

*Expériences de santé de femmes pauvres en milieu rural :
une question qui interpelle des actions sociales novatrices et solidaires*

Lise Savoie, Isabel Lanteigne et Hélène Albert¹

Communication, AIFRIS, 6^e Congrès International

Porto 2015, 7-10 juillet

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Multiplication des précarités : quelles interventions sociales?

Ce projet de recherche portait sur le lien entre la pauvreté des femmes et leur santé dans un contexte rural francophone minoritaire au Nouveau-Brunswick, Canada. Il visait à dresser un portrait de leurs réalités objectives et subjectives.

Selon Mikkonen et Raphael (2011), un lien étroit existe entre un faible statut socioéconomique et un mauvais état de santé. Comme l'indiquent Rose et Hatzenbuehler (2009), plus le niveau socioéconomique est faible, plus les conditions de santé des personnes sont mauvaises, et ce même si le système de santé comporte des programmes universels. Ce constat rejoint le modèle théorique sur les déterminants sociaux de la santé qui stipule que le premier facteur influençant la santé d'une population est la situation socioéconomique, culturelle et environnementale (Mikkonen et Raphael, 2011), laquelle risque d'affecter les femmes de façon plus spécifique. Les femmes «pauvres» sont donc exclues des ressources et des opportunités, et elles sont confrontées à des discours qui les caractérisent comme répréhensibles, indignes et déviantes (Reid et Tom, 2006). Or, non seulement la santé des femmes est influencée par une situation socialement désavantageuse, mais elle l'est aussi par la stigmatisation et l'aliénation sociale. Il existe au sein des systèmes de santé des stéréotypes et des généralisations qui peuvent nuire de façon significative à la santé des femmes, résultant dans un traitement différentiel négatif (Raphael et coll., 2006). Reid et Tom (2006) ajoutent que ces contraintes sociales rendent invisibles les femmes «pauvres» qui vivent des problèmes de santé. Ces constats sont préoccupants puisqu'au Nouveau-Brunswick, 47 % des femmes gagnent moins de 20 000 \$ par année (Gouvernement du N.-B., 2012 : 39). Comme autre préoccupation, soulignons que 68% de la population acadienne du Nouveau-Brunswick a un niveau d'alphabétisme inférieur à la moyenne canadienne. Des auteurs

¹ Cette recherche a été subventionnée par le Consortium national de formation en santé (CNFS).

affirment qu'un faible niveau d'alphabétisme affecte la santé des individus et de leur famille (Boivin, 2007; Nutbeam, 2008).

Un lien a été établi entre le statut socioéconomique, l'alphabétisation et l'état de santé. En ajoutant à ceci le contexte géographique, tel la ruralité, Dolan et Thien (2008) estiment que la géographie, soit la distance, est un élément important à considérer en matière de santé. Au Nouveau-Brunswick, la majorité des communautés acadiennes se situe en milieu rural (Boivin, 2007). Or, les services de santé sont plus accessibles en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon Dolan et Thien (2008), les désavantages socioéconomiques et géographiques s'interrelient et créent des conditions nuisibles à la santé des populations rurales.

Réalisée selon une perspective féministe, cette étude a utilisé l'éthnobiographie plurielle qui « consiste à croiser un certain nombre de récits de vie » (Mucchielli, 2002 : 64). Des entrevues en profondeur ont été menées, de manière semi-directive et non directive. Pour donner sens aux récits de vie des participantes, leur discours a été étudié à partir de trois niveaux d'analyse : diachronique, compréhensive et thématique (Bertaux, 2005; Paillé & Mucchielli, 2012). Dix-sept femmes francophones (19 et +) de régions rurales acadiennes ont été rencontrées. La majorité d'entre elles sont dans une situation de pauvreté ou l'ont déjà été. Toutes ont déjà reçu ou reçoivent de l'aide au revenu ou de l'assurance emploi. Elles occupent ou ont occupé des emplois atypiques (travail à forfait, travail autonome, travail temporaire, travail saisonnier, etc.) et ont eu à relever des défis concernant leur santé et leur rapport au système de santé.

Les résultats de cette étude ont permis de comprendre que leur situation de pauvreté a commencé dès leur enfance, elles qui sont principalement issues de familles nombreuses. Le témoignage de certaines met en lumière que la pauvreté vécue dans leur famille est structurelle. À cela s'ajoute des facteurs conjoncturels, comme la maladie, qui viennent amplifier la situation de pauvreté. Délia raconte : *Oui, chez nous, c'était pauvre. Mon père était pêcheur, ma mère ne travaillait pas. Il y avait six, sept ou huit enfants à la maison. Parfois mon père partait. Il a été malade, nous avons reçu de l'assistance... 75 \$ par mois.*

La trajectoire socio-économique des participantes est aussi marquée par leur faible niveau d'éducation. Certaines ont abandonné l'école pour aller travailler afin de subvenir aux besoins de leur famille. Toutefois, la majorité d'entre elles n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires en raison de la stigmatisation associée à la pauvreté. Jeanne explique : *J'arrivais souvent à l'école sans livre ou sans crayon. Tu te faisais intimidier. Après un certain temps, le monde vient à savoir*

que tu grandis sur le BS. Tu es comme stéréotypée parce que ton linge, ce n'est pas des vêtements de marque. Tu portes du deuxième main.

Ces trajectoires permettent de contextualiser leur vécu et d'apprécier que ces expériences ont eu pour conséquences de fragiliser leurs conditions de vie, tant sur le plan de leur situation socio-économique que de leur santé. Dépression, arthrite, douleur chronique et cancer figurent au nombre des principaux problèmes de santé rencontrés par ces femmes. Le fait d'avoir à composer avec un problème de santé est difficile en soi. Or, quand s'ajoutent à la maladie des conditions financières précaires, exacerbées par le coût des médicaments, ces femmes se retrouvent dans des situations particulièrement affligeantes, conduisant certaines à réduire le dosage, s'endetter ou se priver de nourriture pour se soigner. Les défis de l'accès aux services de santé en région rurale, éloignée des centres urbains, s'ajoutent à leur expérience. Elles ont souvent à parcourir de plus longues distances, trois heures de route par exemple, ce qui augmente le vécu de souffrance ressentie eu égard, entre autres, à l'isolement, lorsqu'elles doivent s'éloigner de leurs proches pour recevoir des traitements. Comme la province est dotée de peu de services de transport en commun, les déplacements occasionnent des coûts, tant sur le plan financier que du stress que cela génère. Plusieurs femmes doivent conduire ou se faire conduire pour se faire soigner. Ghislaine a dû se rendre dans deux provinces voisines pour obtenir des soins. Sur le plan humain, elles vivent donc toute une gamme d'émotions liées à la maladie, à l'isolement et au sentiment de dépendance.

Les femmes rencontrées semblent apprécier les soins reçus par les intervenantes de la santé. Leurs doléances portent surtout sur leur rapport aux agents de l'État responsables de livrer certains services, notamment ceux liés à leur situation financière. Elles se sentent stigmatisées par certains qui posent un regard dévalorisant et dégradant sur elles et dont les décisions semblent être arbitraires. Édith raconte : *Je ne comprends pas qu'est-ce que ça veut dire, le Bien-être (l'assistance sociale). Quand une personne est dans la misère, pourquoi ils n'aident pas! Il y en a qui sont chanceux. Ils vont là et ils l'ont tout de suite. Moi, j'ai vu une madame. Son mari pêchait, comme le mien, presque les mêmes salaires. Mais, elle, ses piqûres étaient payées. Pis moi, elles n'étaient pas payées. J'me suis dit : Pourquoi faire qu'ils font ça? Il n'y a pas de justice, on dirait. Selon Monique, l'État n'aide pas les pauvres : Le haut qui a des gros salaires, lui par exemple, le gouvernement peut l'aider à coup de millions pis de 500 000 \$. Bien, le petit, lui, crève. Arrange-toi avec ton petit 537 \$, c'n'est pas notre problème à nous autres. Je trouve ça vraiment injuste!*

Les résultats démontrent que la stigmatisation traverse leur trajectoire de vie affectant toute les dimensions qui y sont associées. Ayant déjà à composer avec des problèmes de santé et une situation financière difficile, elles doivent se battre contre un système qui semble les disqualifier. Alors que la littérature parle davantage de stigmatisation à l'intérieur des services de santé, ce dont les récits des femmes témoignent, c'est qu'elles se sentent davantage stigmatisées par des agents de l'État responsables des programmes qui touchent à leurs conditions financières. Discriminées, fragilisées, elles sont une fois de plus affectées dans leur capacité de prise en charge de leur santé.

Devant ces constats, il importe de se questionner à savoir comment intervenir de manière créative avec ces femmes qui sont marginalisées. Les politiques d'austérité de nombreux gouvernements néo-libéraux touchent particulièrement les conditions de vie des femmes, fragilisant ce groupe déjà surreprésenté dans la population pauvre. L'analyse féministe, encore trop peu utilisée, offre une perspective qui permet de prendre en compte les particularités des conditions de vie objectives et subjectives des femmes. Elle revendique, par le biais de politiques sociales, des conditions matérielles permettant aux femmes une plus grande prise en charge, voire des occasions de s'autodéterminer. Elle exige cependant une volonté citoyenne et politique affirmant une plus grande solidarité sociale afin de réduire les inégalités persistantes. Sur le plan individuel, les femmes rencontrées ont démontré de l'ingéniosité et de la créativité devant la prise en charge de leur santé. Or, les enjeux pour l'intervention sont surtout d'ordres collectifs et politiques, parce que la pauvreté chez les femmes ne constitue pas un problème individuel. C'est un phénomène social qui commande des actions structurelles pour transformer les modes de pensées androcentriques et capitalistes. La formation des intervenantes sociales se retrouvent par le fait même interpellée, puisque le développement de la pensée critique nécessaire à des analyses féministes et socialistes doit être co-construite dans un espace pédagogique stimulant qui favorise la justice sociale.

Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie* (2^e éd.). Paris: Éditions Armand Colin.

Boivin, N. (2007). Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*, 23/24, 31-44.

Dolan, H. & Thien, D. (2008). Relations of Care : A Framework for Placing Women and Health in Rural Communities. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), 38-42.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2012). *Profil Égalité : Femmes du Nouveau-Brunswick*.

Direction des questions féminines, Bureau du Conseil exécutif. Repéré de :
<http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/WI-DQF/pdf/fr/ProfilEgalite.pdf>

Mikkonen, J. & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York.

Mucchielli, A. (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Éditions Armand Colin.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medecine*, 67, 2072-2078.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.

Raphael, D., Bryant, T. & Rioux, M. (2006). *Staying Alive : Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care*. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.

Reid, C. & Tom, A. (2006). Poor Women's Discourses of Legitimacy, Poverty and Health. *Gender and society*, 20(3), 402-421.

Rose, S. M. & Hatzenbuehler, S. (2009). Embodying social class : The link between poverty, income inequality and health. *International Social Work*, 52(4), 459-471.