UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'HÉBERGEMENT TRANSITOIRE EN TANT QUE DÉTERMINANT SOCIAL DE SANTÉ CHEZ LES FEMMES DE 45 ANS ET PLUS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR ANNE-GAËLLE LELOUP

SEPTEMBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

		14
		į.
,		

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche M. Henri Dorvil pour son soutien tout au long de ma recherche, mais aussi pour la confiance qu'il a placée en moi dans la réalisation de ce mémoire. Ses conseils et recommandations m'ont guidée tout au long de ce projet.

Je tiens également à remercier Christophe, ma famille, mes amis et mes collègues pour leurs encouragements et sans lesquels, je n'aurais pas réussi à terminer ce projet. Une mention spéciale à Coralie, Andréanne, Katherine, Laura et Laurence.

J'ai également eu la chance de pouvoir travailler en collaboration avec certains membres de l'Université de Sherbrooke. Je pense à Mme Lagueux du département de psychologie et à Roxanne Meilleure, candidate au doctorat de psychologie. Leurs conseils et leur soutien se sont avérés essentiels dans la réussite de ce projet.

Un grand merci au Y des femmes de Montréal pour leur collaboration, et sans qui je n'aurais pu réaliser cette recherche.

Enfin, je tiens à remercier le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) pour leur soutien financier qui a grandement contribué à rendre ce projet possible.

			.,

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative vise à explorer le vécu des femmes de 45 ans et plus avant séjourné en hébergement transitoire (hébergement de deux ans et moins) en partant de leur point de vue. Plus précisément, il s'agit de documenter, par l'entremise de sept entrevues semi-dirigées (n=7), si ce modèle d'hébergement a eu des effets positifs ou négatifs dans le parcours résidentiel et dans l'amélioration de la santé de ses utilisatrices de service. Cette démarche se veut avant tout exploratoire, dans la mesure où nous visons à faire émerger des pistes de réflexion sur l'hébergement transitoire en tant que moyen de prévention de l'itinérance et lieu d'intervention. La pertinence de cette recherche s'appuie sur trois constats: 1) l'aggravation du phénomène de l'itinérance chez les femmes de 45 ans et plus, et son impact sur la santé (CSF, 2012; Gélineau, 2013); 2) l'augmentation des demandes chez les femmes plus âgées pour les hébergements de transition (CSF, 2012); et 3) la rareté des écrits portant sur les femmes de 45 ans et plus en relation avec leurs expériences en hébergement de transition et post-hébergement. Afin de guider notre démarche, nous avons opté pour l'approche des déterminants sociaux de la santé en nous concentrant sur l'impact d'un déterminant en particulier : l'hébergement transitoire. Les concepts de l'exclusion, de l'intégration et de la réinsertion sociales ont été développés afin d'encadrer l'analyse des résultats en lien avec les problématiques présentées. Les récits des répondantes ont ainsi fait ressortir trois aspects clés de l'hébergement transitoire : un espace sécuritaire et à soi, le soutien et le temps. Ces éléments posent les assises d'un rétablissement et d'un cheminement personnel et résidentiel possible. Enfin, l'hébergement transitoire permettrait de mettre un frein à certains processus d'exclusion.

Mots clés: Hébergement transitoire, femmes de 45 ans et plus, déterminants sociaux de la santé, itinérance.

•		
		1

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
RÉSUMÉ	III
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	XIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	3
1.1. État de la question	3
1.2. Enjeux entourant l'hébergement pour femmes	5
1.2.1. L'itinérance et les femmes.	5
1.2.2. Les ressources d'hébergement	7
1.3. Obstacles systémiques à la stabilité résidentielle	9
1.3.1. Pénurie de logements abordables et sociaux	9
1.3.2. Discrimination dans l'accessibilité au logement et besoins non- comblés	10 11
1.5. Hébergement transitoire : critiques et enjeux	14
1.5.1. L'hébergement transitoire	14
1.5.2. Critiques et enjeux	16
1.5.3. Le programme de réinsertion sociale de la Résidence du Y des femmes	19
1.6. Conclusion : synthèse, question et objectifs de la recherche	22
1.6.1. Objectifs et question de recherche	22
1.6.2. Pertinence sociale de la recherche et retombées anticipées	23

CHAPITRE II. CADRE THÉORIQUE.	25 25
2.1. L'approche des déterminants sociaux de la santé	25
2.1.1. Les déterminants sociaux de la santé et les femmes	29
2.1.2. L'hébergement en tant que déterminant social de santé pour les femmes. 2.2. Concepts clés pour notre analyse.	31 32
2.2.1. Exclusion et intégration sociales	32
2.2.2. La réinsertion sociale et ses enjeux	37
2.3. Pertinence et prise en compte de ce cadre théorique	38
CHAPITRE III. MÉTHODE DE LA RECHERCHE.	39 39
3.1. La stratégie générale de la recherche	39
3.1.1. La recherche qualitative	39
3.1.2. L'entretien semi-dirigé	40
3.2. Considérations éthiques	42
3.2.1. Le consentement des répondantes	42
3.2.2. Les risques et avantages liés à la participation	43
3.2.3. Le respect de la confidentialité	44
3.3. Critères de sélection et échantillon de recherche	45
3.3.1. Le choix de l'échantillon.	45
3.3.2. Le recrutement des participantes	45
3.3.3. Le portrait sociodémographique des participantes	46
3.4. Analyse des données	50
3.5. Les forces et les limites de l'étude	52

CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	55 55
4.1. Le parcours de vie avant la demande à la Résidence	55
4.1.1. Les raisons du départ ou de la perte de logement	55
4.1.2. L'ajustement à une nouvelle réalité	59
4.2. La demande et le séjour à la Résidence	64
4.2.1. La Résidence plus qu'un toit : une réponse à des besoins	64
4.2.2. Le séjour à la Résidence	69
4.3. Le parcours suite au séjour à la Résidence	79
4.3.1. Le parcours résidentiel depuis le départ	79
4.3.2. Les défis actuels	81
4.3.3. Ce qui les aide à maintenir leur stabilité résidentielle	84
4.4. Synthèse des résultats	89
CHAPITRE V	95 95
5.1. Les femmes de 45 ans et plus et les mécanismes de l'exclusion	95
5.1.1. Les facteurs individuels fragilisants	96
5.1.2. Le rôle du contexte social et culturel	99
5.2. Les effets de l'hébergement transitoire sur les répondantes	102
5.2.1. Le séjour à la Résidence comme point de départ de l'intégration sociale	102
5.2.2. Ce que nous enseignent les défis du post-hébergement	106
5.3. Pertinence de l'hébergement transitoire	109
CONCLUSION	111
6.1. Retour sur notre projet de recherche par chapitre	111

6.2. Contributions de la recherche au niveau des connaissances scientifiques	113
6.3. Contributions de la recherche au niveau de la pratique	114
6.4. Recommandations.	115
ANNEXE A.	118
ANNEXE B.	119
ANNEXE C.	120
ANNEXE D.	121
ANNEXE E	122
RÉFÉRENCES	125

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1.1	Carte de la santé et de ses déterminants	27
Figure 2.1.2	Les facteurs influençant la santé mentale d'un individu	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	Caractéristiques sociodémographiques et résidentielles des répondantes au moment du séjour à la Résidence	47
Tableau 3.2	Sources de revenus antérieures et actuelles	48
Tableau 3.3	Lieu de résidence des répondantes au moment de l'entrevue	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AQG Association québécoise de gérontologie

CCLPES Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

CCP Commission canadienne de la personne

CDPJQ Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec

CERPÉ Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant

des êtres humains

CLSC Centre local de services communautaires

CNV Communication non-violente

CSBE Commissaire à la santé et au bien-être

CSF Conseil du statut de la femme

COOP Coopératives d'habitation

DSP Direction de la santé publique

DSPM Directeur de la santé publique de Montréal

DSS Déterminants sociaux de la santé

FMHM Fédération des maisons d'hébergement pour femmes

FRAPRU Front d'action populaire en réaménagement urbain

HLM Habitations à loyers modiques

ICIS Institut canadien d'information sur la santé

LASER Laboratoire de recherche sur la santé en région

MSSS Ministère de la santé et des services sociaux

OMS Organisation mondiale de la santé

OSBL-H Organisme sans but lucratif d'habitation

OTSTCFQ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et

familiaux du Québec

RAAN Regroupement des aidantes et aidants naturels

RANQ Regroupement des aidants naturels du Québec

RAPSIM Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal

RCSF Réseau canadien pour la santé des femmes

RQASF Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

SCHL Société canadienne d'hypothèque et de logement

SHQ Société d'habitation du Québec

TGFM Table des groupes de femmes de Montréal

UQAM Université du Québec à Montréal

UQAR Université du Québec à Rimouski

YWCA Y des femmes

INTRODUCTION

Ce projet de mémoire est né de notre expérience de travail dans un hébergement de transition pour femmes seules en difficulté à Montréal. Plusieurs aspects nous ont fait prendre conscience d'une dure réalité face à la réinsertion sociale pour les femmes de 45 ans et plus. En effet, à l'âge où nous sommes habituellement préoccupés par nos retraites, notre travail, nos familles, divers projets, etc., ces femmes se retrouvent dans des situations de stress continu, à savoir si elles vont trouver un logement abordable, permanent et adapté à leurs besoins. Au niveau des revenus, les programmes d'aide financière de dernier recours sont, pour la plupart, leur source principale de revenu, et le manque de qualification scolaire ou d'expérience de travail adéquat les empêche d'accéder à des offres d'emploi intéressantes. À cela s'ajoutent souvent l'absence d'un réseau de soutien social suffisant et des expériences de vie difficiles. Ces femmes se retrouvent donc confrontées à de dures réalités sur fond de barrières structurelles importantes (pénurie de logements sociaux, coupures dans les programmes sociaux, etc.), les exposant bien souvent au risque de l'itinérance.

C'est sur cette toile de fond que nous nous sommes questionnées sur le rôle que l'hébergement transitoire peut jouer au niveau du parcours résidentiel de ces femmes et dans l'amélioration de la santé de ses usagères à moyen terme. Rappelons que l'hébergement représente l'une des solutions temporaires proposées pour faire face à l'itinérance et qu'il constitue une porte d'entrée vers la réinsertion sociale. Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire est de documenter la réalité des femmes de 45 ans et plus post-hébergement transitoire en partant de leurs points de vue. Il s'agit de proposer une réflexion sur les services en hébergement transitoire et d'en connaître les effets subséquents le cas échéant.

Dans le premier chapitre, nous abordons la problématique de recherche en revenant sur les enjeux entourant l'hébergement pour les femmes à Montréal, puis nous interrogeons plus spécifiquement sur le modèle de l'hébergement transitoire.

Dans le deuxième chapitre, nous nous intéressons au cadre théorique qui a guidé notre démarche tout au long de ce mémoire. Nous y définissons l'approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) et nous posons l'hébergement transitoire en tant que déterminant social de santé. Afin de compléter l'approche des DSS et d'y incorporer des éléments de compréhension théorique, les concepts d'exclusion, inclusion et d'insertion sociale y sont également explicités.

Lors du troisième chapitre, nous abordons la méthodologie de recherche mobilisée pour encadrer notre démarche. Nous y présentons et justifions le choix de l'approche qualitative, les caractéristiques de l'échantillon, la démarche de collecte des données et la méthode employée afin d'analyser le matériel empirique collecté.

Par la suite, dans le quatrième chapitre, nous présentons les résultats de la présente recherche. Nous les exposons en respectant la chronologie des thèmes abordés lors des entrevues, c'est-à-dire : le parcours avant le séjour, la demande et le séjour en hébergement transitoire et enfin le parcours post-hébergement. Cette section se termine par une synthèse des résultats afin d'y voir plus précisément les effets identifiés de ce séjour chez les différentes participantes.

Enfin le cinquième chapitre est consacré à la discussion, c'est-à-dire à l'interprétation des données recueillies en fonction des objectifs de la recherche. Nous faisons état des réflexions que les résultats ont suscitées et nous y abordons de nouvelles pistes d'intervention. Finalement, nous terminons notre travail par une conclusion, dans laquelle nous émettons quelques recommandations.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre a pour but de faire une recension des écrits portant sur la situation actuelle et le rôle de l'hébergement transitoire pour les femmes de 45 ans et plus. Pour ce faire, nous présentons dans un premier temps quelques données démontrant la spécificité de la situation des femmes de 45 ans et plus. Par la suite, nous dressons un portrait des différents enjeux entourant la question de l'hébergement pour femmes à Montréal. Puis, nous explorons plus spécifiquement le thème de l'hébergement transitoire. Pour conclure, nous présentons une synthèse des objectifs ainsi que les questions de recherche auxquelles notre mémoire se veut contribuer.

1.1. État de la question

En 2010, au Québec, 50 % des personnes vivant sous le seuil qualifié de faible revenu¹ sont des personnes seules. (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLPES), 2010, p. 12) On observe par ailleurs que cette réalité touche en majorité les personnes de 45 à 64 ans mais aussi les femmes. (CCLPES, 2010, p. 13; Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2015) Selon l'étude longitudinale de Feng, Dubey et Brooks (2007), les personnes entre 45 et 64 ans courent un plus grand risque de pauvreté persistante² que tous les autres groupes

¹ Au Québec, les seuils de faible revenu (SFR) correspondent « à un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne. » (Statistiques Canada, 2015, 3)

² Feng *et al.* (2007) ont examiné les transitions d'entrées et de sorties de situations de faible revenu ainsi que la persistance de ces situations pour la population canadienne durant six années. D'après leurs résultats, « les personnes seules âgées entre 45 et 64 ans, celles ayant une limitation de l'activité,

d'âge en situation de faible revenu. C'est pourquoi la période entre 45 et 64 ans semble constituer une étape charnière. Ces situations de précarité sont générées par une combinaison de facteurs individuels, structurels et institutionnels. Ainsi, pour une personne, combiner l'inaccessibilité à l'emploi, un faible revenu et le fait de vivre seule constitue un terreau fertile vers l'exclusion. (CCLPES, 2010; Feng *et al.*, 2007; Gélineau, 2013)

Les membres du Conseil du Statut de la Femme (CSF) (2012) constatent une augmentation du nombre de femmes en difficulté³ (p. 6) et les intervenants du milieu communautaire dénotent un accroissement des personnes de 45 ans et plus touchées par l'itinérance. (Gélineau, 2013) Dans le réseau d'hébergement, cela se traduit par une augmentation des demandes et une prolongation des séjours pour les femmes en difficulté. (CSF, 2012) Les ressources de première ligne (refuges, maisons d'hébergement) et deuxième ligne (séjours de trois mois à deux ans) font partie des solutions mises en place pour contrer l'itinérance; toutefois, de nombreuses barrières structurelles se dressent sur le chemin vers la réinsertion sociale de ces femmes. Cela peut avoir un impact sur leur santé mentale et physique. Ces observations confortent la pertinence de la problématique traitée dans ce mémoire, à savoir de se questionner d'une part sur l'hébergement transitoire, en tant que moyen de prévention de l'itinérance et lieu d'intervention, et d'autre part, sur l'intégration des enjeux spécifiques que vivent les femmes de 45 ans et plus afin d'élaborer des programmes mieux adaptés.

les sans-emplois, les membres des minorités visibles et les décrocheurs ont tous un plus haut risque de persistance dans les situations de faible revenu (6 années sur 6). » (Feng et al., 2007, p. 4)

³ La Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM) (2015) relève que la plupart des femmes accueillies dans les hébergements vivent dans la pauvreté (94 %), sont seules (76 %), vivent un problème de santé mentale (82%), ont été victimes de différentes formes de violences (77 %), ont été délogées (51%) ou sont issues de l'immigration (65 %). (p. 10) Lors des cinq dernières années, 76 % de ces organismes ont observé une augmentation du nombre de femmes vivant un problème de santé mentale et 64 % ont constaté un accroissement de la proportion des femmes de 65 ans et plus. (TGFM, 2015, p. 12)

1.2. Enjeux entourant l'hébergement pour femmes

1.2.1. L'itinérance et les femmes

Actuellement, l'itinérance ne se résume plus à l'absence d'un logement stable pour un individu, mais est comprise en tant que processus de désaffiliation sociale. En ce sens, l'itinérance correspond non seulement à un problème d'instabilité résidentielle, mais également à un problème d'érosion du lien social. (Grimard, 2013, p. 150) Cette perspective est désormais intégrée dans la définition de l'itinérance⁴ adoptée par le gouvernement québécois, qui reconnait le rôle des facteurs individuels, institutionnels et structurels dans l'émergence de l'itinérance. Les auteurs du rapport sur l'itinérance au Québec paru en 2014 identifient trois formes d'itinérance, soit : situationnelle, cyclique, chronique⁵. Ils reconnaissent également qu'une analyse différenciée de la situation selon les sexes est importante. En effet, traditionnellement associée à un phénomène masculin, l'itinérance touche de plus en plus de femmes. (CSF, 2012; Laberge, Morin et Roy, 2000; MSSS, 2014b; Novac, 2006) En se basant sur une étude de Fournier (2001), le CSF estime que la proportion de femmes touchées par l'itinérance oscillerait entre 22,8 % et 40 %. (CSF, 2012, p. 9)

La prise en compte de la réalité des femmes est essentielle dans l'élaboration de programmes et de services adaptés à leur endroit (Fotheringham, Walsh et Burrowes,

⁴ L'itinérance désigne un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes. (Gouvernement du Québec, 2014a, p. 30)

⁵ Définition des trois formes d'itinérance : « 1) situationnelle, qui fait référence à la situation des personnes qui sont temporairement sans logement et qui, après avoir été un certain temps sans abri, parviennent à se reloger; 2) cyclique, qui fait référence à la situation des personnes qui alternent entre un logement et la vie dans la rue; 3) chronique, qui correspond à la situation des personnes qui n'ont pas occupé un logement depuis une longue période. » (Gouvernement du Québec, 2014a, p. 31 cité dans MSSS, 2014b, p. 4)

2014). Plusieurs résultats d'études (Gélineau et al., 2008; Plante, 2007; Scott, 2007) démontrent que les trois quarts des femmes du réseau de l'itinérance auraient vécu une forme de violence (agression sexuelle, violence psychologique et/ou physique) au cours de leur vie. Les résultats de l'étude de Ramji⁶ (2002) permettent de conclure que l'itinérance « is a significant women's health issue that seriously impacts women's emotional, mental, spiritual, and physical health. » (p. 4)

En plus de considérer l'itinérance comme un phénomène hétérogène et complexe, plusieurs auteurs soulignent le caractère mouvant de celle-ci. (Gélineau *et al.*, 2008; Plante, 2012; Scott, 2007) En ce sens, Plante (2012) considère l'itinérance comme « un processus en mouvement, marqué par des allers-retours, par des entrées et des sorties, par des périodes de stabilité ou d'instabilité résidentielles, etc. » Gélineau *et al.* (2008) et Plante (2012) identifient des facteurs de fragilisation⁷ et de protection dans les parcours de vie de ces femmes. Les facteurs de protection correspondent entre autres à : « l'accès à des ressources diversifiées, à un logement social, à un revenu adéquat, à un soutien social qui permet de briser l'isolement, à des programmes flexibles de formation et d'employabilité, etc. » (Plante, 2012)

Au plan des pratiques d'intervention, ces constats soulignent l'importance de prendre en compte autant le contexte de mouvance de l'itinérance, que les facteurs de protection qui y sont liés. Considérer ces éléments pourrait vouloir dire entre autres de faciliter l'accessibilité aux ressources d'hébergement. Toutefois, bien que ces facteurs de protection soient identifiés, les ressources semblent être parfois nettement insuffisantes, tel que démontré dans les sections suivantes.

⁶ Dans cette étude qualitative s'étant déroulée à Toronto, les chercheurs ont interviewé 126 femmes vivant différentes formes d'itinérance et ils se sont intéressés à leur perception de leur état de santé au sens holistique du terme.

⁷ L'auteur identifie quatre ensembles de facteurs pouvant fragiliser la situation des femmes : « 1) ceux liés à une problématique spécifique qui entraîne une escalade; 2) ceux associés à des rapports sociaux de sexe exacerbés, dont la violence faite aux femmes; 3) ceux révélateurs de la construction d'une culture d'errance; 4) ceux liés à l'appauvrissement. » (Gélineau et al., 2008, p. 29)

1.2.2. Les ressources d'hébergement

En premier lieu, qu'entend-on par hébergement ? Dorvil, Morin, Beaulieu et Robert (2002) définissent la notion d'hébergement en tant que :

[...] milieu de vie⁸ qui comprend une ou plusieurs caractéristiques suivantes : ce sont des résidences où les séjours ont une durée déterminée (limite de temps), des milieux de réhabilitation où sont organisées différentes activités de groupe, ou encore des milieux où les résidents sont supervisés dans leur quotidien par des responsables. (p. 500)

L'hébergement sous-entend également la présence d'une vie de groupe, notamment à travers le partage des espaces communs (cuisine, salles de bain, salon, etc.) et offre un espace privé limité (p. ex., une chambre, un lit). Ainsi, les premiers hébergements mis en place pour répondre au problème de l'itinérance étaient des refuges d'urgence. (Grimard, 2013, p. 153)

En 2013-2014, on comptait 1 263 lits d'urgence dans tout le Québec, répartis dans 41 ressources d'hébergement. À l'intérieur de ces 41 ressources, seuls 130 lits étaient réservés aux femmes, tandis que 967 lits étaient attribués à des hommes et 166 lits restaient des ressources mixtes. (MSSS, 2014b, p. viii) Il importe également de noter que 58,4 % des lits d'urgence se trouvent à Montréal et que sur les 1263 lits d'urgence au Québec, seuls 46 lits sont offerts dans des ressources exclusivement pour femmes, soit 3,6 % de l'offre globale. (MSSS, 2014b, p. 22) C'est pourquoi l'on observe un taux d'occupation moyen de 103,9 % dans les ressources réservées

⁸ La notion de milieu de vie fait référence au lieu physique qu'est celui de l'hébergement transitoire qui accueille des femmes en difficulté pour une période (pouvant aller de trois mois à deux ans) et dans lesquels la vie de groupe et l'organisation communautaire sont des dimensions importantes. Mais ce terme correspond aussi à un contexte d'intervention (Duval *et al.*,2007, p. 81). C'est un milieu dans lequel l'intervention formelle et informelle font parties du quotidien des résidentes (Relais femmes, 2009, p. 12). Dans ce travail, les termes d'hébergement et de milieu de vie vont être utilisés de façon interchangeable.

uniquement aux femmes contre 85,7 % dans celles des hommes. (MSSS, 2014b, p. 25)

C'est à partir de ce modèle d'hébergement que d'autres formules sont apparues pour répondre à la complexification des besoins et à l'évolution du contexte politique et social (affaiblissement de l'État-providence, désinstitutionalisation, etc.). (Grimard, 2013, p. 153) Ainsi, Roy et al. (2003) recensent cinq modèles d'hébergement communautaire classés en trois catégories distinctes : 1) les accueils et les gîtes de nuit; 2) l'hébergement de courte et de longue durée; et 3) le logement permanent avec soutien et le logement transitoire avec soutien. (p. 3) Selon le répertoire des ressources en hébergement communautaire et en logement social avec soutien communautaire (2014) du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), sont répertoriées : 700 places dans les refuges, près de 630 places en hébergement dont 225 sont réservées aux femmes et plus de 1 860 places en logement social avec soutien communautaire dont 200 places sont réservées aux femmes. (p. 1) Or, en 2012 le CSF dénombrait déjà que 23 976 demandes d'hébergement avaient été refusées par seulement huit organismes communautaires en raison du manque de place. La Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHM) (2015) souligne que près de 10 000 femmes sont refusées dans les maisons membres chaque année pour la même raison. Parallèlement, le CSF (2012) note qu'il existe seulement une ressource montréalaise d'urgence accueillant

⁹ Dans la section logement social avec soutien communautaire, le RAPSIM inclut les logements transitoires (12 mois et +), et permanents (RAPSIM, 2014, p. 1). Le logement social et communautaire « correspond à une formule de propriété collective qui a une mission sociale et ne poursuit aucune finalité de profit. Ses gestionnaires sont les offices d'habitation, les organismes à but non lucratif (OBNL) et les coopératives d'habitation (COOP). » (MSSS et SCHL, 2007, p. 6) Le soutien communautaire se définit quant à lui comme : « un ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à la référence, en passant par l'accompagnement auprès de services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, le support au comité de locataires et aux autres comités et l'organisation communautaire. » (MSSS et SCHL, 2007, p. 8)

spécifiquement des femmes de 50 ans et plus : la Maison Yvonne-Maisonneuve du Chaînon¹⁰ qui permet une capacité d'accueil de 15 places à long terme (p. 16).

En conséquence, nous pouvons noter que la prise en charge de ces populations en difficulté est principalement effectuée par des organismes communautaires et que chacun d'entre eux définit ses propres critères d'admission. Cela peut constituer des barrières dans le parcours de réinsertion de certaines femmes quand nous considérons le manque de places en ressources d'hébergement pour les accueillir. Enfin, le réseau d'hébergement en itinérance constate un alourdissement de sa clientèle et une précarisation grandissante de ces femmes et sur le marché du logement.

1.3. Obstacles systémiques à la stabilité résidentielle

1.3.1. Pénurie de logements sociaux et de logements abordables

Le Canada est l'un des rares pays au monde à ne pas avoir de stratégie nationale d'habitation. Les gouvernements fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux, de même que les organismes de la société civile (caritatifs et autres), ont mis sur pied divers programmes de financement qui demeurent ponctuels et à court terme et qui, selon les experts canadiens en logement, équivalent à mettre un diachylon sur une plaie géante. [Traduction libre du rapporteur de l'ONU (2009)], cité dans le Rapport du directeur de la santé publique de Montréal (DSPM), 2015, p. 38).

Au Canada, on estime que 18 % des ménages éprouvent des problèmes d'abordabilité¹¹ extrême (Gaetz, Gulliver et Richter, 2014, p. 4) et selon le dernier rapport du DSPM (2015), 26 % des ménages montréalais vivent en dessous du seuil de pauvreté (p. 15). Or, nous constatons que le parc locatif montréalais est de moins

¹⁰ Cette maison est réservée aux femmes de 55 ans et plus ayant séjourné au Chaînon, et offre 15 studios meublés. Pour en savoir plus : (http://www.lechainon.org/fr/nos-services/hebergement)

¹¹ « Par définition, on considère que les ménages qui doivent dépenser 30 % ou plus de leur revenu total pour se loger ont un problème d'abordabilité du logement. [...] Il s'agit d'une mesure relative qui reflète l'équilibre entre le revenu, les conditions de logement et le coût du logement. » (Statistiques Canada, 2016)

en moins abordable en raison d'une augmentation des loyers (33 % entre 2001-2014) et un manque de construction d'unités locatives (p. 18), et ce, surtout pour les personnes seules (p. 15). Pourtant, d'après la Société canadienne d'Hypothèque et de Logement (SCHL) (2013), les personnes vivant seules constituent le groupe qui devrait connaître la plus forte croissance d'ici 2020 en raison du vieillissement de la population (p. I-9).

En 2013, les logements sociaux et communautaires représentent 11 % de l'offre sur le marché des logements locatifs à Montréal. (DSPM, 2015, p. 20) À l'intérieur de ces 11%, les habitations à loyers modiques (HLM) représentent 21 555 unités dont plus de la moitié est réservée aux aînés et l'autre moitié aux familles. Les Organismes sans but lucratif d'habitation (OSBL-H) représentent 28 % de l'offre, soit 16 105 unités, les coopératives d'habitation 24 %, soit 13 640 unités, et enfin les logements publics non-HLM représentent 12 % de l'offre, soit 6759 unités. (DSP, 2015, p. 20) Il faut savoir que plus de 22 700 ménages étaient inscrits sur la liste d'attente pour un HLM en 2013 alors que seuls 2000 logements se libèrent chaque année. (DSPM, 2015, p. 20)

1.3.2. Discrimination dans l'accessibilité au logement et besoins non comblés

Étant donné que le parc locatif montréalais est de moins en moins large, les propriétaires peuvent se permettre une sélection approfondie de leurs candidats. Cela peut mener à des situations de discrimination, notamment à l'endroit des personnes itinérantes et des individus aux prises avec des troubles de santé mentale. (Dorvil et Guèvremont, 2013, p. 16) La Commission des Droits de la personne et de la jeunesse du Québec (CDPJQ) (2001) a également identifié d'autres motifs de discrimination dans l'accessibilité au logement, tels que le statut social, l'âge ou encore le handicap. Ces motifs de discrimination étaient à la base de 12 % de l'ensemble des plaintes traitées. (DSPM, 2015, p. 62) Pour les femmes à mobilité réduite, les choses sont

encore plus complexes. Cependant, les organismes ne relevant pas forcément ce type de caractéristique dans leurs statistiques, cela contribue à l'invisibilité de cet enjeu et à un sous-financement des infrastructures nécessaires afin d'accueillir et /ou de relocaliser les femmes à mobilité réduite. (CSF, 2012, p. 16) Le Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU) (2015) considère que la pénurie de logements adaptés placerait ainsi plusieurs personnes « en danger et représente une crise du logement à vie. » (p. 10) À cet effet, en 2011, 15 % de la population montréalaise vivait avec une incapacité physique et seulement 49 % d'entre elles habitaient dans un logement adapté. (DSPM, 2015, p. 67) Il faut comprendre que cette situation de non adaptation du marché du logement fait encourir à cette population spécifique des dépenses additionnelles, telles que le transport adapté, l'aménagement et les services à domicile, etc., ce qui contribue d'autant plus à la précarisation de leurs conditions de vie.

Force est de constater que l'ensemble de ces éléments amplifie le phénomène de concurrence existant entre les individus dans l'obtention d'un logement abordable (Waldbrook, 2013, p. 338) et contribue alors à les prédisposer à un risque accru d'itinérance.

1.4. Le logement comme déterminant social de santé et vecteur d'intégration

L'itinérance « n'est pas seulement un problème de logement, mais toujours un problème de logement. » (Gaetz et al., 2014, p. 3) Que représente le logement finalement? Bien au-delà d'un simple toit, se loger constitue un déterminant social de la santé incontournable de même qu'un droit (Dorvil et al, 2002; Morin et Dorvil, 2008; Hwang et al., 2011). La charte d'Ottawa¹² (1986) considère le logement

¹² Il s'agit de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, organisée à Ottawa. Adoptée le 21 novembre 1986, la Charte d'Ottawa visait à réaliser l'objectif de santé pour tous. Cette Charte reconnait que la santé des individus passe par certaines conditions préalables, telles que l'accès

comme une question de santé publique et reconnait le rôle que joue le logement dans l'amélioration de la santé. D'après une étude de McCracken et Watson (2004), les Canadiennes ayant un faible revenu sont plus susceptibles de vivre dans des conditions non sécuritaires et malsaines. (Bryant, 2009, p. 2) L'étude qualitative de Waldbrook (2013) révèle que d'anciennes itinérantes considèrent avoir été en moins bonne santé durant les périodes où elles étaient sans domicile (p. 348). Ainsi, accéder à un logement salubre correspond à « un point d'insertion dans un ensemble plus vaste : le logement situe les individus dans un environnement, souvent un quartier avec ses services, ses écoles, les possibilités d'accéder au travail et à un réseau social élargi. » (CDPDJ, 2003, p. 23 citée dans Morin, 2008, p. 1)

Dès lors, le logement devient une porte d'entrée vers la citoyenneté puisqu'il permet l'accessibilité aux autres droits fondamentaux. L'identité et l'expression de notre personnalité passent également par notre logement (Mikkonnen et Raphael, 2010, p. 29), ce dernier devenant en quelque sorte un marqueur de statut (Dorvil et al., 2002, p. 503). De plus, le fait de vivre dans un logement insalubre peut influencer notre santé physique et mentale (Bryant, 2009; DSPM, 2015), mais aussi nos relations sociales. C'est pourquoi le logement représente à la fois l'une des sources structurelles de l'itinérance et l'une des solutions pour y remédier. (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013, p. 6) L'accessibilité au logement constitue dès lors un enjeu de politique publique (Mikkonnen et Raphael, 2010, p. 29); le gouvernement québécois vient d'ailleurs de l'inscrire en tant qu'axe prioritaire de la politique nationale de lutte contre l'itinérance (Québec, 2014a, p. 34).

Le logement en tant que pierre angulaire des stratégies de prévention contre l'itinérance s'explique en grande partie par le fait qu'il peut être un facteur d'intégration et de lien social (Dorvil et al, 2002; Morin et Baillargeau, 2008). À cet

à un logement, à de la nourriture, à l'éducation, un certain revenu, à un traitement équitable, etc. (OMS, 1986).

égard, les études sur les populations marginalisées, telles que les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, sont les plus convaincantes. Récemment, l'exemple de *l'Approche du logement d'Abord* ¹³ représente un cas exemplaire de réinsertion par le logement répondant aux limites du *continuum résidentiel* ¹⁴ préconisé pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale. (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013, p. 17) Les participants de cette approche ont démontré avoir développé :

[...] une meilleure perception de leur qualité de vie, un meilleur sentiment de contrôle (Nelson et al., 2007), [avoir développé] un sentiment de sécurité (Padgett, 2007), et [percevoir] le support communautaire comme un levier important à leur rétablissement (Stanhope, Marcus, Solomon, 2009; Fitzpatrick-Lewis et al., 2011; Henwood, Stanhope, Padgett, 2011). (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013, p. 7)

Qui plus est, les taux de rétention résidentiels sont élevés et se situent entre 80 % et 90 %, et ils seraient au même niveau dans son équivalent Canadien, soit dans le cadre du projet At Home/Chez soi. (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013, p. 20)

Une réserve doit cependant être soulignée au niveau du logement en tant que vecteur d'intégration et déterminant social de santé. Selon les résultats de l'étude de McDonald *et al.* (2006) et de l'étude de Waldbrook (2013), l'accessibilité à un logement permanent ne signifie pas forcément la fin des conditions de vie précaires, ni une meilleure gestion des troubles émotionnels et anxieux. En effet, la plupart des personnes en difficulté ayant eu accès à un logement abordable, dépendent toujours

¹⁴ Le continuum résidentiel fait référence au modèle d'hébergement traditionnel développé au Québec depuis plus de trente ans afin d'intégrer les personnes ayant une maladie mentale grave dans la société. « Dans ce modèle, la personne est supposée progresser d'un type d'hébergement plus encadré à un autre qui l'est moins au fur et à mesure qu'elle acquiert de l'autonomie (Murphy et al., 1972). » (Piat et al., 2008, p. 249)

¹³ L'Approche du logement d'Abord (Housing First approach) a été développée aux États-Unis et s'appuie sur quatre principes : 1) choix par l'usager de son lieu d'habitation et du degré de services qu'il requiert; 2) les logements sont dans la communauté; 3) le logement est un outil de stabilisation, d'insertion et un droit. L'usager est un locataire à part entière; 4) le soutien social offert vise à aider la personne à rester en logement (Dorvil et Boucher Guèvremont, 2013, p. 19).

de l'aide financière de dernier recours et n'ont pas forcément d'emploi. Le marché du logement n'offre pas non plus toujours des logements salubres et adéquats permettant de se constituer un chez-soi et de mener conséquemment à un mieux-être. D'autres encore peuvent éprouver un sentiment d'isolement une fois en logement (Fotheringham et al., 2014). De ce fait, Waldbrook (2013) et Beaudoin (2014) préconisent le développement d'une offre diversifiée en matière de logement et d'hébergement. Cela permettrait d'offrir des services et un soutien social dans les réseaux formels ou informels, afin de mieux répondre aux besoins pluriels des usagers. Beaudoin (2014) met également l'emphase sur la prise en compte du genre dans l'élaboration des services. À titre d'exemple, les femmes itinérantes ayant un vécu de violence vont se sentir plus en sécurité dans un hébergement réservé aux femmes et vont préférer recevoir du soutien par une intervenante femme (Fotheringham, Walsh et Burrowes, 2014).

1.5. Hébergement transitoire : critiques et enjeux

1.5.1. L'hébergement transitoire

Avec l'évolution des problématiques, l'hébergement est devenu pour ainsi dire un dispositif de prise en charge des populations itinérantes et représente un levier d'intervention intéressant dans le cadre de stratégies préventives auprès de celles-ci. On note chez beaucoup de femmes le besoin d'être accompagnée vers la stabilité résidentielle. C'est dans cette optique que « des services de réadaptation et de réinsertion seront désormais proposés afin de soutenir les personnes dans leur transition vers une stabilité résidentielle (Grimard, 2011). » (Boucher Guèvremont, 2013, p. 15) Fotheringham et al. (2014) situent ce modèle dans le continuum of care, c'est-à-dire que cela « includes a series of step-by-step residential programs that provide different levels of service and treatment in an effort to prepare clients to

transition into permanent housing and reintegrate back into society (Goodfellow et Parish, 2000). » (Fotheringham et al., 2014, p. 837)

Novac et al. (2009) précisent qu'il n'existerait pas un seul, mais plusieurs modèles d'hébergement transitoire qui diffèrent en fonction de la population desservie et de l'organisme prestataire (p. 2). Selon ces mêmes auteurs, l'hébergement transitoire constitue l'étape intermédiaire entre les accueils d'urgence et le logement permanent en offrant un lieu sécuritaire avec un soutien social, ce qui permettrait aux participantes de « overcome trauma, [...] and begin to rebuild their support network (Nesselbuch, 1998). » (Novac et al., 2009, p. 2) L'hébergement est axé sur le développement de compétences personnelles et la vie communautaire. Les populations visées par ce type d'hébergement présentent des problématiques variables : difficultés liées à la santé mentale, toxicomanie, violence, pauvreté, scolarité insuffisante, etc. Il ne serait pas rare que les usagers soient aux prises avec plus d'une problématique, voire avec l'ensemble d'entre elles.

L'admission dans un hébergement dit de transition est souvent conditionnelle à l'acceptation par la personne de suivre le plan d'intervention proposé. Les résidents ne jouissent pas du même statut qu'un locataire et peuvent être expulsés en cas de non-respect de l'entente de départ ou de non-participation au programme. Il est également attendu des résidents qu'ils quittent les lieux à échéance de leur séjour (Novac et al., 2009, p. 3). Au-delà de ces principes, un changement au niveau personnel est attendu ce qui permettrait au résident le passage à un logement plus autonome et permanent (Ibid., p. 3). Enfin, l'obtention d'un logement autonome et permanent est souvent associée en quelque sorte à une « graduation » et à la réussite de son séjour (Ibid., p. 3). Or, tel que souligné plus haut, il existe des barrières systémiques mettant parfois à mal ce projet de logement permanent, ce qui a pour conséquence de possiblement replonger ses usagers dans la « spirale » de l'itinérance.

1.5.2. Critiques et enjeux

Dans les écrits scientifiques propres à ce domaine, il ressort deux types de critiques fréquemment rapportées en ce qui a trait à aux ressources d'hébergement transitoires. D'une part, on note des positions contradictoires face aux bienfaits de cette ressource : des auteurs se questionnent quant à la pertinence de celle-ci, alors que d'autres y voient des avantages certains. D'autre part, il ressort plusieurs limites au plan des méthodes de recherche utilisées pour évaluer l'efficacité de ce type de ressources. Ces limites ne nous permettent pas à ce jour d'avoir un portrait exhaustif des retombées de tels programmes.

Pour certains, l'hébergement transitoire en tant que réponse à l'itinérance reste controversé et peut être la conséquence de l'absence d'un nombre suffisant de logements sociaux et/ou de logements communautaires. (Novac *et al.*, 2009, p. 5) Également, certains soutiennent que les usagers peuvent vivre de la stigmatisation en lien avec leur lieu d'habitation ou encore que le financement devrait être alloué à des solutions plus permanentes. (Barrow et Zimmer, 1999, p. 310) D'autres reconnaissent que les individus aux prises avec de nombreux problèmes ont besoin de plus qu'un logement (p. ex., comprenant des services à domicile ou un suivi psychosocial à long terme).

Par ailleurs, ceux qui sont en faveur de ce type d'hébergement estiment qu'en plus de répondre à un besoin de logement, ce milieu de vie faciliterait un meilleur arrimage entre les services et les usagers. Par conséquent, cela permettrait aux participants de briser le cycle de l'itinérance. (Barrow et Zimmer, 1999, p. 310) Cependant, la participation à ce genre de programme ne garantit ni l'accès à logement permanent ni une amélioration de l'état de santé global de ces usagers. (Ibid., p. 311) Enfin, d'après Barrow et Zimmer (1999), l'hébergement transitoire jouerait tout de même un rôle dans la prévention de l'itinérance, mais à la condition qu'il s'inscrive dans un

continuum de ressources. Celles-ci incluraient d'une part l'accessibilité à un logement permanent, et d'autre part, des services socio-sanitaires au sein même de la communauté (p. 311). Il demeurerait également essentiel de développer différents modèles d'habitation afin de s'adapter aux différents besoins des clientèles.

Concernant les limites méthodologiques, différents indicateurs de réussite sont fréquemment utilisés dans le domaine des études évaluatives liées aux programmes d'hébergement transitoires. Les plus couramment cités sont : la diminution de la dépendance aux programmes d'aide financière, la réinsertion sur le marché de l'emploi et l'obtention d'un logement permanent. Les points de vue divergent lorsque vient le moment d'en prioriser certains.

Plusieurs auteurs soulignent que l'obtention d'un logement permanent est l'indicateur incontournable afin de mesurer le succès du programme, tandis que d'autres préconisent plutôt l'amélioration de l'état de santé de l'individu par le recours à des mesures à plus long terme (Novac et al., 2009, p. 9). De plus, d'autres chercheurs soulèvent des limites au plan des mesures utilisées. Novac et al. (2009) soutiennent que de nombreux éléments tant individuels que structurels sont difficilement quantifiables dans l'évaluation du succès d'un programme, tels que : l'estime de soi, les compétences professionnelles, l'accès aux ressources adéquates, l'amélioration du bien-être physique et mental, etc. (p. 11).

Pour leur part, Barrow et Zimmer (1999) relèvent des limites au niveau des devis de recherche fréquemment rencontrés dans ce champ d'études. Selon ces chercheurs, seules des études qui proposeraient des devis de type longitudinal (c'est-à-dire en ayant recours à des mesures sur le long terme) pourraient permettre de mesurer l'efficacité et la validité des programmes développés en ressources d'hébergement transitionnels. En effet, les programmes sont généralement développés à partir de l'idée que les services offerts durant le séjour vont outiller les participants pour faire

face à leurs expériences résidentielles post-hébergement. Ainsi, les études qui découlent de cette idée, donc qui proposent des devis de recherche de types pré-post hébergement, sont susceptibles de documenter les outils acquis en cours d'hébergement, mais elles vont peu documenter lesquels de ces acquis seront mis en pratique lors de la sortie de la ressource, et à plus long terme.

Actuellement peu d'études canadiennes se sont intéressées aux expériences des femmes en hébergement et post-hébergement (McDonald *et al.*, 2006, 2009; Waldbrook, 2013). De surcroît, les études sur les expériences en hébergement transitoire au Canada sont rares. Novac *et al.* (2009) recensent seulement deux études évaluatives de projets d'hébergements de transition pour les familles : Rice (1987)¹⁵ et Wiltshire (1993)¹⁶. Seule l'étude de Fotheringham, Walsh et Burrowes (2014) explore la question du rôle et de la signification de l'hébergement de transition pour femmes à Calgary¹⁷. Les résultats de cette étude qualitative révèlent quatre éléments

L'étude qualitative de Rice (1987) a évalué un programme destiné aux familles multiproblématiques (p. ex., dettes, comportement abusif auprès du voisinage et de leurs proches, difficulté avec la gestion du quotidien, etc.). Rice a suivi l'évolution de 25 familles participant à ce programme d'une durée de deux ans. Sur vingt-cinq familles, huit ont fait des progrès au niveau de leurs compétences. Toutefois, bien que les familles s'étaient fait promettre que l'achèvement du programme les mettraient en priorité sur les listes d'attentes pour un logement subventionné, seule une famille est allée dans un appartement à loyer modique. Les résultats de cette recherche permettent de conclure que les familles ne devraient pas être obligées de participer à ce genre de programme mais avoir accès à des logements subventionnés. Leurs stabilités résidentielles devraient être appuyées par des services de soutien de type transitionnelle, c'est-à-dire que ceux-ci diminueraient progressivement au cours du temps.

L'étude qualitative de Whiltshire (1993) a procédé à l'évaluation d'un projet d'hébergement transitoire destiné aux demandeurs d'asile ou aux réfugiés parrainés par le gouvernement. Ce service était offert aux personnes identifiées comme ayant des besoins de soutien supplémentaires. Onze ménages ont été installés dans des logements gérés par le même organisme durant un an. Afin d'évaluer le programme, Whiltshire a effectué 18 entrevues individuelles auprès des participants du programme, des employés et des membres du conseil d'administration du projet. De plus, la chercheure a organisé une entrevue de groupe composé de six personnes. Les résultats de son étude ont permis d'arriver aux conclusions suivantes : les familles ont de façon générale apprécié la qualité des services et du logement obtenus; le programme a permis l'intégration des familles dans la communauté; et enfin le projet ne devrait pas se terminer par la relocalisation des familles après un an. Wiltshire conclut que les ménages de réfugiés bénéficieraient plus d'obtenir un logement permanent avec des services de soutien plus ou moins informel.

¹⁷ Cette recherche repose sur une méthode participative, l'utilisation de *photovoice* et des focus groupes composé de 9 femmes ayant vécu de l'itinérance. Les participantes de l'étude se sont engagées

clés et recherchés par les usagères de l'hébergement transitoire pour femmes : la sécurité, la proximité d'une communauté de femmes, le soutien et le temps (p. 846). Au niveau des éléments négatifs, sont ressortis : le manque de respect par l'équipe de travail, l'inadaptation des lieux physiques, les contraintes que présentaient les règlements et le programme. La plupart des femmes interrogées reconnaissent qu'elles n'auraient pas pu passer de la rue à un logement permanent sans une étape intermédiaire. Cette étape leur a permis d'avoir un temps pour s'adapter et se rétablir.

1.5.3. Le programme de réinsertion sociale¹⁸ de la Résidence du Y des femmes

Le Y des femmes de Montréal (YWCA Montréal) est un organisme communautaire ¹⁹ offrant depuis de nombreuses années un programme de réinsertion sociale d'une durée de deux ans s'adressant aux femmes de 18 ans et plus aux prises avec des difficultés. Par « difficulté », il faut entendre ici pauvreté, trouble de santé mentale, violences subies de différentes formes, isolement social, etc. Le programme est chapeauté par le département des services résidentiels composé d'une équipe de cinq intervenantes ²⁰ et les personnes participant au programme habitent la Résidence.

Le programme vise à aider des « femmes [...] qui désirent entreprendre une démarche de réinsertion sociale dans un milieu de vie sécuritaire et à prix abordable, axé sur la vie communautaire. » (YWCA, 2017) Ce programme de réinsertion se concrétise à

L'expression « programme de réinsertion sociale » désigne l'offre de services proposée par l'organisation du YWCA de Montréal dans le département des services résidentiels. C'est pour cette raison que nous utilisons cette expression.

ex., psychologie).

dans un processus de réflexion de 10 semaines autour de leurs expériences dans le programme d'hébergement transitionnel du Y des femmes de Calgary (YWCA) puis de leurs expériences actuelles en logement permanent. L'offre de service du YWCA Calgary diffère de celle du YWCA de Montréal. Pour plus d'information, vous pouvez vous référer au site suivant : (http://www.ywcalgary.ca/)

¹⁹ Le YWCA Montréal est un organisme communautaire regroupant quatre départements : les services résidentiels, les services d'employabilité, les services jeunesse et les services à la communauté. Dans le même bâtiment se trouvent un hôtel, une auberge de jeunesse et une garderie. Pour plus d'informations sur l'organisme, vous pouvez vous référer au site web suivant : (http://www.ydesfemmesmtl.org/)
²⁰ Les intervenantes ont généralement une formation en travail social ou dans un domaine connexe (p.

travers l'élaboration d'un plan d'intervention avec l'intervenante assignée à la résidente, un suivi psychosocial individuel hebdomadaire d'une heure, la participation à des activités de groupe et/ou ateliers²¹ sur le développement de compétences personnelles et comprend la possibilité d'avoir un suivi individuel posthébergement d'une durée de six mois.

Il ne s'agit pas d'une ressource d'hébergement 24 h, c'est-à-dire que les intervenantes ne sont pas présentes les nuits et les fins de semaine. Toutefois, les résidentes peuvent demander au personnel de la réception de l'hôtel de contacter une intervenante sur appel en cas de besoin. Un étage du bâtiment est réservé aux résidentes et l'accès est interdit aux hommes, sauf les membres du service de la maintenance qui assurent des rondes de surveillance la nuit. La Résidence a une capacité d'accueil de 34 femmes.

Les participantes du programme disposent d'une chambre individuelle meublée et doivent partager les espaces communs (cuisine, salles de bain, salon). Elles doivent faire leur épicerie et être capables de préparer leur repas. La prise de médicament n'est pas supervisée. Une banque alimentaire est distribuée une fois par semaine au coût d'un dollar. Les femmes désireuses de participer à ce programme doivent répondre à certains critères :

1) avoir atteint 6 mois d'abstinence dans le cas d'un problème de consommation ou de dépendance; 2) démontrer une autonomie de base, c'est-à-dire être en mesure de fonctionner au quotidien (repas, hygiène, avoir la capacité d'aller chercher de l'aide au besoin, etc.; 3) avoir un suivi médical/psychosocial, si nécessaire; 4) fournir deux références lors de l'entrevue de sélection; 4) vouloir et être en mesure de participer aux activités liées au programme de réinsertion sociale. (YWCA, 2017)

²¹Quelques exemples d'ateliers proposés et animés par les intervenantes : le deuil (7 à 8 séances); Santé/bien-être : 7 séances touchant aux thèmes du budget, de la sécurité alimentaire, etc.; ou encore la communication non violente (CNV) : atelier de 8 séances, s'appuyant sur la méthode développée par Rosenberg (Ph D. en psychologie clinique).

Suite au processus de sélection (entrevue téléphonique et une entrevue en personne en présence de deux intervenantes), l'évaluation de la candidature fait l'objet d'une décision clinique de l'équipe de la Résidence.

À échéance du séjour, les femmes doivent être en mesure de vivre de façon autonome dans leur logement, et peuvent bénéficier d'un suivi post-hébergement auprès d'une intervenante d'une durée de six mois afin d'effectuer une transition plus douce vers l'autonomie. Ce suivi au terme de l'hébergement peut prendre la forme d'une rencontre d'une heure toutes les deux semaines entre la résidente sortante et l'intervenante qui l'a suivie tout au long de séjour.

Dans le but d'assurer un cheminement résidentiel, le Y est également propriétaire de trois projets d'habitation abordables et permanents avec soutien communautaire. Ces logements sont réservés aux femmes : les Jardins du Y des femmes, Maison Brin d'Elles et Projet St-Michel. Seules les femmes ayant séjourné à la Résidence depuis au moins une année sont admissibles à ces logements. Toutefois, le nombre élevé de demandes pour ce type de logement et le faible nombre de départ des locataires ne permet pas d'offrir cette opportunité à l'ensemble des femmes ayant participé au programme de réinsertion sociale.

Depuis quelques années, l'équipe de la Résidence a remarqué qu'il est plus difficile pour les femmes de plus de 45 ans de se reloger à l'intérieur de ce délai de deux ans. Il n'est pas rare que le séjour à la Résidence soit prolongé afin d'éviter à la résidente de se retrouver à nouveau à la rue ou dans les centres d'hébergement d'urgence. C'est dans cette optique que nous souhaitons documenter les réalités de ces femmes et tenter d'apporter des pistes de réflexion sur l'hébergement en tant que milieu de vie et lieu d'intervention.

1.6. Conclusion : synthèse, question et objectifs de la recherche

Ce premier chapitre nous a permis de présenter plusieurs éléments de contexte dans lesquels la présente recherche se situe. Conséquemment, nous avons pu constater qu'il existe une augmentation de la proportion de femmes de 45 ans et plus en situation de grande précarité. Beaucoup d'entre elles sont confrontées à des barrières structurelles ne prenant pas en compte la spécificité de leur situation : pauvreté, besoin de sécurité, pénurie de logements sociaux et adaptés, isolement social, etc. Ainsi, l'ensemble de ces éléments démontre que la question de l'hébergement pour femmes en difficulté touche à une myriade de problématiques connexes : itinérance, problèmes de santé, difficultés d'accès au logement et à l'emploi, etc. Dans ce mémoire, nous portons une attention particulière à certaines de ces problématiques touchant de près ces femmes, à savoir celle liée à l'hébergement transitoire et celle de l'accessibilité au logement.

1.6.1. Objectifs et question de recherche

La présente recherche, de nature compréhensive et exploratoire, a pour objectif principal de se questionner sur le rôle que l'hébergement transitoire joue dans l'amélioration de la santé de ses usagères et sur leur parcours résidentiel subséquent. Cette recherche se penche spécifiquement sur l'expérience de femmes de 45 ans et plus ayant séjourné à la Résidence du Y des femmes de Montréal. Nous nous intéressons, à travers le vécu propre de ces femmes, aux effets que ce séjour aura pu avoir sur celles-ci, et ce, tel que rapporté par celles-ci. Par « effets », nous faisons référence aux changements, avantages ou aux apprentissages perçus par les résidentes²², résultant de l'hébergement transitoire (suivi psychosocial, activités proposées et milieu de vie dans lequel elles ont évolué). Comme nous nous

²² Notre définition d'« effet » est inspirée de la définition proposée par Carrier S., Morin P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L., et Beaudoin, M.-P. (2013), « Le modèle écossais », p.11.

intéressons aux effets du passage en hébergement transitoire sur la stabilité résidentielle, nous allons nous intéresser aux parcours résidentiels de ces femmes. Cette notion correspond au cheminement linéaire ou non que les femmes ont effectué en appartement, hébergement, etc. au cours de cette période. Nous allons ainsi chercher à identifier les périodes de stabilité, d'instabilité, d'allers-retours que les femmes auront pu expérimenter.

Ainsi, la question générale de recherche s'articule comme ceci :

• Quels sont les effets du séjour à la Résidence sur les femmes de 45 ans et plus, au niveau de leur santé et de leur parcours résidentiel ?

Cette question de recherche a été abordée auprès des participantes en tentant d'explorer leur vécu de manière séquentielle, c'est-à-dire : avant, pendant, après séjour. C'est également cette approche séquentielle qui guidera la présentation des résultats, de même que la discussion.

1.6.2. Pertinence sociale de la recherche et retombées anticipées

Pertinence sociale: La pertinence de cette recherche s'appuie d'une part sur trois constats issus de la présente recension de la documentation scientifique, soit: 1) l'aggravation du phénomène de l'itinérance chez les femmes de 45 ans et plus et de son impact sur la santé; 2) l'augmentation des demandes chez les femmes plus âgées pour les hébergements de transition; et 3) la rareté des écrits portant sur les femmes de 45 ans et plus en relation avec leurs expériences en hébergement de transition et post-hébergement. D'autre part, l'étude ici proposée est d'autant plus pertinente, car elle est issue de préoccupations directement tirées du milieu de pratique²³. Il n'est pas rare que le séjour à la Résidence soit prolongé afin d'éviter à la résidente de se

²³ Il s'agit de préoccupations mentionnées lors des réunions cliniques de l'équipe de la Résidence. Ces réunions ont lieu une fois par semaine.

retrouver à nouveau à la rue ou dans les hébergements d'urgence. Ce constat appuie l'importance de mieux documenter les impacts de l'hébergement transitoire auprès de ces femmes.

Retombées anticipées: En tant que future travailleuse sociale, une meilleure connaissance et prise en compte des enjeux auxquels sont confrontées ces femmes nous paraît essentielles afin de favoriser des retombées intéressantes au plan des pratiques. Cela peut non seulement contribuer à l'amélioration des interventions auprès de cette population, mais aussi nous aider à développer des interventions/programmes/services plus adaptés. Par extension, cela nous permet de nous interroger sur l'impact et le rôle du travail social auprès de cette population.

Finalement, ce mémoire devrait permettre de documenter modestement différents aspects des réalités vécues par ces femmes, à partir de leurs points de vue et perceptions, et d'amorcer une réflexion sur l'hébergement transitoire en tant que milieu de vie et lieu d'intervention auprès de cette population. Une telle démarche pourrait aussi permettre de débuter une réflexion quant à l'état actuel des politiques à l'égard des femmes en difficulté.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre a pour objectif de poser les assises théoriques de notre mémoire. Nous présentons dans un premier temps l'approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) qui est au cœur de notre démarche. Tout en conservant une perspective globale, nous portons une attention particulière aux DSS et leurs effets sur la santé des femmes. Dans un deuxième temps, nous présentons les concepts clés de notre recherche : exclusion, intégration, réinsertion sociale en tant que ramification et opérationnalisation de l'approche des DSS.

2.1. L'approche des déterminants sociaux de la santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015), les DSS correspondent aux « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. » Pour Dorvil (2007), « parler de déterminants sociaux de la santé, c'est vouloir dépasser le strict point de vue biomédical et se placer dans la perspective holiste, ouverte par Marcel Mauss, en considérant la santé comme un fait social total. » (p. 22) En ce sens, les déterminants de la santé sont des facteurs sociaux qui ont un impact sur notre état de santé; la santé est ainsi le produit d'une interaction continue entre l'individu et son environnement. (MSSS, 2012) Parmi ces facteurs, nous retrouvons : les conditions de vie et de travail, le revenu, le logement abordable et sécuritaire, le statut social, le soutien communautaire, le réseau familial et social, etc.

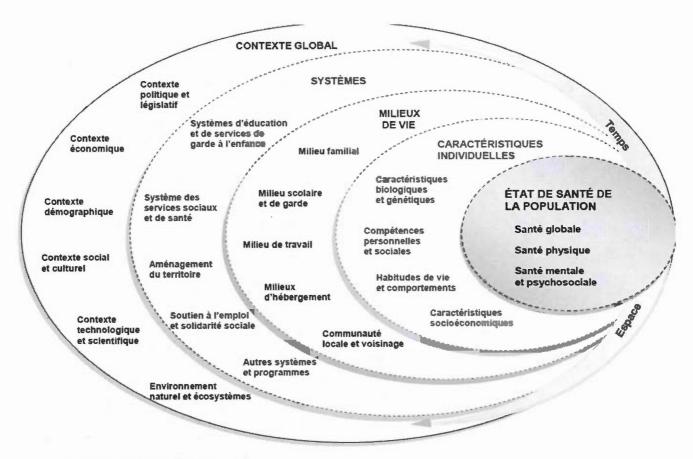
Au Québec, la conception de la « santé » s'appuie sur la position de l'OMS. En effet, la santé se définit non pas par la seule absence de maladie, mais représente « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (Québec, 2015, chap. S-4.2, art. 1) Or, plusieurs études longitudinales (OMS, 2010) et épidémiologiques (Wilkinson et Pickett, 2013) ont démontré qu'il existe un *gradient de santé*. Cette notion fait référence au lien existant entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Plus une personne est au bas de l'échelle sociale, plus sa santé serait susceptible d'être fragilisée. Autrement dit, derrière la notion de *gradient social* se cachent les inégalités sociales de santé, celles-ci peuvent se comprendre comme étant l'ensemble des relations ayant un impact sur la santé d'une population et « suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. » (NDE, cité dans Wilkinson et Pickett, 2013, p. 35)

Ainsi, la répartition inégale des déterminants influençant notre santé n'est pas un phénomène « naturel », mais bien un fait social lié à nos choix politiques, économiques et sociaux (Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS), 2009). En reconnaissant que notre santé est construite socialement, nous pouvons décider d'agir sur ces inégalités socialement construites. C'est également reconnaître que l'environnement de la personne joue un rôle déterminant dans la protection et le rétablissement de celle-ci. C'est pourquoi, adopter une approche des DSS en travail social permet une compréhension globale de la santé et d'interroger le rapport entre l'individu et la société. (Carle et al., 2014)

Selon le cadre conceptuel des DSS proposé par le MSSS (2012), il existe quatre grands champs de déterminants : le contexte global (politique, législatif, économique, social et culturel), les systèmes (programmes sociaux, aménagement du territoire, etc.), les milieux de vie (famille, hébergement, etc.), les caractéristiques individuelles (biologiques, compétences sociales, statut social, etc.) (MSSS, 2012). Le Ministère a

conceptualisé la santé et ses déterminants sous la forme d'une carte de la santé, telle que présentée ci-dessous :

Figure 2.1.1 : Carte de la santé et de ses déterminants

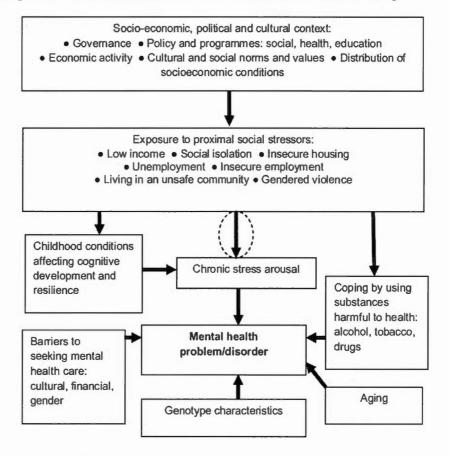


(Source: MSSS, 2010, p. 9)

D'après l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2013), « chacun de ces déterminants comporte différentes facettes, lesquelles joueront un rôle différent selon la personne, la situation et le contexte. » (p. 20) Sans oublier le fait que l'ensemble de ces déterminants et niveaux sont interreliés. (Carle et al., 2014) Ainsi, en adoptant ce type d'approche, « il devient possible de défragmenter le monde médical en réunissant l'ensemble des éléments

entourant la santé et ainsi permettre de penser le lien entre l'individu, l'environnement, le social et le politique. » (Carle, 2015, p. 23) En citant Fisher et Baum (2010) et Patel *et al.* (2009), l'OTSTCFQ (2013) soutient que l'interaction de certains de ces déterminants avec les caractéristiques personnelles comporte le risque d'induire un état de stress chez l'individu. À force de persistance et d'intensité face à ce contexte, des problèmes de santé et de santé mentale peuvent apparaître (p.19). La figure 2.1.2 proposée ci-dessous par Fisher et Baum (2010) illustre les interactions entre le contexte global, les stresseurs sociaux et les caractéristiques d'un individu.

Figure 2.1.2. Les facteurs influençant la santé mentale d'un individu [schéma adapté de celui proposé par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé].



(Source : Fisher et Baum, 2010, p. 1059)

En ce sens, Otero (2003) mentionne qu'en santé mentale, il est communément accepté que le stress environnemental joue un rôle important sur le niveau de bien-être d'un individu. Ce stress correspond entre autres à l'instabilité des différentes sphères de la vie. Castel (2004) concède que nous nous situons dans une période où les individus font face à beaucoup plus d'incertitudes qu'auparavant (p. ex., en matière d'emploi, de revenus, d'accessibilité au logement, etc.), ce qui est une source de stress non négligeable. La pauvreté²⁴ est reconnue à titre de facteur important qui influence l'état de santé d'une population, ou plus encore, l'apparition de maladies. Ne dit-on pas : « mieux vaut être riche et bien portant que pauvre et malade²⁵ ? »

Les déterminants sociaux sont donc des facteurs qui configurent l'état de santé d'une personne, tant en amont qu'en aval. (Carle et al., 2014) L'intervention devrait ainsi aller au-delà des caractéristiques individuelles, et nous permettre d'essayer de trouver des solutions plus durables, dépassant la seule dimension individuelle. En considérant l'ensemble de ces facteurs à titre de cadre de référence de notre analyse, nous sommes en mesure de resituer l'individu dans un ensemble social, de façon à ce que nous puissions interroger davantage le rapport individu/société.

2.1.1. Les déterminants sociaux de la santé et les femmes

Actuellement, les politiques d'austérité et les modifications dans les politiques sociales au Québec contribueraient à la précarisation des conditions de vie des femmes. (Couturier et Tremblay-Pepin, 2015) Également, au Canada, les DSS seraient plus défavorables aux femmes qu'aux hommes. (Armstrong, 2009) La question des inégalités en matière de revenus, de statut social et d'hébergement seront ici exposées.

²⁴ La pauvreté peut se définir comme « un état caractérisé par la privation individuelle et sociale mettant en cause les possibilités de combler ses besoins (physiques, psychologiques et sociaux) et de développer les capacités permettant de mettre en œuvre ses aspirations. » (Roy *et al.*, 2012, p. .35) ²⁵ Citation de Francis Blanche, acteur et fantaisiste français (1921-1974).

Le revenu et le statut social sont des déterminants sociaux de la santé qui ont des impacts réels sur l'état de santé physique et mentale des femmes (OMS, 2009; Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), 2012; Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), 2016). Il suffit de penser au marché du travail auquel il faut toujours s'adapter et dans lequel les femmes occupent la plupart du temps des emplois précaires (temps partiel, faible rémunération, etc.). Rappelons qu'au Québec, le revenu médian des femmes constitue 68 % de celui des hommes. (FRAPRU, 2015, p. 3) L'étude de Bryant et al. (2009) démontre que les femmes disposant d'un faible revenu témoignent d'un moins bon état de santé que les femmes ayant un revenu plus élevé. En ce sens, Wilkinson et Pickett (2013) soulignent que les inégalités de revenu sont effectivement associées à la maladie mentale chez les femmes adultes. De surcroit, les femmes sont plus vulnérables à la dépression et aux troubles anxieux que les hommes. (OMS, 2009) D'ailleurs, Dorvil (2010) précise que la position socioéconomique a un impact sur la survenue, sur le vécu des troubles psychiques et leur développement, et aussi, sur le rétablissement des individus. À noter que parmi les personnes seules à faible revenu²⁶ au Québec, les femmes âgées entre 45 et 64 ans sont plus touchées en matière de troubles liés à santé mentale que les hommes. (MSSS, 2012)

En plus des inégalités de revenus entre les hommes et les femmes, les inégalités liées au genre accentuent l'impact négatif du statut économique sur la santé. Dans certains cas les inégalités entre les sexes peuvent prendre notamment la forme de violences perpétrées par un conjoint ou ex-conjoint (formes de violences variées). Également, force est de constater que les différentes formes d'agressions sexuelles touchent plus notablement les femmes que les hommes (OMS, 2009; Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) - Université du Québec à Rimouski (UQAR), 2015). Or, ces actes sont généralement associés à une multitude de problèmes de santé mentale

²⁶ Revenu après impôt, basé sur la mesure de faible revenu (MFR), laquelle correspond à la demie du revenu médian au Québec (MSSS, 2015).

chez les femmes, telles que la dépression, les troubles anxieux, les traumatismes, la détresse psychologique, etc. (OMS, 2009). À titre d'illustration, la violence conjugale est un contexte qui rend le milieu de vie inadéquat à l'épanouissement de la personne et propice au développement de difficultés liées à la santé mentale.

Qui plus est, les inégalités sociales entre les individus se traduisent généralement par des conditions variables d'habitation qui ont des répercussions directes sur la santé des personnes en situation de grande vulnérabilité (DSPM, 2015). En ce sens, Dunn et Hayes (2004) soulignent que le logement comprend sept dimensions influençant la santé des individus : les risques physiques (liés à la salubrité), la dimension économique (abordabilité et diminution des inégalités), la sécurité des lieux, la dimension psychologique (le sentiment de sécurité), la dimension sociale (les liens sociaux, le voisinage), la dimension politique (les politiques publiques d'abordabilité) et l'influence du milieu (notamment par l'accès aux services).

À Montréal les femmes locataires vivant seules sont plus nombreuses que les hommes (54 % contre 46 %), 51,9 % d'entre elles attribuent plus de 30 % de leur revenu à leur loyer et 24,3 % y consacrent plus de la moitié. (FRAPRU, 2015, p. 6) Le fait de consacrer une part aussi importante de son revenu au loyer restreint la capacité de la personne à subvenir à d'autres besoins essentiels ou encore de pouvoir choisir des conditions de vie acceptables. Ainsi, les conditions de logement sont un terrain où se vivent les inégalités sociales et de santé. (DSPM, 2015)

2.1.2. L'hébergement en tant que déterminant social de santé pour les femmes

Dans le cadre du présent travail, tout en conservant cette perspective globale de la santé en toile de fond, nous nous intéresserons plus particulièrement au milieu de vie en tant que déterminant social de santé chez es femmes seules de 45 ans et plus. En effet, l'hébergement constitue à la fois un milieu de vie et un lieu d'intervention

visant à agir sur l'amélioration du bien-être de ses participantes et à une réinsertion sociale par le logement. En travail social, agir sur les DSS signifie « réaliser des actions hors du champ spécifique de la santé [...] qui ont une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations. » (Dorvil, 2013, p. 75) Dans cette mesure, l'hébergement du Y des femmes peut, en plus de constituer un milieu de vie, constituer un lieu d'intervention pouvant avoir des effets positifs ou négatifs dans la trajectoire de vie de ses participantes. Le programme s'appuie sur plusieurs éléments : un soutien psychosocial, des activités /ateliers de groupe, une vie communautaire, le tout dans le but que la personne retrouve une autonomie, une stabilité résidentielle et un bien-être. C'est à travers ces éléments que l'hébergement sera analysé.

2.2. Concepts clés pour notre analyse

2.2.1. Exclusion et intégration sociale

L'hébergement transitoire du Y des femmes a pour objectif la réinsertion sociale, cela sous-entend que les participantes ont vécu ou vivent des situations de désinsertion ou de désaffiliation sociale. C'est dans cette mesure que nous devons nous interroger sur le sens de ces concepts et leurs mécanismes d'action. Dans le cadre de ce travail, nous privilégierons les concepts d'exclusion et d'intégration sociale. Ces notions nous permettent en quelque sorte d'opérationnaliser davantage l'approche des DSS, notre cadre d'analyse retenu. Rappelons que l'approche des DSS met en avant les interactions entre l'individu et son environnement ce qui génère des conséquences sur l'état de santé d'un individu. Ces échanges produisent, entre autres, des inégalités sociales de santé. Prenons par exemple le fait de perdre son emploi : cela provoque une perte de revenus, ce qui aura des impacts sur la capacité de l'individu à maintenir une même qualité de vie et, conséquemment, « l'exclura » du marché du travail. C'est pourquoi l'OMS (2010) considère l'exclusion comme un moteur des inégalités sociales de santé. Ainsi, dans ce mémoire avec les concepts d'exclusion et

d'intégration, nous cherchons à compléter cette réflexion (rapport individu/société) en analysant les processus à l'œuvre et pour mieux comprendre le parcours des résidentes.

Les processus d'exclusion sont situés dans un continuum d'inclusion et d'exclusion qui se traduisent par une inégalité dans l'accès à des ressources ou à des droits. (Lechaume, 2014) Ainsi, en faisant appel au concept d'exclusion sociale, nous souhaitons nous questionner sur notre société, ses valeurs, ses politiques, sa structure, etc., afin de mieux saisir l'individu dans un tout social dynamique.

Il existe une abondante littérature sur le concept d'exclusion sociale. Toutefois, dans ce mémoire nous considérons l'exclusion sociale comme un processus dynamique, ce pour quoi nous avons choisi d'adopter la définition proposée par Roy (2008) qui définit l'exclusion comme suit :

[...] un processus dynamique marqué par des étapes (non linéaires), des allersretours, des singularités venant du contexte et de l'histoire de vie, mais qui, globalement vont dans le sens d'un éloignement de la précarité, des pôles d'insertion, d'intégration, d'inclusion. (p. 19)

Cela n'est pas sans rappeler la perspective de Castel (2009) qui stipule que l'exclusion est l'aboutissement de trajectoires de vie différentes. Selon lui, « on ne naît pas exclu, on n'a pas toujours été exclu [...] l'exclusion nomme des situations qui traduisent une dégradation par rapport à une position antérieure. » (Castel, 2009, p. 342)

En voyant, l'exclusion comme un processus en mouvance, nous n'enfermons pas la personne dans un statut figé et une évolution est possible. Il s'agirait d'un processus dont nous faisons l'expérience et qui s'inscrit dans une trajectoire de vie. D'ailleurs, Gagnon *et al.* (2009) soulignent que l'exclusion se présente « comme l'aboutissement

d'une série de ruptures et de pertes (emploi, logement, famille...) ou encore comme le cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité (handicap, décrochage scolaire, difficultés d'accès au logement ou à la santé, etc.) » (p. 8) Ainsi, entre les pôles d'exclusion et d'inclusion, la personne se situe davantage dans une position de vulnérabilité, précarité, voire d'insécurité. Dans cette lignée, Groulx (2011) vient préciser le processus d'exclusion sociale :

[...] comme l'articulation et le jeu complexe des contraintes conjugales et familiales, de l'instabilité et de la précarité sur le marché du travail, de l'intermittence en emploi et d'une certaine fragilité émotive. Cet ensemble de contraintes exerce ses effets de façon plus prononcée dans les périodes de transition en déstabilisant souvent le cours des trajectoires, tout en érodant les conditions qui protègent de la pauvreté et de l'exclusion sociale. (Groulx, 2011, p. 38)

Ce passage met en évidence la complexité du processus d'exclusion et ses conséquences non seulement sur la capacité de l'individu à se protéger de la pauvreté et de l'exclusion sociale, mais aussi par extension sur sa capacité à assurer son bien-être. Les différentes sphères de la vie d'un individu s'entrecroisent et s'influencent entre elles, si bien que l'accumulation de pertes ou de contraintes peut avoir un impact sur son aptitude à se prémunir de cette précarité. Tout comme l'interaction entre les déterminants sociaux, les dynamiques de l'exclusion exercent une influence sur l'état de santé général d'un individu. En ce sens, Gagnon *et al.* (2009) soulignent que :

La précarité et l'exclusion entraînent une dégradation des conditions de vie, qui créent un environnement peu propice à une bonne santé (insalubrité, violence, insécurité; elles génèrent aussi de la honte, une dévalorisation de soi, favorisant à son tour des conduites à risque (toxicomanie, suicide, comportements violents), autant qu'elles engendrent de la détresse et de la souffrance. (p. 39)

Cet extrait nous permet d'observer les liens entre l'exclusion et ses répercussions sur les conditions de vie matérielles et sur la santé mentale d'un individu. De sorte que l'exclusion et la précarité deviennent des moteurs clairs des inégalités sociales de santé. Finalement, Billette et Lavoie (2010) présentent un modèle analytique de l'exclusion sociale :

[...] un processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources, à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents. Ces processus mènent à des inégalités et, éventuellement, à une mise à l'écart dans sept dimensions de la vie en société: 1) l'exclusion symbolique, 2) l'exclusion identitaire, 3) l'exclusion sociopolitique, 4) l'exclusion institutionnelle, 5) l'exclusion économique, 6) l'exclusion des liens sociaux significatifs et 7) l'exclusion territoriale. (p. 5)

À travers cette définition et les précédentes, il est possible de percevoir l'exclusion en tant que phénomène multidimensionnel pouvant toucher différents aspects de la vie. Il est vrai que nous pouvons vivre des formes d'exclusion à différents moments de nos vies, cela peut-être en lien avec l'âge, avec la perte d'un emploi, etc. Nous pouvons aussi traverser des périodes d'exclusion sans pour autant être « exclus ». Cette perspective met en lumière « la complexité des situations d'inclusion/exclusion et la diversité des situations sociales que nous pouvons occuper, parfois simultanément » (Billette et Lavoie, 2010, p. 6). Pour terminer, « les personnes qui finiront par vivre un état d'exclusion sont celles qui auront cumulé les événements d'exclusion dans différents domaines de leur vie, jusqu'à atteindre la limite de leurs ressources de résistances (personnelles, sociales, matérielles). » (Billette et Lavoie, 2010, p. 6)

Par ailleurs, le terme d'exclusion sociale induit bien souvent une opposition entre deux groupes : les inclus versus les exclus (Gagnon *et al.*, 2009). Or, selon cette conception de Billette et Lavoie (2010), nous nous apercevons que l'individu peut vivre des situations d'exclusion ou des processus d'exclusion tout en étant à « l'intérieur ». En ce sens, nous pouvons penser aux dynamiques de groupe qui se créent à l'intérieur même des ressources d'hébergement communautaires. Également,

le manque de ressources d'hébergement favorise une forme d'exclusion et de précarisation à l'endroit des personnes en difficulté.

Dans les écrits à ce sujet, l'idée d'exclusion nous ramène inévitablement à son opposé (intégration vs inclusion). La question de l'intégration nous renvoie, au-delà de la dimension individuelle, aux transformations sociales qui touchent les sociétés occidentales tant au niveau de la structure du marché du travail que de nos politiques sociales. (Poupart, 2004) Actuellement, nous assistons à une augmentation du nombre de personnes en situation de précarité. En se référant à Castel et Dubet, Poupart (2004) définit l'intégration sociale comme étant :

[...] la capacité pour une société donnée d'assurer une cohésion sociale en permettant aux groupes et aux individus qui la composent d'acquérir une place reconnue, c'est-à-dire d'avoir les ressources et les moyens nécessaires à l'obtention d'une certaine indépendance et autonomie. (p. 3)

Toutefois, avec la montée des « sociétés d'individus », l'intégration se voit confrontée à de nouveaux défis et ne peut plus être simplement associée au fait d'« avoir un travail, une famille, participer à des institutions dotées d'un statut permanent, dans un monde social qui paraissait relativement stable. » (Castel, 2004, p. 17) Pour Castel (2004), l'exclusion et l'intégration s'inscrivent dans un continuum de positions traversées « par des dynamiques transversales qui vont de l'intégration à l'exclusion ou à la désaffiliation et réciproquement. » À l'intérieur de ce continuum, les personnes agissent en fonction de contraintes et de ressources qui leur sont disponibles. De telle sorte que selon Poupart (2004), les individus doivent être considérés comme des acteurs sociaux posant des choix et des gestes en fonction de leur statut socioéconomique et de leurs capacités. Ainsi, nous nous éloignons d'une vision passive ou victimisante de l'individu confronté à des situations d'inégalité ou d'exclusion. L'analyse des situations se fera avec eux et non pour eux.

2.2.2. La réinsertion sociale et ses enjeux

Considérant que le programme de la Résidence du Y des femmes vise à la réinsertion sociale²⁷ de ses participantes, il s'avère important de définir plus précisément ce concept. Selon Castel (2004), la réintégration sociale correspond à : « un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit. » (p. 17)

Plusieurs enjeux découlent d'une telle perspective. Tout d'abord l'intervention devrait tenir compte avant tout de la conjoncture sociale de laquelle émergent ces difficultés, plutôt que de la simple prise en compte des déficits individuels de la personne. À titre d'exemple, avec la notion de précarité nous avons reconnu qu'il existe une nouvelle forme de pauvreté qui n'existait pas auparavant, laquelle serait directement le produit d'une modification de la structure du marché du travail (Castel, 2004). Il faut donc ici tenter de dépasser une vision trop « individualisante » du problème rencontré et rechercher les conditions d'émergence structurelles de telles situations afin de pouvoir mieux changer la donne. Dans le domaine de l'intervention, nous constatons bien souvent que les personnes sont amenées à vivre un « déficit global d'intégration »28. Bien que nous sachions que cela exige des réponses tant sur le plan individuel que structurel, l'intervention va souvent rester axée sur la mobilisation des compétences de la personne, afin que celle-ci puisse faire face à des situations aléatoires, voire incertaines telles que l'insécurité générée par les emplois précaires. (Castel, 2004) Conséquemment, le résultat de l'intervention va se circonscrire à la dimension individuelle. Comme le souligne Castel (2009) :

²⁷ Dans ce travail, il a été choisi d'utiliser le terme de réinsertion sociale en raison de son utilisation par la ressource d'hébergement. Toutefois, les notions comme l'intégration et la réintégration sociale apportent des éléments théoriques intéressants, c'est pourquoi nous nous y référons dans ce chapitre.

²⁸ Fait référence au fait que la personne n'est pas totalement exclue de nombreuses sphères de sa vie (travail, logement, etc.), mais n'est pas vraiment incluse non plus. (Castel, 2004)

[...] il semble plus facile et plus réaliste d'intervenir sur les effets les plus visibles d'un dysfonctionnement social que de contrôler le processus qui l'enclenche, parce que la prise en charge de ces effets peut s'effectuer sur un mode technique, tandis que la maîtrise du processus exige un traitement politique. (p. 349)

C'est pourquoi Billette et Lavoie (2010) insistent sur le fait que l'inclusion doit comprendre une dimension individuelle et collective. La collectivité doit tenter d'apporter des solutions et de favoriser la mise en place de moyens pour que chacun puisse trouver sa place.

2.3. Pertinence et prise en compte de ce cadre théorique

Choisir de préconiser l'approche des déterminants sociaux de la santé, de même que d'avoir recours aux concepts d'exclusion/inclusion, paraissait optimal afin de permettre d'obtenir un portrait plus global de la situation de ces femmes. Pourtant, tenter de mieux comprendre les impacts sur la santé de celles-ci par le biais d'éléments tels l'exclusion et l'intégration sociale, et ce, mis en lien avec la problématique de l'hébergement peuvent ne pas apparaitre d'emblée pour certains comme une évidence. En s'appuyant sur ces concepts, nous avons tenté d'apporter un éclairage théorique aux situations vécues rapportées par les participantes du programme de la Résidence du YWCA. Ce cadre de référence théorique nous a permis de porter une attention particulière à la dimension sociale des situations rapportées. C'est dans cette mesure que ce projet vise à interroger l'organisation des services offerts à la Résidence du Y des femmes à travers les yeux des principales concernées. De telle sorte qu'une réflexion puisse émerger au niveau de la conception de l'hébergement transitoire, tant sur le plan de son rôle que de ses effets possibles dans le parcours de vie de ses participantes.

CHAPITRE III

MÉTHODE DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre nous nous intéressons aux méthodes de recherche privilégiées dans le cadre de cette recherche. Dans cette section nous abordons la stratégie générale de la recherche, la méthode de collecte de données, les considérations éthiques, le choix de l'échantillon ainsi que l'analyse thématique des données. Nous terminons par les biais et les limites que comporte cette recherche.

3.1. La stratégie générale de recherche

3.1.1. La recherche qualitative

La présente recherche a pour but d'explorer le vécu des femmes de 45 ans et plus en hébergement transitoire, et ce, en partant de leur point de vue. Considérant la nature exploratoire de l'étude et de ses objectifs, l'approche qualitative s'est présentée comme une option toute désignée. En effet, cette approche de type compréhensif nous permet de privilégier les « significations que les individus donnent à leur propre vie et à leurs expériences » (Anadón, 2006, p. 15), et ce, à travers l'analyse « des processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle, ou sociale. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 10)

Ainsi, cette approche nous a permis de faire avancer l'état de nos connaissances sur le sujet, tout en tenant compte de nos objectifs de recherche. Mayer et al. (2000) nous rappellent que « la principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux » (p. 160) et « d'en tenir compte pour comprendre et interpréter leurs réalités. » (Poupart, 1997, p. 175) Autrement dit, il

s'agit d'une activité de production de sens. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 60) Ainsi, nous nous sommes positionnés dans un paradigme compréhensif. Ce cadre épistémologique repose sur trois principes :

- 1. [...] Le monde de l'homme n'est pas un monde objectif, il est un monde subjectif construit par sa sensibilité [...];
- 2. l'analyse des phénomènes étudiés vise à l'explicitation des significations et du sens final qui sont donnés par les acteurs impliqués [...];
- 3. l'accès aux significations données par les acteurs impliqués est possible grâce aux phénomènes d'empathie et de validation par l'échange [...] (Mucchielli, 2005, p. 30)

Selon Mucchielli (2005), la compréhension correspond à « l'accès au sens-pour-desacteurs des phénomènes observables ou appréhendables par des techniques d'expression. » (p. 30) Ainsi, l'approche qualitative de type compréhensive vise à accéder aux perceptions, aux sensations et aux impressions des individus. (Mucchielli, 2009) Conséquemment, cela nous a permis de documenter, de décrire les expériences individuelles des répondantes suite à leur passage en hébergement transitoire, tout en soulevant des pistes de réflexion en lien avec notre problématique de recherche.

3.1.2. L'entretien semi-dirigé

Dans la mesure où nous souhaitions donner une voix aux femmes de 45 ans et plus en hébergement transitoire, l'entretien semi-dirigé est apparu comme un choix logique de collecte de données. Celui-ci nous permet « d'entrer en contact direct et personnel avec des sujets pour obtenir des données de recherche. » (Daunais, 1992, p. 274 citée dans Mayer *et al.*, 2000, p. 116) Cette méthode reconnait aussi que l'interviewée est experte de sa situation et du sens qu'elle lui donne. Le choix de l'entretien individuel a été privilégié en raison de l'espace privé et sécuritaire qu'il offre. En effet, la répondante peut se sentir plus à l'aise d'aborder des sujets sensibles, nous pouvons

également explorer des thèmes plus en profondeur. Au-delà de cet accès direct à l'expérience de l'autre qu'offre l'entretien semi-dirigé, Savoie-Zajc (2009) stipule que :

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. (p. 340)

L'entrevue semi-dirigée présente donc un degré de liberté intéressant puisqu'elle donne l'opportunité à l'interviewée de s'exprimer dans ses mots et plus ouvertement (Van Campenhoudt et Quivy, 2011), tout en nous assurant d'aborder les thèmes nécessaires à notre recherche.

La grille d'entrevue utilisée a été construite par l'étudiante chercheure et a été révisée par la direction de la recherche (voir Annexe A). Cet instrument est structuré autour de trois thèmes séquentiels au niveau temporel : 1) les expériences de vie avant la Résidence; 2) les circonstances entourant la demande et le séjour à la Résidence; 3) l'après-séjour. En abordant, ces trois thèmes nous nous assurions de voir l'évolution de l'état de santé et du parcours résidentiel de la répondante au cours du temps. La durée de l'entrevue a été variable d'une répondante à une autre, allant de 45 à 90 min (durée moyenne de 60 minutes).

Lors de la cueillette des données, l'étudiante chercheure invitait les répondantes à raconter leurs expériences, et ce, de manière individuelle. Cela a permis de créer un cadre souple favorisant l'accès à leurs réalités en hébergement transitoire et au sens qu'elles y ont accordé. Une liste de sous-questions a été utilisée au besoin afin d'orienter et/ou recadrer la discussion lorsque nécessaire, toujours à partir de l'entrevue initiale créée. Ce type d'entrevue a permis de rendre explicite le sens de la perspective de l'autre (Savoie-Zajc, 2009) et de répondre au premier objectif de

recherche. Le choix du lieu de l'entrevue est resté à la discrétion de la répondante. Six d'entre elles ont décidé de la faire dans une salle de consultation du Y des femmes de Montréal bien que d'autres options leur aient été suggérées (p. ex., à leur domicile, dans un parc, une salle de consultation à la bibliothèque ou encore dans un café). Tandis que la septième a choisi de la faire chez elle. Dans tous les cas, nous nous sommes assurés que le lieu de l'entretien était silencieux et permettait la facilité de l'échange.

3.2. Considérations éthiques

Le projet a été approuvé le 9 mars 2016 par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) (voir Annexe B). Une lettre conditionnelle à l'approbation de ce projet a été remise par le YWCA Montréal à l'étudiante chercheure afin d'obtenir la liste des coordonnées des anciennes résidentes dont il disposait pour le recrutement (voir Annexe C).

3.2.1. Le consentement des répondantes

Un formulaire de consentement a été rédigé par l'étudiante chercheure afin de permettre une bonne compréhension du projet et de préciser les rôles et attentes de chacun des partis impliqués (voir Annexe E). Avant chaque entrevue, le formulaire a été lu conjointement par l'étudiante chercheure et la participante afin de répondre aux questions que celles-ci auraient pu avoir sur le projet. Lors de cette lecture, il leur était rappelé qu'elles pouvaient se retirer du projet en tout temps, qu'elles n'étaient pas obligées de répondre à l'ensemble des questions. Suite à cette lecture, les deux parties signaient le formulaire et une copie était remise aux répondantes afin qu'elles disposent des coordonnées de l'étudiante et de son directeur au besoin. Cette dernière étape venait valider la participation volontaire de la répondante. Enfin, précisons qu'aucune compensation financière n'était offerte en échange de leur participation.

3.2.2. Les risques et avantages liés à la participation

Un des risques que nous souhaitions minimiser pour les répondantes était de l'ordre du conflit d'intérêts. En effet, l'étudiante est à la fois chercheure pour l'UQAM et employée du YWCA. Cela aurait pu présenter un conflit d'intérêts potentiel ou apparent pour les participantes de la recherche. Nous avons donc cherché à réduire les risques de conflit ou d'influence indues au maximum.

Pour ce faire, nous avons appliqué strictement les principes du consentement énoncés ci-haut (notamment les articles 3.1 et 3.2 de l'énoncé d'éthique de la recherche avec des êtres humains), mais nous avons également tenu compte de cet aléa lors de l'élaboration des critères de sélection des participantes. Ainsi, les personnes intéressées, mais ayant été des clientes de l'étudiante ont été écartées du projet. Nous avons également demandé à ce que les répondantes potentielles aient quitté la Résidence depuis une période de six mois; et ce, en raison du fait que la période de six mois correspond à la durée du suivi post-hébergement possible avec une intervenante de l'équipe des services résidentiels. Une fois cette période dépassée, les anciennes résidentes n'ont habituellement plus de lien avec l'organisme. Cela permet un véritable recul sur leurs expériences et l'organisme, mais aussi de diminuer le risque de conflit d'intérêts.

Dans cette lignée, le Y des femmes n'a à aucun moment été impliqué dans le recrutement des participantes potentielles, ni informé de l'identité des répondantes sélectionnées afin de respecter la confidentialité et l'anonymat de celles-ci. Enfin, tout au long du déroulement du projet, les participantes avaient la possibilité de se retirer de l'étude sans justification.

Un autre risque possible était d'ordre émotionnel, certains thèmes ou questions abordés lors des entrevues pouvaient raviver des émotions négatives liées à leur passage à la Résidence et aux difficultés qu'elles vivaient à cette période. Face à ce risque, il était prévu que si nécessaire, les répondantes auraient pu être référées à l'accueil psychosocial du Centre local de services communautaires (CLSC) le plus proche ou au centre de crise du territoire correspondant. Toutefois, aucune participante n'a éprouvé ce genre d'inconfort. Les répondantes se sont senties à l'aise d'informer l'étudiante lorsqu'elles ne souhaitaient pas répondre à une question, ce qui a contribué au déroulement sans embuches des entretiens.

Un des avantages de l'étude est de donner une voix aux principales intéressées. D'ailleurs l'ensemble des participantes ont non seulement mentionné avoir été touchées de pouvoir participer, mais considéraient aussi leur participation comme une façon de redonner à ceux qui les avaient aidés et aux autres femmes qui pourraient bénéficier de ces services. La reconnaissance de leurs expériences et de ce que celles-ci pouvaient apporter aux suivantes était l'une de leurs motivations à participer à l'étude.

3.2.3. Le respect de la confidentialité

Chaque entrevue a été retranscrite sous forme de verbatim. Ces derniers sont conservés sur l'ordinateur personnel de l'étudiante et sont protégés par un mot de passe qu'elle seule connait. Ces documents seront détruits un an après le dépôt du mémoire. Afin de préserver l'anonymat des participantes, nous leur avons attribué des pseudonymes. Aucun extrait utilisé dans le présent mémoire ne permet la reconnaissance ou l'identification des participantes de façon directe ou indirecte. Seuls les formulaires de consentement contenaient des éléments identificatoires et c'est pourquoi ils sont conservés dans une filière fermée à clé au domicile de l'étudiante chercheure.

3.3. Critères de sélection et échantillon de recherche

3.3.1. Le choix de l'échantillon

Dans le cadre de ce projet, les personnes sélectionnées devaient être des femmes âgées de 45 ans ou plus au moment de leur séjour à la résidence du Y des femmes de Montréal. L'âge est un critère important dans notre démarche puisque nous cherchons à documenter spécifiquement les enjeux auxquels sont confrontées les femmes de cette tranche d'âge.

De plus, les répondantes retenues devaient avoir quitté la Résidence depuis au moins six mois. Cette période de six mois a été établie non seulement pour leur permettre d'avoir un certain recul sur leurs vécus à la Résidence, mais aussi afin de réduire les risques de conflits d'intérêts et pour des raisons éthiques. Dans cette optique, les anciennes clientes de l'étudiante chercheure ont été écartées du projet. Enfin, les répondantes pouvaient être francophones ou anglophones. Toutefois, seules des francophones ont participé au projet.

3.3.2. Le recrutement des participantes

Le recrutement des participantes s'est fait sur une base volontaire et s'est déroulé au mois de mars 2016. Différentes techniques ont été utilisées afin de rejoindre les participantes potentielles au projet. Dans un premier temps, l'étudiante chercheure a placé des affiches dans les trois projets de logements communautaires dans lesquelles le Y des femmes de Montréal est impliqué, c'est-à-dire : *Brin d'Elles, les Jardins du Y et Saint-Michel*. Dans un deuxième temps, l'étudiante a participé à un caférencontre aux Jardins du Y lors duquel elle a pu rencontrer des locataires et leur présenter directement le projet. Enfin dans un troisième temps, l'étudiante chercheure a rédigé et envoyé une lettre d'invitation par la poste à l'ensemble des anciennes

résidentes dont elle détenait les adresses (voir Annexe D). C'est cette dernière méthode qui s'est avérée être la plus efficace. En effet, à la suite de l'envoi des trentecinq lettres rédigées en anglais et en français, dix personnes ont contacté l'étudiante par téléphone. Lors de cet échange, une date d'entrevue a été déterminée pour neuf des dix personnes qui avaient contacté l'étudiante chercheure. La dixième personne n'a pas donné suite au projet. Sur les neuf personnes ayant une date d'entrevue, deux d'entre elles se sont retirées du projet avant la rencontre. Au total, sept entrevues ont été réalisées entre avril et mai 2016²⁹.

3.3.3. Le portrait sociodémographique des participantes

Dans cette section nous présentons les caractéristiques sociodémographiques et résidentielles des répondantes. Il s'agit de nous permettre d'avoir un portrait plus global des participantes afin de mieux situer nos résultats de recherche. Les données qui auraient pu permettre l'identification des répondantes ont été retirées, par souci de confidentialité (p. ex., nom réel, âge, etc.). Les données présentées ci-dessous restent vagues dans un souci de confidentialité vis-à-vis des répondantes. Le tableau 3.1 présente les caractéristiques sociodémographiques et résidentielles des répondantes durant leur séjour à la Résidence (âge, source de revenus, état civil, nombre de séjours en hébergement d'urgence, etc.). Nous pouvons constater une certaine homogénéité au sein de notre échantillon. On observe la prédominance d'un vécu de violence (5), d'un même état civil (5), de la pauvreté (7), et de la dépression (4).

²⁹ Au départ, nous visions un échantillon de huit personnes (n=8), mais nous n'avons pas été en mesure d'obtenir une huitième entrevue. C'est donc pour des raisons pratiques et de terrain que nous avons décidé de nous arrêter à sept entrevues.

Tableau 3.1: Caractéristiques sociodémographiques et résidentielles des répondantes au moment du séjour à la Résidence

Dominique	Cécile	Aïcha	Françoise	France	Zara	Geneviève	Répond- antes
45-50	50-55	45-50	55-60	45-50	50-55	50-55	Âge
Séparée	Séparée	En couple	Célibat- aire	Séparée	Séparée	Séparée	État civil
0	_	0	2	0	ω	2	Enfants
Aide sociale	Aide sociale	Solidarité sociale/ PAAS	Aide sociale	Aide sociale	Aide sociale/ Reprise du travail pendant le séjour	Solidarité sociale/ PAAS	Sources de revenus
Secondaire	Collégial	À l'école	Secondaire	Secondaire	Secondaire	Secondaire	Niveau d'études
Dépression majeure	Dépression	Épuisement	Insomnie chronique	Épuisement Dépression	Dépression	Diagnostic en santé mentale	Problèmes de santé
Perte d'emploi, rupture	Violence conjugale	Déficience intellectuelle Immigration	Alcoolisme Violence en résidence de soins	Violence conjugale, secte	Violence conjugale, Immigration	Violence conjugale	Autres Problémati- ques
Hébergée temporaire- ment chez une amie et son ex-conjoint	Maison avec son conjoint	Appartement avec son conjoint	En résidence de soins	Maison avec son conjoint	En appartement avec son conjoint dans son pays d'origine Au Québec, en location à la semaine	En appartement avec son conjoint	Lieu de résidence passé
0	2	3	1	1	U ₁	2	Séjours en hébergement avant la Résidence
l an et -	l an et -	2 ans	l an et -	2 ans et +	1 à 2 ans	2 ans	Durée du séjour à la Résidence

La prépondérance de la précarité financière est très marquée au moment du séjour. Quand est-il présentement ? Le tableau 2 ci-dessous fait état des revenus actuels des répondantes avant/après séjour :

Tableau 3.2. Sources de revenus antérieures et actuelles

Pendant le séjour		Après le séjour à la Résidence					
Aide sociale	Revenus emploi	Aide sociale	Pension de retraite	Prêts et bourses	Revenus d'emploi		
n=6	n=1	n=3	n=2	n=1	n=1		

Bien que nous constations une baisse du nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale, cela ne semble pas équivaloir à une amélioration significative des conditions financières de ces dernières. En effet, deux participantes bénéficient désormais de la pension de retraite du gouvernement; une répondante est retournée aux études ce qui lui donne accès au programme de prêts et bourses; et trois répondantes dans la cinquantaine perçoivent toujours l'aide sociale.

Au niveau de leur parcours résidentiel avant la Résidence, quatre répondantes vivaient depuis plusieurs années en logement avec leur conjoint/mari; une autre habitait en résidence de soins depuis peu, mais avait habité dans son propre logement durant des années; pour une autre il s'agissait de la première fois qu'elle perdait son logement en raison de son manque d'argent, mais elle avait vécu tout au long de sa vie en appartement; enfin, la dernière répondante habitait depuis peu avec son conjoint et était restée dans un hébergement transitoire durant deux ans. Ainsi, l'ensemble de ces femmes connaissaient une stabilité résidentielle avant d'être contrainte de quitter leur logement.

Pour une répondante, le séjour à la Résidence (ressource de deuxième ligne) constitue une première expérience en hébergement pour femmes. Tandis que pour les six autres, il y a eu un ou plusieurs séjours en ressources de première ligne (hébergement d'urgence ou maison pour femmes victimes de violence conjugale) avant leur arrivée à la Résidence. Cela illustre un certain cheminement dans leur parcours résidentiel (passant d'une ressource de première ligne vers un hébergement de deuxième ligne) tel que mentionné lors de la problématique. Enfin, la durée du séjour à la Résidence varie entre moins d'un an (3), entre un à deux ans (3) et deux ans et plus (1).

Dans la mesure où nous portons un intérêt particulier au parcours résidentiel des répondantes, il nous semble important de préciser où elles résident au moment des entrevues.

Tableau 3.3. Lieu de résidence des répondantes au moment de l'entrevue

Logement privé	Logement avec soutien communautaire	HLM	
n=2	n=3	n=2	

Suite à leur départ, nous pouvons remarquer que la majorité d'entre elles (5) sont allées vivre dans un logement abordable et deux en logement privé permanent. On observe que toutes les participantes sont restées dans le même appartement suite à leur départ. À l'exception d'une répondante qui a déménagé d'un logement avec soutien communautaire vers un HLM, et ce après plusieurs années dans un même logement. Cela rend compte d'un cheminement et d'une stabilité résidentielle retrouvée.

3.4. Analyse des données

En tenant compte de l'objectif visé et de la nature exploratoire de l'étude, nous avons opté pour l'analyse thématique des données recueillies, car cette façon de faire vise à « construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232) à travers « l'examen discursif des thèmes » abordés lors de l'entrevue. Cette méthode est recommandée en raison de notre volonté de décrire et d'analyser le parcours des répondantes.

Dans cette perspective, les entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim afin de conserver l'ensemble du matériel verbal sans aucun tri préalable. (Savoie-Zajc, 2009) Par la suite, nous avons procédé à une première préanalyse (Mayer, 2000) afin de nous familiariser avec les thèmes abordés et d'émettre nos premières hypothèses de recherche. Selon l'Écuyer (cité dans Mayer 2000, p. 163), cette technique nous permet d'avoir une vue d'ensemble du matériel recueilli et d'en identifier les particularités. Ainsi, nous avons pu comparer et identifier les similarités/différences entre les entrevues et dresser un panorama du phénomène étudié.

Nous avons ensuite commencé notre travail de thématisation en nous basant sur la méthode proposée par Paillé et Mucchielli (2012). Selon ces auteurs l'analyse thématique constitue : « l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232) De sorte que, selon Paillé et Mucchielli (2012), l'analyse thématique consiste à repérer systématiquement dans son corpus de textes les thèmes³⁰ abordés et à les analyser.

³⁰ Les thèmes correspondent à de courtes expressions résumant l'essentiel d'un propos ou d'un texte (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 235).

Afin de réaliser cette tâche, nous avons dû compléter différentes opérations et faire plusieurs choix techniques préalables. En raison de la petite taille de notre corpus, nous avons opté pour la méthode dite traditionnelle, c'est-à-dire que nous avons choisi le support papier pour retranscrire nos entrevues et procéder au repérage des thèmes abordés. Ce choix a été basé sur les préférences de l'étudiante chercheure. Cela nous a permis d'inscrire directement en marge du document les thèmes que nous avions identifiés. Par la suite, en accord avec notre démarche compréhensive et notre volonté de rester au plus proche des propos tenus par les répondantes, nous avons parfait notre analyse en appliquant la démarche de thématisation continue (Paillé et Mucchielli, 2012), à savoir :

[...] une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique. Ainsi les thèmes sont identifiés et notés au fur et mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin [...] cet arbre est construit progressivement, tout au long de la recherche, et n'est véritablement parachevé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 237)

Nous avons créé des relevés de thèmes linéaires³¹ pour chaque entrevue. C'est à partir de ces relevés de thèmes que nous avons construit notre arbre thématique. C'est à l'intérieur de ce dernier que nous avons rassemblé l'ensemble de nos regroupements thématiques et que nous les avons hiérarchisés en fonction de leurs récurrences. À noter que nous avons également laissé apparaître des thèmes moins récurrents en raison des questionnements et intérêts qu'ils suscitaient pour cette recherche.

Cette démarche d'analyse s'est axée autour de l'hébergement transitoire en tant que déterminant social de santé. Comme l'illustrait la figure 2.1.1 (p. 27) représentant la carte de la santé et ses déterminants, il existe une multiplicité de déterminants sociaux

³¹ Un relevé de thèmes est « un document contenant la liste linéaire des thématisations et de leurs définitions regroupées sous des rubriques reprenant les interrogations du guide d'entretien ou des sousquestions d'entrevue explicites ou implicites. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 270)

de la santé. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011) souligne que :

Les milieux d'hébergement accueillent des personnes vulnérables de tout âge qui ont des incapacités ou qui vivent des difficultés, passagères ou permanentes. Dans ces milieux substituts, divers aspects doivent être pris en compte: les conditions matérielles et sociales, la nature et la qualité des services et des ressources qui sont offerts ainsi que le type de gouvernance. Tous ces éléments contribueront au bien-être des personnes hébergées et, le cas échéant, favoriseront leur rétablissement ou leur réinsertion sociale. (p. 10)

Cette perspective reconnait que les milieux d'hébergement peuvent favoriser le rétablissement ou la réinsertion sociale de ses usagers et ce, travers les services et les ressources mises à disposition de ses usagers. En ce sens, nous nous sommes intéressés lors des entrevues à la perception qu'ont les répondantes sur le milieu de vie, mais aussi sur leurs appréciations des services reçus (suivi psychosocial, activités et ateliers proposés ou encore de la vie communautaire). Cela nous a permis de faire ressortir les effets positifs et négatifs que ces services ont pu avoir sur l'amélioration de leur santé et leur parcours résidentiel. D'ailleurs leurs critiques sur les différents volets du programme de réinsertion sociale : suivi psychosocial, activités/ateliers de groupe et vie communautaire sont des aspects qui sont ressortis lors des entretiens et que nous avons fait apparaître dans notre arbre thématique. C'est sur ces éléments que nous nous sommes basés lors de notre analyse.

3.5. Les forces et les limites de l'étude

Pour terminer notre chapitre sur la méthode, nous devons nous questionner sur les forces et les limites possibles de la présente étude, et ce, à travers la rigueur méthodologique que nous avons utilisées. En recherche interprétative, nous devons tenter de respecter les critères de scientificité propre à ce type de recherche. Il s'agit des critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de constance interne³². (Lincoln et Guba, 1985)

En premier lieu, la force principale de ce mémoire est de donner une voix aux usagères de la Résidence du Y des femmes. Un autre atout est le fait de s'intéresser spécifiquement aux femmes de 45 ans et plus car peu de recherches se sont intéressées à cette tranche d'âge.

Nous pouvons considérer la petite taille et l'homogénéité de notre échantillon (7) comme étant une limite puisque celui-ci ne peut pas illustrer la diversité des parcours des femmes ayant eu recours aux hébergements transitoires. Toutefois, la généralisation de des résultats ne faisait pas partie de nos objectifs de recherche et tout en conservant cette donnée en toile de fond, nous avons cherché à ce que nos résultats apportent une pertinence au milieu et permettent de soulever des pistes de réflexion intéressantes.

Une autre limite envisageable est le contexte de l'entrevue, il est possible que les femmes interrogées aient été poussées par un sentiment de *désirabilité sociale*³³ face à la chercheure ce qui pourrait avoir eu des impacts sur les propos énoncés. (Savoie-Zajc (2009) En ce sens, nous partageons nos connaissances et notre univers interprétatif avec l'autre de façon plus ou moins complète. (Paillé et Mucchielli, 2012) Ainsi, les

³² « La crédibilité s'intéresse à vérifier la congruence entre le sens véhiculé par le sujet et le sens dégagé par le chercheur, notamment dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Gohier, 2004; Lincoln et Guba 1985; Savoie-Zajc, 2011) [...] La transférabilité « vise à déterminer si les conclusions d'une recherche peuvent avoir un sens dans un autre contexte que celui étudié (Gohier, 2004; Pourtois et Desmet, 2007)[...] La fiabilité vise à démontrer la transparence du chercheur et, par le fait même, l'indépendance de ses interprétations par rapport à ses biais. (Gohier, 2004; Pourtois et Desmet, 2007) À la base de ce critère « se trouve la lucidité du chercheur à l'égard de ses jugements et la reconnaissance de ceux-ci en tant qu'éléments influençant ses analyses et interprétations (triangulation interne du chercheur). » (Mucchielli, 2009, p. 60) La constance interne cherche à fournir un degré d'assurance que les résultats de la recherche n'ont pas été influencés, par exemple, par la personnalité du chercheur, les instruments utilisés ou les conditions de collecte de données (Mucchielli, 2009). » (Bourgeois, 2016, p. 9-10)

³³ La désirabilité sociale est une tendance, consciente ou inconsciente, qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs, cela peut être considéré comme un biais.

répondantes n'étaient pas obligées de répondre à l'ensemble des questions posées et pouvaient choisir ce qu'elles souhaitaient partager ou non avec l'étudiante. En revanche, l'étudiante chercheure avait conscience de cette limite et a tenté de développer lors des entrevues une ambiance favorable au partage des informations positives ou négatives à l'endroit du Y des femmes de Montréal. Néanmoins, il est possible que sur certains aspects, les répondantes aient été moins critiques face à leurs expériences au Y des femmes.

Dans cette optique, Paillé et Mucchielli (2012) nous rappellent que « l'homme ne naît pas seul et ne connaît pas seul, il lui est impossible de faire l'expérience de quoi que ce soit en l'absence d'un univers de référence, lequel forme le creuset de son expérience. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 119) Ainsi, même si nous cherchons à demeurer au plus proche des propos des participantes, l'étudiante chercheure reste dans un processus d'apprentissage au moment de cette étude et il est possible que les choix d'analyse et d'éléments retenus lors du processus de thématisation, par exemple, soient empreints d'une certaine vision et expérience de la chercheure. Dans cette perspective, il est possible que notre position en tant que chercheure et intervenante au Y des femmes de Montréal ait teinté notre perception de leur parcours et réciproquement. Cependant, ces éléments ont été explicités aux répondantes et tout au long des entrevues nous avons eu recours à la validation des propos énoncés lors des entrevues.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le chapitre qui suit présente les résultats des entrevues menées auprès de sept répondantes. Il se structure autour des trois thèmes abordés lors de l'entrevue, c'est-à-dire : l'avant, le pendant et l'après-séjour à la Résidence du Y des femmes de Montréal. De sorte que nous puissions faire ressortir les changements, apprentissages, avancements que les répondantes ont pu expérimenter pendant leur séjour ainsi qu'à la suite de celui-ci. Nous avons utilisé des pseudonymes pour les différentes répondantes afin de respecter leur anonymat.

4.1.Le parcours de vie avant la demande à la Résidence

4.1.1. Les raisons du départ ou de la perte de logement

Lors des entrevues, nous avons demandé aux répondantes de nous raconter leurs parcours de vie avant de venir séjourner à la Résidence. De cette période sont ressortis trois grands axes thématiques : la violence sur le lieu d'habitation, être proche aidante et l'accumulation de pertes dans un court laps de temps.

4.1.1.1. La violence dans le logement

Le logement est un déterminant social de santé (Dorvil et al., 2002; Hwang et al., 2011; Morin et Dorvil, 2008; OMS, 2015) et il situe « les individus dans un environnement. » Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2003, p. 23 citée dans Morin, 2008, p. 1) Toutefois, la violence conjugale peut contribuer à des conditions d'habitations inadéquates : vivre dans un logement non

sécuritaire engendre du stress et augmente le risque de faire face à des problèmes de santé (Mikkonen et Raphael, 2011; Thériault et Gill, 2007). Dans certains cas, cela peut conduire les femmes vers l'itinérance.

Sur sept répondantes, cinq ont nommé avoir vécu une forme de violence (psychologique, physique ou monétaire) sur leur lieu d'habitation. À l'intérieur de ce groupe, quatre ont vécu de la violence conjugale et une a vécu de la violence psychologique en contexte de résidence de soins. Or, ce contexte de violence a eu des répercussions sur l'état de santé mentale de ces femmes.

En effet, pour Zara cette période a été synonyme d'épuisement et de détresse³⁴: « j'étais tellement mal, j'étais épuisée et mon mari n'arrêtait pas de cogner sur moi, sur mes enfants. Ma fille n'était pas bien, je venais de perdre mon fils aîné. Vraiment c'était beaucoup trop trop trop trop dur. » De son côté France vivait sous le contrôle de son conjoint : « On avait coupé avec la famille, les contacts étaient contrôlés je dirais, ça paraissait pas, mais c'était sûr qu'il savait tout. » Cette supervision semble l'avoir conduite vers un grand isolement social qui petit à petit la mené à éprouver de la détresse psychologique : « Je me sentais virer folle par étage. »

Dans un même ordre d'idée, Françoise qui habitait en résidence de soins, s'est vue confronter à une possible exploitation financière par l'une des employées : « J'étais malade, j'ai loué une résidence avec des soins, pis à cet endroit-là, j'ai tout laissé [...] pis j'suis allée à cet endroit-là, pis c'était l'enfer la dame là-bas. [...] elle voulait que je lui donne mon argent, s'occuper de mon argent. » Françoise en prenant la décision

³⁴ La détresse psychologique est un état négatif non spécifique caractérisé par la manifestation de sentiments associés à la dépression et à l'anxiété. [...] Bien qu'on fasse une distinction entre détresse psychologique et stress, il semble que les facteurs de stress, comme une demande ou des besoins non comblés, précèdent la détresse psychologique. » (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2012, p. 2) La détresse psychologique « se manifeste souvent chez ces femmes par l'isolement, la souffrance, la difficulté à accomplir des tâches quotidiennes, la toxicomanie, des problèmes de santé mentale, de violence, de pauvreté, etc. » (Serradori, 2007, p. 47)

de partir s'est retrouvée dans une situation de grande précarité et une période d'incertitude, car elle n'avait plus rien.

Le rôle que les proches ou les professionnels de la santé ont joué dans la prise de conscience de leur vécu de violence et la décision de partir est significatif. Le soutien de la psychologue a été déterminant dans la décision de France de partir : « La psychologue me dit : Sors et ça presse, pis je suis retournée à un deuxième rendezvous, pis la deuxième fois elle me l'a reconfirmé. J'étais à bout, vraiment à bout ». Pour d'autres, c'est leurs proches qui ont joué un rôle significatif dans la décision de partir : « On a peur pour toi »; ou encore : « ma fille c'est elle qui m'a éclairée par rapport à ma situation, c'est comme elle qui a déclenché le fait que je sois partie de chez moi. » (Cécile) Ainsi, le fait d'avoir eu un soutien social soit de la part de membres de leurs familles ou par un professionnel de la santé a permis à ces femmes de réaliser qu'elles ne vivaient pas dans un milieu favorable à leur bien-être. De sorte que la décision de quitter leur domicile semble avoir été motivée par leur réseau social.

À la lumière de ces extraits, nous nous apercevons que le lieu de résidence des répondantes est devenu non seulement une source de stress, mais aussi un espace de vie dangereux. À cela s'ajoutent parfois d'autres sources de fragilisation, telles que l'absence de la famille, la perte d'un enfant ou encore la maladie. Ainsi quitter son logement n'a pas été un choix, mais une décision pour assurer sa « survie » ou sa sécurité. Pour beaucoup d'entre elles, ces situations de violence ont perduré pendant des années, ce qui a eu des répercussions sur leur santé et leur bien-être. Cécile parle d'expérience traumatisante. De sorte que le chez-soi semble avoir constitué l'espace d'une vie inadéquate.

4.1.1.2. Être proche aidante³⁵

Deux des répondantes nous ont raconté prendre soin d'un de leur proche. Elles ne se sont pas identifiées en tant que proche aidante, mais les choix qu'elles ont faits en décidant de continuer à prendre soin de leurs proches, les ont menés à vivre une précarisation de leur condition de vie et ont eu des effets sur leur propre santé. Prenons Aïcha, en plus de son diagnostic en déficience intellectuelle, elle s'est retrouvée à prendre soin de son conjoint souffrant de bipolarité. Cela a eu des répercussions sur son quotidien et sa capacité à poursuivre ses activités : « il était bipolaire, et c'était pas du tout facile pour moi. Je dormais pas. Je prenais soin de lui parce qu'il était toujours high 24h sur 24 alors c'est pas évident. J'allais à l'école, mais souvent je m'évanouissais parce que j'étais trop fatiguée. » (Aïcha) C'est cette situation qui l'a amenée à quitter son logement et trouver une ressource pour elle.

Pour Zara, c'est pour le bien-être de sa fille qu'elle a décidé de faire une demande d'asile au Québec :

En fait moi je suis arrivée à Montréal parce que ma fille était malade, donc mon premier objectif en venant au Canada, c'était de venir prendre soin de ma fille et de rentrer chez moi parce qu'elle était vraiment malade. Quand je suis arrivée, j'avais six mois de visa séjour [...] à l'hôpital je me suis rendu compte qu'elle était bien traitée, bien soignée et que son médecin m'a dit que vraiment c'était une pas une bonne idée de la ramener [nom du pays d'orgine] parce qu'elle n'aurait pas d'aussi bons soins.

Le choix imprévu de quitter leur pays n'a pas été sans difficulté puisqu'elles se sont vite retrouvées à devoir trouver un logement sans avoir beaucoup de moyens. Pour Zara la maladie de sa fille et sa demande d'asile imprévue se sont avérées être des facteurs de vulnérabilités. C'est une situation qui l'a prédisposée à la pauvreté,

³⁵ Un proche aidant peut se définir tel que suit : une personne qui fournit sans rémunération des soins et du soutien régulier à une autre personne qui vit une perte d'autonomie en raison d'un handicap, d'une maladie ou du vieillissement. Définition inspirée par le Regroupement des aidantes et aidants naturels (RAAN), voir le site web : (http://www.raan.ca/fr/index.asp?idMenu=592)

d'autant plus qu'elle ne pouvait pas avoir accès immédiatement aux ressources financières de derniers recours.

4.1.1.3. L'accumulation de pertes dans un court laps de temps

Pour Dominique, c'est sa rupture amoureuse combinée à sa difficulté de conserver un emploi stable entraina l'apparition d'une deuxième dépression qui l'a plongée dans une grande précarité financière et a provoqué la perte de son logement : « Tout est tombé en même temps c'était l'emploi, célibataire, t'sais les amours plus ou moins bien faits que tout ça fait que j'ai sauté en 87, pis une deuxième fois en 2007-2008. » Selon le récit de Dominique, c'est l'accumulation de difficultés dans les différentes sphères de sa vie qui ont provoqué un trop-plein et l'expulsion de son logement.

4.1.2. L'ajustement à une nouvelle réalité

4.1.2.1. L'entrée dans la pauvreté

Un des thèmes récurrents chez l'ensemble des participantes est la perte ou l'absence de revenu. La plupart des répondantes ne travaillaient pas au moment du départ de leur résidence. Bien que les revenus ne constituent pas l'unique source de précarisation des conditions de vie, il joue un rôle déterminant dans les options de logement disponibles pour ces femmes seules. Pour celles ayant été forcées de quitter leur logement, le choix de partir s'est fait au détriment d'une stabilité résidentielle, elles ont presque tout perdu. Ainsi, pour la plupart d'entre elles, c'est à la suite du départ de leur domicile qu'elles ont vécu leur entrée dans la pauvreté³⁶. Cet état de privation a des répercussions sur la capacité de l'individu de maintenir un bon état de santé (Roy et al., 2012).

³⁶ La pauvreté peut se définir comme « un état caractérisé par la privation individuelle et sociale mettant en cause les possibilités de combler ses besoins (physiques, psychologiques et sociaux) et de développer les capacités permettant de mettre en œuvre ses aspirations. » (Roy *et al.*, 2012, p. 35)

Le récit de Cécile illustre le stress et le traumatisme reliés au manque d'argent : « J'veux dire quand moi je suis partie de la maison, j'avais pas d'argent, j'avais pas de compte personnel, donc je me suis promené avec un 500 dollars [...] pis même là j'ai encore mal au pouce de tenir ma sacoche. » Bon nombre ne disposaient pas de revenus suffisants et se sont retrouvées à vivre de leurs cartes de crédit. Il n'est pas rare qu'en l'absence de rentrée d'argent, les répondantes se soient fait expulser de leur logement : j'avais plus d'argent pour payer mes factures (Dominique) ou encore : il a fallu nous expulser parce qu'on arrivait plus à payer (Zara). Il est ressorti des entrevues que le manque d'argent constituait une barrière pour se reconstruire, trouver un logement décent et finalement retrouver leur vie d'avant.

4.1.2.2. La découverte d'un nouveau monde

L'imprévisibilité du départ de leur foyer a mis les répondantes face à l'incertitude par rapport à leur capacité à se reloger. Beaucoup d'entre elles ignoraient l'existence des ressources d'hébergement d'urgence. De sorte que l'orientation vers ces ressources s'est faite par le biais de professionnels de la santé (p. ex., psychologue, travailleuse sociale), de lignes d'écoute (p. ex., SOS violence conjugale) ou encore par l'entremise d'un chauffeur de taxi. L'accès à cette information leur a permis d'éviter d'être à la rue et s'est avéré être un point marquant dans leurs parcours respectifs.

Pour plusieurs répondantes, l'arrivée en hébergement a été synonyme de l'entrée dans une nouvelle réalité dont elles ignoraient tout : « j'connaissais rien, rien du communautaire euh rien, euh rien, pis t'sais quand t'es sur le marché du travail tu, tu te poses pas ces questions-là. Nan, pis j'ai découvert tout un monde. » (France) Cette même répondante indique que si elle avait été informée plus tôt dans son parcours que ce genre de refuges existaient, elle aurait « sauvé ben des années ». Pour Cécile, c'est comme être « dans un autre monde ».

Une fois en hébergement dit de première ligne, les séjours sont alors rythmés par l'entreprise de plusieurs démarches (séparation, retrouver un emploi, demande d'aide sociale, immigration, etc.) et la recherche continuelle d'une solution d'hébergement à plus long terme.

Fait que là je suis allée dans une place pour femme victime de violence conjugale, mais là c'était limité deux mois, fallait que je parte après ça fallait refaire les démarches pour trouver une place sinon c'était la rue. Pis ça ça a avait jamais été dans mes pensées la rue, jamais, je me voyais même pas un soir dans la rue. (France)

Le récit de Zara rend encore plus explicite les barrières d'accessibilité à l'hébergement comme en témoigne la multiplicité des ressources qu'elle a fréquentées. Sa situation illustre le fait que ces femmes peuvent être constamment en recherche d'un endroit où rester à plus long terme :

On a quitté le chainon parce que quand même on pouvait rester 6 semaines, je ne voyais pas la lueur d'espoir. [...] J'avais quand même une liste de centre d'hébergement que j'ai appelé, j'ai appelé, j'ai appelé, j'ai appelé, y avait vraiment pas de place. Pour te dire ici c'est plein! J'ai appelé la rue des femmes, la rue des femmes et ils m'ont que je peux venir, mais ils n'ont pas une place en tant que telle, mais je peux venir quand même ils vont me donner un matelas où je passe la nuit [...] Il fallait appeler, appeler, appeler pour avoir une place. (Zara)

Ses propos font ressortir l'absence de ressources suffisantes tandis qu'il existe une grande de demande pour ce genre de services.

4.1.2.3. Les expériences en hébergement pour femmes

Pour Zara, Geneviève et Françoise les ressources d'hébergement d'urgence/maison d'hébergement qu'elles ont fréquenté ont joué un rôle décisif dans l'arrimage de services autour d'elles, ce qui a pu les aider dans leur cheminement personnel et

résidentiel. Le témoignage de Zara met en évidence le rôle que les intervenantes ont joué dans l'enclenchement de ses démarches d'immigration.

Les intervenantes de Chainon qui nous ont pris en main et elles ont appelé devant moi, Immigration Canada pour leur demander dans notre situation qu'est-ce qu'on peut faire. Immigration Canada nous a mis en rapport avec Praida et ils nous ont dit d'aller au Praida et qu'à partir de là-bas ils vont nous prendre en charge parce qu'on a le droit de demander l'asile au Canada.

Un autre élément qui ressort dans le discours de Zara est son appréciation du soutien et de l'écoute offerte par l'équipe du Chainon. Zara n'était pas habituée à partager ses états d'âme dans son pays d'origine. Au Chainon, elle s'est sentie à l'aise et a trouvé écoute et compréhension de la part des intervenantes. Cette collaboration a facilité la prise en charge de ses difficultés « Tout ce que tu nous diras est confidentiel, on ne va pas te juger, on ne va rien te faire, vraiment expliquer ta situation. » Zara identifie cette période comme le point de départ de ses démarches et le début d'une remise « sur les rails ».

L'appréciation de la qualité des services offerts par les équipes des ressources de première ligne est un élément que plusieurs répondantes ont souligné lors des entrevues comme en témoigne Geneviève : « ils étaient supers eux autres avec moi, c'était tellement difficile ma vie à ce moment-là parce que c'était le début de ma séparation avec mon mari » ou encore Françoise qui se souvient « Très bien, très bien, le Chainon [...] Au Chainon, j'suis redevenue en santé, j'te dis c'est incroyable. » Dans cette lignée, l'intervenante de Françoise au Chainon lui aurait conseillé d'aller en hébergement transitoire afin de solidifier ses acquis et sa sobriété avant de retourner dans un logement autonome.

Par ailleurs, les entrevues révèlent également des aspects plus négatifs du passage en hébergement, tels que les conflits avec l'organisation de la ressource/les intervenantes, ou encore les relations avec les autres femmes qui peuvent parfois être une source de stress supplémentaire, voire constituer des obstacles dans leur parcours. Les cheminements de Zara et de Cécile dans les différentes ressources d'hébergement illustrent certaines difficultés rencontrées en lien avec la structure organisationnelle et/ou les intervenantes. Ainsi, Zara souligne le manque de flexibilité d'une des ressources qu'elle a fréquentée. À un moment où elle aurait eu besoin d'une entente avec l'organisme, elle s'est heurtée à une limite organisationnelle et a dû quitter la ressource : « une femme qui souffre, qui a toujours payé son loyer, je leur ai donné les justificatifs, je suis là pour être soutenue. Mais c'est comme ça, ils nous ont dit que si je ne partais pas ils allaient appeler la police. » Ce manque de flexibilité semble avoir favorisé un retour vers une période d'instabilité résidentielle. Pour Cécile, l'organisation de la première maison d'hébergement laissait à désirer et le comportement de certaines intervenantes, dans l'une des ressources qu'elle a fréquentées manquait de délicatesse « t'es là en train de manger pis les filles parlent de leur voyage à Cuba ou des affaires de même. Mais t'sais je venais de quitter la maison là t'sais, je me suis dit là ça, ça se fait pas, ça fait deux jours que t'as tes sacs dans l'auto. »

D'autres aspects plus difficiles soulevés par les répondantes sont la vie en communauté et le partage d'espaces communs comme la cuisine, le salon voire les chambres. Une répondante se souvient ne pas avoir réussi à dormir pendant une semaine en raison de sa voisine de chambre qui parlait toute la nuit ou encore le manque d'ouverture des gens face à d'autre culture « C'est pas facile avec des gens avec qui ont a pas la même culture [...] ils rejettent des personnes sans même savoir. » (Zara) Ainsi, pour cette répondante composer avec ses propres défis et être confrontée à ceux d'inconnues représentaient des difficultés. « Ce qui était difficile c'était un peu les problématiques que ces femmes vivaient en plus de tes propres problèmes. » (Zara) En ce sens, Françoise se souvient qu'il y a tout le temps « plein de femmes que tu connais pas » et « tu dors avec des personnes qu'on connait pas. »

D'ailleurs, Cécile note un roulement des résidentes dans les maisons d'hébergement en raison de cette limite de temps. Ainsi, la durée limitée des séjours dans ces ressources d'hébergement peut être synonyme d'adaptation continuelle à de nouvelles personnes. Ce sont des éléments qui semblent avoir des effets sur le fonctionnement et le bien-être de ces femmes.

4.2. La demande et le séjour à la Résidence

4.2.1. La Résidence plus qu'un toit : une réponse à des besoins

Les raisons de la perte ou du départ de leur logement énoncées précédemment semblent avoir marqué une rupture dans le parcours résidentiel de ces répondantes. Pour la plupart, ce nouveau contexte a créé des besoins à différents niveaux : besoin d'un toit et de soutien, etc. Nous allons regarder dans cette section, quels étaient les besoins qui ont motivé les répondantes à postuler à la Résidence du YWCA de Montréal et leur perception face à ce séjour.

4.2.1.1. L'accessibilité à un espace sécuritaire et à soi

Pour la majorité des répondantes, l'hébergement répond d'abord à un droit essentiel qui est l'accessibilité à un toit. Il est ressorti des récits des participantes l'importance que revêt avoir sa propre chambre et s'y sentir en sécurité. En effet, cela constituerait un premier pas vers une stabilité résidentielle et leur offrirait un espace intime³⁷ dans

³⁷ L'intimité « est associée au contrôle du regard. [...] il n'y a pas de pratiques intimes par essence, mais surtout que l'intimité est un construit social qui s'élabore en fonction de la place attribuée au regard d'autrui et la possibilité objective de la contrôler. » (Thalineau, 2002, p. 42) De surcroît, d'après une étude de Pollak (2000), la perte de l'intimité provoquerait l'apparition de désordres psychiques (Ibid., p. 43). Enfin, selon Morin et al. (2009) l'aspect de l'intimité associé au chez-soi « réfère au chez-soi comme espace où l'individu trouve un équilibre entre les frontières de sa vie privée et de sa vie sociale et publique. » (p. 35) Cela fait aussi référence « à une base où se forgent les liens sociaux primaires de l'individu. L'intimité du chez-soi procure à l'individu le droit d'exclure ou d'inclure les personnes qu'il souhaite inviter ou partager sa vie. » (Morin et al., 2009, p.35)

lequel elles peuvent cheminer. Morin et al. (2009) en citant Hulse (2008), parlent de sécurité ontologique dans le champ de l'habitation comme étant l'accès à un « lieu sécuritaire dans lequel les routines de la vie quotidienne peuvent s'établir, où l'intimité peut être négociée et où il y a une base sécuritaire à partir de laquelle l'on peut avoir des interactions sociales fondées sur la confiance. » (Hulse, 2008, p. 16 cité par Morin et al., 2009, p. 19) Cela permettrait également d'augmenter l'estime de soi et de préserver l'identité de la personne (Ibid., 2009, p. 19).

Ainsi, pour Cécile obtenir un endroit abordable pour habiter était central considérant ses faibles revenus. Cela lui permettait de pouvoir répondre à ses besoins primaires « j'veux dire avec le prix que la chambre coutait et ça me permettait de manger, ça c'était super », cela venait aussi combler son désir d'avoir un espace à elle et sécuritaire « c'est comme notre maison [...] c'est comme 34 petites maisons qui se côtoient. Donc on veut la paix, la tranquillité, moi c'est ça que je voulais, j'aurais pas pu faire mon cheminement si j'avais eu des cris à côté. » D'après Cécile, le fait qu'il y ait une présence dans le bâtiment 24 heures sur 24 a permis de renforcer son sentiment de sécurité « T'sais si j'avais pas été ici, on dirait que je me serais sentie moins en sécurité, sécuritaire en ce sens que oui les intervenantes n'étaient pas là 24 heures sur 24 mais y avait toujours quelqu'un à la réception. » Cette impression de sûreté semble l'avoir aidé à traverser des événements difficiles et à avancer « Dans ma petite chambre, j'ai vécu des choses pas faciles, mais cet endroit-là était sécuritaire. » Geneviève abonde dans ce sens et souligne que le fait de s'être sentie en confiance l'a aidée à traverser les aléas de sa séparation : « Le temps que je vivais ça avec lui, j'étais dans une place sécuritaire, juste pour moi, ça là toute ma vie j'vais m'en rappeler du Y des femmes pis de ce que j'ai vécu. »

Dans cette lignée, Françoise, France et Geneviève abordent également l'importance que revêt le sentiment de sécurité et apprécient avoir un espace à elles. Ce sentiment permettrait de se sentir soutenue, rassurée et de diminuer les anxiétés liées à leur lieu de vie précédent. Autrement dit, il contribuerait à améliorer leur santé :

J'étais en sécurité, le fait de se sentir en sécurité c'est beaucoup ça, c'est vraiment beaucoup. Fait que c'est ça aujourd'hui j'suis rendue une personne heureuse, très heureuse, pis je veux vivre le plus longtemps possible, pour continuer d'évoluer tout le temps. Un endroit sécure, c'était, c'était très important. (Françoise)

Pis c'était des petites chambres, mais pour l'époque moi ça me suffisait parce que c'était respecté comme lieu, j'ai eu des propriétés, mais bon c'était pas respecté t'sais. Là tu barrais ta porte et c'était sûr que personne allait fouiller ou rentrer dans ta chambre. Je me sentais en sécurité, tandis qu'avant c'était pas la sécurité. (France)

Ainsi, se sentir en sécurité³⁸ dans son milieu de vie et avoir accès un espace intime apparaîtraient comme des éléments déterminants dans l'amélioration de la santé des répondantes.

4.2.1.2. Besoin d'aide

Après avoir vécu de nombreux changements dans un court laps de temps, les répondantes ont exprimé les effets que cela avait pu avoir sur leur moral. Bien souvent, les expériences traversées ont été traumatisantes et beaucoup de ces femmes se sentent émotionnellement épuisées, ce qui aurait entrainé un besoin d'être aidée et soutenue. À leur arrivée à la Résidence, France était pour sa part épuisée « J'aurai pu m'étendre à terre là, pis rester drette là, j'avais plus d'énergie, j'avais plus de jus, une chance que j'ai eu le suivi des intervenantes. » Cécile admet avoir été marquée par son histoire et avoir besoin de soutien :

³⁸ D'après la Sécurité publique du Québec (1999), être en sécurité dans son milieu de vie contribue à une bonne santé et à la participation citoyenne des individus d'une société. En effet, selon eux « La sécurité est indispensable à la vie quotidienne, car elle permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations. L'absence de sécurité entraîne des problèmes qui se manifestent de plusieurs façons : blessures, violence, criminalité, suicides, situations de crise, sinistres, etc. » (p.7)

T'sais on vit des choses difficiles pis quand j'en parle c'est pas pour m'apitoyer, mais c'est vrai que c'est dur, c'est vrai que tu restes marquée par rapport à ça. Alors quand je suis arrivée au Y, c'est sûr, j'étais quand même, des fois c'est arrivé que j'ai appelé une intervenante la fin de semaine, parce que mon ex- devait plus communiquer avec moi. J'avais encore des moments de crise où je devais être soutenue.

Pour Geneviève, la séparation de son mari était une source de grande souffrance « je souffrais, ça m'affectait physiquement. Je souffrais, mon cœur souffrait. C'est très très souffrant une séparation, c'est comme un deuil. Mais ici le Y m'a aidé avec ça, ils ont fait un bout de chemin avec moi avec ça. » Geneviève ne pensait pas avoir autant besoin d'aide « Je savais juste que j'avais besoin d'aide. Mais dans ma tête si euh j'avais besoin d'aide, mais, je, je savais pas que j'avais besoin d'aide comme ça. » Obtenir cette aide était donc essentielle pour pouvoir l'accompagner dans sa souffrance.

En ce sens, Zara considère que le YWCA a répondu à plusieurs de ses besoins en combinant le toit, l'autonomie, les soutiens moral et logistique : « le soutien moral, le soutien logistique, vraiment le Y m'a apporté exactement ce dont j'avais besoin parce que j'avais mon chez-moi, je préparais à manger ce que je voulais, j'étais avec ma fille, j'avais le soutien de mon intervenante. » France abonde dans ce sens, pour elle le Y lui a donné plus qu'un toit : « Des années on a ri, des années-là j'avais rien, sauf ce qu'on m'a donné au Y même les p'tits cadeaux, ça avait une valeur. Au moins au Y j'avais une place, pis ils se souciaient de moi, ils étaient pas obligés, déjà qu'on avait un toit, pis l'aide, moi je te le dis c'est gros. » Dans cette mesure, l'offre de soutien offerte au Y des femmes semble jouer un rôle dans l'atténuation de la détresse psychologique que les répondantes vivaient et contribuerait à redonner une place à ces femmes.

4.2.1.3. Un point de transition

La durée des séjours a varié d'une répondante à l'autre, toutefois pour la plupart d'entre elles, ce passage a été perçu comme une étape/une transition dans leur parcours avant de retourner dans un logement autonome. Selon Geneviève, il s'agit d'« un bon point de transition », car elle ne se sentait pas prête à aller habiter seule. Pour Zara, l'arrivée à la Résidence signifie le début d'une stabilité « partielle » dans son parcours résidentiel qui était jusqu'alors marqué par un ballotement entre les ressources de premières lignes. C'est le point de départ d'une période où ses différentes démarches portent leurs fruits.

Donc tout le travail que j'ai obtenu c'est à partir du Y, avec l'ordinateur, avec l'intervenante comment elle m'aidait. C'est à partir de là que tout s'est débloqué. [...] Donc vraiment j'ai eu ma stabilité vraiment à partir du moment que je suis arrivée au Y, c'est à partir du Y que j'ai commencé à avoir de la stabilité bien sûr pas complète. Ça sera complet quand ma fille sera là, quand j'aurai la résidence et que j'aurai le droit d'établissement. Au moins maintenant je sais que j'ai un pays. [...] on ne peut pas faire sa part dans un autre pays tout seul quand tu vis des hostilités familiales, tu as des problèmes d'adaptation, des problèmes de travail, de stabilité. (Zara)

Pour Françoise, ce séjour s'inscrit dans la continuité de son parcours résidentiel et démontre une évolution vers plus d'autonomie. À chaque hébergement qu'elle a fréquenté correspond une étape de son cheminement personnel et résidentiel :

T'as une cuisine communautaire, t'achètes tes choses, t'as ton frigidaire dans ta chambre, tu vas faire ta bouffe quand tu veux, ce qui est bon c'est que c'était étape après étape. Tu vois j'suis partie du Chainon, euh j'avais tout cuit, ici j'suis t'arrivé, c'était une autre étape, j'achetais mes choses je me les faisais cuire, pis après ben chez nous. T'sais c'est étape par étape. (Françoise)

Pour d'autres, le séjour à la Résidence est certes une transition dont elles ont eu besoin, mais il était nécessaire que cela reste un séjour temporaire. Pour Cécile avoir une petite chambre, lui permettait de se souvenir qu'il ne s'agissait pas d'une solution

de logement permanente, que ce n'était pas une « vie normale ». En ce sens, Cécile nomme qu'« il ne faut pas trop s'installer ». Il semblerait qu'il faille retrouver une certaine énergie et un mieux-être afin de pouvoir repartir dans son appartement le plus vite possible :

Si j'avais eu à rester là deux ans je l'aurai fait, mais moi, mon objectif c'était vraiment de me trouver un appartement et d'être chez moi dans mes affaires. Parce que veux veux pas, j'avais souvent l'expression à ce moment-là, je veux avoir une vie normale. Pour moi c'est pas une vie normale [...] j'étais dans une petite chambre, moi j'trouve que dans une situation comme celle-là, c'est correct. J'ai jamais faite l'analyse psychologique ou quoi que ce soit, mais faut pas trop que tu t'installes. (Cécile)

Dominique abonde dans ce sens, en se rappelant que pour elle, son séjour à la Résidence ne devait pas devenir une situation permanente. D'ailleurs, elle souligne dans son discours une certaine peur de rester prise dans cette situation. Être confrontée à d'autres résidentes qui n'allaient pas bien semblait agir comme un rappel pour Dominique. En effet, cela contribuait à lui donner une motivation supplémentaire pour aller mieux et s'impliquer dans son processus de rétablissement :

Pour moi, c'était une transition, c'était pas permanent, pis je voyais aussi des Madames, des cas lourds, ça faisait un an et demi et ils voulaient prolonger 6 mois, pis y allaient pas mieux, pis y sortaient pas de leur chambre, ça allait pas mieux, pis moi je me disais Dominique dans ma tête : tu veux pas être là, tu veux pas être là, faut que ça l'aille mieux, fait quelque chose. (Dominique)

4.2.2. Le séjour à la Résidence

Lors des entrevues nous avons porté une attention particulière aux différents volets du programme de réinsertion sociale du Y des femmes de Montréal, soit : le suivi psychosocial, les ateliers/activités sociales et enfin la vie communautaire. Les récits des répondantes nous ont permis d'identifier les éléments qui ont eu des effets positifs ou négatifs sur leur quotidien et leur trajectoire de vie. De sorte que cette

section met de l'avant les éléments qui favorisent une amélioration de la santé et ceux qui lui font obstacle.

4.2.2.1. Le soutien de l'intervenante

Le soutien et l'accompagnement offerts par l'intervenante sont des éléments mis en exergue dans les récits des répondantes. L'accessibilité à un espace où elles peuvent parler et partager ce qu'elles vivent semble essentiel et grandement apprécié. Cela favoriserait une meilleure prise en charge de leurs difficultés et permettrait de diminuer la détresse éprouvée par certaines.

Pour France, pouvoir parler avec son intervenante avait non seulement un effet rassurant, mais lui permettait aussi de sentir qu'elle comptait pour quelqu'un.

Je vis ou j'passe la date, pis c'était dont pas moi, ça me tente pas. Ma faire une autre journée, j'étais tellement souffrante, j'aurais même pas pu dire j'suis souffrante, non, là, mais, pis mon intervenante qui me lâchait pas pis des rencontres à chaque fois dès qu'elle le voyait t'sais, pis si elle l'avait pas vue j'suis pas sûr que ça aurait été mieux. Ohh que non, puis euh t'sais que des fois moi j'disais que ça pouvait juste être une heure, mais ça pouvait pas être une heure, mais juste, pis de sentir une présence, t'sais à un moment donné j'vis pourquoi t'sais, je vivais pour, pour pu rien ma t'dire, écoute qu'est-ce qui me reste? Rien pantoute, pis écoute j'ai pu rien, j'suis pu rien, j'ai tout perdu psychologiquement, mentalement, épuisée comment tu te ressors de ça fait que les démarches. [...], mais juste le fait de savoir qu'elle était là ça me rassurait. (France)

Sans son intervenante, France affirme qu'elle ne serait probablement pas là où elle en est aujourd'hui et ne pense pas qu'elle aurait survécu. Ainsi, le soutien prodigué par son intervenante a eu des effets sur la diminution de la détresse psychologique de France et a contribué à un retour progressif vers le rétablissement.

Pour Zara, le soutien et la présence de son intervenante lui a donné la force de passer à travers ses difficultés :

[...] rien que le soutien moral, rien que de voir une personne combien elle est là [...] mon intervenante était toujours derrière à pousser, pousser, pousser, je sais pas si elle a pris la psychologie, mais elle avait toujours la petite phrase pour me faire rebondir, toujours, effectivement à chaque fois que je fais quelque chose, je me dis ça il faut que je le réussisse pour ne pas décevoir mon intervenante. (Zara)

À travers cette relation d'aide, les répondantes semblent retrouver une certaine force et confiance en elles, pour ainsi être capables de traverser les épreuves. Pour Cécile, même si le suivi avec l'intervenante ne pouvait pas répondre à tous ses besoins, il était rassurant pour elle de savoir que celui-ci était disponible. Dans le cas où elle se serait sentie en crise, elle sait qu'elle aurait été prise en charge.

J'avais encore des moments de crise où je devais être soutenue, mais c'est pas le genre de soutien que tu peux avoir au Y parce que t'es supposée être autonome [...] Mais par contre quand c'était arrivé la fin de semaine, je suis allée à la réception j'ai pu parler à l'intervenante ça a été validé. Si j'avais été en position de danger, si j'avais vraiment été dans un moment de crise j'aurais été prise en charge. (Cécile)

Ainsi, les intervenantes constitueraient un filet de sécurité rassurant pour ces femmes tant à travers le suivi que la structure de l'organisme (présence dans le bâtiment 24 heures sur 24).

Pour d'autres, le soutien de l'intervenante leur a permis de faire un travail sur elles et de contribuer à leur cheminement. Françoise explique ainsi dans son récit le rôle que le dialogue avec son intervenante a joué dans l'amélioration de son estime de soi : « Je me suis confiée à mon intervenante [...] je me suis ouverte, j'étais quelqu'un de tellement fermée et je me détestais, je m'aimais pas du tout, t'sais alors en parlant

avec elle j'ai appris à me pardonner certaines choses [...] mon intervenante m'aidait à cheminer. »

De même pour Geneviève le suivi avec l'intervenante lui a permis d'avoir un endroit où parler de sa séparation et de mieux comprendre le cycle de la violence. À travers le suivi, Geneviève a pu avancer et se faire entendre : « Ici, c'est venu combler mon besoin de parler, ça aide dans mon cheminement, pis le cycle de la violence. Ici c'était comme euh j'peux dire une bouée, ici ça m'a aidée beaucoup. Parce que quelqu'un m'écoutait. » Pour Dominique, les rencontres avec l'intervenante étaient un lieu où explorer des stratégies, voire des moyens à mettre en place pour aller mieux. Ainsi, pour Dominique : « j'écoutais ce que mon intervenante disait : sors à l'extérieur, fait des affaires, fait que [...] je faisais plein de choses, je faisais du bénévolat ici, je faisais des ateliers. Pis là j'ai commencé à aller à l'extérieur, pis c'est là que j'allais mieux. »

Une autre composante importante du soutien relationnel a été soulevée par Geneviève, il s'agit de la stabilité de l'intervenante. En effet, le fait d'apprendre à connaître son intervenante et réciproquement, et ce, au fil des mois, voire des années permettrait non seulement de développer un lien de confiance, mais également de se sentir mieux soutenue et comprise. Cela permettrait également d'éviter d'avoir à se « raconter » depuis le début à chaque fois : « ça c'est très important que la personne assignée pour moi que ce soit tout le temps elle, premièrement elle me connaît, pis quand c'est difficile, mais mon intervenante elle est très, très professionnelle. Je l'ai eu tout le temps pis euh je la changerais pas. » Cette continuité dans le temps de la relation apporterait stabilité et un sentiment de sécurité.

4.2.2.2. La participation à des activités et ateliers

Le programme de réinsertion de la Résidence se compose d'ateliers portant sur des sujets tels que le deuil, la communication, l'informatique, etc. L'organisme organise également des activités/sorties de groupe. Nous allons regarder dans cette section comment les femmes ont vécu la participation à ces activités.

La diversité et l'opportunité d'apprentissage de nouvelles choses sont des thèmes que nous avons retrouvés chez plusieurs répondantes. Geneviève nomme à plusieurs reprises son appréciation à l'effet que les ateliers soient spécifiquement conçus pour les femmes et leur variété, « Premièrement les choses qu'il y a pour femmes ici, euh, t'sais un moment donné y donnait des cours sur l'ordi, les ateliers, oui euh, pis mettons euh, un moment donné y avait quelque chose sur les arts. » Cela a permis à Geneviève d'avoir accès à des outils, des nouvelles façons de faire auxquels elle n'aurait pas forcément eu accès en étant dans son logement.

Pour Dominique les ateliers sont l'occasion de développer une meilleure connaissance de soi. Ils l'outillent pour mieux gérer ses émotions et sont l'occasion de travailler sur elle-même, « je demeurais ici ça m'a beaucoup aidé j'ai fait s'ouvrir à soi, confiance en soi, estime de soi, comment gérer son stress, pis d'autres ateliers là. » Un autre aspect qu'a souligné Dominique est l'ouverture de l'équipe à la laisser recruter d'autres résidentes pour que l'atelier ait lieu « j'allais dans le corridor, bon Dominique elle est allée vendre notre atelier..., on appelait le monde pour les ateliers parce que ça prenait un minimum de 4, l'autre un minimum de 6, ah Dominique s'est occupée du marketing. » De cette façon Dominique contribuait à l'organisation des ateliers et à sentir qu'elle aidait l'équipe. Comme Geneviève, Dominique apprécie la diversité des activités et ateliers offerts « c'était intéressant les ateliers, c'était le fun, pis tout ce qui faisait les activités, les sorties c'était bien. »

La gratuité des activités offertes est un des thèmes mis de l'avant lors des entretiens. Les activités apporteraient à la fois les bienfaits de partager un moment à plusieurs, mais leur permettraient aussi d'échapper à leurs difficultés. Les sorties comme le cinéma, le théâtre ou encore les activités sportives (chi gong, yoga, etc.) sont privilégiées par les répondantes. L'envie d'être « normale » ou encore d'avoir une « vie normale » est présente dans le discours de Cécile et Dominique. Selon elles, l'accessibilité à ce genre d'activités favoriserait ce sentiment de normalisation.

Pour Cécile, avoir accès à des cours de sport gratuits ou à de l'art-thérapie était une façon de s'outiller pour mieux gérer son anxiété, mais aussi pour reprendre une « vie normale ». « Moi j'ai aimé les activités, moi j'ai aimé le tai-chi, ces activités-là, ça, c'était génial parce que ça nous coûtait rien, pis moi j'ai fait l'art-thérapie. Ça, ça a été des outils super que ce soit gratuit et accessible. » La gratuité lui permettait de réduire son stress financier, mais également d'avoir accès à un service sans que l'argent ne soit un obstacle. « Ça là, c'est quelque chose qui aide beaucoup parce quand je te parle de vie normale, faire des activités où l'aspect financier n'est pas impliqué, là, t'sais où tu vois une contrainte. »

En ce sens Dominique, appréciait les activités et les sorties offertes à la Résidence, cela lui a permis de créer des liens avec les autres femmes et de se rapprocher d'un de ses objectifs qui était d'avoir une vie normale. « Les activités, les sorties, le suivi avec l'intervenante pis les autres femmes aussi, c'était pas des personnes t'sais qu'on s'entendait pas bien. J'me suis faite des amies. » Dans le parcours de Dominique l'argent constituait un obstacle important dans son quotidien et une source de souffrance « c'est très difficile de pas être comme les autres et pas pouvoir faire plein de choses », ainsi avoir accès sans frais à des activités semblait pallier un peu à ce manque et semblait contribuer à se sentir intégrée dans la société. En ce sens, la gratuité des activités a permis à Geneviève d'aller pour la première fois au Centre Bell, des sorties qui restent marquées dans sa mémoire et qui sont empreintes

d'enthousiasme : « Même ici j'suis allée deux fois au centre Bell (sourire). Oui, gratuit! » Ainsi, selon ces répondantes la participation aux activités favoriserait l'intégration sociale et le sentiment d'être comme tout le monde.

Par ailleurs, les entrevues révèlent aussi un aspect plus négatif au niveau de l'organisation des ateliers et des sorties : le manque de participation des résidentes. L'absence d'un nombre suffisant de participantes entraine le report, voire l'annulation de l'atelier ou de l'activité. De sorte que cet aspect logistique semble constituer une barrière dans l'accessibilité à des outils et/ou activités de loisirs/socialisation appréciés des résidentes. Ainsi, Cécile déplorait que « le Y mettait beaucoup d'activités, pis des fois les femmes y allaient pas pis t'sais je me disais merde ». Geneviève faisait le même constat « je trouvais plate, les femmes qui s'inscrivent pas, ou qui donnaient pas leur noms pis l'activité tombait à l'eau. »

4.2.2.3. La vie de groupe

La vie communautaire est un axe thématique qui a été grandement discuté chez nos sept répondantes. Les discours sont toutefois très polarisés, nous allons commencer par les aspects positifs que nous ont nommés les répondantes et nous terminerons par les aspects plus négatifs ou difficiles de la vie communautaire.

Pour Aïcha, la vie communautaire était un élément qu'elle recherchait en venant séjourner au Y des femmes. Pour elle, les résidentes devenaient sa « famille », partager les espaces communs et sortir de sa chambre devenaient des occasions de côtoyer du monde, « je sortais de la chambre je rencontrais du monde que j'aime beaucoup alors c'était bon pour moi. Ça me faisait, ça me faisait du bien. » Ainsi, Aïcha semblait soutirer des bienfaits de ses rencontres avec les femmes et du vivre ensemble. France considère elle aussi que la Résidence est devenue sa « famille » et bien que socialiser avec les autres femmes représentait un défi, occuper les lieux

communs était une réussite « rien qu'être présente, c'était déjà gros ». Pour Dominique, la vie en communauté lui a permis de réduire son sentiment de solitude « je me sentais moins toute seule ». Ainsi, la vie de groupe semble favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance et la diminution du sentiment d'isolement.

Dans cette lignée, le vivre ensemble semble avoir contribué à développer différentes qualités chez plusieurs répondantes, telles que : l'adaptation, l'empathie, le respect et la tolérance. En effet, selon Zara pour être en mesure de vivre en communauté, il est essentiel d'être capable de s'ajuster « il faut t'adapter, si tu ne peux pas t'adapter reste dans ta chambre. » Cécile abonde dans ce sens en constatant qu'il « faut développer des bonnes manières. » De même, Dominique considère que le vivre ensemble implique d'apprendre à être tolérant vis-à-vis de l'autre « c'est sûr faut que t'apprennes la tolérance pour certaines choses. » Ainsi, Dominique constate qu'elle est devenue plus accommodante et que son séjour lui a appris le respect d'autrui « ça m'a pris d'être plus tolérante, pis de respecter, pis de pas tout dire, t'sais, t'sais, être low-profile. » D'ailleurs, Cécile observe que le respect de l'intimité de chacune est ce qui domine dans l'hébergement et cela à contribuer à rendre possible son cheminement personnel « je respectais l'intimité, c'était pas mal ça que je voyais qui régnait dans le milieu. Oui, on a chacune nos chambres, mais on veut garder notre intimité. »

Partager les espaces avec des femmes issues de différents milieux de vie et vivants diverses problématiques peut constituer un défi, mais cela a également permis de développer une certaine solidarité entre les femmes. Dominique observe à cet effet qu'elle a été « là pour les autres » et que dans les moments plus difficiles, les autres l'on soutenue « les autres ont été là pour moi aussi ». Dans un même ordre d'idées, certaines répondantes semblent avoir développé une certaine empathie vis-à-vis des autres résidentes. Françoise comprend que les relations entre résidentes sont

empreintes du cheminement de la personne « Ça dépend toujours où ce que la personne en est rendue, j'pense ». Geneviève conçoit qu'« une des raisons pourquoi les femmes s'inscrivent pas des choses c'est qui vont pas bien » ou encore Cécile remarque que les femmes traversent une période de changements au niveau personnel ce qui demande une certaine tolérance et compréhension :

Les femmes sont plus...même moi là t'sais, on est plus, on a des choses à travailler [...] les femmes, on est fragile, y en a qui ont des problèmes de santé mentale, pis on est plus fragile, pis ça prend une intervenante pour juste des fois pour désamorcer les choses pis pour que les femmes continuent d'aller à l'activité.

De sorte que le milieu favoriserait dans certains cas le développement d'une meilleure compréhension et d'une plus grande tolérance vis-à-vis d'autrui. Autrement dit, l'hébergement serait entre autres un lieu d'apprentissage du vivre ensemble et un lieu de socialisation.

Même si habiter en communauté semble comporter des avantages, les récits des répondantes laissent entrevoir des aspects plus difficiles de la vie de groupe, comme par exemple les relations conflictuelles, le manque d'ouverture à d'autres pratiques, ou encore la persistance du sentiment de solitude. Les conflits occupent une place prépondérante dans le discours des répondantes sur le thème de la vie de groupe. Ces derniers se produisent plus souvent dans les lieux communs tels que la cuisine, les salles de bain. Pour Cécile, les conflits entre résidentes font partie de la vie communautaire « aussitôt que tu partages le quotidien à 35 là » et remarquait que « la chicane pogne vite ». Françoise se rappelle en avoir vu des conflits « j'en ai vu des chicanes en haut ». Il n'est pas rare que les répondantes elles-mêmes aient vécu des conflits avec résidentes « J'en ai eu des frictions avec d'autres résidentes ».

Il y avait dans certains cas, un manque d'ouverture à d'autres us et coutumes qui pouvaient déclencher des conflits. Dans le cas de Zara, il s'agissait de sa cuisine qui incommodait les autres femmes « il y en a qui sont venues voir une intervenante pour se plaindre comme quoi ce que je préparais ça sent mauvais » et celle-ci se sentait « toujours épiée » par les résidentes. Du côté de Geneviève, ce sont les femmes qui ne réagissaient pas bien lorsqu'elle effectuait son rite religieux « je prie pis des fois je priais à haute voix alors ça dérangeait les femmes. » Selon Cécile, la présence d'une intervenante en tout temps aurait pu prévenir certains conflits. « Faut vraiment qu'une intervenante reste sur place », sans quoi les femmes seraient plus enclines à stopper leurs implications dans les activités « ça prend une intervenante pour juste des fois pour désamorcer les choses pis pour que les femmes continuent d'aller à l'activité. »

Pour certaines, la vie communautaire n'était pas forcément synonyme d'intégration ou de réduction du sentiment d'isolement. Ainsi, France se souvient qu'à son arrivée les résidentes étaient majoritairement anglophones et elle ne pouvait pas entrer en contact avec elles :

[...] j'avais pas trouvé ça facile au début parce que c'est plus par période t'sais, j'avais, moi j'parle pas anglais malheureusement. Et c'était beaucoup un groupe anglophone quand j'suis rentrée, j'suis arrivée une fin de semaine pis euh j'essayais de voir le fonctionnement et tout déjà juste de demander c'était beaucoup, pis euh le monde te répondait à peu près pas, j'avais le goût quasiment de repartir, mais de repartir pour où t'sais la t'sais.

Bien que France soit la seule à nous avoir parlé de la langue en tant qu'obstacle à son intégration, il est possible que d'autres résidentes d'origines diverses aient été confrontées à cette barrière linguistique tant au niveau du français que de l'anglais. C'est pourquoi nous avons jugé pertinent d'inclure cette perspective.

De son côté Cécile a été surprise par le fait que même si elle partageait son quotidien avec autant de femmes, elle restait seule face à elle-même « ça m'a étonné, malgré le

fait que t'as ta chambre et que t'as d'autres femmes à côté, c'est comme si tu étais seule. » Ainsi, la proximité avec les résidentes ne signifierait pas la fin du sentiment de solitude. Pour d'autres, ne pas se mêler au groupe est un choix pour ne pas vivre de conflit « regarde-moi je me mêle de mes affaires, mais j'en ai vu des chicanes en haut, mais moi c'est pas mon genre là. » (Françoise)

4.3. Le parcours suite au séjour à la Résidence

4.3.1. Le parcours résidentiel depuis le départ

Toutes les répondantes de cette étude sont actuellement dans leur logement autonome. Cinq d'entre elles résident dans des logements subventionnés et deux sont retournées sur le marché locatif classique. À l'intérieur des personnes en logement subventionné, trois sont en logement avec soutien communautaire et deux sont en HLM (voir tableau 3.3, chap. 3, p. 49). Sur sept répondantes, seulement deux ont déménagé du logement dans lequel elles étaient allées suite à leur séjour, et ce, après plusieurs années dans leur appartement. Elles sont actuellement dans des logements permanents. De sorte que les personnes interrogées semblent avoir retrouvé une certaine stabilité résidentielle depuis leur départ.

4.3.1.1. Le départ de la Résidence

Le départ de la Résidence a généralement été motivé, soit par la fin de séjour approchant (3), soit par le sentiment d'être à nouveau capable d'avoir son propre logement (3). De plus, une seule répondante nous a indiqué avoir vécu difficilement sa fin de séjour à la Résidence. Il semble donc que pour les autres répondantes le départ se positionne dans une suite logique de leurs parcours. Bien qu'une seule répondante ait nommé avoir trouvé son départ difficile, les éléments soulevés dans son discours nous ont semblé pertinents.

France est la seule à avoir fait une demande de prolongation de séjour dans notre échantillon. Pourtant ce phénomène semble être en augmentation dans les ressources présentement (voir problématique) et il serait intéressant d'illustrer comment cette répondante a vécu cette situation. Pour France, l'obligation de quitter la Résidence a été vécue comme un choc et représentait un stress : « je ressentais une pression, pour que le Y mette la pression de partir c'était pfff pis là moi trouver de quoi, c'est comme si ces années-là temporairement là avaient été annulées du coup-là. » Ce qui semble avoir aidé madame, c'est de pouvoir faire une demande de prolongation et que cette démarche soit approuvée : « j'avais fait une demande de prolongation de de...de...6 mois [...] j'avais expliqué les motifs dedans [...] j'avais l'impression de choisir mon départ et de un et de deux ça m'a permis d'accepter le départ davantage. » Ainsi, dans ce cas la prise en compte de l'opinion de madame semble avoir eu des effets positifs à différents niveaux. Cela lui aurait permis de jouer un rôle actif dans la planification de son départ, d'être reconnue en tant qu'experte de sa situation et enfin de pouvoir se réapproprier sa fin de séjour.

4.3.1.2. Retrouver un chez-soi

Il ressort des récits des répondantes, la satisfaction de retrouver un chez-soi. Françoise a obtenu un logement subventionné avec soutien communautaire, elle se souvient s'être sentie prête pour aller en appartement et être heureuse d'avoir son chez-soi « je pleurais comme un bébé quand j'ai eu ça, un p'tit balcon en arrière [...] c'est un beau p'tit appartement, c'est merveilleux, se coucher chez soi dans la paix. » De même pour Dominique, l'obtention de son logement était une source de joie « j'étais toute excitée, j'étais tellement contente » et elle pouvait enfin se réinstaller dans ses affaires « tu rentres ton stock, pis tout était frais peinturé, c'était merveilleux, je me suis sentie chez moi tout de suite pis j'adorais ça, je veux dire, t'sais c'est moderne, c'est propre, j'suis en arrière alors ce n'est pas bruyant. » Aicha quant à elle, a aussi obtenu un logement avec soutien communautaire et s'y sent bien :« ils

m'ont accepté, là j'étais contente [...] C'est beau, j'ai un balcon, mais oui, je le décore à ma façon. » Geneviève a obtenu une réponse pour un HLM, « J'étais accepté dans un HLM, je demeure dans un HLM depuis ce temps-là. » Geneviève apprécie son voisinage « elle est tellement fine, elle a dans les 80 peut-être. On s'entend super bien ensemble [...] On se parle, on fait juste se parler. Pis j'suis contente d'être dans un HLM. » Zara et Cécile sont retournées sur le marché locatif classique et se sentent bien dans leur appartement respectif.

4.3.2. Les défis actuels

4.3.2.1. Vivre seule

Presque toutes les répondantes ont exprimé être confrontées à différents défis depuis qu'elles sont en logement. Une des premières difficultés est l'ajustement au fait d'habiter seul que l'on retrouve chez trois des répondantes. France exprime qu'elle avait « des ups and downs », Cécile constate qu'elle est actuellement en train de « dealer avec c'est la solitude » ou encore Dominique « Ça je trouve ça difficile encore aujourd'hui pis moi je suis pas une solitaire fait que je trouve ça ben difficile, mais ça va mieux [...] avant c'était l'enfer. » Toutefois, avec le temps, elles semblent avoir développé des stratégies afin de mieux gérer ce sentiment. Cécile tente de prendre part à des activités quant à Dominique elle se tient « occupée, beaucoup, beaucoup, beaucoup. » D'autres, tirent avantage de la présence d'une intervenante dans leur immeuble, comme Geneviève qui n'hésite pas à rendre visite à son intervenante en HLM ou encore Françoise qui apprécie grandement la présence d'une intervenante de temps en temps dans son immeuble « y a une fille qui vient deux trois fois par semaine, on peut la voir de temps en temps, c'est le fun. »

4.3.2.2. Les faibles revenus persistants

Une deuxième préoccupation rapportée est celle des moyens financiers limités, qui demeurent un axe thématique central dans le discours des répondantes pendant et suite à leurs départs de la Résidence. Cependant, ce thème semble être à l'image d'enjeux différents en fonction de l'âge ou de la présence ou non d'un diagnostic en santé mentale dans le parcours post-résidence. Nous avons privilégié les discours de Dominique et Cécile en raison des multiples aspects qu'ils nous permettent de dégager.

Cécile et Dominique toutes les deux dans le début de la cinquantaine expriment se sentir encore bloquées par leurs revenus pour participer à des activités sociales ou simplement se sentir autonomes financièrement. Dominique nous indique que cela fait depuis son passage à la Résidence qu'elle est récipiendaire de l'aide sociale, cependant elle souhaiterait ne plus en dépendre « l'aide sociale avec ça je peux vivre, mais je l'ai eu une coupe de fois, une coupe d'année j'suis écœurée, j'ai hâte de travailler, j'ai un salaire. J'ai de l'argent dans mes poches, quand même qu'on s'en va manger et que je puisse dire je peux y aller. » Actuellement, elle se sent « prise » et ne peut pas toujours prendre part aux activités avec ses amies « je peux pas toujours les suivre, pis je veux pas qui paient toujours pour moi [...] t'sais moi je veux avoir ma vie, mon indépendance. » Ne pas pouvoir participer à des activités avec ses amies et devoir toujours considérer l'aspect financier semble être une source de tristesse et un rappel qu'elle n'est pas comme les « autres » : « j'aimerais ça être comme mes amies, comme les autres. Ouais, c'est très difficile de pas être comme les autres et pas pouvoir faire plein de choses. »

Cécile quant à elle, se sent également limitée dans les activités auxquels elle peut prendre part, étant retournée aux études, elle bénéficie du programme des prêts et bourses : « t'sais je veux dire économiquement tu dois te trouver des activités moins

chères pour côtoyer des gens. » Et souligne un aspect similaire à Dominique, c'est-àdire la difficulté de ne pas en être au même stade que ses amies : « je regarde mes amies pis leur maison sont toutes payées, elles sont autonomes, ça c'est une grosse pression, je travaille là-dessus. »

4.3.2.3. Le vieillissement et la réintégration au marché de l'emploi

Les discours de Cécile et Dominique révèlent également qu'elles craignent ne pas être en mesure de pouvoir améliorer leur sort financier en ne parvenant pas à réintégrer le marché de l'emploi. En ce sens, Dominique souligne avoir peur de vivre de la discrimination sur le marché de l'emploi en raison de son diagnostic en santé mentale et de son âge :

Ça sera pas évident parce que quand ça fait des années que t'as pas travaillé, quand ça fait t'as eu des problèmes de santé mentale, c'est très difficile [...] j'ai juste 53, mais j'ai déjà moins de chance à cause de ça [...] y en a plein qui m'ont dit 55, y pensez-vous préretraite, mais écoute-moi depuis 2008, j'ai pas travaillé, moi je veux travailler jusqu'à 65-67, là. Si la santé me le permet, faut que je me mette de l'argent de côté, j'ai rien moi là, mais t'sais.

Cécile partage une inquiétude semblable en lien avec son âge :

Moi c'est l'insécurité que ça créé parce que moi je vais commencer à travailler à 57 ans [...] Maintenant, je me dis oublies l'âge, tu fais ce que tu veux, oublies ça, mais c'est juste que c'est une réalité, j'espère avoir du travail pour avoir la santé, j'essaie de bien manger, d'adapter mon revenu.

La problématique de l'intégration au marché du travail est également présente chez deux autres des répondantes. Bénéficiant depuis plusieurs années de l'aide sociale avec contrainte sévère à l'emploi, elles participent à des programmes comme PAAS

action³⁹ ce qui leur permettraient d'augmenter leur revenu de 130\$ par mois. Cependant, pour Geneviève et Aicha, la participation à ce programme s'est souvent traduite par de mauvaises expériences d'emplois « J'avais de la misère avec une de mes bosses. Mais finalement j'ai perdu mon travail parce que j'étais trop... » ou « il m'a démissionné. Oui, parce qu'il a vu que je ne travaille pas assez sur moi-même, je donne pas des résultats sur moi-même. » (Aicha) Nous pouvons noter également qu'elles ne peuvent pas augmenter leur revenu même en travaillant plus, car la compensation financière de ce genre programme est de 130\$ maximum. Ainsi, Geneviève et Aïcha ne pourront pas bénéficier d'un plus important revenu d'ici la pension de retraite. Une augmentation des revenus illustrée par France qui va recevoir sa pension le mois prochain « ça va faire une différence parce que [...] ça va faire du bien la pension là. » Ainsi, le passage à la retraite est synonyme d'une amélioration de ses revenus.

4.3.3. Ce qui les aide à maintenir leur stabilité résidentielle

4.3.3.1. La continuité du lien : un filet de sécurité

La stabilité et la continuité du lien avec l'intervenante ou avec l'équipe de la Résidence suite à leur départ sont des éléments significatifs pour les répondantes. Par stabilité, nous entendons le fait qu'il s'agisse de la même personne qui assure le suivi post-hébergement que leur de leur séjour. Il s'agit donc d'une intervenante avec qui elles ont créé des liens tout au long de leur parcours et qui les connaît, cela veut aussi

3

³⁹ Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec propose aux personnes prestataires de l'aide sociale ou à celles bénéficiant du Programme de solidarité sociale de participer aux Programmes d'aide et d'accompagnement social (PAAS). L'objectif de ces programmes est de : permettre à des personnes éloignées du marché du travail de progresser suffisamment au plan socioprofessionnel pour qu'elles puissent participer à une mesure active d'emploi, et ce, dans la perspective d'accroître leur accès au marché du travail (MESS, 2014, p. 5). En contrepartie, les participants reçoivent une compensation financière de 130 \$ par mois. (Ibid., p. 11).

dire qu'elles n'ont pas besoin de « se raconter » à chaque fois. Par continuité, nous entendons le fait que le service offert par la Résidence n'est pas interrompu suite au départ de la Résidence, mais se poursuit dans le temps. Il est effectivement ressorti dans les récits des répondantes que le fait de savoir que l'aide est disponible en cas de besoin, et que celle-ci est offerte par des personnes qui les connaissent constituaient des éléments rassurants.

En ce sens, France sait que « la porte est toujours ouverte » et que l'équipe de la Résidence serait là, s'il lui arrivait quelque chose. De même pour Françoise :

J'avais [nom d'une intervenante] comme intervenante et encore [nom de l'intervenante] si j'ai de quoi j'appelle, et si elle est occupée, y a toujours quelqu'un ici, c'est ça qui est merveilleux. Comme l'an passé j'ai souffert énormément de sommeil pis je venais voir, je suis venue voir cette intervenante pis on a jasé pendant une heure ou deux heures, pis tu t'en retournes chez toi après.

L'accessibilité à ce soutien combiné avec la relation préexistante entre l'intervenante et la répondante semble faciliter la prise en charge des difficultés que peuvent vivre ces femmes une fois en appartement que ce soit de façon ponctuelle ou en période de crise. Cela permettrait également d'intervenir en avant que les situations se détériorent en mettant des services en place.

Elle (l'intervenante) me l'avait offert (suivi post-hébergement) parce qu'à un moment donné je filais pas, j'ai pu pis après ça je suis revenue après parce que j'avais un moment où j'allais moins bien. J'suis revenue pendant p'tre un mois ou deux pis après ça j'ai arrêté ça allait mieux, pis c'est là qu'elle m'a recommandé la maison des étapes, elle dit tu pourrais avoir un suivi communautaire. (Dominique)

Zara quant à elle voit l'accessibilité à ce soutien comme une prolongation de son séjour « je pense mon expérience de la Résidence n'est pas encore terminée, et croismoi je vais la tirer au maximum (rire). » De sorte que les femmes se sentent soutenues même après leur départ et ne sont pas laissées à elle-même. Cela favoriserait la stabilité résidentielle de ces femmes.

4.3.3.2. Être sollicitée pour des projets ponctuels

Toutes les anciennes résidentes n'ont pas eu la possibilité de participer ou d'être sollicitée pour prendre part dans des projets post-séjour. Nous avons cependant jugé pertinent d'inclure les effets que cela semble avoir eu chez deux répondantes ayant eu cette opportunité. En effet, la participation à divers projets avec le YWCA a occupé une place significative dans les récits de Françoise et de France et toutes deux semblent en avoir soutiré des effets positifs.

France se souvient que les intervenantes lui avaient demandé de s'impliquer au niveau des projets de logements et de son inquiétude de ne pas être à hauteur « penses-tu que j'suis capable ? » Grâce au soutien de son intervenante, France accepte de travailler sur le projet en partenariat avec trois autres organismes communautaires. Au début, elle demandait les notes de son intervenante durant les réunions puis petit à petit elle a recommencé à se faire confiance et ne sentait plus le besoin de comparer ses notes avec celles de son intervenante. L'environnement dans lequel France évoluait durant sa participation au projet semble avoir été un élément facilitant son évolution dans le dessein « un moment donné là, c'était vraiment tout le monde égal [...] pis un moment donné on participait vraiment. » Autrement dit, sentir que son apport dans les réunions comptait autant que celui d'une intervenante était quelque chose de valorisant et a créé des conditions propices à sa progression. Ainsi, la participation aux projets de logements lui a permis de se retrouver en tant que personne compétente :

J'me retrouvais plus comme personne je dirais capable de s'exprimer, capable de prendre mes responsabilités, capable de prendre mes décisions, retrouver mes compétences que j'appelle que j'avais perdu que j'avais flushé, j'avais mis de côté, c'était comme waouh, hein j'ai encore tout ça. (France)

Conséquemment, à travers la participation au projet France s'est vue non seulement cheminer, mais a également s'est sentie « utile ».

Pour Françoise, c'est sa nomination et sa participation à un prix de reconnaissance qui a été très significative : « le Y m'a choisi, j'étais contente, je comprenais pas, mais je l'ai pris, le prix (rire)! » Bien qu'au début il était difficile pour elle de saisir pourquoi elle avait été choisie, elle finit par comprendre qu'il s'agissait d'une reconnaissance de son cheminement personnel : « c'est beau la vie professionnelle, mais moi c'était plus que ça, là j'ai compris, moi c'était ma vie personnelle. » Françoise se souvient que sa présence à la cérémonie et au déroulement de la remise des prix impliquait un discours devant de nombreuses personnes, ce qui était quelque chose d'impressionnant pour elle. Néanmoins, elle s'est acculée à la tâche afin de se prouver qu'elle en était capable et ainsi poursuivre son cheminement. « Pour me dire t'es capable, autant j'avais pas de confiance en moi, ça m'a aidée à grandir. » Ainsi, autant pour France que pour Françoise leur participation à ces projets semble avoir contribué à leur cheminement post-hébergement et à se sentir valorisées dans leurs expériences respectives.

4.3.3.3. L'accès à des espaces de socialisation et un lieu d'appartenance

Une fois en logement, les ex-résidentes peuvent toujours bénéficier de certains services (p. ex., la banque alimentaire) et participer à certaines activités (p. ex., centre d'activités, sorties, souper de Noël, etc.). Pour celles qui ont décidé de continuer à fréquenter le Y des femmes c'est l'occasion de conserver un lien avec l'organisme, mais aussi de pouvoir socialiser. Ainsi, Geneviève continue et apprécie venir à la banque alimentaire, car cela lui permet de côtoyer des personnes qu'elle connait.

« Même j'viens ici des fois pour la banque alimentaire pis j'aime ça parce que j'rencontre des personnes que j'ai connues. » Pour Aicha, le Y des femmes est devenu un point de repère, un lieu où elle a sa place et peut prendre part à des activités.

C'est beau quand il y a un attachement ça se casse pas, les liens restent, c'est très important pour moi ça. Je viens, je dis salut, je quitte. Oui, parce que je sais (nom d'une intervenante) travaillait ici, (nom d'une autre intervenante) travaille ici, tout ce que je connais les intervenantes travaillent ici, ça me fait un repère. Mais oui, je viens, je dis coucou, salut et je fais des activités ici, comme la cuisine collective, oui, tout ça. Ça me dit de quoi de venir et salut et tout le monde et de partir chez moi après c'est bon.

4.3.3.4. Savoir s'entourer : recours à d'autres ressources dans la communauté

Pour certaines femmes, il semble important de maintenir un suivi ou l'accès à une forme de soutien à long terme. Or, une fois le suivi post-hébergement terminé la Résidence ne peut offrir qu'un soutien ponctuel à long terme (durant six mois suite au départ). Il n'est donc pas rare que les femmes aient recours à d'autres services d'organismes communautaires pour répondre à différents besoins. Il semble que l'accès à une multiplicité de services dans la communauté ait des effets positifs pour ces femmes. En ce sens, Dominique a participé à des ateliers offerts par Vers l'équilibre⁴⁰ et dispose d'un suivi communautaire avec la Maison des Étapes⁴¹. Elle sait également davantage reconnaître quand elle va moins bien et n'hésite pas dans ces moments à aller chercher de l'aide:

⁴⁰ Vers l'équilibre est un organisme communautaire qui œuvre depuis 1965 au mieux-être des personnes adultes qui vivent avec une problématique de santé mentale dans la grande région de Montréal. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la page web suivante : (http://www.verslequilibre.ca)

⁴¹ Maison Les Étapes Inc./Forward House Inc. est un organisme communautaire offrant des services et des programmes dans la communauté répondant aux besoins des adultes ayant souffert ou souffrant de troubles persistants de santé mentale. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la page web suivante : (http://www.maisonlesetapes.org/)

Quand je sens que ça va pas bien je pleure trois jours, mais je pleure plus trois semaines, c'est sûr que si ça arrive je va appeler mon médecin ben avant ou j'va venir ici en pleurant, je peux venir ici n'importe quel temps, à la maison des étapes c'est pareil, fait que moi je vais aller à l'aide tout de suite.

D'après les récits des répondantes, il arrive également que ces suivis aient été mis en place depuis plusieurs années, et ce, même durant leur séjour à la Résidence. C'est le cas de Geneviève qui souligne à plusieurs reprises qu'elle se sent bien entourée, car elle dispose d'un suivi avec la maison des Échelons depuis maintenant plus d'une dizaine d'années et obtient aussi du soutien de l'Église. Ces sources de soutien qui perdurent dans le temps sont très significatives pour madame « elle (intervenante de l'Échelon) s'occupe de moi depuis longtemps [...] pis elle a fait un bon bout de chemin avec moi ». Cela semble également favoriser le fait de se sentir bien entourée pour Geneviève : « j'ai dans ma vie des personnes qui m'aident. J'suis pas seule. »

4.4. Synthèse des résultats

Généralement, les récits des répondantes tendent à démontrer qu'avant le départ de leur foyer, ces femmes expérimentaient un parcours résidentiel dit « classique », c'est-à-dire qu'elles habitaient depuis plusieurs années en appartement seule ou avec leur conjoint et avaient peu ou pas d'expérience avec les ressources d'hébergement de premières lignes. Des suites de leurs départs respectifs, elles se sont retrouvées à devoir trouver une solution d'hébergement d'urgence et ce fut pour la plupart leurs premières expériences avec les milieux d'hébergement communautaires. De cette période, nous avons noté que les femmes ont éprouvé de la détresse, de l'épuisement, parfois l'apparition de troubles de santé mentale (p. ex., dépression) ou encore des stress liés à leurs situations financières (découverte de la pauvreté) et domiciliaires.

Durant ce temps, leurs séjours sont non seulement ponctués d'allers-retours entre les différentes ressources d'hébergement marquant une période plus ou moins longue

d'instabilité résidentielle, mais aussi par l'entreprise de leurs démarches (séparation, immigration, demande d'aide sociale, etc.). Un autre aspect que les récits ont fait ressortir en regard à cette période est l'appréciation des participantes face aux services offerts par les équipes au sein de certaines ressources. Les équipes auraient contribué à permettre la prise en charge de certaines de leurs difficultés, que ce soit à travers de l'écoute ou par l'enclenchement de premières démarches. Les répondantes ont rapporté avoir généralement apprécié ce premier soutien. Par ailleurs, certaines répondantes ont soulevé des côtés plus négatifs en regard de ces séjours, tels que le roulement des personnes fréquentant ces ressources, les difficultés en lien avec le contexte organisationnel, ou encore la durée limitée des séjours. Ces aspects semblent avoir occasionné des effets sur l'état de santé des répondantes (p. ex., fatigue, stress, sont en mode survie, etc.).

Ensuite nous avons abordé le séjour à la Résidence en tant que déterminant social de santé. Rappelons-nous que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2011) reconnait les milieux d'hébergement en tant que déterminant social de santé et stipule qu'il faut porter une attention particulière aux « conditions matérielles et sociales, la nature et la qualité des services et des ressources qui sont offerts ainsi que le type de gouvernance » (p. 10), car ce sont ces éléments qui influencent le rétablissement ou la réinsertion sociale des usagers.

En ce sens, les récits des répondantes ont fait ressortir l'importance d'avoir accès à un espace à soi et sécuritaire (la chambre privée) et abordable (respectant leur budget). Il s'agirait d'un des premiers éléments qui favoriserait leur rétablissement. Les répondantes ont également souligné que le séjour à la Résidence répondait à un besoin d'aide et qu'elles considéraient ce passage comme un moment de transition dans leur vie. Une étape leur permettant de se préparer à un retour en logement autonome. Dans cette lignée, les commentaires des répondantes en regard de leur

séjour et de leurs expériences de l'organisation des services au Y des femmes étaient généralement positifs.

Durant le séjour à la Résidence, les répondantes ont mis en exergue l'importance qu'ont revêtu le soutien et la relation qu'elles entretenaient avec leurs intervenantes respectives. Cela aurait contribué à réduire le sentiment de détresse psychologique et a favorisé la mise en place de services ou de stratégies pour les aider à traverser les épreuves. Plusieurs ont aussi rapporté que le suivi psychosocial leur a permis de « cheminer » et de mieux se comprendre. Enfin, la continuité et la stabilité dans le temps de la relation d'aide sont également des composantes grandement appréciées. Cela permettrait d'intervenir en amont des rechutes ou mieux composer avec celles-ci avec le soutien d'une personne qui les connaissent. Ainsi, la relation thérapeutique permet de favoriser un retour vers une stabilité émotionnelle et constitue en ce sens un déterminant positif de santé.

La Résidence propose également des activités de groupe et des ateliers de développement personnel. De façon générale, cette offre de service est appréciée par les répondantes et celles-ci semblent en soutirer des bénéfices. Le fait que ces services soient gratuits est un aspect qui permet de réduire le stress financier et favorise la participation sociale des répondantes. En ce sens, il a été noté que cela permet de réduire l'isolement social et favorise le sentiment d'être comme tout le monde. Par ailleurs, le fait qu'un nombre minimum de personnes soit nécessaire pour le déroulement de l'activité, de la sortie ou de l'atelier a parfois constitué une barrière pour les répondantes. En effet, l'annulation d'un atelier, par exemple, peut empêcher l'accès à des connaissances ou des outils intéressants pour les répondantes.

L'aspect le plus polarisé du programme demeure la vie de groupe. Au niveau des aspects positifs de la vie en communauté, il y en a pour qui le vivre ensemble est recherché et contribue à développer un sentiment d'appartenance de type « c'est ma

famille ». Cela permettrait également de réduire le sentiment d'isolement social. Il y a là un côté rassurant de savoir que l'on est entouré. Une composante intéressante du vivre ensemble est l'apprentissage de plusieurs qualités : l'adaptation, la tolérance, l'empathie et le respect d'autrui. Les répondantes semblent également avoir développé une certaine solidarité entre elles. D'un autre côté, les entrevues ont révélé plusieurs aspects plus difficiles de la vie de groupe : les conflits entre résidentes, le manque d'ouverture à d'autres us et coutumes, la langue parlée, ou encore le fait de vivre en groupe ne signifie pas la fin du sentiment de solitude. Ainsi, la vie de groupe peut constituer à la fois un déterminant positif et négatif de santé en fonction des individus.

Finalement, une fois le départ de la Résidence effectué, nous avons remarqué que l'ensemble des répondantes sont désormais en logements autonomes et permanents. Pour la plupart, il s'agit d'un appartement subventionné avec dans certains cas du soutien communautaire possible. Les répondantes apprécient de retrouver un chez-soi et semblent avoir retrouvé une stabilité résidentielle. En revanche, les répondantes nous ont également révélé plusieurs éléments qui constituent des défis pour elles, il s'agit de : vivre seule, d'avoir des faibles revenus persistants, d'entretenir des inquiétudes liées à la réintégration sur le marché de l'emploi. En effet, pour plusieurs répondantes quitter la Résidence s'est avéré positif, mais cela demande de réapprendre à vivre seule. Au niveau des revenus de nos répondantes, pour la plupart ils sont demeurés soit au même niveau qu'à leur arrivée soit ils ont connu une légère hausse (lors du passage à la retraite). Il appert que l'argent reste une source de préoccupation importante chez les répondantes. De plus, pour certaines d'entre elles, la réintégration sur le marché de l'emploi reste un de leurs objectifs, mais elles sont inquiètes à l'effet que leur âge puisse constituer une barrière à leur intégration.

Pour finir, les récits des répondantes ont mis de l'avant certains éléments favorisant leur stabilité résidentielle et le maintien de leur santé. Tout d'abord, le maintien du lien avec l'intervenante et auprès de l'organisme une fois installée leur logement permet de constituer pour elles un filet de sécurité. Les répondantes se disent rassurer de savoir que la « porte est ouverte » et qu'elles peuvent obtenir de l'aide au besoin. De plus, cela permet d'intervenir de façon ponctuelle afin de prévenir des crises, et à d'autres moments, de faire le pont avec d'autres ressources de la communauté pour faire en sorte que ces femmes disposent d'un réseau de soutien plus large et à long terme. Le fait que participer à certains projets avec la Résidence soient possibles après le départ est également un élément rassurant et a permis de faire valoir l'expérience d'anciennes résidentes. Enfin, le Y ne peut pas assurer ni répondre à l'ensemble des besoins de ces femmes à long terme, il n'est donc pas rare que les femmes développent des liens auprès d'autres ressources dans la communauté, ce qui contribue également à leur bien-être.

CHAPITRE V

DISCUSSION

De nombreux aspects ont été abordés dans la partie résultats du présent mémoire. Néanmoins, l'identification des processus d'exclusion à l'œuvre dans l'émergence des situations de précarité des répondantes y est abordée de façon moins explicite. Dans ce mémoire, nous postulons qu'une meilleure compréhension des processus d'exclusion en action dans les vécus des répondantes peut nous aider à mieux saisir les problématiques auxquelles ces femmes font face et ainsi nourrir les réflexions tant au niveau de l'intervention qu'au niveau social. Nous allons tenter dans cette section de répondre à nos objectifs de recherche, c'est-à-dire obtenir une meilleure compréhension des enjeux entourant les femmes de 45 ans et plus, et comprendre les effets que le séjour en hébergement transitoire a eus sur les répondantes. Ainsi, nous aborderons dans un premier temps les processus d'exclusion auxquels sont confrontées les répondantes, puis dans un deuxième temps, nous proposerons une lecture du programme offert à la Résidence et de ses répercussions à partir d'une réflexion liée au concept d'intégration sociale.

5.1. Les femmes de 45 ans et plus et les mécanismes de l'exclusion

Un des objectifs de la présente recherche est d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux entourant les femmes de 45 ans et plus se retrouvant en hébergement transitoire. Pour ce faire, nous nous appuyons dans cette section sur le concept d'exclusion en tant que processus dynamique tel que développé par Castel (2004, 2009), Groulx (2011) et Roy (2008). Ces auteurs s'intéressent aux trajectoires pouvant mener certains individus vers l'exclusion. Selon cette perspective, le sujet social est acteur ou actrice dans son parcours de vie et agit en fonction des

contraintes présentes dans son environnement. Cela permet d'identifier les choix ou les décisions prises par les répondantes en fonction de leurs histoires personnelles, mais aussi par rapport au contexte socioéconomique dans lequel elles évoluent. Autrement dit, c'est « l'occasion de retracer à la fois les facteurs qui sont susceptibles de conditionner, d'accélérer, de ralentir ou de neutraliser le processus d'exclusion, mais aussi les stratégies dont ont fait preuve les acteurs eux-mêmes pour organiser leur vie. » (Bellot, 2000, p. 112 cité dans Groulx, 2011, p. 43) Pour ce faire, nous allons aborder les facteurs individuels affectant le parcours de ces femmes, puis le rôle du contexte social et culturel.

5.1.1. Les facteurs individuels fragilisants

D'après les entrevues de recherche, plusieurs facteurs de fragilisation individuels⁴² (p. ex., maladie mentale, violence conjugale, consommation, etc.) ont teinté le parcours des répondantes. Ces éléments ont contribué non seulement à la précarisation de leur situation, mais aussi à les placer en situation d'inégalité sociale.

Au niveau de leurs profils socioéconomiques, plusieurs répondantes sont issues de classes sociales pauvres et n'ont pas fait d'études supérieures. Ce contexte ne leur a pas permis d'accéder à des emplois offrant de meilleures conditions de travail. Pour d'autres, des problèmes de santé se sont juxtaposés à la faiblesse de leurs revenus, tels que la préséance d'un diagnostic de santé mentale ou de déficience intellectuelle, insomnie sévère, alcoolisme (voir tableau 3.1, chap., 3, p. 47). Dans le cas d'un diagnostic de santé mentale (p. ex., dépression, bipolarité, etc.), il n'est pas

⁴² Gélineau et al. (2008) identifient dans leur étude portant sur l'itinérance des femmes, des facteurs qui en interagissant entre eux, fragilisent ou contribuent au déclenchement d'épisodes d'itinérance chez les femmes. Dans cette étude, les auteurs identifient des facteurs liés à une problématique spécifique (p. ex., problème de santé mentale, jeu pathologique, consommation de drogues ou d'alcool, etc.), ou encore ceux liés au genre féminin (p. ex., violence, le statut d'aidante naturelle, la pauvreté des femmes, etc.) (p. 29); le rôle que ces facteurs fragilisants vont jouer sur l'individu va dépendre de sa catégorie sociale, de sa situation et du contexte de la personne (Malenfant et al., 2004).

rare que les personnes soient confrontées à de la stigmatisation⁴³. Cela peut avoir pour conséquence de vivre de la discrimination et/ou marginalisation dans plusieurs sphères de la vie de la personne, notamment sur le plan du logement, du travail, des services de santé, etc. (Corrigan *et al.*, 2004; CSBE, 2012; Dorvil, 2010)

Dans la présente recherche, les répondantes ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale ou de déficience intellectuelle ont mis en lumière dans leurs récits les différentes formes de stigmatisation auxquelles elles ont fait face. L'emploi⁴⁴ constitue la sphère dans laquelle ces situations se sont les plus matérialisées. Bon nombre éprouvaient un sentiment d'échec lié au *discrédit capacitaire*⁴⁵ vécu en milieu de travail. Cela les a souvent menées à démissionner des milieux de travail. Les personnes atteintes de maladies mentales vont souvent intérioriser les préjugés à leur égard, ce qui va avoir pour conséquence de nuire à leur estime de soi et à leur bien-être psychologique. (CSBE, 2012, p. 44) Alors que l'emploi est reconnu comme un déterminant social de santé important (MSSS, 2011), ces dernières ne parviennent pas à en tirer profit.

Parallèlement à cela s'ajoutent certains facteurs liés à la condition féminine tels que la prévalence d'un vécu de violence et le rôle de proche aidante. Les résultats des études de Gélineau *et al.* (2008), Fotheringham *et al.* (2014), Plante (2007, 2012), Scott (2007) et Tutty *et al.* (2009) ont révélé que les trois quarts des femmes fréquentant

⁴⁴ Plusieurs éprouvent de la difficulté à conserver à emploi, plusieurs ont nommé avoir été obligées de démissionner, car elles ne travaillaient pas assez sur elles. Pour l'une d'entre elles, il a été impossible de retrouver un emploi en raison de sa santé mentale, ce qui l'a conduite à l'expulsion de son logement.

⁴³ La stigmatisation est un processus « par lequel les individus se trouvent marqués, étiquetés, suite à une expérience de rejet social : la stigmatisation a pour effet de réduire l'identité de l'individu à une seule facette (celle marquée par la « déviance »); la lutte contre cette étiquette qui lui est accolée devient, par conséquent, le principal obstacle à sa réintégration sociale. » (Bouthillier, 2003, p. 5)

⁴⁵ Le discrédit capacitaire fait référence à des situations que peuvent vivre des travailleurs ayant un trouble mental dans leur milieu d'emploi. Ces derniers sont exposés à une stigmatisation prenant la forme d'un double discrédit, moral et capacitaire : « On considère qu'ils sont fragiles et incapables de répondre aux exigences du travail. Certains sont tablettés, disqualifiés professionnellement ou encore incités à prendre une retraite non désirée » (Dorvil et al., 2015, p. 98).

une ressource d'hébergement ont vécu une forme de violence (agression, conjugale, harcèlement). Notre échantillon reflète cette réalité. De surcroît, la littérature sur le sujet met de l'avant le rôle que joue la violence dans l'émergence de troubles de santé mentale (p. ex., dépression, troubles anxieux, détresse psychologique, etc.) (OMS, 2009; Ouellet-Morin *et al.*, 2015). Ainsi, le lieu d'habitation dans ce cas-ci peut constituer ce qu'Otero (2003) identifie comme un stresseur environnemental et un déterminant négatif de santé. Une fois parties de leur logement, les femmes fuyant la violence conjugale vont avoir besoin d'un toit, mais aussi de services psychosociaux.

Le rôle de proche aidante est souvent relevé par des femmes comme facteur contribuant à leur situation de précarité et peut mener vers des situations d'appauvrissement (Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ), 2013, p. 8). Bien souvent, les proches aidantes éprouvent de la difficulté à arrimer le travail et la prise en charge de la personne aidée. Elles doivent fréquemment s'absenter du travail alors que paradoxalement les dépenses liées aux soins augmentent (Ibid., p. 8). Il y a également des conséquences sur la santé de ces dernières, telles que « la fatigue morale, épuisement physique, problèmes de santé, vie familiale perturbée, vie professionnelle dérangée, isolement social, consommation de psychotropes et dépression. » (Ibid., p. 6)

En outre, nous avons observé qu'un événement déclencheur (séparation, immigration, perte d'un emploi, rôle de proche aidante), lorsque combiné à une absence de revenus suffisants, contribue à accélérer le processus d'exclusion. Ce moment semble avoir marqué le début d'une période d'instabilité résidentielle pour les répondantes et les avoir confrontées au risque d'itinérance. Les situations telles que la perte d'un emploi, la perte de revenus liée à une séparation, une difficulté au plan de la santé mentale, etc. représentent des explications communes ayant possiblement favorisé l'itinérance et affectant toutes les tranches d'âges (Waldbrook, 2013). Néanmoins, notre échantillon de recherche montre qu'il est plus

difficile pour une femme de 45 ans et plus de faire face à des pertes de revenus soudaines (ici liées à la séparation, à la perte d'un emploi ou l'immigration). En ce sens, Crane et Warnes (2007, 2010), soutiennent que les personnes de 45 ans et plus sont plus susceptibles de se retrouver en situation d'itinérance, si des changements imprévus dans leur situation se produisent au niveau de leur état de santé, de leur situation financière, de leur statut marital, etc. Par conséquent, dans ce travail nous considérons l'âge comme un facteur fragilisant pour les femmes de 45 ans et plus.

D'après Groulx (2011) ces facteurs de fragilisation constituent un terreau fertile à la formation de « boucles de précarisation » (p. 36) et :

L'exposition à la perte brutale de revenus, à des privations matérielles multiples et à la détérioration des conditions de vie entraînent un mouvement de spirale descendante où chaque événement en entraîne un autre, formant ou produisant un cercle vicieux de désavantages. Cette accumulation des désavantages entraîne une accélération du processus ou de la dynamique, enfermant les individus ou les ménages dans des itinéraires de paupérisation. (p. 37)

Enfin, les récits des répondantes mettent en exergue que les facteurs influençant leurs parcours personnels prennent racine dans la structure sociale et culturelle de la société.

5.1.2. Le rôle du contexte social et culturel

Les facteurs sociaux et culturels jouent des rôles importants au niveau d'une compréhension des trajectoires prises par les répondantes. Plusieurs répondantes ont identifié des barrières systémiques qui se dressaient sur leur chemin, telles que la pauvreté, l'accessibilité à un logement abordable, la difficile insertion sur le marché de l'emploi en raison de l'âge et/ou de troubles de santé mentale, ou encore le manque de ressources d'hébergement pour femmes. L'ensemble de ces éléments

représente des déterminants sociaux de la santé qui ont une influence sur la capacité d'un individu à prendre soin de lui et à se protéger face au risque de l'exclusion sociale. Ils reflètent également des choix politiques et sociaux de notre société.

Alors qu'en 2002 le Québec s'est doté d'une loi visant *la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, le gouvernement actuel procède à d'importantes compressions budgétaires dans le secteur des services publics. Le réseau de la santé et des services sociaux et le Ministère du Travail, de l'Emploi et Solidarité sociale sont durement touchés par ces réformes. Ces modifications affectent plus négativement les femmes que les hommes et tendent à creuser les inégalités sociales entre les genres⁴⁶. (Couturier et Pépin-Tremblay, 2015, p. 34)

À titre indicatif, toutes les répondantes étaient à un moment ou à un autre de leur séjour à la Résidence des bénéficiaires de l'aide financière de dernier recours⁴⁷⁴⁸. Au Québec le revenu de l'aide sociale pour une personne seule et apte au travail couvre 50 % des besoins de base. (Direction de la santé publique (DSP), 2013, p. 5) Cet état de privation monétaire ne permet pas aux individus de se loger, se nourrir ou de payer l'intégralité de leurs factures. Il est reconnu par la Société d'Habitation du Québec qu'un individu doit consacrer 25% de son revenu à son loyer pour vivre décemment. Groulx (2011) souligne que :

⁴⁶ Selon ces auteurs, les compressions budgétaires toucheraient plus les secteurs d'emplois féminins et la réduction du nombre de journées maladie par année, à titre d'exemple, nuirait plus aux femmes (p. ex., les proches aidantes ont besoin de prendre des journées de congé pour prendre soin de leur proche, en réduisant le nombre de jours disponibles cela les expose à un appauvrissement). (Couturier et Pépin Tremblay, 2015, p. 30-31)

⁴⁷ Au Québec, la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* prévoit deux programmes d'aide financière de dernier recours, selon l'aptitude à l'emploi. Le Programme d'aide sociale s'applique aux personnes sans contrainte sévère à l'emploi. Le Programme de solidarité sociale s'applique aux personnes avec contrainte sévère à l'emploi. (DSP, 2013, p. 2)

⁴⁸ À titre indicatif à Montréal en 2010, les personnes de 45 ans et plus représentent 43,4 % de l'ensemble des prestataires de l'aide sociale. Entre 2005 et 2010, alors que l'ensemble des prestataires diminuait de 9,6 %, ceux âgés de 45 ans et plus ont augmenté de 1,9 % (Emploi Québec, 2010, p. 2). À la solidarité sociale, plus des deux tiers (68,4 %) des prestataires ont 45 ans et plus et leur nombre s'est accru de 9,6 %, alors que celui de l'ensemble des prestataires augmentait de 2,3 %. (Emploi-Québec, 2010, p. 5)

L'insuffisance du revenu entraîne une plus grande précarisation résidentielle et contraint à occuper des logements sans confort, exigus et parfois dégradés. Cette situation d'appauvrissement, qui a des effets sur la santé physique et mentale, peut justifier la stigmatisation, les attitudes et les pratiques discriminatoires. Se forme alors un cercle vicieux de la défavorisation, un cercle de reproduction des inégalités. (McAll et al., 2001), qui affecte le sentiment de confiance en soi et de mainmise sur sa propre vie (Stewart et al., 2008). (p. 37)

La réforme de l'aide sociale sous sa forme actuelle accentue la précarité des personnes âgées entre 55 et 57 ans en supprimant l'allocation liée à l'âge. Il s'agit d'une perte de 129 \$ par mois pour des revenus totaux se situant à hauteur de 604 \$ par mois pour les prestataires (DSP, 2013, p. 6). Pourtant, en 2013 52,1 % des prestataires du Programme d'aide sociale présentant une contrainte temporaire à l'emploi avaient plus de 55 ans (Ibid., p. 3). Cette dimension affecte non seulement les conditions de vie de la personne voyant son revenu à la baisse, mais aussi son estime de soi.

Le revenu reste un déterminant de santé important (DSP, 2010, 2013; OMS, 2009) et les écarts de revenus sont à la base des inégalités sociales de santé. La pauvreté ne fait pas référence uniquement à une dimension monétaire, elle est également souvent synonyme d'isolement social et d'un sentiment d'impuissance (DSP, 2010, p. 19). Enfin, les personnes vivant de l'aide sociale sont généralement « plus à risque de maladies et de mortalité prématurée. » (DSP, 2013, p. 7)

En réduisant les prestations d'aide sociale, cela contribue à l'exclusion économique et sociale de ces femmes. Pour le gouvernement, cette mesure vise à inciter les gens à retourner sur le marché de l'emploi. Cela suppose que les employeurs sont prêts à engager des personnes de plus de 45 ans. En réalité, beaucoup de Québécois(es) font

face à de la discrimination basée sur l'âge⁴⁹ sur le marché de l'emploi. Pourtant, la CDPDJ et la Commission canadienne de la personne (CCP) stipulent que l'âge est un motif interdit de discrimination (CCP, 2017; CDPDJ, 2017). Ainsi, bien que le discours prôné dans la société se veut inclusif, dans les faits, beaucoup de stéréotypes en lien avec le travail des personnes plus âgées persistent parmi lesquels l'idée qu'il ne vaut plus la peine, après l'âge de 50 ans, de leur payer des formations (Association québécoise de gérontologie (AQG), 2012).

Ces préjugés ne sont pas seulement présents dans le secteur de l'emploi, mais aussi dans les programmes de formation offerts par le gouvernement. Cet extrait illustre quelques-unes des embûches rencontrées dans le parcours de réinsertion professionnelle de Dominique : « le gouvernement souvent il me refuse, ça fait longtemps qu'on vous en a payé des programmes à l'âge où vous êtes rendue. »

D'ailleurs, le rapport rédigé par la Direction d'Emploi-Québec de l'île de Montréal (2010), souligne que les personnes de 45 ans et plus constituent la part la plus importante de bénéficiaires, mais sont sous-représentées lorsque l'on s'intéresse au taux de participation aux mesures et services d'Emploi-Québec (p. 5). Il est aussi admis que l'insertion sur le marché de l'emploi est plus difficile pour les raisons suivantes : « le faible niveau de scolarité, l'absence prolongée du marché du travail, les difficultés d'intégration pour les immigrants. » (DSP, 2013, p. 7)

5.2. Les effets de l'hébergement transitoire sur les répondantes

5.2.1. Le séjour à la Résidence comme point de départ de l'intégration sociale

⁴⁹L'âgisme correspond au « processus par lequel les personnes sont stéréotypées ou discriminées en raison de leur âge (Butler, 1975). » (AQG, 2012, p. 1)

En premier lieu, le passage à la Résidence a généralement été associé à une expérience positive par les répondantes et représentait une stratégie pour s'en sortir par elles-mêmes (c.-à-d. sans dépendre de leurs proches)⁵⁰. Comme le soulignaient Novac *et al.* (2009), l'hébergement transitoire est l'étape intermédiaire entre les refuges d'urgence et le logement, et il offre un espace sécuritaire avec du soutien qui permet à ses usagères d'avoir le temps de se remettre des épreuves traversées et de se reconstruire un réseau de soutien formel et informel (p.2). Ainsi, pour plusieurs le passage à la Résidence a rempli cette fonction et a permis une prise en charge tant en amont qu'en aval de leurs difficultés.

Dans la section 2 où nous avons présenté le cadre théorique mobilisé dans le présent mémoire, et avions utilisé la définition de l'intégration sociale proposée par Poupart (2004):

[...] la capacité pour une société donnée d'assurer une cohésion sociale en permettant aux groupes et aux individus qui la composent d'acquérir une place reconnue, c'est-à-dire d'avoir les ressources et les moyens nécessaires à l'obtention d'une certaine indépendance et autonomie. (p. 3)

En regard des résultats obtenus, les répondantes semblent avoir retrouvé une « certaine indépendance et autonomie », car elles habitent toutes dans leurs logements autonomes.

Le programme offert à la Résidence se structure autour de trois éléments : le suivi psychosocial, les activités/ateliers de groupe et la vie communautaire. C'est à l'intérieur de ces trois composantes que les femmes devraient être en mesure d'acquérir les ressources et les moyens nécessaires à l'obtention de leur autonomie.

⁵⁰À tire d'exemple : « j'aurais pu aller coucher chez mes amis là t'sais pendant deux ans là, j'aurais pu être reçue par mes amis, mais moi dans ma tête il fallait que je m'en sorte tout seul » (Cécile) ou encore Geneviève « je ne voulais pas dépendre de mon frère ». D'autres participantes l'ont nommé, mais il serait trop long pour les fins de ce travail de toutes les citer.

La complexité des problématiques rencontrées par les répondantes (tel que démontré dans la section intitulée facteurs fragilisants p. 94), pousse à nous interroger sur l'adéquation et le rôle des services offerts à la Résidence. Ceux-ci aux dires des répondantes, leur permettent-ils de réellement accéder à l'autonomie? Nous abordons maintenant la question des effets de chacune des composantes du programme de la Résidence sur le plan de la santé et du parcours résidentiel.

Les effets du soutien psychosocial et son rôle

Au niveau de la santé: L'aide et l'accompagnement étaient recherchés par les répondantes. Le suivi psychosocial leur a permis de se sentir soutenues, accompagnées et guidées à travers leurs démarches et/ou cheminements. Le fait d'être écoutées et de voir que les intervenantes se préoccupaient de leurs vécus a fait émerger un sentiment de reconnaissance chez plusieurs répondantes. Les rencontres individuelles ont aussi été pour elles un moyen d'explorer leurs difficultés et de développer des stratégies à long terme pour gérer leur anxiété, leur isolement, etc. Cela a également permis une meilleure prise en charge de leurs difficultés en les référant vers les services dans la communauté les plus adaptés à leurs besoins.

<u>Au niveau du parcours résidentiel</u>: La stabilité et le soutien continu dans le temps de l'intervenante (grâce au suivi post-hébergement) a, pour plusieurs, eu un effet rassurant et leur a permis de se sentir confiantes pour demeurer dans leur logement. En effet, savoir qu'elles pouvaient rencontrer quelqu'un lors des moments difficiles était sécurisant et permettait de prévenir d'éventuelles rechutes. Cela contribuait également à briser leur isolement en sachant que les membres de l'équipe de la Résidence continuaient à se soucier de leur bien-être. Ainsi, l'intervention par le biais des suivis individuels a été généralement bien accueillie.

Les effets des activités/ateliers de groupe

Au niveau de la santé: Les activités et les sorties sociales ont joué un rôle positif chez certaines répondantes en favorisant leur participation sociale. Le fait que les activités soient gratuites a contribué à l'inclusion des résidentes en évacuant la composante monétaire. Deux répondantes ont associé la participation à des sorties, telles qu'au musée ou au théâtre, comme étant des activités se rapprochant le plus de la vie normale. Ainsi, prendre part à des activités de loisir a contribué à faire émerger un sentiment de normalisation chez les répondantes et à les rapprocher de leur vie d'avant. Les ateliers ont pour certaines été un moyen de mieux se connaître et une façon de s'outiller à plus long terme. Néanmoins le manque de participation des autres résidentes les a parfois empêchées d'avoir accès à ces ressources.

<u>Au niveau du parcours résidentiel</u>: Bon nombre ont indiqué avoir compris l'importance de prendre part à des activités en dehors du Y des femmes durant et après leur séjour afin de briser leur isolement et de retrouver un rôle social. Ainsi, plusieurs participent activement à des groupes offerts dans d'autres organismes communautaires ou font du bénévolat. Cela contribuerait à diminuer le stress de vivre seule et favoriserait une stabilité résidentielle.

Les effets de la vie de groupe ou de vivre au Y des femmes

Lors des entrevues, plusieurs répondantes ont affirmé avoir retrouvé « une place » au Y des femmes, non seulement en termes de lieux physiques (p. ex., : un toit), mais aussi au niveau personnel (p. ex., sentir former une famille, se sentir acceptée, etc.). En ce sens, l'hébergement a contribué au développement d'un sentiment d'inclusion et d'appartenance chez certaines résidentes. Cet extrait illustre bien ce constat : « Des années, là, j'avais rien, sauf ce qu'on m'a donné au Y, même les p'tits cadeaux, ça avait une valeur. Au moins au Y, j'avais une place, pis ils se souciaient de moi, ils étaient pas obligés, déjà qu'on avait un toit, pis l'aide. » (France) Pour plusieurs personnes interrogées, le séjour a été aussi l'occasion de

créer des liens avec d'autres résidentes. Certaines sont encore en contact aujourd'hui, ce qui a contribué à la création d'un réseau informel de soutien à plus long terme.

Ainsi, le passage à la Résidence a correspondu à « un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit. » (Castel, 2004, p. 17) Il a également été un vecteur d'intégration et de lien social. (Dorvil et al., 2002, Morin et Baillargeau, 2008) Le programme de réinsertion sociale semble donc avoir eu des effets positifs sur les répondantes (meilleure estime de soi, arrimage avec d'autres ressources, autonomie retrouvée, etc.) et être le point de départ d'une plus grande intégration sociale. Par l'entremise de ce programme, les répondantes semblent s'être stabilisées et être à même de reprendre une vie autonome. Le fait d'avoir accédé à un logement et de l'avoir conservé va dans le sens de cette réussite.

5.2.2. Ce que nous enseignent les défis du post-hébergement

Les récits post-hébergement illustrent que la fin du programme de réinsertion sociale ne signifie pas pour autant la fin des problèmes personnels et laissent entrevoir certaines limites au passage à la Résidence.

Similairement aux études de Fotheringham et al. (2014), McDonald et al. (2006), le fait d'être logé de façon permanente n'équivaut pas à une diminution des difficultés individuelles (p. ex., difficultés à appréhender la solitude, au plan de la santé mentale, à subvenir à ses besoins à long terme, à prévoir un lieu d'habitation adapté à son vieillissement, etc.). Certes, l'accession à un logement reste une source de joie et représente une réussite pour les répondantes, et appuie la nécessité d'avoir accès à un logement abordable.

En effet, le passage en hébergement transitoire n'a pas, ou voire peu, d'incidence dans l'amélioration des revenus de ses participantes. En effet, la majorité des répondantes (5/7) continue de vivre avec de faibles revenus (aide sociale, pension de retraite, etc.). Crane et al., (2005) et McDonald et al. (2006) soulignaient que beaucoup de personnes anciennement itinérantes continuent de dépendre des aides financières gouvernementales. Nos résultats viennent confirmer les résultats de l'étude de Feng et al. (2007), à l'effet que les personnes étant âgées entre 45 et 64 ans percevant de faibles revenus n'ont que peu de chance de voir leurs ressources financières augmenter. Ainsi, à échéance du programme l'obtention d'un logement abordable se présente comme la meilleure option pour retrouver un chez-soi et son indépendance.

En revanche, comme mentionné dans la section portant sur la problématique (lire, chap.1, p. 9-11), Montréal fait face de nos jours à une pénurie de logements sociaux et ne peut répondre à la demande grandissante (DSPM, 2015, p. 20). Cela laisse pressentir un phénomène de concurrence entre les demandeurs de logement subventionnés : « Les madames y sont venues me féliciter, mais tu te sens mal, parce que tu prends leur place, je l'avais eu l'appartement. » (Dominique) Les répondantes de ce projet ont fait également mention de la difficulté de trouver un domicile adapté à leurs besoins : « T'sais les places dans les HLM y en a pas gros, pis depuis 2001 j'suis la liste, je l'ai pris c'est sûr, c'est ma chance, pis je place ma retraite. » (France) France aura attendu une quinzaine d'années pour obtenir une place en milieu HLM.

En fait, si l'accession à un logement marque certes une réussite pour ces femmes et demeure essentielle, elle ne suffit pas à assurer une intégration sociale pleine et entière pour celles-ci. À cet effet, plusieurs répondantes continuent de vivre une forme d'exclusion économique et de se sentir en *dehors* de ce qui devrait être, et ce malgré qu'elles soient logées de façon permanente. Dominique n'arrive pas à sortir de l'aide sociale et se « sent prise » : elle souhaite avoir une « vie normale, comme vous

une vie normale ». Cela rappelle un élément théorique présenté plus tôt dans ce mémoire (voir chap. 2, p. 36), à savoir qu'il est apparemment possible de vivre des situations d'exclusion tout en étant à l'*intérieur* (Billette et Lavoie, 2010).

Dans cette foulée, certaines répondantes semblent avoir intégré des idéaux présents dans la société en ce qui a trait à la normalité. Selon elles, une « vie normale », c'est avoir un emploi, être autonome financièrement, avoir son logement, de l'argent pour la retraite, et avoir un réseau social, etc. À leurs yeux, cela correspond également à là où elles devraient être dans leur vie en fonction de leur âge : « Pis à 57 ans, moi je regarde mes amies pis leurs maisons sont toutes payées, elles sont autonomes, ça, c'est une grosse pression. » (Cécile) Cela sous-entend que l'intégration sociale correspondrait aussi à la perception qu'ont les individus d'être intégrés et cela ne ferait pas référence uniquement à la dimension financière.

C'est dans cette mesure que le soutien psychosocial *pendant* et *après* le séjour prend tout son sens. Ce soutien contribue à sécuriser les femmes quant à leur capacité à être dans leur logement, et permet aussi de travailler sur une dimension plus symbolique de l'intégration sociale, soit celle constituée de l'estime de soi, de la confiance, des réseaux sociaux formels et informels, etc. Participer à des projets ponctuels semble aller en ce sens. En effet, les répondantes ont souligné avoir retrouvé confiance en leurs compétences et ont compris avoir autant de valeur que quelqu'un ayant accompli une carrière professionnelle réussie.

Enfin, les récits post-hébergement des répondantes attirent notre attention sur un nouveau problème social au Québec, soit l'augmentation du nombre de personnes qui vieillissent seules (CCLPES, 2010). Le vieillissement de la population pose plusieurs défis pour nos politiques publiques au niveau de l'emploi, du logement, des besoins socio-sanitaires ou de la sécurité du revenu (Ibid., 2010). Les récits des répondantes illustrent ces enjeux et la nécessité de poursuivre une réflexion collective sur le sujet.

5.3. Pertinence de l'hébergement transitoire

Le séjour en hébergement transitoire a pour beaucoup de répondantes représenté le point de départ vers une stabilité résidentielle en raison de la durée du séjour et du faible coût du loyer. Ce type d'hébergement semble également être une réponse à d'autres besoins, soit ceux liés à l'accès à un espace sécuritaire, à une forme de soutien et à davantage de temps. Ces éléments viennent confirmer les résultats de Fotheringham *et al.* (2014) dont les participantes avaient elles aussi identifié quatre aspects clés de leurs séjours à savoir : la sécurité, la proximité d'une communauté de femmes, le soutien et le temps (p. 846).

La prise en compte de ces besoins pose les assises d'un rétablissement et d'un cheminement possible pour les usagères des hébergements transitoires. Nos résultats sont allés dans ce sens. De plus, ces éléments constituent des facteurs de protection recommandés dans l'intervention auprès des femmes ayant un vécu d'itinérance ou d'instabilité résidentielle. (Plante, 2012) Cette auteure soutient que l'accessibilité « à des ressources diversifiées, à un logement social, à un revenu adéquat, à un soutien social qui permet de briser l'isolement, à des programmes flexibles de formation et d'employabilité, etc. » (Plante, 2012) contribue à briser « la spirale de l'itinérance ».

Enfin, l'hébergement transitoire semble contribuer à mettre un frein aux processus d'exclusion auxquels font face les personnes de 45 ans et plus. Cependant, si la personne n'accède pas à un logement permanent à la suite de son séjour, les effets positifs du programme pourraient s'amoindrir, voire s'annuler. En effet, sans l'accès à un logement permanent, les femmes peuvent se retrouver dans une spirale d'incertitudes quant à la capacité de se loger décemment. Cela les exposerait à nouveau au risque de l'itinérance. Il semble donc important de favoriser des politiques d'accessibilité à un logement permanent en concordance avec les revenus

de ces femmes. En fait, si ce type de ressource entraine certainement de nombreux effets bénéfiques au niveau du bien-être de ses usagères, force est de constater que ces bienfaits de l'intervention ne pourront pas dépasser la seule dimension individuelle sans une implication importante de la société. Castel (2009) nous mettait déjà en garde contre les interventions ne ciblant que les compétences individuelles, car bien que nécessaires, de telles interventions n'agissent pas à titre de moteurs changements ou d'éléments favorisant la réduction des inégalités sociales :

[...] il semble plus facile et plus réaliste d'intervenir sur les effets les plus visibles d'un dysfonctionnement social que de contrôler le processus qui l'enclenche, parce que la prise en charge de ces effets peut s'effectuer sur un mode *technique*, tandis que la maîtrise du processus exige un traitement politique. (p. 349)

Pour terminer, tel que le soulignent Billette et Lavoie (2010), une réelle inclusion passerait par une dimension individuelle (ici, hébergement transitoire avec un travail sur soi) et collective (par le biais notamment de politiques sociales adaptées).

CONCLUSION

Dans le cadre de ce projet, nous nous sommes intéressés aux vécus des femmes de 45 ans et plus ayant séjourné en hébergement transitoire en partant de leurs points de vue. La question de recherche ayant guidé notre travail était la suivante : quels sont les effets du séjour à la Résidence sur les femmes de 45 ans et plus, au niveau de leur santé et de leur parcours résidentiel? Les données recueillies nous ont permis d'illustrer les enjeux auxquels les femmes de cette tranche d'âge sont confrontées et de documenter entre autres les effets du passage en hébergement transitoire en tant que déterminant social de santé.

6.1. Retour sur notre projet de recherche par chapitre

Le premier chapitre a permis de situer notre recherche dans son contexte. En ce sens, l'intérêt d'un projet portant spécifiquement sur les femmes de 45 ans et plus en hébergement transitoire a été alimenté par des préoccupations cliniques issues de la pratique et du terrain. Ce chapitre a également abordé différents enjeux touchant les femmes en lien avec l'habitation, tels que l'itinérance, les ressources d'hébergement, les barrières systémiques à la stabilité résidentielle, et enfin, les critiques à l'endroit du modèle de l'hébergement transitoire. Le contenu de cette section a appuyé l'importance de poursuivre une réflexion quant à l'apport de ce type de ressource, soit l'hébergement transitoire, à la pratique.

Le second chapitre porte sur le cadre théorique guidant notre démarche. L'approche des déterminants sociaux de la santé a été privilégiée, car elle permet d'avoir une compréhension globale de ce qu'est la santé et des facteurs l'influençant. Les déterminants ayant des effets sur la santé des femmes ont été abordés. Plus précisément, nous avons placé l'hébergement transitoire en tant que déterminant de

santé. Nous avons parfait notre cadre en y ajoutant les concepts d'exclusion, d'intégration et de réinsertion sociales, et ce, dans le but d'apporter des éléments de compréhension théorique sur les trajectoires des répondantes.

Le troisième chapitre décrit à la méthode utilisée pour ce travail. L'approche qualitative par voie d'entretien semi-dirigé (n=7) a été priorisée. Nous y discutons également des considérations éthiques, des critères de sélection, de l'échantillon, de la méthode d'analyse des données et enfin des forces et des limites de la présente étude.

Le quatrième chapitre expose les récits des répondantes. Il nous permet d'accéder à leurs perspectives et de développer une meilleure compréhension de leurs vécus en hébergement transitoire. La présentation des résultats s'est structurée autour des trois thèmes principaux abordés lors des entrevues, c'est-à-dire l'avant, le pendant et l'après-séjour. Ces divisions séquentielles nous ont permis de retracer plus facilement le cheminement résidentiel et personnel effectué par les répondantes, tout en nous amenant à réfléchir sur la pratique en hébergement transitoire. Il ressort que de manière générale, l'hébergement a entrainé des répercussions positives aux vécus des répondantes de cette étude, telles que rapportées par celles-ci.

Le cinquième chapitre est consacré à la discussion des résultats. Ces derniers sont analysés à la lumière des concepts développés dans le cadre théorique, soit ceux de l'exclusion, l'intégration et la réinsertion sociales avec en filigrane, comme toile de fond, les déterminants sociaux de la santé. Il est ressorti que les femmes de 45 ans et plus sont plus susceptibles de se retrouver en situation d'exclusion (p. ex., l'itinérance) si elles perdent soudainement une part de leurs revenus ou vivent un changement important dans leur situation (p. ex., perte d'emploi, séparation, etc.). Cela s'explique en partie par l'entrecroisement et la juxtaposition des épreuves liées à la famille et/ou au travail qui interagissent entre elles et contribuent à la dégradation

des conditions de la personne y étant exposée. L'hébergement transitoire apparait comme étant un déterminant de la santé suscitant davantage d'effets positifs (p. ex., bienfaits du suivi) que négatifs (p. ex., avis polarisés sur la vie de groupe). L'hébergement transitoire favorise également un retour vers la stabilité résidentielle et personnelle. En quelque sorte, il constituerait ce que l'une des répondantes a identifié comme étant « un bon coussin ».

En ce sens, l'hébergement transitoire pose assurément frein à certains processus d'exclusion auxquels ces femmes sont exposées, sans toutefois les annuler. À titre d'exemple, le passage en hébergement transitoire n'a pas, ou alors très peu, d'incidences sur les revenus des répondantes, de sorte qu'une fois leurs séjours terminés, elles seront à nouveau exposées à certaines problématiques, telles celles de l'accessibilité au logement, ou encore celle liée au fait de vieillir seule.

6.2. Contributions de la recherche au niveau des connaissances scientifiques

Cette étude qualitative a permis en premier lieu de dresser un premier portrait des femmes de 45 ans et plus ayant séjourné en hébergement transitoire et en second lieu, d'obtenir le point de vue singulier de celles-ci sur l'hébergement ainsi que sur ses effets positifs ou négatifs. De sorte, l'étude a contribué modestement (n=7) aux connaissances canadiennes sur le sujet.

À travers l'analyse du parcours de ces femmes, nous avons pu observer que le choix de recourir à l'hébergement transitoire a été le produit des interactions entre leurs vécus/histoires personnelles (facteurs fragilisants) et leur environnement (contexte social et culturel). Dans l'ensemble, les expériences de séjour ont été vécues positivement et l'hébergement a répondu à plusieurs besoins essentiels, soit de permettre l'accessibilité à un espace à soi et sécuritaire, d'obtenir de l'aide et du temps pour se rétablir. La continuité et la stabilité du soutien offert par l'intervenante

sont aussi des facteurs qui contribuent apparemment à la stabilisation et à un retour vers l'autonomie.

Novac et al. (2009) stipulaient qu'il n'existerait pas un, mais différents modèles d'hébergement transitoires. Il s'avèrerait donc intéressant de faire une analyse comparative entre différentes ressources transitoires de Montréal. Nous pourrions ainsi dresser un portrait plus exhaustif des modalités d'accessibilité, des apports et des limites de chacun de ces modèles d'hébergement.

La possibilité de faire une étude à plus grande échelle serait également pertinente. De cette façon, les résultats reflèteraient une plus grande hétérogénéité des parcours et des besoins non comblés. Il serait aussi intéressant de faire des entrevues auprès de personnes dont les séjours se sont moins bien déroulés ou qui n'ont pas réussi à se reloger à échéance du séjour. Cela permettrait d'identifier les manques ou les ratés des services offerts et disponibles.

6.3. Contribution de la recherche au niveau de la pratique

Il est apparu que l'hébergement transitoire est un moyen de prise en charge des problématiques rencontrées par ces femmes et un moyen de freiner les processus d'exclusion plus extrêmes (p. ex., l'itinérance). Ce modèle d'habitation a constitué une réponse à plusieurs besoins mentionnés par les répondantes (sécurité, soutien et temps). Ces éléments soulignent l'importance de la prise en compte du genre dans l'élaboration des services adaptés. La diversité des cheminements personnels a démontré aussi l'importance d'offrir un soutien et des services adaptés aux besoins de chacune.

Les récits post-hébergement font ressortir que l'intervention ne devrait pas prendre fin à échéance du programme. En effet, le soutien post-hébergement a permis à plusieurs de consolider leurs acquis et d'aller rechercher d'autres services dans la communauté au besoin. Un autre aspect important sont les bénéfices soutirés liés à la participation d'anciennes résidentes à des projets ponctuels (p. ex., meilleure estime, compétences retrouvées, etc.). Cela a contribué à leur témoigner une reconnaissance face à leur valeur en tant que personne et membre à part entière de la société par le Y des femmes de Montréal.

C'est dans cette mesure qu'il serait intéressant de penser au développement d'un programme qui sache mobiliser les connaissances des femmes ayant séjournée à la Résidence. Peut-être serait-il possible de mettre en place un service de jumelage entre une nouvelle et une ancienne résidente? Cela permettrait non seulement de briser l'isolement social que peuvent vivre ces femmes, mais aussi de reconnaitre pleinement leurs expertises certaines. De cette façon, nous favoriserions une intervention plus informelle faite par les femmes elles-mêmes.

6.4. Recommandations

Pour terminer ce travail, nous aimerions énoncer quelques recommandations. En premier lieu, l'hébergement transitoire devrait faire partie d'une réponse sociale plus large en ce qui a trait aux femmes de 45 ans et plus à faibles revenus.

Ces types de services doivent continuer d'être financés par le gouvernement. En ce sens, qu'ils constituent des remparts face à une précarisation plus grande de ces femmes et répondent à des besoins. Les services offerts en hébergement transitoire doivent rester flexibles et s'adapter aux parcours de leurs usagères. Enfin, l'intégration de l'expertise et des savoirs des utilisatrices de services dans l'élaboration des programmes offerts devrait être privilégiée, et ce, entre autres par l'entremise de comités de consultation ou de sondages.

Le gouvernement québécois devrait appuyer la mise en place de mesures et de politiques sociales favorisant le développement de nouveaux projets de logements subventionnés avec soutien communautaire. Cela permettrait une réduction des délais rencontrés sur les listes d'attente (ainsi de baisser le risque de vivre dans des milieux de vie inadéquats), d'agir sur les inégalités entre les personnes seules à faibles revenus et les mieux nantis, et enfin, de favoriser une stabilité résidentielle en ayant accès à du soutien ponctuel. Les projets de logements subventionnés devraient tenir compte du vieillissement de la population et proposer des habitations et des services adaptés en conséquence.

Finalement, l'accessibilité au travail pour les femmes de plus de 45 ans devrait être un axe prioritaire du gouvernement. L'augmentation du revenu par l'obtention d'un emploi demeure assurément une des stratégies privilégiées par les femmes et les membres de la société au sens large.

ANNEXES A, B, C, D, E

GRILLE D'ENTREVUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (CERPÉ)

LETTRE D'AUTORISATION CONDITIONNELLE D'ACCÈS AUX COORDONNÉES D'ANCIENNES RÉSIDENTES DU Y DES FEMMES DE MONTRÉAL

LETTRE D'INVITATION À LA PARTICIPATION À CETTE RECHERCHE

ET

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ANNEXE A

Schéma d'entrevue

Le schéma d'entrevue semi-structurée présenté ci-dessous vise à explorer comment le passage à la Résidence du Y des femmes de Montréal, a été vécu par les femmes de 45 ans et plus. Et si celui-ci a eu une ou des répercussions au niveau du parcours de logement, et au niveau de l'état de santé de ses participantes.

Commencez par vous présenter (nom, âge, profession, etc.)

Thème 1 : Expériences de vie avant la Résidence Parlez-moi de votre vie avant de venir à la Résidence.

- Où viviez-vous? Quelles étaient vos conditions de logement?
- Comment s'organisait vos journées?
- Comment était votre santé, votre moral?
- Qu'est-ce que vous aimiez le plus de cette vie-là?
- Qu'est-ce que vous aimiez le moins de cette vie-là?

Thème 2 : Pendant le séjour à la Résidence

Circonstances entourant la demande à la Résidence.

Racontez-moi ce qui a fait que vous avez présenté une demande à la Résidence.

- Qu'est-ce qui s'est bien passé ? (Pouvez-vous me donner un exemple?)
- Qu'est-ce qui s'est moins bien passé dans l'accueil? (Pouvez-vous me donner un exemple?)
- Qu'est-ce que vous pensiez de votre chambre, de l'organisation des lieux, de l'équipe?
- Comment était votre moral, santé à ce moment-là?

Pour votre séjour à la Résidence :

- Est-ce que vous aviez des attentes/ souhaits par rapport à ce séjour?
- Est-ce que vous aviez remarqué des changements au niveau de votre santé?
- On associe souvent le programme offert à la Résidence comme étant un programme de réinsertion sociale, est-ce que ça veut dire quelque chose pour vous?
- Si vous auriez quelque chose à changer, améliorer, ce serait quoi?
- Qu'est-ce qui se serait passé, si vous n'aviez pas été acceptée à la Résidence?

Thème 3 : Perspectives de retour dans la société Parlez-moi de votre départ.

- Comment vous vous sentiez?
- Aviez-vous trouvé un logement?
- Comment se passe votre quotidien?
- Comment trouvez-vous votre état de santé, votre moral actuellement?
- Bénéficiez-vous de services dans la communauté comme le CLSC, un centre communautaire?
- Que pensez-vous de votre situation actuelle au niveau du logement?
- Que retenez-vous de votre expérience à la Résidence?

Pour conclure : Qu'avez-vous pensé de l'entrevue d'aujourd'hui? Y-a-t-il des aspects que nous n'avons pas abordé et dont vous aimeriez me parler?

ANNEXE B

UQAM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat: 850

Certificat émis le: 09-03-2016

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le Cadre normetif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains (juin 2012) de l'UQAM.

Titre du projet:

Hébergement transitoire, expériences et impacts chez les femmes de 45 ans et

plus

Nom de l'étudiant:

Anne-Gaëlle LELOUP

Programme d'études:

Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)

Direction de recherche:

Henri DORVIL

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Thérèse Bouffard

Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines

Professeure, Département de psychologie

ANNEXE C



Montréal, le 23 février 2016

Objet : Autorisation conditionnelle d'accès aux coordonnées d'anciennes résidentes de la Résidence du Y des femmes de Montréal et d'affichage dans nos projets de logements communautaires (Brin d'Elles, Les Jardins du Y et Saint-Michel) à des fins de recrutement.

Madame Leloup,

Suite à la présentation de votre projet de recherche « Hébergement transitoire, expériences et impacts chez les femmes de 45 ans et plus » et de ses objectifs au conseil d'administration du Y des femmes de Montréal le 20 janvier 2016. Nous vous autorisons à avoir accès pour les fins de la recherche aux coordonnées des anciennes résidentes. Cette autorisation est valable uniquement pour la période du 1 er mars 2016 au 31 août 2016.

Durant cette même période, vous êtes autorisée à apposer des affiches dans nos logements communautaires (Brin d'Elles, Les Jardins du Y et Saint-Michel) afin de recruter des participantes. Il est également convenu qu'au besoin vous pourriez venir présenter votre projet lors d'un café-rencontre ou autres activités.

Cette autorisation est conditionnelle à l'approbation éthique de votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE). Vous devrez nous présenter l'approbation officielle pour confirmer cette autorisation.

Cordialement,

Manon Brière

Coordonnatrice des Services Résidentiels Y des femmes de Montréal (YWCA)

(514) 866 9941 poste 517

Manox Bucce

mbriere(a)ydesfemmesmtl.org

ANNEXE D

Montréal, le 1er mars 2016

Objet : Invitation à participer à une entrevue sur votre séjour à la Résidence

Madame,

Nous souhaitons vous inviter à participer à une entrevue individuelle avec notre étudiante chercheure Anne-Gaëlle Leloup, candidate à la maitrise en travail social à l'UQAM.

Cette entrevue s'inscrit dans un projet de recherche universitaire qui vise à documenter les réalités de femmes de 45 ans et plus ayant séjourné à la Résidence du Y des femmes.

Nous souhaitons mieux comprendre et connaître les répercussions positives et négatives que ce séjour a pu avoir dans votre parcours actuel, au niveau du logement et de votre santé au sens large. Lors de cette entrevue, nous aborderons les thèmes suivants : l'avant, le pendant et l'après-séjour à la Résidence.

Les critères pour participer à l'étude sont les suivants :

- Avoir séjourné à la Résidence du Y des femmes de Montréal.
- Avoir 45 ans ou plus au moment de votre séjour.
- Avoir quitté la Résidence depuis six mois.
- Parler le français ou l'anglais.

Nous croyons que vos impressions et votre expérience sont importantes, et peuvent contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet.

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations et/ou participer à une entrevue, veuillez contacter Anne-Gaëlle Leloup au 514 866 9941 poste 308 ou par courriel au femmes.hebergement@gmail.com ou leloup.anne-gaelle@courrier.uqam.ca.

Je vous remercie de votre lecture et de votre intérêt. Cordialement.

Anne-Gaëlle Leloup Candidate à la maîtrise en travail social, UQAM 514 866 9941 poste 308

N.B : Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé cette recherche et celle-ci est sous la direction de Henri Dorvil. professeur de l'École de travail social de l'UQAM, 514 987 3000 poste 3582 ou dorvil.henri@uqam.ca.

ANNEXE E

UQÀM Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Hébergement transitoire, expériences et impacts chez les femmes de 45 ans et plus

Étudiante-chercheure

Anne-Gaëlle Leloup,
Candidate à la maîtrise en travail social
Leloup.anne-gaelle@courrier.uqam.ca, ou femmes.hebergement@gmail.com
(514) 866 9941 poste 308

Direction de recherche

Henri Dorvil, directeur de recherche Professeur à l'École de travail social de l'UQAM <u>Dorvil.henri@uqam.ca</u> (514) 987-3000 poste 3582

Préambule

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet a pour objectif de documenter l'expérience de femmes de 45 ans et plus qui ont séjourné en hébergement transitoire (ex : la Résidence du Y des femmes). Plus précisément, il s'agit de savoir comment celles-ci ont vécu leur passage à la Résidence du Y des femmes de Montréal. Nous souhaitons connaître les répercussions positives et négatives que ce séjour a pu avoir sur votre parcours de logement et sur votre santé au sens large. Nous nous intéressons au point de vue des personnes interrogées. Pour ce faire, nous organisons des entrevues auprès d'anciennes résidentes de la Résidence du Y des femmes âgées de 45 ans ou plus au moment de leur séjour.

Nature et durée de votre participation

Nous vous demandons de participer à une entrevue individuelle avec l'étudiante chercheure d'une durée approximative de 60 minutes. Cette entrevue sera enregistrée. Les questions abordées porteront sur votre expérience avant, pendant et après votre séjour à la Résidence.

Avantages liés à la participation

Vous contribuerez à donner une voix à des femmes de 45 ans et plus qui peuvent vivre des difficultés en lien avec le logement. Grâce à votre contribution, nous serons en mesure de documenter les réalités des femmes de 45 ans et plus qui séjournent en hébergement transitoire à Montréal. Dans ce sens, nous pourrons mieux comprendre ce que cette étape signifie pour elles. Enfin, votre participation va nous permettre d'amorcer une réflexion sur les pratiques et les politiques en place à l'égard de ces femmes, et ce grâce à votre point de vue.

Risques liés à la participation

Les sujets abordés lors de l'entrevue pourraient venir chercher des émotions et/ou des situations passées déplaisantes. C'est pourquoi vous n'êtes pas tenue de répondre à toutes les questions lors de la rencontre et vous n'avez pas à vous justifier. Si durant la rencontre vous ne vous sentez pas bien, nous pourrons interrompre l'entrevue au besoin. Une liste de ressources de soutien sera à votre disposition en cas de besoin. Vous pourrez également vous retirer du projet de recherche en tout temps et sans justification.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante chercheure et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues enregistrées et transcrites seront numérotées et seule l'étudiante

chercheure aura la liste des participantes et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dés qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. Les informations recueillies lors de cette entrevue sont confidentielles et seule l'étudiante chercheure y aura accès. Après l'analyse des résultats, les documents de cette recherche seront détruits.

Toutes publications porteront sur l'ensemble des personnes interrogées et aucunes informations permettant de vous identifier ne sera divulguées.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entiérement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Anne-Gaëlle Leloup au 514 866 9941 poste 308 ou en personne ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Henri Dorvil, directeur du projet de recherche, (514) 987-3000 poste 3582 ou dorvil.henri@ugam.ca; Anne-Gaëlle Leloup, étudiante chercheure, 514 866 9941 poste 308 ou leloup.anne-gaelle@courrier.ugam.ca ou femmes.hebergement@gmail.com.

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des étres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : cerpe4@uqam.ca.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

	, accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me e d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma rmulaire d'information et de consentement doit m'être remise.
Prénom Nom	
Signature	
Date	

Engagement du chercheur

Je, soussignée Anne-Gaëlle Leloup, certifie (a) avoir expliqué à la signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard; (c) lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus; (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom	
Signature	
Date	 _

BIBLIOGRAPHIE

Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 5-31.

Armstrong, P. (2009). Public Policy, Gender, and Health. Dans D. Raphael (dir.), Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, (2e édition.), 350-361. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Incorporated, Pederson.

Barrow, S., et Zimmer. R. (1999). Transitional Housing and Services: A Synthesis. Dans L. Fosburg, L. et D. Dennis (dir.), *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*, 11–31. Washington, DC: Department of Housing and Urban Development, U.S. Department of Health and Human Services.

Beaudoin, I. (2014). Efficacité de l'approche « logement d'abord » pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives, Bouchard (dir.). Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Billette, V. et. Lavoie, J.-P. (2010). Introduction. Vieillissements, exclusions sociales et solidarité. Dans M. Charpentier et coll. (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, 1-22. Québec: Presses de l'Université de Québec.

Billette, V., Lavoie, J-P., Seguin, A-M. et Van Pevenage, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25 (1), 10-30.

Boucher Guèvremont, G. (2013). L'approche du logement d'abord comme facteur d'intégration pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale? Regard du rôle de l'intimité et des temporalités vécues dans la constitution d'un chez-soi. (Mémoire de maîtrise). Montréal: Université du Québec à Montréal.

Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. La recherche-action et la recherche-développement au service de la littératie. Québec: Éditions de l'Université de Sherbrooke, 6-14.

Bouthillier, L. (2003). Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population. En ligne. Institut national de santé public Québec. Récupéré en ligne le 17 février 2017 de https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1235 Stigmatisation activite surveillance. pdf.

Bryant, T. (2009). Housing and Health: More than Bricks and Mortar. Dans D. Raphael (dir.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, (2e édition), 235-249. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Incorporated.

Bryant, T., Leaver, C. et Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada, *Health Policy*, 91 (1), 24-32.

Castel, R. (2004). Intégration et nouveaux processus d'individualisation. Dans Poupart, J. (dir.), Au-delà du système pénal : l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés, 13-24. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Castel, R. (2009). La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu. Paris: Éditions du Seuil.

Carle, M-E., Kirouac, L. et Dorvil, H. (2014). La désinstitutionnalisation au Québec, 45 ans plus tard. Dans M.C. Thifault et H. Dorvil (2014), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec 1930-2013*, 141-175. Québec: Presses de l'Université du Québec, Collection PSIS.

Carle, M-E. (2015). Paroles d'experts! Perspectives des grands utilisateurs sur l'organisation des services en santé mentale. (Mémoire de maîtrise non publié). Université du Québec à Montréal.

Carrier, S., Morin, P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L., et Beaudoin, M.-P. (2013). Que pouvons-nous apprendre de l'Écosse? Dans E. Loeffler, Power, G., Bovaird, T., Hine-Hugues, E. (2013), Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés, 3-20. Écosse, GB: Governance International.

Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLPES). (2010). Vieillir seul, les répercussions sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Avis du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec: Auteur.

Commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE). (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS). (2009). Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, SU: Organisation mondiale de la santé.

Conseil du Statut de la Femme (CSF). (2012). Réflexion sur l'itinérance des femmes en difficulté : un aperçu de la situation. Québec: Gouvernement du Québec.

Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lopmann, B., Mirabelli, R., Rota-Bartelink, A., et Warnes, A.W. (2005). The causes of homelessness in later life: Findings from a 3-nation study, *Journal of Gerontology*, 60B (3), 152-159.

Crane, M., et Warnes, A.W. (2007). The outcomes of rehousing older homeless people: A longitudinal study, *Ageing and Society*, 27 (6), 891–918.

Crane, M., et Warnes, A.W. (2010). Homelessness among older people and service responses, *Reviews in Clinical Gerontology*, 20 (4), 354–363

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E. et Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 481-49.

Couturier E-L. et S. Tremblay-Pepin. (2015). Rapport de recherche - Les mesures d'austérité et les femmes : analyse des documents budgétaires depuis novembre 2008. Québec : Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

De Ward, S. L., et Moe, A.M. (2010). Like a Prison: Homeless Women's Narratives of Surviving Shelter, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37 (1), 115–135.

Direction de la Santé Publique (DSP) (2013). Modifications à l'aide sociale : Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé. Mémoire des directeurs de santé publique sur le projet de règlement modifiant le règlement sur l'aide aux personnes et aux familles. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Direction de la Santé Publique (DSP). (2015). Pour des logements salubres et abordables - Rapport du directeur de la santé publique de Montréal 2015, Massé, R. (dir). Québec: Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud de-l'Île-de-Montréal.

Dorvil, H et H. Guttman. (1997). Annexe 1: 35 ans de désinstitutionalisation au Québec, 1961-1996. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. et Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et société*, 26 (4), 497-515.

Dorvil, H. (2007). Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux*. *Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, 169-202. Québec: Presses de l'Université du Québec, Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales.

Dorvil, H. (2008). Introduction, dans Pelletier, J-F., Piat, M., Côté, S. et Dorvil, H. sous la (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : pourquoi et comment faire évoluer les pratiques*?, Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales, 1-7. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Dorvil, H. (2010). Le stigma une forme spécifique d'inégalité sociale en santé mentale. Dans H. Dorvil et M. Thériault (dir.). (2010). *Problèmes sociaux, médiation communautaire*, recherche et santé, Cahiers scientifiques de l'ACFAS # 112, Montréal, 267-287.

Dorvil, H. (2013). Travail social et déterminants de la santé. Intervention, la Revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 132 (2), 75-78.

Dorvil, H. et Boucher Guèvremont, G. (2013). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au Projet Chez Soi à Montréal. Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada. Québec: Université du Québec à Montréal.

Dorvil, H. et Boucher Guèvremont, G. (2013). Problèmes sociaux, population marginalisée et travail social. Dans E. Harper et H. Dorvil sous la dir., (2013). Le travail social – Théories, méthodologies et pratiques, 17-44. Québec: Presses de l'Université du Québec, Collection PSIS.

Dorvil, H., Kirouac, L. et Dupuis, G. (2015). Stigmatisation: Les troubles mentaux dans le milieu de travail et les médias de masse. Québec: Les Presses de l'Université de Québec.

Dunn J.R., Hayes, M. et al. (2004). Housing as a socio-economic determinant of health: a Canadian research framework. Dans P. Howden-Chapman et Carroll, P. (dir.), Housing & Health: Research, Policy and Innovation, 12-39. Wellington, NZ: Steele Roberts.

Duval, M., René, J.-F., Cloutier, G. et Pontbriand, A. (2007). L'intervention en milieu de vie – l'expérience des Auberges du cœur, *Intervention*, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, no.126, 73-83.

Emploi-Québec. (2010). Sommaire. Portrait de la population des 45 ans et plus à Montréal. Québec: Emploi-Québec Direction régionale de l'île de Montréal.

Feng, Y., Dubey, S. et Brooks, B. (2007). Persistance du faible revenu chez les personnes seules non âgées. Canada: Statistiques Canada.

Fisher, M., et Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(12), 1053-1063.

Fotheringham, S., Walsh, C. A., et Burrowes, A. (2014). A place to rest: the role of transitional housing in ending homelessness for women in Calgary. *Canada, Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 21 (7), 834-853.

Fournier, L. (2001). Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999. Québec, Institut de la statistique du Québec.

FRAPRU. (2015). Femmes, logement et pauvreté. Récupéré le 29 août 2015 de http://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2015/03/Femmes-logement-et-pauvrete.pdf

Gaetz, S., Gulliver T. et Richter, T. (2014). L'état de l'itinérance au Canada 2014. Toronto, ON: The Homeless Hub Press.

Gagnon, E., et Saillant, F. (2009). La question de l'exclusion sociale : généalogie et enjeux. Dans É. Gagnon, Y. Pelchat, M. Clément et Saillant, F. (2009). Exclusions et inégalités sociales, Enjeux et défis de l'intervention publique, 1-28. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Gélineau, L., Brisseau, N et Seck, A. (2008). Rapport de la recherche qualitative. La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec. Québec: Regroupement de l'Aide aux Itinérants et Itinérantes de Québec – RAIIQ.

Gélineau, L. (2013). Vieillir dans la rue Mieux comprendre l'itinérance et la très grande précarité des personnes de 55 ans et plus. Rapport de recherche, Montréal : Le PAS de la rue, p. 52.

Grimard, C. (2013). Problématiser l'itinérance – Une pluralité de figures. Dans Otero, M. et Roy, S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui*, Collection problèmes sociaux et interventions sociales, 149-168. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Groulx, L-H. (2011). Les facteurs engendrant l'exclusion au Canada : survol de la littérature multidisciplinaire. Québec: Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

Hwang, S.W., Wilkins R., Tjepkema M., O'Campo P.J., Dunn J.R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study, *BMJ* 339:b4036, 1-9.

Hwang, S. W., Aubry, T., Palepu, A., Farrell, S., Nisenbaum, R., Hubley, A. M., Chambers, C. (2011). The health and housing in transition study: A longitudinal study of the health of the homeless and vulnerably housed adults in three Canadian Cities, *International Journal of Public Health*, 56 (6), 609–623.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). (2012). Le rôle du soutien social dans l'atténuation de la détresse psychologique – Résumé. Récupéré le 16 janvier 2017 de https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_ReducingPsychological%20DistressFR-web.pdf

Laberge, D., Morin, D. et Roy, S. (2000). L'itinérance des femmes : les effets convergents des transformations sociétales. Dans Laberge, D. (dir.), *L'errance urbaine*, 83-100. Québec: Les Éditions Multimondes.

Laberge, D. et Roy, S. (2001). Pour être il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public, Sociologie et Société, 33(2), 115-131.

Lechaume, A. (2014). L'exclusion sociale: construire avec celles et ceux qui la vivent. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. Québec: Gouvernement du Québec.

Lincoln, Y.S. et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D., et coll. (2000). Méthodes de recherche en intervention sociale. Montréal, QC: Gaëtan Morin.

McDonald, L., Donahue, P., Janes, J., et Cleghorn, L. (2006). Final report. In from the streets: The health and well-being of formerly homeless older adults. Canada: National Research Program of the National Homelessness Initiative.

McDonald, L., Dergal, J. et Cleghorn, L. (2007). Living on the Margins. *Journal of Gerontological Social Work*, 49 (1-2), 19-46.

McDonald, L., Donahue, P., Janes, J. et Cleghorn, L. (2009). Understanding the health, housing, and social inclusion of formerly homeless older adults, dans Hulchanski, D. J., Campsie, P., Chau, S., Hwang, S. et Paradis, E. (dir.), Finding home: Policy options for addressing homelessness in Canada (e-book.). Toronto, ON: University of Toronto.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social — une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation. Récupéré le 18 janvier 2017 de http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-845-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2011). Les déterminants sociaux de la santé. Mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). Les déterminants sociaux de la santé. Mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014a). Politique nationale de lutte à l'itinérance - Ensemble pour éviter la rue et en sortir. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère des Services Sociaux et de Santé du Québec (MSSS). (2014b). Premier portrait de l'itinérance au Québec. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et services sociaux (MSSS). (2015). Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe. Récupéré le 15 octobre 2015 de http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Taux-de-faible-revenu-selon-lage-et-selon-le-sexe&print=1

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

Morin, P. (2008). Chez-soi, santé mentale et lien social. Dans *L'habitation comme* vecteur de lien social, sous la (dir.) de Morin, P. et Baillergeau, E., 15-21. Québec: Presses de 1 'Université du Québec.

Morin, P. et Baillergeau, E. (2008). L'habitation comme vecteur de lien social. Coll. Problèmes sociaux et intervention sociale. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Morin, P, Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil H. et J. Johnson-Lafleur. (2009). Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile enfance/jeunesse/famille et santé mentale. Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives, *Recherches Qualitatives*, Hors-Série (1), Actes du colloque recherche qualitative et production de savoirs, UQAM, 12 Mai 2004.

Novac, S. (2006). *Violence familiale et itinérance : Analyse documentaire*, Centre national d'information sur la violence dans la famille. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.

Novac, S., Brown, J. et Bourbonnais, C. (2009). Transitional Housing Models in Canada: Options and Outcomes, dans Hulchanski, J. D., Campsie, P., Chau, S., Hwang, S., Paradis, E. (dir.) *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* (e-book), Chapter 1.1. Toronto, ON: Cities Centre, University of Toronto.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, Récupéré le 9 septembre 2015 de, http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0003/129675/Ottawa Charter F.pdf

Organisation mondiale de la santé (2010). *Mental Health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Récupéré le 15 octobre 2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44257/1/9789241563949 eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). Les déterminants sociaux de la santé. Récupéré le 9 septembre 2015 de http://www.who.int/social_determinants/fr/

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec - OTSTCFQ (2013). L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Montréal, QC: OTSTCFQ.

Padgett, D. K., Hawkins, R. L., Abrams, C., and Davis, A. (2006). In their own words: Trauma and substance abuse in the lives of formerly homeless women with serious mental illness. *American Journal Orthopsychiatry*, 76(4), 461–467.

Paillé, P. (2007). Chapitre 15: La recherche qualitative : une méthodologie de proximité, dans Dorvil H., (dir.), *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche*, 409-443. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Paillé, P. et Muchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines, (3^e édition). Paris : Armand Colin.

Paquette, J., Leclerc, B-S., Bourque, S. (2014). La santé dans tous ces états : les déterminants sociaux de la santé. *Trousse pédagogique*. Québec: CSSS de Bordeaux-Cartierville—Laurent-CAU, Montréal.

Plante, M.-C. (2007). Lutte contre la pauvreté au Québec : le cas des jeunes femmes itinérantes. Montréal, QC: Université de Montréal, Faculté des études supérieures.

Plante, M-C. (2012). *L'itinérance des femmes en progression*. En ligne. Montréal : Table des groupes de femmes de Montréal. Récupéré le 15 septembre 2015 de http://www.tgfm.org/mtl/2012/05/itinerance-des-femmes-en-progression.html.

Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A. et Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive, *Santé mentale au Québec*, 33 (2), 247-269.

Poupart, J. (2004). Introduction, dans Au-delà du système pénal : l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés, Poupart, J. (dir.), 1-12. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Québec. (2015). Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au ler octobre, article 1. Récupéré le 12 octobre 2015 de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S 4 2/S4 2.html

Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ). (2013). Mémoire du Regroupement des aidants naturels du Québec. Québec: RANQ.

Relais femmes. (2009). L'intervention en contexte de milieu de vie. Récupéré le 24 février 2017 de http://relais-femmes.qc.ca/files/Milieu_de_vie.pdf

Rice, J. (1987). Barton Street Project: Measuring the impact of a housing/life skills project on the functioning of multi-problem families. Ottawa, ON: Canada Mortgage and Housing Corporation.

Roy, S., Noiseux, Y. et Thomas G. (2003). Rapport de recherche: le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire. Québec: Le Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI).

Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité: continuité et rupture. Dans Châtel, V., et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité*, *Visages de la fragilisation du social*, 13-34. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Roy, B., De Koninck, M., Clément, M., et Couto, E. (2012), Inégalités de santé et parcours de vie : réflexions sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables, *Service social*, 58 (1), 32-54.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée, dans *Recherche sociale*, B. Gauthier (dir.). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec, p. 337-360.

Sécurité du Publique du Québec. (1999). Sécurité dans les milieux de vie : Guide à l'intention des municipalités. Québec: Gouvernement du Québec.

Serradori, C. (2007). L'inclusion, la réponse à un environnement producteur de détresse psychologique (Femmes et limitations fonctionnelles), dans Table de concertation de Laval en condition féminine (TCLCF) (2008). Actes du colloque La détresse psychologique des femmes : à Laval c'est l'affaire de tout le monde, p. 46-49.

Scott, S. (2007). All our sisters: Stories of homeless women in Canada. Toronto, ON: Broadview Press.

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). (2013). Rapport sur le marché locatif - RMR de Montréal, Le Marché de l'habitation, Ottawa.

Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM). (2015). L'itinérance des femmes, vers un meilleur partage des connaissances et des pratiques, Résultats du sondage auprès de groupes de femmes et de groupes communautaires travaillant auprès des femmes en situation d'itinérance où à risque de le devenir dans la région montréalaise. Montréal, OC: Conseil des Montréalaises.

Thalineau, A. (2002). L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés, *Ethnologie française*, 32 (1), 40-48.

Thériault, L. et Gill, C. (2007), Les déterminants sociaux de la santé et la violence conjugale : Quels sont les liens?, Service social, 53 (1), 75-89.

Tutty, L., C. Ogden, B. Giurgiu, G. Weaver-Dunloop, D. Damant, W. Thurston, et J. Solerno. (2009). *I Built my House of Hope': Best Practices to Safely House Abused and Homeless Women*. Calgary: RESOLVE Alberta.

Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales (4e édition). Paris : Dunod.

Walsh, C. A., Rutherford, G. E., et Kuzmak, N. (2009). Characteristics of home: Perspectives of women who are homeless, *The Qualitative Report*, 14 (2), 299–317.

Waldbrook, N. (2013). Formerly Homeless, Older Women's Experiences with Health, Housing, and Aging, *Journal of Women & Aging*, 25 (4), 337-357.

Wiltshire, C. (1993). In search of a place to call home: A qualitative evaluation of a transitional housing program for refugee families. (Mémoire de maîtrise). Université Wilfrid Laurier. Récupéré de scholars, l'archive de publication de l'université Wilfrid Laurier http://scholars.wlu.ca/etd/629/

Wilkinson, R. et Pickett, K. (2013). L'égalité, c'est mieux : pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés. Montréal, QC: Écosociété.

YWCA. (2017). YWCA - Y des femmes de Montréal. Récupéré le 6 janvier 2017 de http://www.ydesfemmesmtl.org/Fr/Residence_fr.html