de son agression :

J'avais fait plusieurs plaintes. J'ai fait cinq plaintes. Puis il y en a une seulement qui s'est rendue dans le fond jusqu'au procès. [...] Par rapport au post-traumatique, quand je le mentionnais, souvent, ce que je reçois comme réaction, que ce soit dans la police ou ailleurs là, c'est : « Oui, mais tu sais, un post-traumatique pour des viols, c'est un peu gros, tu sais. » Comme souvent, on va me dire : « Oui, mais tu n'as pas non plus fait la guerre ou, tu sais, ce n'est pas... ça ne doit pas être un vrai post-traumatique. » Fait que ça, je l'ai senti aussi chez les policiers.

Passant d'une perte de confiance à la peur, Suzie dit craindre d'être arrêtée par la police, car dans le passé, elle se faisait directement amener en psychiatrie, peu importe la raison de son arrestation : « Si je me fais arrêter par la police parce que je ne fais pas un stop, bien, là, ils vont m'amener en psychiatrie. » Effectivement, les événements rapportés par les participantes montrent à quel point leur confiance en la police a été ébranlée à travers leurs interactions. Elles ont ainsi l'impression que les services de police ne participent pas vraiment à leur protection et que les comportements des policiers et policières contribuent à les maintenir plus longtemps dans des relations empreintes de violence.

### Acteurs et actrices des tribunaux

Au niveau pénal, plusieurs participantes ont porté plainte contre leur(s) agresseur(s). Certaines plaintes ont mené à des accusations devant les tribunaux, d'autres non. Peu importe le résultat, ces femmes ont été en contact direct ou indirect avec plusieurs acteurs et actrices des tribunaux, dont les procureur.e.s, les avocat.e.s de la défense, les juges ainsi que le personnel administratif et de sécurité. C'est aussi le cas pour les femmes qui ont dû revendiquer la garde de leur(s) enfant(s). Sans surprise, les femmes avec qui nous avons parlé disent avoir vécu des expériences difficiles dans ces services. Plusieurs y ont vécu de la déception, voire de la revictimisation.

Deux enjeux qui sont ressortis des récits concernent à nouveau le manque de connaissances des professionnel.le.s à l'égard des différentes formes de violences sexistes et l'utilisation de discours médicaux sur la santé mentale pour invalider ou banaliser la violence vécue par ces femmes. Johanne raconte comment sa plainte n'a mené à aucune accusation, en raison de son diagnostic psychiatrique :

Bon, l'enquêtrice m'a appelée à la fin septembre et elle a dit que le procureur de la Couronne a fermé le dossier. Il n'y aura pas d'accusations. Citant comme raison ma santé mentale. Donc, je n'en revenais tout simplement pas là, comment j'étais tellement brûlée, à sec, que j'ai fait une tentative de suicide. Puis c'est sûr, ils m'ont hospitalisée.

On voit ainsi sa crédibilité mise à l'épreuve. Pour sa part, Isabelle indique comment les actions insensibles d'un gardien de sécurité au palais de justice pourraient être

interprétées comme banalisant son expérience de violence et sa peur de son agresseur :

Bien, les diagnostics, non, la violence, c'est plus comme une indifférence collective dans le fond. Quand je suis arrivée au palais de justice, il y avait un gardien de sécurité, qui était... qui a reconnu l'agresseur, dans le fond, puis ils se sont mis à jaser ensemble, puis à rire ensemble dans la salle juste avant mon témoignage dans le fond. Fait que là, le gardien de sécurité qui était selon moi censé protéger tout le monde y compris moi, là, bien, là, il était en train de rire, puis de parler de sa fin de semaine avec l'agresseur.

Au-delà de la banalisation, certaines situations viennent activement mettre la responsabilité de la violence sur les femmes qui en ont été la cible. Par exemple, lors d'une audience pour déterminer la garde de ses enfants, Marie explique que la juge a laissé sous-entendre que Marie était en partie responsable des comportements violents de son ex-conjoint : « Puis là, en cour, on m'a dit que j'ai provoqué monsieur, je l'ai appelé, puis que, tu sais, dans le fond, c'est moi qui a comme attisé le feu, puis je suis responsable de sa violence, tout ça. » De plus, alors que Marie tentait de faire valoir qu'elle était victime de violence conjugale, la juge a imposé sa propre définition de la situation : « Puis j'ai dit en commençant, j'ai dit : "Écoutez, on n'est pas dans un conflit de séparation dans la vie, on est dans un truc de violence conjugale et violence post-séparation." Là, elle [juge] me dit : "Non." Elle dit : "Je ne suis pas d'accord avec toi." Elle dit : "C'est moi qui va mettre le diagnostic." Elle dit : "Là, je t'interdis de dire ça." » Ce faisant, cette juge a participé à faire taire, à invalider la parole de Marie sur son vécu de violence.

Même sur le plan de la représentation juridique, les avocat.e.s ne sont pas toujours formé.e.s pour faire valoir les expériences de violence vécues par les femmes, ou disposé.e.s à le faire. Pour certaines, cette information devrait être considérée dans les procédures. Louise raconte un tel exemple, où son avocat n'a jamais fait mention de son vécu de violence lors de l'audience pour la garde de ses enfants : « Lui [avocat], il n'a pas du tout considéré que j'avais pu vivre de la violence, il n'a pas du tout considéré... il a zéro compris ça. Mais vraiment, genre, totalement aucune compréhension, aucune empathie, rien. »



## SERVICES SOCIAUX

Dans leur trajectoire de services, certaines participantes ont interagi avec des intervenantes sociales et des intervenants sociaux, entre autres avec des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux, mais également, pour celles ayant des enfants, avec des agentes et des agents de relations humaines travaillant au sein de la protection de la jeunesse. Dans le récit des participantes, ces services ont été utilisés en contexte volontaire et, parfois, involontaire.

### Travailleuses sociales et travailleurs sociaux

Par définition, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux devraient avoir une approche menant à l'*empowerment*, s'impliquant dans la vie des personnes en leur créant des passerelles, en les accompagnant vers davantage d'inclusion sociale et de mieux-être. Or, l'expérience des femmes interrogées s'éloigne de ce type de soutien. Selon son expérience, Annie raconte que les travailleuses sociales qu'elle a rencontrées avaient peu d'espace pour l'écoute et que le soutien proposé n'était pas réellement aligné avec ses besoins :

Les travailleuses sociales à [nom du centre hospitalier], là, sais-tu c'est quoi qu'elles font? Elles remplissent des formulaires. Tu n'es pas capable de faire ta demande de chômage, de BS. Moi, je ne suis pas débile mentale. Mais c'est ça leur job. Ce n'est pas de t'écouter. Fait que tu écoutes entre les patients. Il n'y a jamais un ostie de personnel là pour t'écouter, puis te parler.

Marie considère vexant de se faire « sermonner » par son travailleur social à propos de sa médication, mais plus encore qu'il sous-entende que ses émotions découleraient exclusivement du fait qu'elle ne l'aurait pas consommée :

Tu sais, c'est chiant là de se faire dire : « Oui, mais là, tu as-tu pris tes médicaments? » Ou bien, tu sais, des intervenants qui vont dire : « Bien, là, tu sais, tu prends-tu ta médication comme il faut? » Oui, je la prends comme il faut parce que je veux être heureuse, je veux être bien. Tu sais, genre, je ne veux pas vivre ça. Oui, je réagis mal en situation de stress.

Isabelle considère que les travailleurs sociaux qu'elle a rencontrés dans sa trajectoire la responsabilisaient quant à la violence qu'elle avait subie : « Mais aussi beaucoup de jugement, admettons des travailleurs sociaux qui me disaient : "Mais comment tu as fait pour te faire violer autant, tu sais, qu'est-ce qui...?" Tu sais, c'était comme si c'était toujours moi qui avais un problème ou qui avais voulu être violée. »

Johanne raconte comment les comportements de sa travailleuse sociale changeaient à son égard. Selon elle, sa travailleuse sociale utilisait parfois une approche moins empathique, ce qui agissait subséquemment de manière négative sur leurs interactions, si bien qu'elle a cessé de la consulter :

Et pour le reste, bien, c'est surtout le trouble de personnalité limite sévère, ça m'a beaucoup affectée, comme j'avais déjà une travailleuse sociale en externe, mais avant ma deuxième agression.

Et à un moment donné, elle changeait son comportement du jour au lendemain. Au début, elle faisait... après ma deuxième agression, elle était du genre empathique, mais après ça, je trouvais qu'elle faisait tout pour me mettre en colère. Puis elle, après ça, elle disait que je l'entretenais. Fait que moi, ça m'a fait suer.  
Fait que j'ai arrêté tout suivi avec elle.

## Protection de la jeunesse

Les services de la protection de la jeunesse emploient divers types de professionnel.le.s, incluant une forte proportion de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux. Elles et ils sont appelé.e.s à intervenir auprès des personnes dans un contexte dit involontaire, c'est-à-dire ayant été imposé. En situation de violence conjugale, les enfants exposés à la violence sont à risque d'être pris en charge par les services de la protection de la jeunesse. C'est dans ce contexte que les participantes ayant des enfants ont dû interagir avec ces professionnel.le.s, afin de retrouver la garde de leur(s) enfant(s).

Plusieurs participantes avec qui nous avons parlé considèrent avoir vécu de la discrimination au sein des services en raison de leur(s) diagnostic(s) psychiatrique(s). Elles estiment également que leur vécu de violence et ses répercussions ne sont pas adéquatement pris en considération dans l'évaluation de la situation familiale. Par

exemple, Marie considère que les intervenant.e.s de la protection de la jeunesse n'ont pas convenablement protégé ses enfants : « Eux autres, ils disent qu'on peut dissocier un homme, dire il est vraiment violent avec la mère, il lui fait l'enfer, mais c'est un bon père. » Elle estime que la violence de son ex-conjoint envers elle devrait être un facteur indiquant des lacunes en ce qui concerne les compétences parentales de celui-ci.

Similairement, Sandra raconte que ses intervenantes avaient tendance à excuser les comportements agressifs de son ex-conjoint pour éviter l'affrontement avec lui. Bien que Sandra ait réussi à fuir son agresseur, elle a dû maintenir des interactions empreintes de violence avec ce dernier pour la garde de ses enfants, conditions imposées par ses intervenantes de la protection de la jeunesse :

Ils ont voulu mettre en place des rencontres de coparentalité où qu'on allait se parler là. Puis là, la façon que ça s'est passé, moi, ça m'a énormément troublée, puis bouleversée parce que lui, il avait, tu sais, il avait fait des grands éclats agressifs et tout, puis moi, ça m'a fait « pff, non, je ne suis pas capable, là », tu sais. Je ne peux plus vivre ça, des choses comme ça, puis me faire imposer ce que lui veut par la force comme ça, moi, c'est non. Je ne veux plus que ça arrive. Alors qu'eux autres sont peut-être un peu moins... les intervenantes qui étaient en place, eux autres, avaient tendance à vouloir lui en donner un peu plus parce qu'il s'énervait, tu sais, un peu pour acheter la paix, tu sais.

Sandra estime que ceci constitue un exemple de violence post-séparation, s'ajoutant à la violence conjugale dont elle a été victime. Cependant, les intervenantes n'ont pas reconnu son vécu. Elles qualifiaient plutôt de « conflits » les agressions que Sandra a subies : « Mais c'est juste qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas au niveau du traitement, des fois, du dossier familial. C'est que quand il y a eu de l'aliénation parentale, puis qu'on a été victime de violence conjugale, après, eux autres, ils vont nommer ça comme un conflit parental. » Similairement, pour éviter de perdre la garde de ses enfants, Marie a dû retourner vivre avec son agresseur, puisque les intervenant.e.s n'ont pas reconnu qu'elle vivait de la violence conjugale : « Si je n'étais pas retournée avec monsieur... je suis retournée avec monsieur parce qu'ils donnaient la garde à tous les pères de mes enfants. Puis je perdais tout. »

Thérèse, elle, a perdu la garde de ses enfants. Elle n'a maintenant qu'un droit de visite une fois par semaine. Selon elle, le fait qu'elle ait vécu de la violence conjugale n'a pas été pris en considération par les intervenant.e.s de la protection de la jeunesse, qui ont recommandé la garde exclusive à son agresseur. Selon Thérèse, leur décision a été influencée par le fait qu'elle était immigrante et que son ex-conjoint était canadien d'origine. On voit ici comment différents rapports sociaux peuvent entrer en interaction, compliquant les situations vécues par les femmes :

Tu sais, à un moment donné, je me suis même demandé si ce n'était pas discriminatoire là. Parce qu'il n'y a aucune preuve qui prouve que je suis une mauvaise mère, tu sais. Puis même mon ex, tout ce que j'ai vécu avec lui, le fait de garder les enfants, qu'il ait la garde exclusive des enfants! Si j'étais une Québécoise [...], si j'étais une mère québécoise, ils n'auraient jamais réagi comme ça. Il n'aurait jamais eu la garde, là, exclusive des enfants.

Ces derniers extraits montrent que l'expérience de violence ainsi que ses conséquences ne sont peut-être pas prises en considération dans l'évaluation des compétences parentales. De ce fait, les agresseurs bénéficient de cet état de situation en ce qui a trait à la garde des enfants, en raison de ce manque de reconnaissance. Or, ils risquent aussi de perpétuer la relation de violence, sous de nouvelles formes.

Si les comportements violents sont souvent banalisés, les mères avec qui nous avons parlé disent aussi que leur diagnostic psychiatrique a été utilisé pour remettre en question leurs compétences parentales. Bien que Marie ait été considérée stable sur le plan de son état de santé mentale et qu'elle ait été en période de rétablissement, les intervenant.e.s ont tout de même évoqué qu'elle constituait un risque pour ses enfants :

Puis tout là, puis ce qui est plate avec la DPJ, c'est que malgré que ça fait... ça faisait un an et demi qu'ils m'observaient, puis que je n'avais aucun signe de santé mentale, ils ont marqué dans la requête, là, à la cour : « Risque sérieux de négligence à cause de la santé mentale de la mère. » Alors qu'il n'y a jamais eu, dans la dernière année, peur pour ma santé mentale. Puis ils disent qu'ils sont obligés de l'écrire.

Ce phénomène est aussi exacerbé par la présence de médication, comme en témoigne Annie :

Bien, oui, parce que depuis que je l'ai eu [diagnostic], puis là, comme je n'avais pas de support, puis que la DPJ me chait dessus en disant : « Nanana, des problèmes de santé mentale. » Eille, ils ont déjà dit que je ne prenais pas mes médicaments. Voyons, as-tu mis une caméra chez nous? J'allais à la pharmacie, je disais : « Je veux que tu m'imprimes toutes les factures depuis deux ans des médicaments que j'achète. »

Dans certaines situations, des participantes ont effectivement perdu la garde de leur(s) enfant(s). Laurie a, pour sa part, perdu temporairement la garde de sa fille à la suite de l'obtention de son diagnostic : « Bien oui, parce que j'ai eu un diagnostic de dépression majeure, donc ils m'ont enlevé ma fille. Ils me l'ont redonnée après un mois. La DPJ est venue la chercher. Ils me l'ont redonnée après un mois. Ils ont vu que ce n'était pas si pire que ça. Puis oui, ça a été nuisible pour ça d'avoir ce diagnostic-là. Pour ma fille. » C'est aussi le cas pour Geneviève, qui a dû suivre une formation visant à accroître ses compétences parentales afin de retrouver la garde de ses enfants. Toutefois, elle estime que ce programme ne répondait pas à ses besoins :

Qu'il y ait une intervention à notre niveau, mais tu sais, c'était le moyen fort, là, la DPJ, là, c'était ce qui était crucial, urgent, l'urgence nationale. Ce n'était pas de m'aider comme personne, c'était de développer mes compétences à, tu sais : « Je te le dis trois fois », « Envoie [enfant] sur le petit banc ». Tu sais, ou des trucs comme ça. C'était décalé, là, mais totalement là. Ce n'était pas le bon moment. Ça n'avait aucun rapport avec mes besoins.

## PERSPECTIVES DES INTERVENANTES SUR L'EXPÉRIENCE DES FEMMES QU'ELLES ACCOMPAGNENT DANS LE RÉSEAU DE SERVICES PUBLICS

Les intervenantes interrogées disent observer fréquemment les contacts entre les femmes psychiatisées qu'elles accompagnent et les professionnel.le.s des services publics. Leurs observations s'ajoutent ainsi à celles des femmes et viennent compléter le portrait de l'expérience de ces dernières. Les intervenantes rapportent de ce fait des observations semblables à celles des femmes interviewées. Elles notent que le diagnostic occupe une grande place dans la considération des professionnel.le.s que ces femmes côtoient. Int (5) raconte, par exemple, que les intervenant.e.s de la DPJ centrent souvent leur attention sur le diagnostic, alors que cette étiquette est ancrée dans une situation de violence : « Je travaille beaucoup en contact avec la DPJ, mais un enjeu que je trouve difficile, c'est quand la santé mentale de la femme commence à être en question [...], l'emphase est mise sur la santé mentale de la mère, mais on ne pense pas nécessairement aux conséquences de la violence. » En ce sens, Int (2) identifie un besoin criant de formation au sein de la DPJ : « Ce qui est vraiment déplorable, c'est qu'à la DPJ, qui travaille dans des contextes de violence familiale, mais ils ne sont pas formés en violence conjugale. »

Influencé.e.s par une mécompréhension des situations complexes de violence, plusieurs semblent aussi entretenir des préjugés à l'égard de la santé mentale des femmes que ces intervenantes accompagnent. Un exemple est celui de la valeur attribuée à la parole des femmes qui vivent ou ont vécu de la violence. Du côté du système de justice, selon les intervenantes, les actrices et les acteurs des tribunaux n'agissent pas nécessairement dans le meilleur intérêt des femmes qui portent plainte contre leur agresseur. Par exemple, les avocat.e.s de la défense utilisent fréquemment le diagnostic psychiatrique pour discréditer la parole des femmes victimes de violence, ce qui est ressenti comme une injustice. À ce titre, Int (8) fait part de cette tendance au sein du système judiciaire :

Il y a des choses que j'ai vues dans le système judiciaire. Souvent, les femmes vont être discréditées un peu à cause de leur état comme mental. [...] L'avocat de défense, il peut être difficile, puis être vraiment confrontant avec les femmes. Ça prend déjà beaucoup de courage.

Mais tu sais, quand elles arrivent et qu'elles ont un diagnostic, je pense que ça contribue un peu à augmenter la honte. [...] Puis quand il y a un diagnostic de santé mentale, on dirait qu'ils [avocats de la défense] vont directement là-dessus.

Plusieurs intervenantes estiment aussi que les professionnel.le.s du réseau de services publics devraient systématiquement être mieux formé.e.s et conscientisé.e.s aux réalités des femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste. À ce titre, Int (7) croit que le personnel de plusieurs secteurs devrait être sensibilisé à la réalité des femmes qu'il rencontre :

Donc socialement, il y a beaucoup de gens qui jugent, il y a peu de gens qui sont sensibilisés à la question de la violence conjugale. Évidemment, dans toutes les instances, les policiers, les avocats, au niveau du système de santé, puis ça revictimise beaucoup de ne pas se faire croire, de ne pas se faire comprendre dans ce qu'elles vivent, c'est un enjeu très important.

C'est également ce que rapporte Int (2), qui considère que les femmes psychiatisées vivent de la discrimination dans les services :

C'est sûr qu'au niveau des policiers des fois, certaines femmes vont nous dire qu'elles ont appelé, les policiers n'ont pas voulu prendre leur plainte. Elles sont étiquetées. Il y a des interventions clairement inadéquates qui se font. Donc, c'est souvent, justement, les femmes qui ont des diagnostics en santé mentale. Même les services ambulanciers des fois, ça peut arriver qu'en hébergement qu'on appelle les ambulances pour X, Y raison. Les ambulanciers qui vont arriver en disant : « Vous savez, elle est très connue. » Comme pour essayer d'un peu leur enlever de la crédibilité, ça va être un peu plus long dans ce temps-là. Comme par hasard, l'ambulance arrive, on sent une certaine discrimination, préjugés, puis des petits commentaires.

Pour sa part, Int (8) considère qu'« il faut former tous les intervenants, tous, tous les intervenants, système judiciaire, système policier, système médical, peu importe, il faut tous qu'ils soient formés à la réalité des agressions sexuelles ». Int (3) pense aussi qu'elle devrait elle-même obtenir plus de formation, tout comme l'ensemble du personnel des services publics ayant des interactions avec les femmes qu'elle accompagne :

Plus de formation. Même moi, je pense qu'on devrait [en] avoir. Mais oui, de former les professionnels, puis pas juste ceux qui sont formés pour ça comme les intervenants là. Je pense que je devrais avoir plus de formation sur ça, personnellement, mais les médecins, les secrétaires. [...] Après ça, ambulanciers, tout ce qui est dans le réseau de la santé public justement, la personne à l'accueil, qui accueille, en tout cas dans les hôpitaux, il y a souvent ça, genre un gardien de sécurité.

Int (7) corrobore ce sentiment : « Vraiment la sensibilisation de masse, sensibiliser toutes les instances, les professionnels qui travaillent, aux réalités des femmes, aux réalités des violences sexistes qu'elles ont pu vivre, les diagnostics que ça peut amener, comment l'un influence l'autre. » Or, cette « culture » d'ignorance face aux enjeux est difficile à résoudre. Pour ce qui est des services sociaux, Int (2) décrit l'effet de certains préjugés dans son expérience avec des intervenant.e.s œuvrant au sein de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) :


Les préjugés dans le fond, dans les défis pour elles, autant que des intervenants, c'est arrivé, des exemples, admettons avec la DPJ, où est-ce qu'on collabore, on n'a pas le choix dans certaines situations. Puis l'intervenant de ventiler, de nous dire des choses vraiment pas appropriées, qu'il y a des préjugés là-dedans, de l'incompréhension. [...] Donc, comme de vouloir un peu comme quasiment nous contaminer d'une vision, d'une version que nous, on n'a pas nécessairement, on n'avait pas ou qu'on ne veut pas avoir non plus. Donc oui, il y a des préjugés, surtout que les femmes victimes de violence conjugale, aux yeux de beaucoup d'intervenants de la DPJ, égalent femmes TPL. Ça, c'est comme le classique.





## Discussion

Dans cette étude, nous avons interrogé 30 participantes, c'est-à-dire 10 intervenantes du milieu communautaire et 20 femmes vivant ou ayant vécu la problématique à l'étude. Nous désirions ainsi identifier les obstacles que les femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste rencontrent dans leur trajectoire d'utilisation de services publics, dont les secteurs de la santé, de la justice et des services sociaux.



Nous avons décidé de nous intéresser à cette question pour plusieurs raisons. D'une part, le milieu de l'intervention auprès des femmes en contexte de violence sexiste a témoigné des difficultés que ces femmes rencontrent dans leur trajectoire de services. Selon les intervenantes, les femmes qui utilisent leurs services et qui sont psychiatisées vivent aussi des injustices dans leur parcours. Ce sont donc les personnes qui sont « sur le terrain » qui ont identifié le problème, observant ces situations et entendant ce que les femmes concernées expriment. Comme nous l'avons vu dans les entretiens, les enjeux auxquels les femmes font face sont nombreux, et la situation nous paraît inquiétante.

D'autre part, une partie de la littérature que nous avons recensée montre que les femmes psychiatisées pourraient être plus à risque de vivre des expériences de violence sexiste. Les autrices et les auteurs affirment aussi que les femmes vivant ou ayant vécu de la violence sexiste sont plus à risque d'être psychiatisées. Dans un sens comme dans l'autre, les enjeux sont complexes et ont d'importantes conséquences sur la vie de ces femmes et des personnes qui les accompagnent. Donc, force est de constater que les questions de violence sexiste sont indubitablement liées à celles concernant la santé mentale des femmes ainsi qu'aux façons dont la société comprend leur vécu et y répond.

Selon les femmes avec qui nous avons parlé, les services qu'elles utilisent dans le milieu communautaire féministe offrent plusieurs outils qu'elles jugent intéressants ainsi que de nombreuses pistes de solution pour certaines des difficultés identifiées dans les services publics. Or, les ressources du milieu communautaire, pour poursuivre ce travail, sont limitées et ne peuvent exister seulement « en parallèle » aux services du réseau. Selon ces femmes, le réseau public doit aussi pouvoir s'inspirer des approches du milieu communautaire. Nous croyons que ceci permettrait également au réseau public de

mieux atteindre les objectifs qu'il se donne en matière d'offre de services pour répondre aux besoins de cette population.

Dans cette section du rapport, nous vous présenterons les pistes d'analyse qui ont émergé des résultats présentés précédemment. Entre autres, nous explorerons la manière dont les récits des femmes nous amènent à identifier un processus particulier de revictimisation, qui pourrait être considérée comme une forme de violence institutionnelle.

## DE LA VIOLENCE SEXISTE À LA VIOLENCE INSTITUÉE

À travers les récits des participantes et des intervenantes qui ont le mandat de les accompagner, nous voyons que les femmes premières concernées semblent être à risque de vivre des préjudices lorsqu'elles sont en contact, de manière volontaire ou involontaire, avec les professionnel.le.s travaillant dans les services publics. Or, nous comprenons les difficultés qu'elles rencontrent comme les « symptômes » de problèmes au niveau institutionnel, perpétrés par un système qui peine encore à reconnaître l'importance des enjeux contemporains de violence envers les femmes ainsi que les particularités qui leur sont propres. Plus encore, ces récits montrent comment un ensemble d'idées préconçues autour de la violence sexiste et de la santé mentale entrent en interaction pour ensuite générer des situations qui infligent des souffrances additionnelles à ces femmes que les professionnel.le.s des services publics ont le mandat d'aider.

Effectivement, les femmes premières concernées et les intervenantes rencontrées estiment que ces « institutions » que sont les services publics participent souvent à les exclure plutôt qu'à véritablement répondre aux besoins qu'elles identifient. Les conséquences pour ces femmes se manifestent, entre autres, par une forme de désaffiliation sociale, puisqu'elles ne font plus confiance au « système ». Elles développent aussi une méfiance face aux professionnel.le.s avec qui elles interagissent dans ces services, ce qui contribue à leur marginalisation. Or, nous ne croyons pas qu'il soit utile de pointer le doigt vers des professionnel.le.s de manière individuelle. Ces personnes ont certainement à cœur le bien-être et le rétablissement des femmes qu'elles accompagnent. Nous croyons toutefois que les difficultés rencontrées par ces femmes peuvent être comprises comme une forme de violence en quelque sorte proférée ou facilitée par les institutions elles-mêmes, par leurs politiques et par leurs

pratiques. Ce faisant, les actions et les inactions des institutions participent à restreindre ou à influencer négativement l'agentivité des femmes, leur bien-être ou leur rétablissement.

Comment ce phénomène de violence « institutionnelle » se construit-il? Comment parvient-il à passer inaperçu ou à se perpétuer? Comment des interventions visant le mieux-être et la protection des femmes peuvent-elles à ce point agir à l'inverse de leurs objectifs annoncés, comme nous l'avons vu dans les récits? Nous croyons que cet état de situation peut être interprété, mieux compris comme découlant de la rencontre de deux systèmes d'oppression plus larges, qui traversent nombre de sociétés, à différents degrés. Ainsi, il est possible d'observer l'effet de ces systèmes dans nos interactions les plus quotidiennes, mais aussi au niveau des institutions publiques ou de la société plus largement. Dans la section suivante, nous discuterons des deux systèmes d'oppression que sont le sexisme et le sanisme ainsi que de leur interaction – telle qu'observée dans le récit des femmes et des intervenantes rencontrées.

### **Incompréhension, mécompréhension et discrimination fondées sur le sexe et le genre**

En sociologie, le phénomène de la violence envers les femmes est compris comme découlant de rapports de pouvoir liés au sexe et au genre. Plus largement, cette violence peut être comprise comme liée à ce que plusieurs appellent le « sexisme », une attitude discriminatoire envers une personne en raison de son sexe ou de son genre. Il ne s'agit pas seulement de violence entre personnes qui s'identifient ou sont catégorisées de certaines façons, mais bien *parce que* ces personnes s'identifient ou sont catégorisées ainsi. Et dans cette recherche, l'ensemble des femmes rencontrées avaient vécu ou vivaient encore de la violence sexiste, aussi nommée violence basée sur le genre, violence interpersonnelle, violence conjugale, violence à caractère sexuel, violence familiale, violence masculine ou violence post-séparation – pour ne nommer que quelques autres concepts dans la littérature.

En parallèle de ces relations interpersonnelles sexistes (espace micro), les femmes interrogées doivent faire face à la violence qui transcende des structures (espace macro). Flynn *et al.* (2014) décrivent ce dernier phénomène comme de la violence structurelle, institutionnelle ou instituée envers les femmes. Les autrices mettent en lumière comment certaines politiques, procédures et pratiques peuvent participer à revictimiser les populations socialement opprimées.

Cette revictimisation se décline de plusieurs manières, notamment par la discréditation des discours (Larose-Hébert, 2020; Morrow, 2017) et par une réponse inadéquate aux besoins exprimés. En effet, au contraire de ce qui semble offert par le réseau de services publics, les femmes interrogées estiment avoir besoin d'empathie, d'écoute, de reconnaissance et d'accompagnement. Plus spécifiquement, elles disent rechercher un accompagnement « global » qui prendrait en considération l'éventail des difficultés qui peuvent découler d'un vécu de violence sexiste. Cette manière d'être accompagnées inclurait nécessairement une dimension préventive et aborderait également l'ensemble des problématiques vécues simultanément. Si ces femmes obtenaient ce type de services, leur existence actuelle serait différente, possiblement plus sécurisante.

Les analyses que nous avons effectuées à partir des entretiens nous mènent à croire que, dans sa structuration actuelle, le réseau de services publics ne contribue pas nécessairement à protéger et à véritablement soutenir les femmes qui pourtant le requièrent. Selon notre comité, ce constat est alarmant. Une priorité à cet égard serait de développer une approche bien ajustée aux besoins exprimés par les femmes, à la lumière des particularités propres au phénomène de violence sexiste. À ce niveau, force est de constater que le milieu des services publics pourrait s'inspirer des théories, des paradigmes et des pratiques du milieu communautaire féministe, qui travaille depuis longtemps à développer des outils en lien avec ces enjeux. Comme les femmes premières concernées l'ont expliqué, leur mieux-être a été nourri par le milieu communautaire féministe, espace au sein duquel la reconnaissance de la violence sexiste et de ses conséquences leur a paru centrale.

### **Discréditation et discrimination fondées sur l'état de santé mentale**

L'ensemble des femmes premières concernées ayant participé à cette recherche avaient reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques. Quelques-unes avaient reçu leur(s) diagnostic(s) au cours de la période précédant les expériences de violence sexiste. Toutefois, la plupart avaient reçu leur(s) diagnostic(s) alors même qu'elles vivaient de la violence ou peu de temps après. Les femmes avec qui nous avons parlé entretenaient un rapport ambivalent, souvent négatif avec leur(s) diagnostic(s), même si le fait de recevoir un diagnostic amenait parfois l'espoir de services adaptés à ce qu'elles vivaient.

Plus largement, dans le cadre de ce projet, nous pouvons dire que toutes les femmes à qui nous avons parlé ont été « psychiatisées », en ce sens que leurs difficultés, leur détresse et leur souffrance ont toutes été transformées en signes et en symptômes d'une maladie mentale. Or, le simple diagnostic de ces « maladies » et les activités l'entourant ne parvenaient pas à expliquer, à comprendre ou à aborder de manière satisfaisante la souffrance psychique vécue par ces femmes. Les traitements proposés pour améliorer leur état de santé mentale demeuraient souvent insuffisants ou mal ajustés, voire inefficaces ou dommageables. Sous cet aspect, certains diagnostics nous ont paru générer des conséquences plus problématiques que d'autres au sein du réseau de services publics. Nommons, aux côtés des intervenantes interrogées, le trouble de la personnalité limite.

Selon la perspective médicale de la santé mentale, celle souvent imposée aux femmes rencontrées, les problèmes et les difficultés qu'elles vivent s'expliqueraient par leur psyché déséquilibrée, qui pourrait de ce fait être « traitée » avec des psychotropes (LeBlanc et Kinsella, 2016). Voilà le message que ces femmes ressentent, le message qu'elles nous ont transmis. Or, selon les participantes, les psychotropes ne sont pas suffisants pour soutenir leur rétablissement. Plusieurs d'entre elles n'ont pas accès à de la psychothérapie. Certaines n'ont pas accès, non plus, à un revenu leur permettant de répondre à leurs besoins et à ceux de leur(s) enfant(s). D'autres n'ont pas accès à un réseau de soutien, à des loisirs, à de la sécurité ou à de la protection. Ainsi, elles estiment que la médication a été utilisée pour remplacer le temps, l'écoute et l'empathie dont elles auraient eu besoin. La pathologisation de leurs comportements, de leurs affects, de leur détresse et de leur souffrance n'aura pas réussi à leur donner accès à des solutions. Au contraire, elle a souvent généré de nouveaux obstacles, vécus comme de nouvelles violences. Ces femmes se sentent souvent discréditées en raison de leur étiquette, ne se sentent ni écoutées, ni reconnues. C'est ce dont il est question lorsqu'on évoque l'idée de sanisme, c'est-à-dire la discrimination que ces femmes vivent en raison de la façon dont leur état mental est catégorisé, puis perçu.

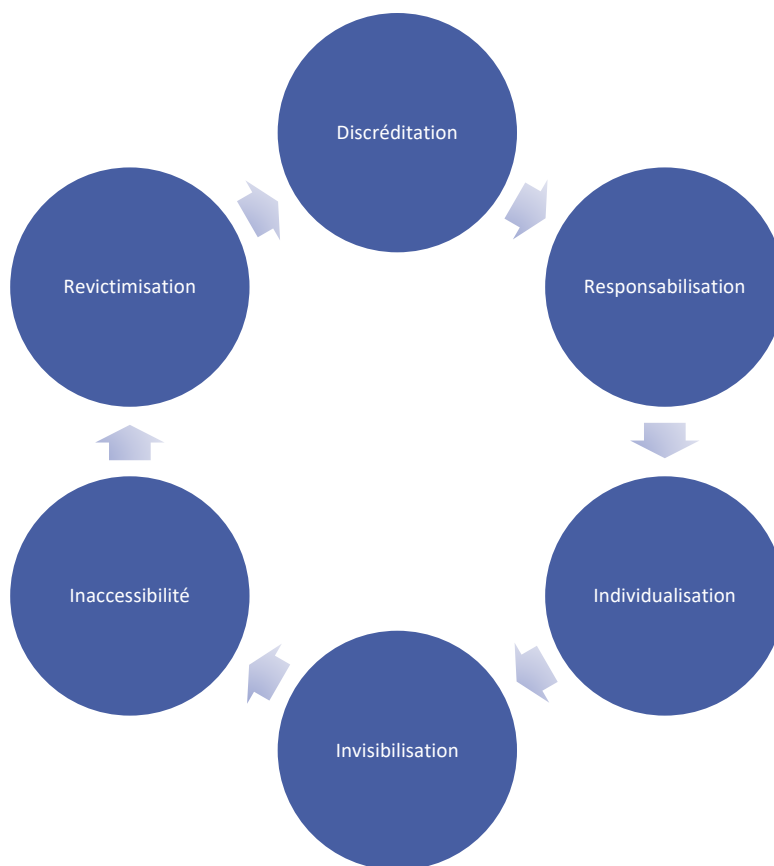
### **À l'intersection des violences sexistes et du sanisme**

Toutes les femmes premières concernées ayant participé à cette recherche, par leur(s) diagnostic(s) et par leur vécu de violence, font à la fois face à des violences sexistes et au sanisme. Certaines d'entre elles font également face à d'autres systèmes d'oppression, notamment le racisme, le colonialisme ou le classisme. Or, les expériences et les difficultés vécues en lien avec ces différents rapports de pouvoir ne font pas que

s'additionner : ils s'entrecroisent et s'amplifient mutuellement. Par exemple, comme cela a été rapporté par les intervenantes, les agresseurs ont souvent recours au diagnostic psychiatrique des femmes pour maintenir et amplifier leur relation de pouvoir sur ces dernières. Ils instrumentalisent aussi ce diagnostic, profitant des préjugés à l'égard de la santé mentale pour se déresponsabiliser de comportements violents, notamment lors de situations impliquant le système de justice ou les services de la protection de la jeunesse. Aussi, plusieurs femmes ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite rapportent ne pas avoir de soutien ni de reconnaissance du traumatisme qu'elles ont vécu, puisque les professionnel.le.s centrent leur attention de manière souvent exclusive sur l'étiquette psychiatrique, se désinvestissant des questions liées à la violence subie et à la souffrance en découlant. Les femmes ayant reçu un tel diagnostic mettent de l'avant qu'il est presque impossible d'obtenir un traitement pour un trouble de stress post-traumatique, car on ne le leur reconnaît pas ou on le subordonne au diagnostic de TPL en matière d'importance.

Selon Shaw et Proctor (2005), le TPL est devenu la nouvelle « hystérie » de l'époque contemporaine, diagnostic qui était principalement attribué aux femmes lorsqu'elles exprimaient des affects ou des comportements qui s'éloignaient des normes ou des attentes, dans un contexte de société patriarcale. Or, selon les femmes et les intervenantes rencontrées, les états mentaux ciblés par le diagnostic de TPL leur paraissent des réactions somme toute « normales » aux situations traumatiques de violence sexiste que ces femmes ont vécues. Il leur semble donc contre-intuitif de systématiquement mettre de côté la question de la violence vécue pour ainsi prioriser la « guérison » de la maladie, de rétablir le contrôle sur le psychique sans aborder la cause. C'est en fait en évitant la question de la violence et en surinvestissant dans l'interprétation médicale (Shaw et Proctor, 2005) que ces femmes se retrouvent aux prises avec tant d'obstacles et de difficultés, à l'intersection des violences sexistes et du sanisme. C'est aussi en ce sens que ces femmes vivent une autre violence dans les services, une violence qualifiable d'institutionnelle, qui participe à la revictimisation des femmes psychiatisées vivant ou ayant vécu de la violence sexiste.

Afin de montrer le processus à travers lequel la violence institutionnelle se déploie dans la trajectoire de services publics des femmes premières concernées, nous décortiquerons maintenant le cycle de cette violence.



## LE CYCLE DE VIOLENCE INSTITUTIONNELLE ENVERS LES FEMMES PREMIÈRES CONCERNÉES

Comme présenté dans la figure ci-dessus, nous proposons un processus circulaire pour représenter le cadre et le contexte au sein desquels les femmes rencontrées ont construit leurs expériences en lien avec les services publics à l'étude. Ce processus comporte plusieurs étapes et agit à plusieurs niveaux, autant sur les interactions quotidiennes que sur les trajectoires de manière large. Dans une perspective intersectionnelle, nous comprenons le développement et le maintien de ce cycle perçu comme inextricable comme à l'intersection de deux systèmes d'oppression vécus par les femmes, c'est-à-dire ceux du sanisme et du sexisme.

En raison de leurs expériences de violence et de leur(s) diagnostic(s), les participantes ne sont souvent pas écoutées ou crues. Elles sont victimes d'une injustice épistémique (Fricker, 2007). De ce fait, leur parole est trop souvent **discréditée**. Plusieurs en

viennent à percevoir ce qu'elles relatent comme étant inexact, inventé, exagéré. Par conséquent, les professionnel.le.s et leurs institutions appliquent leurs propres grilles d'interprétation, parfois mal ajustées ou erronées, pour décider des interventions et pour les mettre en pratique. Si les professionnel.le.s n'écoutent pas les femmes, la possibilité même qu'ils et elles les reconnaissent comme victimes peut être mise en question. Les professionnel.le.s peuvent être plus enclin.e.s à interpréter les réactions, les comportements et les affects des femmes comme résultant d'enjeux psychiatriques, hors norme, et non de la violence vécue. Incidemment, il devient aussi plus facile de **responsabiliser** les femmes à travers leur psychiatisation. La violence n'est plus considérée dans l'équation et devient un problème pour un moment ultérieur. La responsabilité des femmes devient de reprendre le contrôle de leur état de santé mentale.

À cet égard, la pharmacothérapie est toute désignée pour agir rapidement face à la maladie et pour « neutraliser » (Larose-Hébert, 2020) les effets négatifs – ou hors norme – découlant d'un dysfonctionnement dit biologique. Ainsi, les femmes seraient donc, grâce à l'aide psychotrope, en mesure de « revenir » à un fonctionnement « normal ». Les comportements « anormaux », liés aux problématiques sociales de violence sexiste, sont compris comme liés à leur personne. On **individualise** les enjeux vécus. On ne voit pas les causes structurelles et collectives des difficultés que les femmes vivent, et les solutions offertes sont elles aussi, majoritairement, individuelles. Ceci a aussi pour répercussion d'**invisibiliser** les expériences oppressives vécues par les femmes premières concernées, évitant une réflexion de fond sur les réponses appropriées à leurs besoins. Tels que présentés dans les résultats, les services publics ne sont pas en mesure de répondre aux besoins des femmes psychiatisées rencontrées. Les services nécessaires (tels que la psychothérapie) sont **inaccessibles**. Faute de reconnaissance, certaines vivent davantage de méfiance et de peur, générant aussi de l'évitement de ces services qui ne semblent pas agir dans leur intérêt supérieur et qui participent à leur **revictimisation** – une violence elle aussi difficile à nommer, qui risque d'être discréditée, si elle est même nommée et entendue.



## STRATÉGIES DE RÉSISTANCE

Bien que les femmes premières concernées rencontrent d'importants obstacles dans leur trajectoire d'utilisation de services publics, elles ne sont pas pour autant passives face aux contraintes qui leur sont imposées. Par divers moyens, elles font preuve d'une grande résilience et agentivité. Il est également à noter que plusieurs participantes ont trouvé des services dans le secteur privé, particulièrement de la psychothérapie. Plusieurs femmes se sont engagées dans un processus de défense de leurs droits et ont réussi à obtenir gain de cause : changement de diagnostic, arrêt de la médication, obtention de la garde de leur(s) enfant(s), etc. Elles n'acceptent pas le statu quo, elles travaillent activement à se reconstruire, avec ou sans l'aide du réseau de services publics. Enfin, rappelons que pour certaines femmes, l'évitement des services publics s'inscrit au nombre des stratégies retenues pour se préserver d'interactions qui ne répondent pas à leurs besoins. Elles parviennent ainsi, à contre-courant et malgré tout, à mettre en place des stratégies de résistance.

Comme nous avons pu le constater, le diagnostic restreint la compréhension de la détresse des femmes rencontrées. Il agit d'une perspective que nous jugeons restreinte, limitante, qui mène à situer dans le « corps », dans une pathologie, la source interactionnelle et sociale des difficultés. Or, plusieurs femmes ont offert une autre explication à leurs enjeux, qu'elles repositionnent dans le contexte de leur émergence. Toutes les femmes premières concernées ont expliqué avoir vécu de la violence sexiste. Selon elles, c'est cette dernière qui a généré ce qui devient perçu, par d'autres, comme des « dysfonctionnements » psychosociaux. Elles ont été nombreuses à affirmer que leur état de santé mentale découlait directement de leurs expériences de violence. Plusieurs n'adhèrent pas à l'explication médicale des difficultés qu'elles vivent. Elles ont souffert, cela est un fait. Certaines vivent toujours des conséquences de la violence, qui comptent entre autres la pauvreté et l'isolement. Mais elles nous proposent une vision différente de leur personne : des femmes résilientes, combattives, ayant survécu à des agressions provenant de partenaires intimes, d'étrangers, de systèmes et d'institutions. Elles ont choisi de participer à une recherche leur offrant la possibilité de s'exprimer, d'être écoutées et reconnues. Elles ont souhaité participer à l'amélioration des services, à la création de services publics qui agiraient autrement sur la trajectoire des femmes, qui les aideraient à faire face aux conséquences de la

violence vécue et qui soutiendraient leur rétablissement plutôt que de le complexifier. Généreuses, elles nous ont fait entendre leur voix et nous ont raconté leur vécu. Elles ne sont pas « malades », nous disent-elles, indépendamment de la lunette individualisante et responsabilisante que plusieurs utilisent pour interpréter leur vécu. Elles vivent les conséquences d'actes traumatisants.

Les femmes nous expliquent aussi que, pour être accueillies dans leur entièreté et de manière globale, ce sont les organismes communautaires qui ont su relever le défi en les écoutant et en reconnaissant les conséquences de la violence dans leur vie. Cette reconnaissance est à leur avis centrale à toute possibilité de rétablissement. Plus spécifiquement, les femmes premières concernées ont raconté leurs expériences dans des organismes communautaires adoptant une approche féministe. Au sein de ces organisations, elles disent avoir pu entamer une reconstruction de leur estime de soi, prendre conscience des systèmes d'oppression sous-jacents à leur vécu de violence, s'outiller et se percevoir autrement que comme la source du problème. Elles ont du pouvoir sur leur vie. Pour certaines, l'utilisation de ces services communautaires et féministes devient aussi une stratégie de résistance, une opportunité de collectiviser leurs expériences. Elles les considèrent comme essentiels.

## Conclusion

En guise de conclusion, nous souhaitons proposer notre interprétation d'un cercle « vertueux » qui pourrait être visé par les politiques, l'organisation des services, les procédures et les pratiques au sein des services publics. Valoriser des pratiques permettant l'écoute des femmes. En effet, une autre forme d'écoute permettrait aux institutions de s'engager dans le développement du mieux-être de ces femmes en reconnaissant la violence et ses conséquences multiples dans leur vie. Ce changement de posture encouragerait aussi les professionnel.le.s à mieux comprendre les dynamiques ayant pu contribuer à l'état de santé mentale évalué, pour ainsi mieux accompagner la personne dans son rétablissement. À différents degrés, les professionnel.le.s reconnaissent la part de responsabilité des systèmes et des agresseurs dans la situation des femmes qu'ils ou elles rencontrent dans le cadre de leurs fonctions. Le problème n'est pas au niveau des individus : il est collectif. Il nécessite aussi un engagement collectif envers ces femmes pour que les services publics s'ajustent et évoluent en réponse aux besoins de ces dernières.



Pour ce faire, nous croyons que les services publics auraient avantage à s'inspirer des approches et des théories féministes ainsi que des apprentissages et des outils développés dans le milieu communautaire féministe. Rappelons qu'adhérer aux principes de telles approches implique une reconnaissance de l'existence des systèmes d'oppression pour aussi reconnaître leurs répercussions. Le féminisme intersectionnel permet ici de lier les enjeux d'oppression envers les femmes et ceux envers les personnes psychiatisées, ou dont on soupçonne un trouble de santé mentale. Il permet aussi de mettre en lumière certaines expériences qui découlent de l'intersection de ces systèmes d'oppression patriarcale et saniste.

Finalement, il va sans dire que seule une collaboration avec l'ensemble des milieux est susceptible d'améliorer les réponses des services publics, d'amoindrir les angles morts et de susciter un changement de posture. Nous vous laissons donc avec ce souhait : que les services publics s'engagent dans le mieux-être et la sécurité des femmes, qu'ils y participent, qu'ils accueillent la diversité de leurs expériences et de leurs besoins. Bref, qu'ils contribuent à l'égalité entre les sexes et les genres.

Signé : Les membres du comité

## Bibliographie

- Brooker, C. et Durmaz, E. (2015). « Mental Health, Sexual Violence and the Work of Sexual Assault Referral Centres (SARCs) in England », dans *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 31, p. 47-51.
- Cho, H. (2012). « Use of Mental Health Services Among Asian and Latino Victims of Intimate Partner Violence », dans *Violence Against Women*, vol. 18, n° 4, p. 404-419.
- Cleaver, H. (2001). « When Parents' Issues Influence their Ability to Respond to Children's Needs », dans Horwath, J. (dir.), *The Child's World: Assessing Children in Need*, Londres, Department of Health, NSPCC et The University of Sheffield, p. 273-286.
- Conseil du médicament (2011). Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec, Québec, Gouvernement du Québec.
- Corbeil, C. et Marchand, I. (2010). « Témoigner d'une approche plurielle : l'intervention féministe au XXI<sup>e</sup> siècle », dans Corbeil, C. et Marchand, I. (dir.), *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 9-20.
- Crenshaw, K. (1991). « Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color », dans *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, p. 1241-1299.
- Crenshaw, K. (2005). « Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », dans *Cahiers du genre*, n° 39, p. 51-82.
- Damant, D., Lapierre, S., Kouraga, A., Fortin, A., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C. et Lessard, G. (2008). « Taking Child Abuse and Mothering into Account : Intersectional Feminism as an Alternative for the Study of Domestic Violence », dans *Affilia*, vol. 23, n° 2, p. 123-133.
- Davis, A. (1981). *Women, Race & Class*, New York, Random House.
- Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (2018). *Intervention féministe intersectionnelle. Réflexions et analyses pour des pratiques égalitaires et inclusives*.
- Ferland, I. (1995). *Femmes et psychiatrie ou contrôle social et médicalisation de la souffrance des femmes*, Mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal.

- Flynn, C., Damant, D. et Bernard, J. (2014). « Analyser la violence structurelle faite aux femmes à partir d'une perspective féministe intersectionnelle », dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n°2, p. 28-43.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford, Oxford University Press.
- Gervais, M., Weber, S. et Caron, C. (2018). *Guide pour faire de la recherche féministe participative*, Institut Genre, sexualité et féminisme, Université McGill.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey, Prentice-Hall.
- González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M. et Fernández Liria, A. (2014). « Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain », dans *Community Mental Health Journal*, vol. 50, n° 7, p. 841-847.
- Goodman, L. et Epstein, D. (2008). *Listening to Battered Women: A Survivor-Centered Approach to Advocacy, Mental Health, and Justice*, American Psychological Association.
- Goodman, L., Smyth, K., Borges, A. et Singer, R. (2009). « When Crises Collide: How Intimate Partner Violence and Poverty Intersect to Shape Women's Mental Health and Coping? », dans *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 10, n° 4, p. 306-329.
- Helfrich, C., Fujiura, G. et Rutkowski-Kmitta, V. (2008). « Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters », dans *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 23, n° 4, p. 437-453.
- Humphreys, C. et Thiara, R. (2003). « Mental Health and Domestic Violence: "I call it Symptom of Abuse" », dans *The British Journal of Social Work*, vol. 33, n° 2, p. 209-226.
- Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osbourn, D., Johnson, S. et Howard, L. M. (2015). « Domestic and Sexual Violence Against Patients with Severe Mental Illness », dans *Psychological Medicine*, vol. 45, n° 4, p. 875-886.
- Knowles, C. (2000). *Bedlam on the Streets*, Londres, Routledge.
- Lapierre, S. (2015). « La problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale et la marginalisation du discours féministe », dans Corbeil, C. et Marchand, I. (dir.), *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 185-207.

- Larose-Hébert, K. (2020). *Le silence sur nos maux. Transformations identitaires et psychiatisation*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LeBlanc, S. et Kinsella, E. A. (2016) « Toward Epistemic Justice: A Critically Reflexive Examination of "Sanism" and Implications for Knowledge Generation », dans *Studies in Social Justice*, vol. 10, n° 1, p. 59-78.
- LeFrancois, B. A., Menzies, R. et Reaume, G. (dir.) (2013). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholars' Press.
- Lloyd, M., Ramon, S., Vakalopoulou, A., Videmšek, P., Meffan, C., Roszczynska-Michta, J. et Rollè, L. (2017). « Women's Experiences of Domestic Violence and Mental Health: Findings From a European Empowerment Project », dans *Psychology of Violence*, vol. 7, n° 3, p. 478-487.
- Machisa, M. T., Christofides, N. et Jewkes, R. (2016). « Structural Pathways Between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV) », dans *PLoS ONE*, vol. 11, n° 3.
- Morin, P., Ghosn, A.-M. et Dorvil, H. (2003). « Sévices sexuels et physiques envers les femmes présentant des troubles graves de santé mentale : une recension des écrits », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 2, p. 233-250.
- Morrow, M. (2017). « "Women and Madness" Revisited : The Promise of Intersectional and Mad Studies Frameworks », dans Morrow, M. et Malcoe, L. H. (dir.), *Critical Inquiries for Social Justice in Mental Health*, Toronto, University of Toronto Press, p. 33-59.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2000). *Les femmes et la santé mentale*, Aide-mémoire n° 248, Genève.
- Perlin, M. L. (1992). « On Sanism », dans *SMU Law Review*, vol. 46, n° 2, p. 373-407.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. et Martinez, M. (2006). « The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide », dans *Journal of Women's Health*, vol. 15, n° 5, p. 599-611.
- Poirel, M.-L., Lacharité, B. et Rousseau, G. (2006). « Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec : un survol des expériences croisées des Ressources alternatives en santé mentale et des Centres de femmes », dans *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n° 2, p. 66-81.

- Poole, J., Jivraj, T., Arslanian, A., Bellows, K., Chiasson, S., Hakimy, H., Pasini, J. et Reid, J. (2012) « Sanism, "Mental Health", and Social Work/Education: A Review and Call to Action » dans *Intersectionalities*, vol.1, p. 20-36.
- Ramon, S. (2015). « Intersectionalities : Intimate Partner Domestic Violence and Mental Health Within the European Context », dans *Intersectionalities : A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, vol. 4, n° 2, p. 76-100.
- Rawlings, E. I. et Carter, D. K. (dir.) (1977). *Psychotherapy for Women: Treatment Toward Equality*, Springfield, Charles C. Thomas.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2011). *Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*.
- Robitaille, C. et Tessier, D. (2015). « Trente ans après... Les défis de l'intervention féministe dans les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALAS) », dans Corbeil, C. et Marchand, I. (dir.), *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 149-169.
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G. et Howard, L. (2011). « Barriers and Facilitators of Disclosures of Domestic Violence by Mental Health Service Users: Qualitative study », dans *The British Journal of Psychiatry*, vol. 198, n° 3, p. 189-194.
- Shaw, C. et Proctor, G. (2005). « Women at the Margins : A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder », dans *Feminism & Psychology*, vol. 15, n° 4, p. 483-490.
- Tambe, A. (2018). « Reckoning with the Silences of #MeToo », dans *Feminist Studies*, vol. 44, n° 1, p. 197-203.
- Tosh, J. et Carson, K. (2016). « A Desire to be "Normal"? A Discursive and Intersectional Analysis of "Penetration Disorder" », dans *Intersectionalities : A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, vol. 5, n° 3, p. 151-172.
- Toneatto, T. et Wang, J. J. (2009). « Community Treatment for Problem Gambling: Sex Differences in Outcome and Process », dans *Community Mental Health Journal*, vol. 45, n° 6, p. 468-475.
- Truong, A. et Côté, I. (2020) « Jeux de rôles et violences "fictives" : Étude exploratoire de l'effet du jeu sur la reproduction de la violence sexuelle dans une communauté de jeu au Québec » dans Côté-Lussier, C., Moffette, D., et Piché, J. (dir.), *Enjeux criminologiques contemporains: Au-delà de l'insécurité et de l'exclusion*. University of Ottawa Press, p. 217-236.



- Voyer, M., Delbreil, A. et Senon, J.-L. (2014). « Violences conjugales et troubles psychiatriques », dans *L'information psychiatrique*, vol. 90, n° 8, p. 663-671.
- Warshaw, C., Gugenheim, A. M., Moroney, G. et Barnes, H. (2003). « Fragmented Services, Unmet Needs: Building Collaboration Between the Mental Health and Domestic Violence Communities », dans *Health Affairs*, vol. 22, n° 5, p. 230-234.
- Warshaw, C., Brashler, P. et Gil, J. (2009). « Mental Health Consequences of Intimate Partner Violence », dans Mitchell, C. et Anglin, D. (dir.), *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective*, New York, Oxford University Press, p. 147-171.
- Wittchen, H.-U. (2010). « Women-Specific Mental Disorders in DSM-V: Are We Failing Again? », dans *Archives Women's Mental Health*, vol. 13, p. 51-55.
- Woods, S. J. (2005). « Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women: What We Know and Need to Know », dans *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 20, n° 4, p. 394-402.