

L'intégration des femmes d'expression française ayant un handicap : les meilleures pratiques

Rapport de l'étude réalisée par
Johanne Ouimette et Nicole Soucy
pour



2007

Nous remercions la **Direction générale de la condition féminine de l'Ontario** de sa contribution financière qui a rendu possible cette étude intitulée *L'intégration des femmes d'expression française ayant un handicap : les meilleures pratiques*.

Les opinions exprimées ici sont celles d'AOCVF et ne représentent pas nécessairement le point de vue du gouvernement de l'Ontario.



Pour joindre **Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOCVF)**



288, rue Dalhousie, pièce E
Ottawa (Ontario) K1N 7E6
Tél.: 613.241.8433
Télec.: 613.241.8435
aocvf@francofemmes.org
www.francofemmes.org/aocvf

Ce rapport est disponible sur les sites Web de :

AOCVF : www.francofemmes.org/aocvf et www.ressources-violence.org
et le site www.handicaps.ca

Ce document peut être reproduit à condition de citer la source.

Ce document est disponible en gros caractères, sur demande.

Avec l'espoir que cette étude

ouvre la porte

à la solitude

de ces femmes

R Remerciements

Un projet comme celui-ci repose sur la participation de nombreuses personnes. Nous désirons remercier toutes ces personnes et tous les organismes qui ont généreusement collaboré à cette étude, notamment :

- Les **organismes** qui ont pris du temps de leur horaire bien rempli pour **répondre au questionnaire** et ont, par le fait même, apporté une information précieuse qui représente les bases de cette étude.
- Les **intervenantes** du réseau d'AOCVF qui ont participé à la consultation initiale et à la validation des recommandations.
- Les membres du groupe **OPALE** qui nous ont fait le cadeau de leurs idées, points de vue et expériences.
- Les **personnes** qui ont participé au **forum de discussion** du site www.handicaps.ca.
- Le comité consultatif qui a aidé à faire ressortir les différentes facettes à aborder dans cette étude. En plus de la coordonnatrice du projet et de la directrice de l'organisme Le Phénix, celles qui ont partagé leurs expériences, leurs idées et recommandations, de façon bénévole, sont **Chantal Lepaven, Johanne Ménard et Chantal Pollock**. Merci!
- La coordonnatrice du projet, **Madeleine Dagenais** de l'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, qui a été présente pour donner une direction à ce projet tout en laissant une confiance et une liberté dans l'exécution des différentes étapes. Nous lui sommes reconnaissantes.
- **Judith Parisien**, directrice de l'organisme Le Phénix, collaboratrice à ce projet, qui a bien voulu partager sa vaste expérience de la réalité des personnes handicapées. Son expertise et sa bonne humeur sont appréciées.
- **Ghislaine Sirois**, directrice d'AOCVF, pour ses précieux commentaires.
- Nous désirons aussi remercier toutes les femmes qui nous ont donné de l'information, qui ont partagé leurs ressources et leurs contacts avec nous. Elles sont malheureusement trop nombreuses pour les nommer toutes.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Sommaire | 1 |
| Introduction | 3 |
| Chapitre 1 : Étude | 5 |
| 1.1. Description du projet, objectifs et méthodologie | 5 |
| 1.1.1. But et objectifs de l'étude | 5 |
| 1.1.2. Méthodologie de l'étude | 5 |
| 1.1.3. Taux de participation et fiabilité des résultats..... | 7 |
| 1.1.4. Limites de l'étude..... | 8 |
| 1.2. Les mots pour le dire..... | 9 |
| Chapitre 2 : Recension des écrits | 11 |
| 2.1. Portrait des femmes handicapées | 11 |
| 2.1.1. Représentation..... | 11 |
| 2.1.2. Emploi..... | 12 |
| 2.1.3. Aspect social | 13 |
| 2.2. La situation particulière des femmes Sourdes..... | 13 |
| 2.3. La violence faite aux femmes ayant des limitations fonctionnelles..... | 15 |
| 2.3.1. La victimisation dans les institutions..... | 15 |
| 2.3.2. La victimisation dans la vie personnelle (hors institution) | 16 |
| Chapitre 3 : Analyse | 23 |
| 3.1. La définition du handicap..... | 23 |
| 3.1.1. Handicap visible par rapport à handicap invisible | 23 |
| 3.2. Constats | 24 |
| 3.3. Comparaison avec d'autres études semblables | 29 |
| 3.4. Comparaison avec notre étude | 31 |
| Chapitre 4 : Suggestions pour améliorer l'accessibilité | 33 |
| 4.1. Quelques suggestions | 33 |
| 4.1.1. Pour les femmes sourdes ou malentendantes..... | 34 |
| 4.1.2. Pour les femmes malvoyantes ou aveugles..... | 35 |
| 4.1.3. Avec une femme ayant une limitation intellectuelle..... | 35 |
| 4.1.4. Avec une femme qui utilise un fauteuil roulant..... | 35 |
| Chapitre 5 : Et les employeurs | 37 |
| 5.1. Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO).. | 37 |
| 5.2. La question d'accessibilité comme employeur | 38 |

| | |
|---|-----------|
| Recommandations | 41 |
| Conclusion | 43 |
| Bibliographie | 45 |
| Liste des annexes | 49 |
| Annexe 1 : Lettre et questionnaire | 51 |
| Annexe 2 : Question mise en ligne au forum de discussion du site www.handicaps.ca | 61 |
| Annexe 3 : Questions posées au groupe OPALE..... | 63 |
| Annexe 4 : Définition d’AOcVF de la violence faite aux femmes..... | 65 |
| Annexe 5 : Afrique : La fistule obstétricale, un mal qui mine la santé de la femme..... | 67 |
| Annexe 6 : Résultats de l’étude | 71 |
| Annexe 7 : Syndrome du stress post-traumatique..... | 89 |
| Annexe 8 : Ressources | 95 |

Sommaire

Au fil des années, plusieurs organismes francophones de l'Ontario qui luttent contre la violence et contre toutes les formes de discrimination que subissent les femmes d'expression française, ont abordé la question de diversité des femmes violentées qu'elles desservent et ont cherché à mieux connaître leurs besoins spécifiques afin d'y répondre plus adéquatement.

Cette étude s'inscrit dans la continuité de cette démarche en vue d'identifier les besoins spécifiques à un groupe de femmes, notamment les femmes ayant des handicaps. Mais au-delà de l'accès aux services en matière de violence, nous avons aussi voulu avoir une meilleure idée de la place que les femmes ayant des handicaps occupent dans les organismes de notre réseau, en tant que travailleuses. Ainsi nous nous sommes posées les questions suivantes : Dans les organismes du réseau d'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF), retrouve-t-on des femmes ayant des limitations fonctionnelles, en tant qu'employées, bénévoles ou usagères de services? Comment répondre adéquatement aux besoins de ces femmes et comment pouvons-nous faciliter leur intégration dans nos organismes?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons mené des consultations auprès des intervenantes et auprès de femmes ayant des limitations fonctionnelles. Suite à l'information recueillie et à une recension sommaire des écrits à ce sujet, nous avons identifié des pistes d'action, en termes de « meilleures pratiques », et nous vous suggérons une liste de ressources.

Cette étude, et par conséquent le document qui en découle, se veut donc un outil de référence sur la situation actuelle et de moyens pour l'améliorer. Nous avons entre autres, constaté que les femmes d'expression française ayant une limitation fonctionnelle sont en général peu visibles dans les organismes du réseau d'AOcVF, et ce, malgré le taux élevé de victimisation à leur endroit dans notre société.

Nous avons identifié plusieurs obstacles comme, bien entendu, le manque de ressources financières, mais aussi le manque de formation à plusieurs niveaux, le manque d'organismes pour recevoir les femmes de ce groupe, le manque de connaissances du phénomène de violence faite aux femmes, dans les services desservant les personnes handicapées et le manque de services en français dans ces mêmes organismes, ce qui complique parfois ou même limite les collaborations.

Cependant, d'après les résultats obtenus et en comparant avec d'autres études du genre, nous notons dans certains organismes plus que d'autres, une sensibilisation accrue à la réalité de ces femmes et une amélioration progressive au niveau de l'accessibilité... signe que nous allons dans la bonne direction, malgré tout le travail qu'il reste à faire.

Introduction

En 1996, Doe¹ a demandé aux femmes ayant une variété de limitations fonctionnelles de mettre en ordre d'importance les sujets de recherche qu'elles trouvaient essentiels. La priorité identifiée à 92 % a été la violence dont elles sont victimes...

En collaboration avec OPALE (regroupement francophone de femmes handicapées) et Le Phénix (organisme voué aux droits des personnes handicapées), Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) a voulu connaître la situation des femmes d'expression française ayant des limitations fonctionnelles, dans les organismes de son réseau, en tant qu'usagères de services ou membres du personnel rémunéré ou bénévole. Ce rapport se veut le résultat de cette étude.

Nous commençons au chapitre un, par vous exposer le but de cette étude, la méthodologie, les limites de celle-ci et la définition des termes utilisés.

Nous abordons ensuite au chapitre deux la réalité des femmes handicapées, des femmes Sourdes, et la violence qui leur est faite. Nous exposons aussi quelques statistiques.

Nous vous présentons les résultats et l'analyse de ceux-ci, au chapitre trois, où l'on fait les constats de l'étude et une comparaison avec d'autres études du genre.

Nous vous suggérons au chapitre quatre, une liste d'idées pour améliorer l'accessibilité.

Puis, dans le dernier chapitre, nous abordons la question d'accessibilité au niveau des employeurs et la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO).

Nous terminons en énonçant des recommandations à la lumière de la situation actuelle et en vue de favoriser dans le réseau d'AOcVF, une meilleure intégration des femmes d'expression française ayant un handicap.

Vous retrouverez dans les annexes, le questionnaire qui a été envoyé aux organismes, ainsi que la lettre qui l'accompagnait, la question qui a été posée et mise en ligne au forum de discussion sur le site www.handicaps.ca, les questions qui ont guidé le groupe focus, la définition de la violence faite aux femmes qu'utilise AOcVF, un article sur les fistules, les résultats détaillés de chacune des étapes de l'étude, un article sur le stress post-traumatique, et une liste de ressources variées.

¹ Sobsey, 2000.

Chapitre 1 : Étude

1.1. Description du projet, objectifs et méthodologie

C'est suite à un besoin identifié lors des États Généraux 2004 organisés par AOcVF et l'obtention d'une subvention de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario que ce projet a vu le jour. Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) a dirigé cette étude avec la collaboration de l'organisme Le Phénix – organisme francophone voué au développement communautaire pour les personnes handicapées, par l'entremise du site Internet qu'il administre www.handicaps.ca – et le regroupement de femmes francophones ayant un handicap de la région de Prescott-Russell nommé OPALE.

1.1.1. But et objectifs de l'étude

Il s'agit d'un projet visant à identifier les « meilleures pratiques » concernant l'accessibilité et l'intégration des femmes d'expression française ayant une limitation fonctionnelle, tant au niveau des services en matière de violence contre les femmes qu'au niveau de l'emploi dans ces services comme travailleuses salariées ou bénévoles.

Les moyens utilisés pour atteindre ce but sont : une recension des écrits, des consultations auprès des organismes du réseau d'AOcVF, ainsi qu'auprès de femmes francophones ayant un handicap.

Le produit final, qui atteint les objectifs visés de cette étude, se veut donc un outil où on y retrouve une vue d'ensemble de ce qui se fait, particulièrement en Ontario, ainsi que l'état actuel de la situation dans le réseau d'AOcVF. On y retrouve également l'identification de barrières, de succès, de pistes de solutions, et de ressources pouvant aider les organismes à faciliter l'accès et l'intégration des femmes d'expression française ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles.

1.1.2. Méthodologie de l'étude

Comité consultatif

Pour s'assurer d'atteindre ces objectifs, un comité consultatif composé de sept personnes a été mis sur pied. On y retrouvait trois femmes ayant des limitations fonctionnelles provenant des régions du Nord, de l'Est et du Sud de la province, la directrice de l'organisme Le Phénix (partenaire du projet), la coordonnatrice du projet (AOcVF) et les deux agentes de projet.

Questionnaire

La première étape a été de concevoir un questionnaire que vous pouvez consulter à l'annexe 1. Il comporte deux parties. La première partie cherche à recueillir des données alors que le but de la deuxième est de permettre aux répondantes de nous parler de leurs expériences et de leurs besoins, ainsi que de nous donner leurs points de vue sur différents sujets.

Les organismes visés par ce questionnaire sont ceux du réseau d'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF). Nous avons aussi inclus les points de service de ces organismes, car nous sommes conscientes que leur réalité est souvent très différente de celle de leur siège social.

Ce questionnaire, accompagné d'une lettre explicative (voir en annexe), a été distribué à tous les organismes du réseau d'AOcVF ainsi qu'aux différents points de service. Au total, 39 questionnaires ont été envoyés. Pour l'étude, nous avons eu accès à l'information de 19 d'entre eux.

Les organismes qui ont participé à l'étude sont :

- Amélie s'élève, CALACS de Nipissing (North Bay)
- CALACS francophone d'Ottawa
- Centre de ressources communautaires de la Basse-Ville (Ottawa)
- Centre de ressources communautaires d'Overbrook-Forbes (Ottawa)
- Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara (bureau de Welland)
- Centre des Femmes Francophones du Nord-Ouest de l'Ontario (bureau de Geraldton)
- Centre des Femmes Francophones du Nord-Ouest de l'Ontario (bureau de Marathon)
- Centre des Femmes Francophones du Nord-Ouest de l'Ontario (siège social à Thunder Bay)
- Centre des ressources de l'Est d'Ottawa
- Centre espoir Sophie (Ottawa)
- Centre Victoria pour femmes (siège social à Sudbury)
- Initiatives des femmes pour la sécurité environnementale (Ottawa)
- Maison Interlude House (Hawkesbury) : un questionnaire pour les deux services : l'hébergement et les Services d'approche
- Pavilion Family Resource Centre (Haileybury)
- Programme de counselling de Prescott-Russell pour femmes victimes/survivantes d'agression à caractère sexuel (Hawkesbury)
- Réseau des femmes du Sud de l'Ontario (Sarnia)
- Ressources des femmes du comté de Simcoe (Midland)

- Service d'aide aux survivantes d'agression sexuelle de Stormont, Dundas, Glengarry & Akwesasne (Cornwall)
- Service familial catholique d'Ottawa (un questionnaire pour les 3 programmes : violence conjugale, agression sexuelle, enfants témoins de violence conjugale)

Site www.handicaps.ca

Durant la même période, la discussion, à partir d'une question, a été lancée au forum de discussion du site www.handicaps.ca. Du 15 décembre 2005 au 31 mars 2006, il y a eu 15 réponses sur le site à la question que vous trouvez à l'annexe 2, et qui est la même que celle qui se retrouve dans le questionnaire. Notre but, en procédant de cette façon, était de donner une voix au public et en particulier, nous l'espérons, aux femmes ayant des limitations fonctionnelles.

OPALE comme groupe focus

Afin d'entendre le point de vue et l'expérience de femmes ayant une limitation fonctionnelle, le 22 février 2006, nous avons rencontré 6 des membres d'OPALE, qui est un regroupement francophone de femmes handicapées de l'Est ontarien. La durée de la consultation a été d'environ 90 minutes. Les questions qui ont guidé cette discussion se retrouvent à l'annexe 3.

Rencontres des intervenantes de première ligne

Le 18 novembre 2005, à Ottawa, nous avons mené une consultation auprès des 28 intervenantes de première ligne présentes à une rencontre de concertation provinciale organisée par AOcVF.

Le 19 mai 2006, à Ottawa, une présentation a été faite aux 38 intervenantes présentes à une autre rencontre de concertation provinciale, organisée par AOcVF, afin de faire connaître les résultats de l'étude, valider les recommandations et recueillir les derniers commentaires avant la version finale de ce document.

1.1.3. Taux de participation et fiabilité des résultats

En tenant compte du fait qu'à un endroit, on nous a retourné un seul questionnaire représentant 2 points de services sollicités, et un autre organisme a lui aussi rempli un seul questionnaire représentant les 3 programmes qui avaient été sollicités, le taux de participation réel s'élève donc à 56 %. Malgré le fait que seulement la moitié des organismes sollicités ait répondu au questionnaire, il y a une bonne représentativité géographique de ceux-ci. Parmi les 19 questionnaires reçus, 6 proviennent d'organismes dans le Nord de l'Ontario (sur 13 sollicités), 3 du Sud (sur 6) et 10 organismes de l'Est (sur 20). Tenant compte du fait qu'un questionnaire ait été reçu pour représenter plus d'un endroit, on peut dire que la participation réelle s'élève donc à 46 % pour le Nord de l'Ontario, 50 % pour le Sud et 65 % pour l'Est.

Compte tenu du fait que les organismes et les régions sont connus par AOcVF, et compte tenu aussi des pourcentages de participation obtenus, nous croyons que les résultats sont fiables et représentent bien la réalité des femmes handicapées et des services pour les femmes victimes de violence sous toutes ses formes. Au forum de discussion, il y a eu un nombre limité de réponses. Or, si on compare ces réponses avec la discussion du groupe OPALE et avec les résultats aux questionnaires, nous pouvons dire sans aucun doute que les résultats de cette étude permettent de dresser un portrait réaliste de la situation.

1.1.4. Limites de l'étude

Questionnaire

Nous savions au départ que nous ne pourrions qualifier ou évaluer toutes les situations dans lesquelles les femmes ayant des limitations fonctionnelles peuvent se retrouver. Nous avons aussi constaté qu'il y a eu une interprétation différente des questions. L'information recueillie permet tout de même de cerner la problématique aux fins de cette étude.

Forum de discussion

Pour participer au forum de discussion, il fallait posséder un ordinateur, avoir accès au site Web, savoir comment naviguer à l'aide d'Internet, aimer lire et écrire, et connaître l'existence de cette étude. En plus, nous n'avons pu déterminer avec certitude si les participantes sont toutes des personnes différentes, si elles sont des hommes ou des femmes, si elles ont un handicap ou non, etc. En plus, nous avons constaté en cours de route que chaque personne pouvait lire ce que les autres avaient écrit ce qui a pu orienter un peu le contenu des réponses. Or, même conscientes de ces limites, nous voulions tendre la perche à un public plus large et l'information recueillie a été utilisée.

Groupe focus

En Ontario, comme il n'existe pas d'autres groupes de femmes handicapées d'expression française qu'OPALE et que ce regroupement se situe dans l'Est ontarien, nous craignons au départ que leur expérience ne reflète que la réalité spécifique de cette région. En comparant leurs commentaires avec les résultats des questionnaires et du forum de discussion, nous avons pu affirmer sans difficulté que leurs propos concordent avec ceux de nombreuses femmes handicapées francophones à travers l'Ontario. Ce qui est particulier au groupe OPALE, c'est que de par leur nombre et leur région géographique, les femmes handicapées d'expression française ont le privilège de pouvoir se regrouper dans leur langue.

Double clientèle

L'un des défis rencontrés a été de chercher à recueillir des informations sur la réalité des femmes handicapées dans deux sphères différentes : comme usagères de services si elles subissent ou sont survivantes d'agression à caractère sexuel ou victimes de violence conjugale, et comme travailleuses salariées ou bénévoles.

Nous avons constaté que les réponses aux questionnaires avaient tendance à être plutôt orientées vers la clientèle des services alors que celles du forum de discussion parlaient plutôt des femmes et même des « personnes » handicapées en général, ou comme bénévoles. Peu ont abordé la question du travail rémunéré. Avec OPALE, puisque la discussion était dirigée, il a été possible d'aborder toutes ces facettes de l'étude.

1.2. Les mots pour le dire

Les mots sont importants car ils reflètent les attitudes et les perceptions de la société. Dans ce document, il est question de handicaps et de violence faite aux femmes. Mais qu'entendons-nous par ces termes? Nous nous sommes arrêtées sur les définitions suivantes.

Déficience, incapacité et handicap

Le Guide terminologique : un vocabulaire approprié à l'égard des personnes handicapées de l'Ontario (p. 2) définit une **déficience** comme étant une anomalie d'une structure ou d'une fonction, que ce soit au niveau anatomique, physique ou psychique. Une **incapacité**, c'est une **limitation fonctionnelle** qui est la conséquence d'une déficience. La personne a de la difficulté, plus ou moins grande, à faire les activités considérées comme régulières pour un être humain. Et un **handicap**, c'est un obstacle lié à l'environnement ou aux attitudes. C'est le résultat direct de la déficience ou de l'incapacité qui désavantage la personne en question. Moins l'environnement et les services sont adaptés à leurs besoins, plus l'attitude des gens est négative ou empreinte de préjugés, plus les personnes ayant des limitations fonctionnelles se retrouvent handicapées. « *Le handicap, c'est l'escalier, l'outil mal adapté, l'éclairage inadéquat et par dessus tout, les stéréotypes persistants rattachés à chacune des déficiences et l'incompréhension qui en découle²* ».

Selon Judith Parisien, la directrice de l'organisme Le Phénix, les résultats préliminaires à un sondage d'envergure mené par cet organisme, tendent à démontrer que la grande majorité des personnes handicapées préfèrent l'expression « personne ayant une limitation fonctionnelle ». Par contre, les répondants et répondantes qui préfèrent « personne ayant un handicap » semblent être les personnes utilisatrices d'un fauteuil roulant. Puisque la personne n'est pas le handicap, on doit utiliser le mot « personne » ou « femme » devant le mot « handicapée » ou autres.

De façon générale, on suggère d'utiliser des termes qui semblent respectueux et appropriés et d'accepter qu'une femme handicapée puisse nous corriger. Dans ce document, nous parlerons de femmes handicapées ou de femmes ayant des limitations fonctionnelles. Le premier terme représente bien la situation des femmes qui n'arrivent pas à se tailler une place dans notre société, alors que le deuxième terme semble plus inclusif de toutes les situations personnelles possibles.

2 Le Phénix

Il est difficile de trouver une définition qui englobe toutes les formes de handicaps et de limitations. Chaque personne vit une réalité particulière liée au nombre de ses déficiences ou limitations, à l'ampleur de celles-ci et à toute une série d'autres facteurs individuels. Puisque pour faire cette étude, il était important de définir de quoi il était question lorsque nous parlions de limitations, nous avons opté pour la définition suivante : *Une personne handicapée peut avoir une limitation auditive, visuelle ou de la parole, la mobilité ou l'agilité réduite, des troubles de santé mentale ou intellectuels.*

Violence faite aux femmes

La violence faite aux femmes est un abus de pouvoir qui est commis (le plus souvent par un homme) envers une femme pour la contrôler, la rendre soumise ou l'exploiter. Elle peut prendre plusieurs formes, entre autres physique, psychologique, verbale, sexuelle, financière. Pour lire la définition officielle qu'AOCVF utilise, voir l'annexe 4.

En Ontario, les organismes œuvrant en matière de violence faite aux femmes se retrouvent en deux groupes : ceux s'occupant de la problématique de l'agression à caractère sexuel, subie dans l'enfance ou à l'âge adulte, et ceux s'occupant de la problématique de la violence conjugale (qui inclut aussi la violence sexuelle, mais dans la relation « de couple »). Un nombre limité d'organismes offre des services touchant les deux problématiques.

Il est important de réaliser que des groupes spécifiques de femmes peuvent vivre des formes de violence particulières à leur situation. Si nous pensons aux femmes qui ont des limitations fonctionnelles, elles peuvent subir des types de violence spécifiques à leur condition : refuser à une femme à mobilité réduite l'accès à son fauteuil roulant, parler en mal d'une femme sourde pendant qu'elle regarde ailleurs, refuser l'accès à l'information ou faire croire des faussetés à une femme ayant une limitation intellectuelle, refuser ou retarder sans raison valable les soins de base, etc. À la section 2.3, nous parlerons spécifiquement de la réalité des femmes ayant des limitations fonctionnelles qui sont victimes de violence.

C

Chapitre 2 : Recension des écrits

2.1. Portrait des femmes handicapées

2.1.1. Représentation[‡]

- En Ontario, 17,5 % des femmes âgées de 15 ans et plus sont handicapées¹.
- Chez les femmes autochtones, le taux d'invalidité est 2 fois plus élevé que le taux de l'ensemble du Canada (31,3 % par rapport à 16,8 %) et dans les réserves, le taux s'élève à 33 %².
- Au Canada, chez les personnes handicapées :
 - 18,2 % ont déclaré avoir une seule incapacité
 - 17,4 % ont déclaré en avoir 2
 - 29 % ont déclaré en avoir 3
 - 27,7 % ont mentionné en avoir 4 ou 5 et
 - 7,8 % ont déclaré en avoir 6 ou plus³.
- Selon Statistique Canada (1991), la répartition de la population ayant une déficience se lit comme suit :
 - Mobilité (1 205 000)
 - Psychisme (745 000)
 - Vision (212 000)
 - Parole (79 000)
 - Agilité (1 154 000)
 - Ouïe (569 000)
 - Physique inconnue (193 000)
- En 2001, ayant des catégories de limitations plus élaborées, chez les femmes handicapées canadiennes de 15 ans et plus, on retrouvait la répartition suivante⁴:
 - Mobilité (12,2 %)
 - Agilité (11 %)
 - Vision (3,1 %)
 - Apprentissage (1,7 %)
 - Parole (1,4 %)
 - Inconnu (0,4 %)
 - Douleur (11,4 %)
 - Ouïe (3,8 %)
 - Psychologique (2,5 %)
 - Mémoire (1,8 %)
 - Déficience intellectuelle (0,4 %)

[‡] Les références bibliographiques sont présentées à la fin de ce chapitre.

Les femmes ayant des limitations de toutes sortes représentent une partie importante de la population ontarienne (17,5 %). Se basant sur les statistiques canadiennes et sur celles qui incluent les hommes et les femmes, nous pouvons dire que la majorité de ces femmes ont plus d'une limitation fonctionnelle, entre 3 et 5 étant les catégories où l'on retrouve le plus grand nombre de personnes handicapées. Les limitations de mobilité et d'agilité sont sur-représentées. Cependant, la limitation due à la douleur (qui est relativement récente comme catégorie de limitation) suit de près. Loin derrière, sont les autres limitations. Il est important de préciser qu'en 1991, il y avait une catégorie très générale nommée « psychisme », mais en 2001, cette catégorie a été divisée en « psychologique, apprentissage, mémoire et déficience intellectuelle ». Si on additionne ces quatre catégories, « psychisme » se retrouve encore au 3^e ou 4^e rang. Viennent ensuite les limitations reliées à l'ouïe, à la vision et à la parole.

De nombreuses femmes se retrouvent handicapées à cause de la violence dont elles sont victimes. Les traumatismes crâniens, la fibromyalgie, les problèmes d'apprentissage peuvent être les conséquences d'une victimisation. En 1989, aux États-Unis, on estimait à environ 10 000 femmes et enfants par année qui développent une surdité complète ou partielle, suite à avoir été frappés régulièrement près de l'oreille⁵.

De plus, il semblerait y avoir une relation entre le niveau de stress dû à de la violence chez une femme enceinte et les risques de déficiences à la naissance. « *Il a été établi que les changements biochimiques associés à un stress extrême réduisent le débit sanguin utérin et peuvent également traverser le placenta et affecter directement le système nerveux en développement*⁶ ».

La mutilation des organes génitaux féminins est une autre cause de déficiences. En plus des problèmes évidents de dysfonction sexuelle, ces mutilations causent souvent l'infertilité, des infections gynécologiques et urinaires, une fistule (qui peut empêcher la femme de se tenir debout ou de marcher), sans compter le traumatisme de la mutilation en soi. À l'annexe 5, vous pouvez lire un article à ce sujet.

2.1.2. Emploi

- Le taux d'emploi des personnes handicapées canadiennes est près de deux fois plus bas que celui de leurs pairs non handicapés⁷. Au Canada, parmi les femmes handicapées, le taux d'emploi est de 32 % (41 % pour les hommes) alors qu'il est de 70 % pour les femmes non handicapées (83 % pour les hommes)⁸.
- Au Canada, le salaire horaire des personnes handicapées qui font un travail payé est habituellement inférieur à celui de leurs pairs non handicapés, et ce sont les femmes handicapées âgées de 16 à 34 ans qui ont le salaire le plus bas⁹.
- Plus d'une personne handicapée sur cinq déclarent avoir été victimes de discrimination alors qu'elles tentaient de conserver leur emploi¹⁰.

Les femmes handicapées sont sous-représentées sur le marché du travail. Tout comme les femmes non handicapées, elles le sont encore plus que les hommes de leur groupe. La même chose se produit au niveau des salaires, le groupe de femmes handicapées âgées entre 16 et 34 ans étant celles qui reçoivent les plus bas salaires de tous les groupes.

2.1.3. Aspect social

- À Toronto, 41 % des personnes qui ont recours aux banques alimentaires ont soit une déficience, soit une maladie chronique¹¹.
- Toujours selon une étude menée à Toronto, près de la moitié des sans abri ont une déficience¹².
- Dans une étude canadienne, on apprend que 33 % des individus utilisant un fauteuil roulant manuel voulaient déménager, mais faisaient face à des obstacles, comme l'absence de logements convenables (78 %), le coût élevé du logement (59 %) et le coût du déménagement (57 %). La plupart des répondants ont aussi indiqué qu'ils auraient besoin d'aide pour déménager, y compris pour trouver un logement approprié¹³.
- Au Canada, les faibles revenus, le chômage élevé, les bas taux d'activité sur le marché du travail, la discrimination en matière d'emploi et les facteurs de dissuasion socioéconomique empêchent les personnes handicapées de se joindre à la population active¹⁴.

De façon générale, les personnes handicapées sont pauvres et ont un accès limité aux nécessités de base de la vie comme se nourrir, avoir un toit acceptable et abordable. Vivre avec une limitation fonctionnelle occasionne des dépenses additionnelles en terme d'accessibilité physique et de soins de santé. Or, on voit que ces personnes ont un revenu moindre que les gens non handicapés, ce qui occasionne des difficultés à tous les niveaux.

Que dire de la situation des femmes handicapées, qui est toujours plus précaire que celle de leurs vis-à-vis masculins? Que dire de la situation des femmes d'expression française ayant des limitations fonctionnelles, alors qu'on sait que la situation des francophones a tendance à être plus difficile que celle des anglophones au niveau de l'accès à l'éducation, aux services sociaux et aux soins de santé?

2.2. La situation particulière des femmes Sourdes

Bon nombre d'hommes sourds et de femmes sourdes ne s'identifient pas au groupe des personnes handicapées. Les femmes qui sont nées sourdes développent souvent une façon de communiquer qui leur est propre. C'est pourquoi on parle d'une communauté sourde : ces gens ont la surdité en commun et la majorité communique à l'aide de la LSQ qui est la Langue des signes du Québec. (Les anglophones utilisent l'ASL : la *American Sign Language*.) Cette langue visuelle (gestuelle) possède une structure et une syntaxe bien à elle. Par cette langue, les personnes sourdes (parfois nommées les Sourds) possèdent une façon systématiquement différente de comprendre et d'organiser l'information.

Comme groupe, les Sourds ont dû revendiquer et travailler à contrer la discrimination envers eux. Il n'y a pas si longtemps, on plaçait les enfants sourds dans des institutions car ils étaient considérés comme des « malades mentaux ». De là l'expression anglaise « Deaf and Dumb », c'est-à-dire « sourd et stupide ».

Vers les années 1970, les personnes sourdes ont commencé à se faire une place et à revendiquer leurs droits. Ainsi, elles en sont arrivées à assumer un plus grand contrôle sur leur vie.

Par cette identité, ces buts, cette histoire et cette langue commune, on peut parler d'une culture. Si elles y ont accès, les femmes sourdes peuvent dès leur naissance participer à cette culture. Pour elles, la LSQ est donc une langue comme les autres, au même titre que le français et l'anglais.

Ceci étant dit, lorsqu'elles veulent co-exister dans le monde entendant, elles rencontrent de nombreux obstacles car l'environnement – pour ne pas dire la société – n'est pas organisée pour les intégrer à part entière. C'est donc à ce moment que ces femmes (et hommes) se retrouvent handicapées... À cause de cette situation, on estime qu'il y a un taux de 80 % d'analphabétisme chez les Sourds car le décrochage scolaire est élevé[§].

Dans les centres urbains, on retrouve des communautés de personnes sourdes. Cependant, on peut comprendre que dans les centres plus petits, il n'existe pas toujours un groupe organisé. Dans les services, il est important de tenir compte de cette situation car considérer une femme membre de la communauté sourde comme une personne handicapée peut être une insulte et elle pourrait désormais refuser de revenir au service. Et le mot se passera...

La Maison des Femmes Sourdes de Montréal (MFSM) comme exemple de réussite

La Maison des Femmes Sourdes de Montréal est un endroit où les femmes sourdes peuvent aller rencontrer d'autres femmes sourdes, assister à des ateliers, faire des activités ou recevoir l'appui d'une intervenante. « *Le but (mission) de la MFSM est d'aider les femmes sourdes avec des intervenantes sourdes qui communiquent en Langue des signes Québécoise (LSQ) et qui appartiennent à la communauté sourde. Les femmes peuvent ainsi communiquer directement leurs besoins sans interprète¹⁵* ».

Les intervenantes sourdes de la Maison des Femmes Sourdes de Montréal accompagnent les femmes dans toutes leurs démarches (cour, avocat, médecin, aide juridique, etc.). Elles donnent de l'information, font de la sensibilisation communautaire et de l'aiguillage. Elles ont développé des partenariats avec les maisons d'hébergement, les Centres d'aide et de lutte aux agressions à caractère sexuel (CALACS) et avec la ligne de crise S.O.S. Violence conjugale. C'est pourquoi dans leur publicité, on peut lire qu'elles favorisent *l'intégration avec les services entendants existants*.

§ Estimé, mentionné lors d'un atelier donné par la Maison des Femmes Sourdes de Montréal.

Les premières démarches pour leur projet ont débuté en 1993 et l'ouverture officielle a eu lieu en 1999. Chaque année, elles répondent à près de 1 400 demandes d'aide dont 30 % provenant de femmes sourdes victimes de violence (agression sexuelle, survivantes d'inceste, violence conjugale). Elles estiment qu'au moins 50 % des femmes sourdes sont victimes de violence conjugale. Or, il est aussi estimé que 95 % d'entre elles ne veulent pas poursuivre au niveau légal, car elles ont peur et ne connaissent pas le système.

Visitez le site Web de la Maison des Femmes Sourdes de Montréal pour voir un bel exemple d'accessibilité : www.mfsm.org

2.3. La violence faite aux femmes ayant des limitations fonctionnelles

2.3.1. La victimisation dans les institutions

Pendant de nombreuses années, les enfants et les femmes handicapées étaient placés en institution, souvent pour toute la vie. Elles et ils y perdaient tous leurs droits et leur pouvoir personnel, et comme on croyait qu'elles n'avaient pas trop de sentiments et même connaissance d'être en vie, elles étaient sans protection. Elles ont été victimes de violence de toute sorte sans que ces abus ne soient dénoncés. Ce n'est que beaucoup plus tard, et suite au début de la désinstitutionnalisation, que nous avons commencé à apprendre ce qui se passait vraiment dans ces endroits.

Des chercheurs ont fait remarquer « *que certaines thérapies prescrites pour les personnes ayant des incapacités, telles que l'électrochoc et les techniques de coercition pour la modification du comportement, sont des actes de violence similaires à la torture*¹⁶ ».

On s'est aussi servi de ce groupe de personnes pour faire du traitement expérimental. Citons, entre autres, les lobotomies et les combinaisons médicaments – électrochocs. On a aussi procédé à des avortements et des stérilisations forcés en grand nombre, ne donnant aucune information sexuelle aux bénéficiaires car on ne leur reconnaissait pas de sexualité, et encore moins le droit à une vie sexuelle active.

Ces milieux étaient donc – et continuent de l'être même si l'institutionnalisation est beaucoup moins fréquente de nos jours – des endroits où les femmes sont plus vulnérables. La surmédication est documentée, surtout pour les femmes. De plus, « *la littérature indique un taux élevé d'agressions physiques et sexuelles perpétrées contre les personnes ayant des incapacités dans les établissements psychiatriques, les agresseurs étant d'autres résidents ou des membres du personnel*¹⁷ ».

Il est important de noter qu'un bon nombre de femmes ayant des limitations fonctionnelles, victimes de violence ont une histoire personnelle d'institutionnalisation et on doit en tenir compte.

D'autres femmes entrent et sortent de milieux institutionnels où le risque d'abus est toujours présent. En 1991, 9 % des femmes ayant des limitations fonctionnelles âgées de 15 ans et plus vivaient dans un foyer privé, tandis que 8 % vivaient dans une institution de soins de santé¹⁸.

2.3.2. La victimisation dans la vie personnelle (hors institution)

Qu'est-ce que la violence faite aux femmes ayant des limitations fonctionnelles?

La violence faite aux femmes, c'est lorsqu'une personne (le plus souvent un homme) impose son pouvoir, son contrôle ou ses désirs à une personne qu'il considère inférieure, notamment une femme.

De par cette définition, nous pouvons voir que les femmes qui sont différentes de la majorité, incluant les femmes ayant des limitations fonctionnelles, sont encore plus sujettes à devenir des victimes. Nous reviendrons sur ce point en abordant plus loin les facteurs de vulnérabilité.

Statistiques

Il est difficile d'obtenir des statistiques sur la violence faite aux femmes ayant des limitations fonctionnelles car les recherches sont limitées en nombre, difficiles à mener, elles ne définissent pas toutes la violence et les types de violence de la même façon et elles ne définissent pas toujours les différents types de limitations. On retrouve alors de grandes variations dans les pourcentages. Néanmoins, pour avoir une idée de la situation, regardons les chiffres suivants.

- On estime que 83 % des femmes handicapées sont victimes de violence sexuelle au cours de leur vie¹⁹.
- Entre 40 et 70 % des filles ayant une déficience intellectuelle sont agressées sexuellement avant d'atteindre 18 ans²⁰.
- 40 % des femmes ayant une limitation de développement ou d'apprentissage seront victimes d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans²¹.
- Parmi les patientes des services psychiatriques, 80 % ont été victimes de violence physique ou sexuelle²².
- Au début des années 1990, DAWN Toronto a fait une étude qui démontre que parmi les 85 femmes handicapées de l'étude, 72 % avaient subi de la violence physique et 96 % avaient subi de la violence sexuelle²³.
- 39 % des femmes ayant des limitations physiques ont subi de la violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint²⁴.
- Rappelons que La Maison des Femmes Sourdes de Montréal estime qu'au moins 50 % des femmes sourdes sont victimes de violence conjugale²⁵.
- 45 % des patientes externes de services psychiatriques ont rapporté de l'abus sexuel dans l'enfance. Ces dernières avaient un plus grand niveau de symptômes dépressifs et psychotiques et une plus grande victimisation

sexuelle comme adulte, que celles qui n'ont pas rapporté d'abus sexuel dans l'enfance²⁶.

- La victimisation des femmes sans abri ayant une limitation intellectuelle sévère est presque inévitable (97 %) ²⁷.
- Les femmes qui ont une limitation de développement sévère se retrouvent peu souvent en couple. Par contre, les femmes qui ont une limitation de développement et qui sont en couple se retrouvent très souvent abusées par ces hommes. On dit que c'est « *un problème commun et sérieux* » ²⁸.

Ces chiffres démontrent bien la victimisation comme phénomène alarmant chez les femmes ayant des limitations fonctionnelles.

Qui sont les abuseurs?

Malgré les chiffres qui fluctuent d'une étude à l'autre, il est clair que les abus de toutes sortes sont le plus souvent perpétrés par des hommes que les femmes connaissent, c'est-à-dire les hommes de leur famille (par exemple : père, frère, conjoint, ami) et des hommes (rémunérés ou non) qui leur prodiguent des soins ou fournissent des services (y compris des chauffeurs) et ce, dans une proportion très similaire entre les deux groupes d'hommes. Un très petit nombre d'agressions sont commises par des étrangers.

Une étude en Alberta a trouvé que 88 % des victimes ayant des limitations fonctionnelles connaissaient l'agresseur²⁹.

De quels types d'abus sont victimes les femmes ayant des limitations fonctionnelles?

Chez ce groupe de femmes, nous retrouvons évidemment les mêmes formes de violence que l'on retrouve chez les femmes non handicapées. De plus, on peut retrouver des abus spécifiques à chacune des situations particulières des femmes. Voici quelques exemples :

- Pour des raisons esthétiques, refuser à une femme qu'elle utilise ses appareils
- Faire preuve de négligence au niveau des soins comme de retarder un besoin naturel ou oublier la femme dans la salle de toilette, ne pas changer son lit ou ses vêtements souillés, etc.
- Lui administrer plus de médicaments que prescrits ou en des doses inappropriées
- De façon brusque, transférer une femme de son fauteuil roulant à son lit, lui faire sa toilette en laissant des rougeurs, incluant sur ses organes génitaux, lui tirer les cheveux en la peignant, la faire manger à un rythme beaucoup trop rapide, etc.
- Ne pas respecter la pudeur ou l'intimité de la femme
- L'exploiter financièrement
- Hurler dans l'appareil auditif d'une femme

- Blesser les mains d'une femme sourde pour l'empêcher de communiquer
- Négliger ou maltraiter un chien-guide
- Lui enlever les appareils technologiques dont elle a besoin pour communiquer.

Les sources de vulnérabilité

En soi, ce n'est pas tant ce que la femme a comme limitation ou déficience qui cause la vulnérabilité, mais beaucoup plus la place que ces femmes occupent dans la société et l'attitude que la société a envers elles. Par exemple, si la banque n'est pas accessible, elle doit prêter sa carte bancaire pour faire un retrait. Ce sont ces obstacles qui font que les femmes se retrouvent handicapées... donc vulnérables.

Il y a de nombreux facteurs qui influencent la vulnérabilité des femmes qui ont des limitations fonctionnelles. Les principaux facteurs de risque sont :

- Les attitudes négatives de la société envers l'incapacité
- L'isolement social
- Le fait que ces femmes dépendent d'autres gens pour leurs soins; très souvent cette personne est l'abuseur
- La nature de l'incapacité et le nombre de limitations fonctionnelles
- Le fait d'être une femme, combiné à d'autres caractéristiques de minorités sociales (lesbienne, immigrante, autochtone, francophone en milieu minoritaire, etc.)
- La pauvreté de ces femmes et tout autre facteur économique
- Le manque de contrôle et de choix de ces femmes relativement à leurs affaires personnelles
- Le manque de crédibilité lorsqu'elles signalent ou dévoilent de la violence
- La socialisation des femmes ayant une limitation fonctionnelle à être obéissantes, complaisantes et reconnaissantes de l'aide reçue
- Des systèmes de protection inefficaces
- Le manque de services adaptés, capables de les accueillir et de les soutenir
- La non-reconnaissance de leur sexualité
- Tout ce qui fait en sorte qu'elles se sentent non reconnues comme des personnes à part entière.

« *Plus son niveau de dépendance est élevé, plus fort sera le potentiel de violence³⁰* ». Une relation de dépendance crée une basse estime personnelle, un sentiment d'impuissance et la complaisance, qui sont tous des facteurs qui augmentent la vulnérabilité à l'abus.

Ne reconnaissant pas les femmes ayant des limitations fonctionnelles comme des membres à part entière dans la société, nous ne leur enseignons pas leurs droits, le respect auquel elles ont le droit de s'attendre, les frontières personnelles saines, ce que sont leur identité personnelle et sexuelle.

En ne leur reconnaissant pas de sexualité, elles ne reçoivent pas d'information et d'éducation sexuelle appropriée, les laissant ignorantes autant devant une relation saine qu'une relation abusive. Si elles ne sentent pas que leur corps leur appartient, elles ne percevront probablement pas que quelqu'un franchit une frontière inacceptable, surtout les femmes qui doivent accepter des gestes très intimes à leur égard pour leurs soins personnels.

Lorsqu'il s'agit de surdité, l'usage de la gestuelle fait en sorte que ces femmes sont touchées plus que la moyenne des gens. Ces touchers augmentent leur vulnérabilité à la violence.

Les femmes ayant des incapacités rapportaient « *une combinaison d'incidents multiples, d'agresseurs multiples sur une plus longue durée* » que les femmes non handicapées³¹. Notons aussi que plus la femme a un nombre élevé d'incapacités, plus sa vulnérabilité augmente.

Les abuseurs recherchent des femmes qu'ils perçoivent comme étant vulnérables. Il arrive parfois que dans la pornographie, on suggère aux abuseurs de choisir des femmes handicapées car « *elles opposent une résistance moindre*³² », ou de rechercher des petites filles ayant une déficience intellectuelle pour les violer car « *elles ne seront pas capables de raconter ce qui s'est passé*³³ ». Ces mêmes abuseurs peuvent vouloir exploiter les femmes qui ont une limitation cognitive car ils croient qu'elles ne parleront pas ou que si elles parlent, elles ne seront pas crues.

De plus, « *lorsque les femmes sont victimes de violence, le fait que les services requis ne soient pas disponibles ou accessibles accroît le risque que cette violence se perpétue*³⁴ ».

Obstacles à la divulgation

Il va de soi que de nombreux obstacles à la divulgation relèvent des sources de vulnérabilité et de la situation particulière de chacune des femmes. Pour les besoins de l'étude, nous allons généraliser, mais il est important de se rappeler que chaque femme et chaque situation sont uniques.

À cause de la socialisation traditionnelle des femmes et en plus, à cause de la « nécessité » d'être obéissantes, de nombreuses femmes handicapées peuvent éprouver un sentiment d'obligation et de reconnaissance envers la personne qui leur prodigue des soins, personne qui peut s'avérer être abusive envers elles.

Tout comme les femmes sans limitation fonctionnelle, une femme qui a des limitations fonctionnelles peut avoir peur de ce qui se produira si elle dévoile : la peur de l'inconnu, la peur de ne pas être crue ou de ne pas trouver les services dont elle aura besoin (et se retrouver à nouveau dépendante de l'abuseur qu'elle a dénoncé), la peur de perdre ses enfants, la peur d'être institutionnalisée, etc. Elle peut avoir peur de la réaction des autres, d'être perçue comme une menteuse ou une « faiseuse de trouble ». Elle peut avoir peur de ne pas être capable de « bien » dire

ce qui est arrivé. Si elle fait partie d'une communauté Sourde ou religieuse, elle peut avoir peur d'être expulsée du groupe. Puisque ces communautés sont relativement petites, si l'abuseur fait aussi partie de ce groupe, elle le reverra régulièrement, à moins qu'elle décide elle-même de s'éloigner. N'oublions pas que ces communautés sont habituellement la principale source de soutien pour ces femmes.

Les menaces de la part de l'abuseur peuvent empêcher les femmes de dénoncer la violence. Se faire dire que personne d'autre ne voudra d'elle, alors que pour toutes sortes de raisons son estime personnelle est limitée; se faire dire qu'elle perdra ses enfants, surtout si le père n'a pas de limitation fonctionnelle; se faire dire qu'elle se retrouvera en institution alors qu'elle sait qu'elle a besoin de nombreux services et ne se voit pas capable d'habiter seule; tout ceci combiné au lien de dépendance peut faire en sorte qu'une femme se sente complètement impuissante face à la violence dont elle est victime.

La difficulté à revendiquer leurs droits ou même à reconnaître leurs droits est un obstacle à la divulgation. Les femmes qui ont des limitations intellectuelles sont souvent timides et facilement intimidées. Elles peuvent même ne pas reconnaître que ce qu'elles vivent est de l'abus!

Nous pouvons donc constater qu'en ne faisant pas de place dans la société aux femmes ayant des limitations fonctionnelles, en ne développant pas l'accessibilité aux services, et en ne leur reconnaissant pas les mêmes droits, la société devient complice de cette violence.

Références bibliographiques

- 1 Statistique Canada, 2001, *Le profil de l'incapacité au Canada*.
- 2 First Nations Confederacy of Cultural Education Centres, 1996, *Facing A Life of Barriers – Aboriginal People with Disabilities*.
cité dans Education Wife Assault, 2001, p. 7
- 3 Statistique Canada, 2001, 2001, *Le profil de l'incapacité au Canada*.
- 4 *Ibid.*
- 5 National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 1989
- 6 Bremner, “Does Stress Damage the Brain?”, *Biological Psychiatry*, 45 (7), 1999, p. 797-805.
cité dans Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2002, p. 5.
- 7 Gouvernement du Canada, 2002, *Vers l'intégration des personnes handicapées*.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2004, feuillet d'information n°1.
- 8 *Ibid.*, feuillet d'information n° 3.
- 9 Conseil canadien de développement social, *Fiche d'information du CCDS/personnes handicapées*, n°4.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2004, feuillet d'information n°3.
- 10 Environics Research Group, 2004, *Attitudes des Canadiens à l'égard de la condition des personnes handicapées*.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2005, feuillet d'information n°3.
- 11 United Way of Greater Toronto, 2002, *United Way Facts : Helping People with Disabilities Live Independently*.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2004, feuillet d'information n°1.
- 12 *Ibid.*, feuillet d'information n°2.
- 13 Gouvernement du Canada, 2002, *Vers l'intégration des personnes handicapées*.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2004, feuillet d'information n°4.
- 14 Saskatchewan Voice of Persons with Disabilities, *Income Support for People with Disabilities*.
cité dans Association canadienne des centres de vie autonome, 2004, feuillet d'information n°3.
- 15 Tiré de leur site Web.
- 16 Weitz dans Burstow et Weitz, 1988; Stainton dans l'Institut Roeher Institute, 1988.
cité dans Institut Roeher, 1995, p. 13.
- 17 Nibert, *et coll.*, 1989; Pillemar et Moore, 1990.
cité dans Institut Roeher, 1995, p. 28.
- 18 Statistique Canada, 1995.
cité dans Alberta Committee of Citizens with Disabilities, 2002, p. 7.
- 19 Stimpson, Liz et Margaret C. 1991, *Courage Above All : Sexual Assault Against Women with Disabilities*, Toronto : DAWN, p. 6-7.
cité dans Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2004, p. 3.

- 20 Institut Roeher, 1992, *No More Victims : A Manual to Guide the Police in Addressing the Sexual Abuse of People with a Mental Handicap*, North York : Institut Roeher.
cité dans Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2004, *La violence envers les femmes handicapées*, p. 3.
- 21 Morin et Boisvert, 1992.
cité dans ACCD, 2002, *Violence Against Women with Disabilities : Break the Silence!*, p. 4.
- 22 Jacobson, Andrea et Bonnie Richardson, 1987, "Assault Experience of 100 Psychiatric Inpatients : Evidence for the Need for Routine Inquiry", *American Journal of Psychiatry*, 144 (7), p. 908.
cité dans Centre national d'information sur la violence dans la famille 2004, *La violence envers les femmes handicapées*, p. 3.
- 23 Masuda, Shirley, 1992, "Violence Against Women with Disabilities", *Abilities*, cahier 12, p. 86-88.
- 24 Statistique Canada, 1994.
cité dans ACCD, 2002, *Violence Against Women with Disabilities : Break the Silence!*, p. 5.
- 25 Site www.mfsm.org
- 26 Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E., Ferber, J., "Childhood Abuse and Neglect Among Women Outpatients with Chronic Mental Illness", *Hospital Community Psychiatry*, 1993, 44 (7), p. 666-670.
cité dans Wisconsin Coalition Against Sexual Assault, 2003, *People with Disabilities and Sexual Assault, Information Sheet Series*.
- 27 Goodman, L.A., Dutton, M.A., Harris, M., 1995, "Episodically Homeless Women with Serious Mental Illness : Prevalence of Physical and Sexual Assault", *American Journal of Orthopsychiatry*.
cité dans Wisconsin Coalition Against Sexual Assault, 2003, *People with Disabilities and Sexual Assault, Information Sheet Series*.
- 28 Sobsey, Dick, 2000, "Faces of Violence Against Women with Developmental Disabilities", *Impact*, vol. 13, n°3.
- 29 Sobsey, 1988.
cité dans ACCD, dépliants, www.accd.net/violence_brochure.htm .
- 30 Comité de travail du dossier en violence conjugale et familiale, 2002, *La violence envers les femmes handicapées : Guide de réflexion à l'intention des intervenants du Réseau de la santé et des services sociaux*, Montréal : CLSC Saint-Louis-du-Parc, p. 14.
- 31 Nosek, M. A., Walter, L. J., Young, M. E., & Howland, C. A., 2003, "Lifelong patterns of abuse experienced by women with physical disabilities", *J. Interp. Viol.*
cité dans Baylor College of Medecine, *Violence Against Women with Disabilities – Prevalence*.
- 32 Réseau d' Action des Femmes Handicapées du Canada, 1989, *Se battre contre le sort : Les femmes handicapées et la violence*, p. 37.
- 33 *Ibid.*, p. 38.
- 34 Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2004, *La violence envers les femmes handicapées*, p. 3.

C

hapitre 3 : Analyse

3.1. La définition du handicap

Il est difficile de définir ce qu'est un handicap et surtout d'avoir une définition inclusive de toutes les formes de limitations ou de déficiences. Pour cette étude, nous avons opté pour la définition suivante : « *Une personne handicapée peut avoir une limitation auditive, visuelle ou de la parole, la mobilité ou l'agilité réduite, des troubles de santé mentale ou intellectuels* ».

La plus grande difficulté pour les services aux femmes victimes de violence (sous toutes ses formes) réside dans la partie « santé mentale » de la définition. Quelques personnes ont ajouté qu'elles étaient incapables de quantifier le nombre de femmes ayant un problème de santé mentale car ça représente la majorité de leur clientèle.

Ceci s'explique très bien. Développer un problème de santé mentale, c'est très souvent une conséquence d'être ou d'avoir été violentée. Par exemple, la majorité des victimes se retrouvent avec des symptômes plus ou moins nombreux du syndrome de stress post-traumatique (voir l'annexe 7), de dépression (qui est un sentiment d'impuissance profond), de dissociation (qui est souvent faussement diagnostiqué comme de la schizophrénie) ou d'autres formes de difficultés. Par conséquent, le fait de travailler auprès des femmes victimes de violence fait en sorte que la majorité des femmes rencontrées présentent des « problèmes de santé mentale ».

3.1.1. Handicap visible par rapport à handicap invisible

Comme noté précédemment, lorsque le mot handicap est mentionné, les gens ont le réflexe de penser aux handicaps visibles. Mais qu'en est-il des handicaps invisibles? Cette question fut soulevée lors de l'étude. Lorsqu'on demande de quantifier le nombre de femmes ayant une limitation fonctionnelle, comment le faire pour celles qui ont une déficience invisible? Il a été mentionné qu'un certain nombre de femmes ne veulent pas être identifiées ou même ne s'identifient pas elles-mêmes aux femmes handicapées.

Alors, peut-être que les services rejoignent de plus nombreuses femmes handicapées qu'ils ne le pensent. Mais en ne le sachant pas, comment savoir si on a répondu adéquatement aux besoins de chacune de ces femmes?

L'étude nous démontre clairement que les services reçoivent peu de femmes ayant un handicap fonctionnel visible (de mobilité, visuel, auditif, intellectuel) et ils sont peu organisés pour le faire. Malgré ce fait, pouvons-nous dire que ces services ne desservent pas les femmes handicapées? À cause des handicaps invisibles, il est

difficile de le savoir, d'autant plus qu'un bon nombre de femmes victimes de violence conjugale se retrouvent à souffrir de maux tels que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou autres troubles du genre. La violence et le stress accumulé en sont les déclencheurs. Selon la définition de handicap, ces femmes, à cause de la qualité de leur santé qui fluctue beaucoup, pourraient être considérées comme ayant une limitation fonctionnelle.

Souvent, ce n'est que beaucoup plus tard au cours de la relation d'aide que la réalité des besoins particuliers de ces femmes est soulevée. On peut imaginer que parfois même, l'intervenante ne l'apprendra jamais.

Que dire des femmes qui développent une limitation auditive due à de nombreux coups à la tête? Dépendamment du niveau de surdité, certaines n'auront pas d'autres choix que de le mentionner pour pouvoir obtenir un service adapté à leurs besoins, mais il arrive aussi que la femme ait honte d'en parler et ne le mentionnera jamais. Elle se placera de façon à toujours pouvoir entendre à l'aide de sa « bonne oreille ».

En somme, si on fait le décompte de toutes les conséquences possibles de la violence subie par les femmes victimes ou survivantes d'agression à caractère sexuel et de violence conjugale, pourrions-nous dire que presque la totalité de la clientèle de ces services est considérée handicapée? Même si c'était le cas, il est très clair que l'on ne rejoint pas les femmes dans toute leur diversité.

Pour l'organisation du travail, il semblerait être plus facile d'accueillir comme membre du personnel, une femme qui a un handicap visible (habituellement stable) qu'une femme qui a un handicap invisible, souvent relié à une maladie évolutive, donc instable. Le caractère stable de la limitation fait en sorte que l'environnement peut être adapté et le niveau de rendement peut être assez élevé par la suite. Or, le caractère instable d'une limitation souvent invisible fait en sorte que l'adaptation doit être continue (si le handicap est connu) donc très difficile pour un milieu et une équipe de travail. La fiabilité de l'atteinte des résultats devient par le fait même incertaine.

C'est pourquoi le travail à contrat à la maison est suggéré comme étant une alternative intéressante. Les organismes œuvrant en matière de violence faite aux femmes pourraient offrir ce genre de travail lors de l'élaboration d'outils promotionnels, de l'organisation d'événements, etc.

3.2. Constats

À la lumière des résultats de l'étude, que vous retrouvez de façon détaillée à l'annexe 6, des constats s'imposent. Ceux-ci découlent autant des réponses aux questionnaires, que des informations recueillies au forum de discussion et à la rencontre focus avec le groupe OPALE.

Le manque de ressources

Parfois, il est presque impossible de rendre l'endroit accessible car l'organisme est seulement locataire et n'a pas le pouvoir de faire modifier la structure de l'immeuble. Or, même lorsque l'organisme pourrait le faire, les modifications structurales coûtent parfois beaucoup d'argent pour rendre le bâtiment accessible. Et, l'argent n'est pas au rendez-vous. Ce fait revient régulièrement au cours de l'étude.

Le manque de ressources financières se traduit aussi en termes de personnel. Puisque les programmes ont habituellement peu d'argent, donc peu de personnel, et que les demandes de services sont nombreuses, les intervenantes ont de la difficulté à répondre aux besoins. Alors, ces intervenantes n'ont pas le temps de s'arrêter pour faire la recherche ou développer des documents dans des formats alternatifs et réfléchir à la meilleure stratégie pour rejoindre les femmes de minorités qu'on ne rejoint pas, y compris les femmes handicapées. Donner une plus grande visibilité au programme ferait en sorte de recevoir de nouvelles demandes de services auxquelles elles ne pourraient pas répondre.

On mentionne aussi le manque d'argent pour payer des services spécialisés comme ceux d'une interprète gestuelle et ce, lorsque le service est disponible en français ... ce qui est un autre défi.

Dans certaines régions, surtout dans le Sud et le Nord de la province, on dénote une pénurie de services en français dans les organismes et les services qui travaillent auprès des personnes handicapées, ce qui signifie qu'établir une collaboration avec de tels organismes est tout un défi. Si la femme handicapée ne parle pas l'anglais, il peut ainsi être très difficile pour elle de recevoir les services de ces organismes. Par exemple, si une femme handicapée francophone va en maison d'hébergement où il existe des services en français, mais que les services connexes (par ex. logement, aide juridique, etc.) dont elle a besoin ne sont offerts qu'en anglais, la femme et le personnel de la maison d'hébergement auront à transiger en anglais avec le personnel de ces services.

Le besoin d'améliorer l'accessibilité

Le degré d'accessibilité varie d'un organisme à l'autre mais toutes sont d'accord pour dire qu'une grande amélioration est nécessaire pour rendre les services accessibles à tous les niveaux. On y mentionne l'accès à la bâtisse, l'accès aux locaux et dans ceux-ci, à des services adaptés selon les besoins spécifiques, à des documents en formats alternatifs, etc.

Organismes réactifs plutôt que proactifs

Ce qui ressort, surtout dans les questionnaires, c'est le fait que les organismes de services auprès des femmes violentées font de leur mieux pour accommoder les femmes qui ont des besoins particuliers.

Le problème réside dans les délais à obtenir le service. Les informations et les services pour les soins de base pour une femme handicapée (dans le cas des maisons d'hébergement) sont lents et difficiles à obtenir. Il faut parfois attendre que des modifications partielles à l'environnement soient faites, qu'on improvise du matériel dans

un format alternatif, etc. Pendant ce temps, une femme handicapée francophone doit attendre pour recevoir le service. Dans certains cas, l'attente peut ne pas avoir de répercussions graves, mais parfois la femme est en danger et doit sortir rapidement de chez elle.

Par conséquent, il ressort clairement que la plupart des organismes sont réactifs plutôt que proactifs. On réalise l'importance de la collaboration et on parle même de l'utilité de mettre en place un protocole pour être prêtes à recevoir les femmes handicapées sans délai et leur offrir un service de qualité. Cependant, faute de services en français, surtout dans le Nord et le Sud, peut-il vraiment y avoir collaboration?

Évidemment, la situation est similaire en ce qui a trait à l'intégration d'une femme ayant une limitation fonctionnelle, comme travailleuse bénévole ou salariée.

Les besoins de formation

Toutes s'entendent pour dire qu'il y a un grand manque de connaissances et ce, à plusieurs niveaux.

Les intervenantes elles-mêmes mentionnent qu'elles ont besoin de formation. Elles disent vouloir mieux connaître les différents types de handicap et apprendre comment rendre leurs services accessibles. En somme, on voit bien dans les réponses qu'il y a une compréhension de base face à l'accessibilité physique, mais elles sont conscientes qu'il y a plus à faire pour rendre un service accessible que d'avoir une rampe et des portes automatiques.

La Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO) est peu connue des organismes de services aux femmes violentées, ce qui n'est pas surprenant puisqu'elle est relativement nouvelle. Or, ces organismes auraient avantage à la connaître et à suivre la mise en œuvre de son application car elle pourra peut-être apporter des ressources utiles à l'accessibilité. (Voir plus loin la section concernant la loi.)

Il ressort que parmi le personnel des organismes et services pour personnes handicapées, y compris celui qui s'occupe des soins à domicile (Home care), il existe un grand manque de connaissances de la réalité des femmes handicapées victimes de violence. On suggère aux organismes spécialisés en matière de violence faite aux femmes de donner de la formation à ces intervenants et intervenantes. Cette formation aurait une double fonction : celle d'aider à dépister les femmes handicapées victimes de toutes sortes de violence et celle de faire connaître les services spécialisés en matière de violence faite aux femmes afin d'y aiguiller les femmes en vue de mieux répondre à leurs besoins.

On mentionne aussi qu'il y aurait lieu de faire de la sensibilisation auprès des femmes ayant des limitations fonctionnelles afin de les aider à rebâtir leur estime personnelle, à s'affirmer et à prendre soin d'elles-mêmes. Cette formation devrait passer par un questionnement face aux stéréotypes et aux rôles sexuels traditionnels qui gardent les femmes, surtout celles ayant des limitations fonctionnelles, dans un rôle de soumission. On

souhaite qu'elles arrivent à accepter leur limitation, et à revendiquer les services auxquels elles ont droit afin de prendre leur place dans la société.

Le manque de politiques à l'interne concernant les femmes handicapées

Avoir des politiques claires concernant l'inclusion des femmes handicapées dans les organismes permet de réfléchir à cette réalité et de prendre position, ouvrant les portes aux femmes ayant des limitations fonctionnelles, à tous les niveaux de l'organisme. Or, il semble que très peu d'organismes aient fait cette réflexion à date.

Les femmes handicapées comme exception

Au niveau de la clientèle, peu de femmes ayant des limitations fonctionnelles connues utilisent les services en matière de violence faite aux femmes. Parmi les membres du personnel, le nombre est encore plus bas et quelques organismes ont des femmes handicapées siégeant à leur conseil d'administration ou comme bénévoles.

Si on fait abstraction, parmi la clientèle, des femmes qui présentent une problématique de santé mentale, les femmes à mobilité réduite sont celles que l'on retrouve en plus grand nombre à tous les niveaux de l'organisme.

Ce résultat n'est pas surprenant car si on se fie aux études donnant des statistiques par groupe de limitation, la mobilité se retrouve la catégorie la plus élevée.

Il y a les femmes qui ont une limitation intellectuelle qui représente une certaine proportion des usagères des services aux femmes victimes de violence conjugale ou victimes/survivantes d'agression à caractère sexuel. La présence de ces femmes oblige les intervenantes à être plus créatives et innovatrices dans leurs méthodes d'intervention. Une adaptation saine s'impose.

En apparence, on ne retrouve pas de femmes présentant une limitation intellectuelle ou un problème de santé mentale comme membre du personnel ou au conseil d'administration.

Attention au « phénomène alibi » (*tokenism* en anglais)

Le « phénomène alibi », c'est lorsqu'un organisme ou un groupe quelconque recrute une personne handicapée « parce que ça paraît bien de le faire », sans pour autant s'assurer que l'expérience de celle-ci soit plaisante et positive. Lorsque ceci se produit, la personne n'est habituellement pas présente très longtemps car les obstacles sont trop nombreux et elle se sent isolée et utilisée. Ceci représente alors un double échec : pour la personne ayant une limitation fonctionnelle et, pour l'organisme qui perd cette personne avec tout ce qu'elle aurait pu contribuer et, par le fait même, entache sa réputation.

Un contexte social favorisant l'épanouissement des femmes ayant des limitations fonctionnelles, victimes de violence, vers une vie sans violence

Nous savons que dans notre société, la majorité des personnes pauvres sont des femmes. Il y a un manque d'emplois à conditions et rémunération acceptables, un manque de garderies et de logements à prix abordable, etc. Pour les femmes ayant des limitations fonctionnelles, la situation est encore pire. Il y a une telle fragmentation de possibilités et de services qu'il devient presque impossible pour une femme de se sortir d'une relation abusive ou d'un environnement abusif (ex. une institution) et se refaire une vie satisfaisante. Comme une répondante l'a mentionné, même si la maison d'hébergement est accessible, où ira-t-elle par la suite?

Afin d'instaurer un climat favorable à cet épanouissement, plusieurs acteurs entrent en jeu et ont une responsabilité en ce sens. En tant que société, que ce soit au niveau des gouvernements, des institutions publiques ou privées, il reste du travail à faire afin que les femmes handicapées puissent vivre une vie en santé, en sécurité et avec dignité. Ceci passe par des logements adaptés à prix abordable, par l'employabilité ou une garantie d'un revenu acceptable, par un accès à l'éducation, par le transport et un environnement accessible pour permettre aux femmes de sortir de leur isolement et avoir un plus grand éventail de choix. Ce n'est que de cette façon que nous pourrions dire que les femmes ayant des limitations fonctionnelles sont reconnues comme des citoyennes à part entière et participent pleinement à notre société.

Le caractère unique des handicaps

Chaque femme qui a des limitations fonctionnelles vit sa situation de façon unique, tant à cause de sa situation particulière qu'à cause de sa personnalité. Deux personnes en fauteuil roulant peuvent vivre leur situation de façon très différente. De là vient l'importance de voir la personne dans sa globalité plutôt que de se centrer sur sa ou ses limitations. Demander à la femme ce que sont ses besoins et comment on peut y répondre est une façon de reconnaître la spécificité de chacune des situations.

Ce caractère unique pose une difficulté au niveau des mots et surtout lorsque vient le temps d'élaborer une définition de « personne ayant une limitation fonctionnelle ». Cette définition doit être large et inclusive. De plus, tout le monde ne s'entend pas sur ce qu'est un handicap ou une limitation fonctionnelle. Ça semble devenir encore plus brouillé lorsqu'il est question de « personne handicapée » à cause de tout ce que ça sous-entend comme terme.

La situation complexe d'une femme handicapée victime de violence

De façon générale, les femmes qui sont victimes de violence dans leur couple ont de nombreux obstacles à franchir pour quitter cette relation. Une femme handicapée victime de violence en a encore plus. Dû au fait que l'abuseur peut être la personne qui lui prodigue ses soins, dû à la fragmentation des services, à la situation précaire des femmes handicapées dans notre société, et évidemment, dû aux complications liées à leur handicap, ces femmes se retrouvent devant un nombre limité d'options.

Parfois, ce n'est pas la femme qui a une ou des limitations fonctionnelles, mais son enfant. La situation est alors tout aussi complexe.

Qu'elles soient victimes/survivantes d'agression à caractère sexuel ou de violence conjugale, les femmes ayant une limitation fonctionnelle manquent de crédibilité pour faire reconnaître leur situation de femme violentée et obtenir justice. Le système légal n'est pas adapté aux besoins des femmes qui ont une limitation intellectuelle, auditive, de la parole ou autre.

Parfois, les femmes qui ont des limitations fonctionnelles ne se sentent pas incluses lorsque la publicité s'adresse « aux femmes ». Si elles sont violentées, leurs plus grandes ressources sont les services spécialisés pour femmes. Or, si elles ne s'y reconnaissent pas, et que les programmes et services pour personnes handicapées sont peu ou pas sensibilisés à la violence faite aux femmes, que leur reste-t-il comme ressources pour s'en sortir? À la lumière des résultats de cette étude, est-il surprenant que les femmes handicapées représentent une infime partie de la clientèle?

3.3. Comparaison avec d'autres études semblables

Différentes études semblables à celle-ci ont été faites. Dans la section qui suit, nous allons les énoncer pour pouvoir les comparer.

Aux États-Unis³⁵

En 1997, aux États-Unis, des questionnaires ont été envoyés aux organismes offrant des services reliés à la violence. On voulait observer les services offerts aux femmes ayant des limitations fonctionnelles victimes de violence. Des réponses leur sont parvenues de 598 organismes. Ces organismes recevaient 21 % de femmes présentant une maladie mentale, 10 % ayant une limitation fonctionnelle, 7 % avaient un retard intellectuel ou une limitation de développement, 3 % avaient un handicap de surdité et 2 % avaient une limitation visuelle.

La grande majorité offrait une accessibilité à leurs locaux, du counselling individuel et de groupe. Près de la moitié offrait les services d'une interprète gestuelle. Par contre, seulement 40 % offraient des ateliers pour aider au dépistage et seulement 1/3 offrait des plans de sécurité adaptés et de la formation au personnel.

Au Canada³⁶

En 1990, DAWN a fait une étude auprès des maisons d'hébergement et des centres contre le viol au Canada. Elles ont trouvé que 14 % des maisons et 14 % des centres étaient accessibles aux femmes utilisant un fauteuil roulant, aucune pour les autres types de limitations. Deux maisons d'hébergement avaient un système ATS. Aucune n'avait de documents sur cassette et la majorité des maisons d'hébergement refusait les femmes ayant un historique de limitations psychiatriques.

À Montréal³⁷

Dans le cadre d'une recherche tenue à Montréal en 1996, on a vérifié auprès de quatre intervenantes (3 provenant de centres contre le viol et une provenant d'un service général pour les femmes) pourquoi les centres d'aide sont rarement accessibles aux survivantes handicapées. Même si l'échantillon est très limité, les résultats sont intéressants.

Aucun de ces centres ne gardait de statistiques sur les femmes handicapées rencontrées. Or, elles estimaient qu'entre 2 % et 10 % de leur clientèle était constituée surtout de femmes ayant un historique de problèmes psychiatriques. Aucune des intervenantes n'était déjà intervenue auprès de ces femmes, la majorité affirmant ne pas savoir comment s'y prendre. Elles ont mentionné le manque de fonds, le manque de temps et les listes d'attente pour expliquer le manque de publicité faite auprès des femmes ayant des limitations fonctionnelles. Elles affirment que de faire de la publicité et de leur offrir une liste d'attente de 6 mois à 2 ans serait injuste.

Il semblerait qu'on considère d'abord les limitations de ces femmes, puis vient ensuite le fait qu'elles soient des survivantes d'agression à caractère sexuel. De plus, il semble y avoir un manque de sens de responsabilité envers cette clientèle. Ces intervenantes semblent manquer d'analyse politique anti-oppression face aux personnes ayant des limitations fonctionnelles.

La chercheuse rapporte un sondage de Masuda et Ridington qui ont vérifié le personnel de 28 centres contre le viol en 1992. Des 885 travailleuses, bénévoles et membres du conseil d'administration recensées, seulement 1,58 % avaient une limitation fonctionnelle déclarée.

Une évaluation des besoins en matière de services pour les femmes handicapées victimes de violence, commandée par le gouvernement ontarien³⁸.

Au début des années 1990, une étude a été menée auprès de femmes handicapées et de fournisseurs de services pour connaître la situation concernant la violence faite aux femmes handicapées, pour le compte de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, le ministère des Services sociaux et communautaires et l'Office des affaires des personnes handicapées. En résumé, il est ressorti que les besoins des femmes handicapées varient beaucoup en fonction de leur(s) limitation(s) particulière(s), que d'autres facteurs influencent l'accessibilité (comme le fait d'être une femme immigrante, réfugiée, autochtone ou autre), que les services sont peu accessibles, surtout au niveau de l'appareil judiciaire, et que les mauvais traitements à l'intérieur des institutions est une problématique sur laquelle il faut se pencher. On recommande une meilleure coordination entre les services spécialisés en violence faite aux femmes et les services et les groupes pour personnes handicapées. On mentionne que les facteurs qui empêchent les femmes handicapées de dénoncer la violence dont elles sont victimes sont surtout le fait qu'on remet leur crédibilité en question, qu'il y a un manque de respect à leur égard, et qu'elles ont un manque d'estime personnelle, une dépendance émotionnelle vis-à-vis la personne qui les maltraite et un manque d'information comme facteurs additionnels à cette difficulté à dénoncer.

Une maison d'hébergement à London, Ontario³⁹

Une maison d'hébergement de London a développé un plan stratégique de cinq ans pour planifier une accessibilité accrue pour les femmes handicapées et les femmes sourdes. Le nombre de femmes ayant des limitations fonctionnelles et de femmes sourdes utilisant leurs services a considérablement augmenté.

Ceci démontre que lorsque les organismes font l'effort, ils peuvent rejoindre ce groupe de femmes. Le besoin de services en matière de violence faite aux femmes est là. Les femmes handicapées ont besoin de savoir que ces services existent, qu'ils sont capables de les accueillir et de leur venir en aide.

3.4. Comparaison avec notre étude

Les résultats de l'étude d'AOCVF sont comparables à ceux des recherches semblables rapportées ici.

Aux États-Unis, les services pour les femmes violentées semblent être un peu plus accessibles que ceux d'ici. Par contre, il n'est pas surprenant de constater que le type de limitation que l'on retrouve le plus souvent dans ces services est celui des femmes qui ont un problème de santé mentale, qui comme on le sait, est bien souvent une conséquence de la violence subie.

On voit bien aussi que partout les intervenantes manquent d'information et de formation, et qu'elles sont dépassées par le nombre de demandes de service.

Si on peut, en même temps, parler des services anglophones et des services francophones, il est intéressant de constater que depuis 1990 (étude de DAWN et DGCFO), il y a eu une amélioration en terme d'accessibilité à l'intérieur de ces organismes. Par contre, le nombre de femmes ayant une limitation fonctionnelle comme membres du personnel ne semble pas avoir beaucoup progressé.

En comparant avec l'étude de 1993 du gouvernement ontarien, il est intéressant de constater qu'un bon nombre de leurs recommandations se retrouvent aussi dans notre rapport et ce, treize ans plus tard. C'est donc dire qu'il reste beaucoup à faire pour offrir des services de qualité aux femmes handicapées d'expression française qui sont victimes de violence.

Références bibliographiques

- 35 rapporté dans Center for Research on Women with Disabilities, 2000, *Facts About Programs Delivering Battered Women's Services to Women with Disabilities*.
- 36 Masuda, Shirley, 1992, "Violence Against Women With Disabilities", *Abilities*, no.12, p. 86-88.
- 37 rapporté dans Neve, Liz, 1996, "Barriers to Counseling for Sexually Abused Women", *Women & Therapy*, vol. 18, no. 1, p. 75-85.
- 38 Direction générale de la condition féminine de l'Ontario (DGCFO), 1993, *La violence faite aux femmes handicapées : une évaluation des besoins en matière de services*.
- 39 rapporté dans DAWN, 1998, p. 18.

Chapitre 4 : Suggestions pour améliorer l'accessibilité

4.1. Quelques suggestions

Voici quelques suggestions qui peuvent être utiles pour améliorer l'accessibilité. Nous avons inclus les moyens les plus faciles et les moins dispendieux. Vous pouvez également consulter la section « ressources » à l'annexe 8.

- Bien connaître la réalité des femmes et tous les genres de limitations fonctionnelles aide à mieux rejoindre ou desservir ces femmes et à ne pas tomber dans le piège des préjugés.
- Ne pas exprimer de sympathie face à la limitation fonctionnelle. Éviter les phrases du type « Pauvre toi, ça ne doit pas être facile. »
- Demander à chaque femme que vous rencontrez comment vous pouvez l'aider à combler ses besoins. Ceci ouvrira la porte à ce qu'elle vous informe de ses limitations invisibles, si c'est le cas.
- Il est important de s'assurer que l'organisme est accessible avant de l'afficher. Ne pas créer de faux espoirs ou de fausses attentes. Reconnaître les limites et les mentionner permet une vision réaliste de la situation. Entre l'accessibilité nulle et l'accessibilité complète, il y a toute une gamme de possibilités.
- Mentionner les services adaptés que vous offrez dans votre matériel promotionnel.
- Dans votre publicité, si vous incluez des photos de femmes handicapées parmi des photos de femmes non handicapées, plus de femmes s'y reconnaîtront.
- Offrir des brochures, des documents et des cartes d'affaires en formats alternatifs.
- Lors de demandes de subvention, toujours inclure un poste budgétaire pour l'accessibilité.
- Pour favoriser l'accès aux services et la sensibilisation, rédiger des demandes de subventions conjointement avec des fournisseurs de services aux personnes handicapées.
- Lors d'un événement, si l'organisme a des fonds pour obtenir les services d'une interprète gestuelle, l'indiquer dans votre publicité et demander aux femmes de s'inscrire (en précisant une date limite). Si personne ne demande ce service, vous ne débourserez pas pour rien. Si quelqu'une le demande, vous aurez le temps pour organiser le service.

- Si l'organisme doit organiser des services spécialisés pour faciliter l'accessibilité (interprète gestuelle, transport adapté, etc.), vous assurer de connaître la procédure. Si le service existe, il faut habituellement réserver quelque temps à l'avance.
- Si vous voulez savoir si vos locaux sont physiquement accessibles aux femmes qui se déplacent à l'aide d'un fauteuil roulant, utilisez votre grosse chaise de bureau sur roulettes et promenez-vous partout. Vous découvrirez ainsi les endroits qui causent problème et vous pourrez chercher des solutions.
- Dans votre formulaire d'évaluation, vous assurer d'avoir une question sur l'accessibilité de vos services.
- Ne pas raccrocher tout de suite lorsque vous recevez un appel téléphonique où il n'y a pas de réponse verbale immédiate. Les femmes ayant un handicap de la parole ont besoin de plus de temps pour répondre, particulièrement celles qui utilisent les synthétiseurs de la parole.
- Expliquer à l'usagère de vos services ce que veut dire la confidentialité et le consentement. Vous assurer qu'elle a bien compris.
- Adapter vos plans de sécurité.
- Revoir vos protocoles d'urgence ou tout autre protocole pour vous assurer d'inclure toutes les femmes. Par exemple, si un feu se déclare dans vos locaux, est-ce que votre plan d'évacuation tient compte des besoins spécifiques de toutes les usagères de vos services?
- Garder des statistiques claires sur les femmes ayant des limitations fonctionnelles, incluant le nombre de femmes, le(s) type(s) de limitations dévoilé(s), leur recherche de services (et les services manquants), les besoins spéciaux exprimés et les dispositions prises pour les accommoder.
- Avoir de l'eau à la portée de la main car certains médicaments rendent la bouche sèche.
- Avoir du papier et des stylos à portée de la main.

4.1.1. Pour les femmes sourdes ou malentendantes

- Avoir un téléviseur avec décodeur pour sous-titres.
- Vous assurer que vos téléphones possèdent un bouton de réglage du volume.
- Développer une vidéocassette dans laquelle on peut voir une femme sourde décrire vos services et/ou contenant un message illustré. (Petit rappel : visiter le site www.mfsm.org comme inspiration.)
- Prévoir des aides visuelles pour favoriser la discussion.
- Essayer d'éliminer les bruits ambiants.
- Ralentir votre débit, mais éviter d'articuler exagérément.
- Avoir un visage expressif et vous servir de votre langage corporel.
- Vous assurer que l'éclairage soit adéquat et que votre visage ne soit pas dans l'ombre.

- Si la femme utilise une interprète gestuelle ou le Service de relais Bell, vous adresser directement à la personne (et non à l'intermédiaire).
- Savoir que lorsqu'une femme sourde explique une situation, elle se remet dans l'émotion avec la même intensité. Elle peut se déplacer dans la pièce, avoir l'air fâchée ou triste, etc. C'est sa façon de s'exprimer, tout simplement.

4.1.2. Pour les femmes malvoyantes ou aveugles

- Avoir de l'information sur une disquette ou un CD en format *Word*.
- Pour des ressources imprimées en gros caractères, on suggère 18 points minimum.
- Utiliser des couleurs contrastantes dans vos documents ou votre publicité.
- Si vous devez quitter la personne aveugle, le lui dire et vous assurer de ne pas la laisser au milieu d'une aire ouverte. L'inviter à s'approcher d'un mur, d'une table ou d'une chaise.

4.1.3. Avec une femme ayant une limitation intellectuelle

- Utiliser des mots clairs, précis et simples.
- Ne pas mettre plus d'une idée ou deux dans la même phrase ou demande.

4.1.4. Avec une femme qui utilise un fauteuil roulant

- Si la conversation s'allonge, vous asseoir ou vous agenouiller.
- Ne jamais vous appuyer sur le fauteuil car toucher au fauteuil c'est comme toucher au corps de la femme.

De nombreux trucs, ressources ou informations permettent d'améliorer l'accessibilité à peu de coûts. C'est souvent une question de gros bon sens et de savoir faire.

C

hapitre 5 : Et les employeures

Cette section concerne spécifiquement les employeures et comment elles peuvent rendre leur milieu de travail plus accessible et accueillant pour toute membre éventuelle du personnel qui aurait une limitation fonctionnelle. Il ne faut pas oublier non plus qu'il puisse arriver qu'une des membres du personnel actuel se retrouve éventuellement avec des besoins spécifiques d'accommodement.

5.1. Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO)

Le 13 juin 2005, une nouvelle loi est entrée en vigueur. La *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO/ AODA en anglais) vient s'ajouter à la *Loi 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario*, cette dernière énonçant les obligations du gouvernement provincial en terme d'accessibilité. La LAPHO a une portée beaucoup plus vaste car elle englobe les secteurs public, parapublic et privé à tous les niveaux clés de la vie quotidienne. De plus, ce qui est nouveau, c'est que cette loi prévoit de fortes amendes en cas d'infraction. Voici un résumé de la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*.

La LAPHO a comme buts :

- D'assurer l'accessibilité à tous les Ontariens et Ontariennes qui ont un handicap en élaborant, en appliquant et en imposant des normes concernant les biens, les services, les installations, les locaux, l'emploi et les bâtiments d'ici le 1^{er} janvier 2025.
- De faire en sorte que les personnes ayant un handicap, le gouvernement ontarien et les représentants des industries et des divers secteurs de l'économie puissent participer à l'élaboration des normes d'accessibilité.

Cette loi vise à éliminer tous les obstacles auxquels les personnes handicapées se butent dans leur quête pour participer pleinement à la vie en société. Mais, qu'entend-on par obstacle? On peut y lire la définition suivante :

Un obstacle est toute chose qui empêche une personne handicapée de participer pleinement à toutes les facettes de la société en raison de son handicap. S'entend notamment d'un obstacle physique ou architectural, d'un obstacle au niveau de l'information ou des communications, d'un obstacle comportemental, d'un obstacle technologique, d'une politique ou d'une pratique⁴⁰.

Pour appliquer cette loi, il y aura divers comités formés de personnes handicapées et d'autres spécialistes pour définir des normes à atteindre dans la démarche vers un Ontario accessible. Cette accessibilité se fera par tranches de trois à cinq ans, incluant une évaluation à chaque trois ans, visant une accessibilité complète en 2025.

Pour atteindre les objectifs, le gouvernement est conscient qu'il faudra entre autres prévoir des mesures d'encouragement pour amener les organismes visés à surpasser les normes minimales, que certains organismes auront besoin d'un soutien pour y arriver et qu'il faudra utiliser l'information, l'éducation et la sensibilisation pour modifier les attitudes du public.

Il est à souhaiter que par cette nouvelle loi, les organismes de services aux femmes violentées pourront s'attendre à obtenir une aide plus généreuse de la part du gouvernement provincial pour rendre leurs services accessibles en tous points. De plus, différents documents d'information et d'appui devront être développés.

Par ailleurs, pour les gens en général, la LAPHO devrait être utile pour remédier au manque de connaissances concernant l'incapacité et les limitations fonctionnelles de presque 15 % de la population ontarienne, pour contrer les préjugés et encourager une meilleure inclusion sociale. Par le fait même, ces campagnes de sensibilisation auront sûrement un effet positif aussi sur les femmes ayant des limitations fonctionnelles. Ces campagnes leur passeront le message qu'elles sont importantes pour nos communautés, qu'elles ont une place dans la société et qu'elles peuvent et doivent avoir accès à tous les services, comme toute autre personne. À long terme, ces campagnes peuvent aider les femmes handicapées à dénoncer la violence dont elles sont victimes et pouvoir vivre dans un environnement sain et sécuritaire.

5.2. La question d'accessibilité comme employeuse

Il y a un mythe persistant à savoir qu'il est coûteux d'intégrer une personne handicapée dans son organisme. La réalité est que très souvent, la personne a besoin de peu d'accommodement et à peu de frais. Un autre mythe consiste à penser qu'une employée handicapée exige plus de formation au travail qu'une autre employée.

Pour que l'expérience soit positive pour la femme ayant une limitation fonctionnelle tout comme pour l'employeuse, il y a des conditions à respecter. Ces conditions sont des principes de base en gestion des ressources humaines qui s'appliquent à toutes les employées, rémunérées ou non. Ce qui suit se veut un guide pour mieux rejoindre et accueillir des femmes ayant une limitation fonctionnelle parmi votre équipe.

Lorsqu'un poste est disponible, assurez-vous de rendre votre concours inclusif et accessible. Utilisez différents formats pour annoncer votre emploi. Allez rencontrer des organismes pour personnes handicapées pour faire connaître votre besoin.

La description de tâches du poste doit être très visible, écrite dans un langage facile à lire et à comprendre. Dans votre offre d'emploi, il peut être utile d'avoir une phrase du type : « La connaissance de la langue des signes (LSQ) est un atout ».

Lors de l'entrevue, procéder comme avec toute autre femme non handicapée. Ce n'est pas le temps approprié pour parler d'accommodement à son handicap.

Si vous choisissez d'offrir le poste à cette candidate (et qu'elle accepte), vous n'avez pas à préparer le personnel de façon différente que pour toute autre nouvelle employée.

Le langage est très important. Parlez en termes positifs plutôt que de lui parler de ce que vous pensez qu'elle est incapable de faire. De plus, la communication vous permettra de définir ce dont la femme a besoin pour accomplir ses fonctions. Se parler est le moyen le plus utile et le moins dispendieux.

L'accessibilité d'un environnement de travail bénéficie à toutes les personnes qui s'y trouvent : les employées et la clientèle. Par exemple, une rampe peut faciliter l'accès à une mère qui a un enfant dans une poussette, une femme âgée qui a de la difficulté à monter les escaliers ou pour la livraison d'équipement.

Évidemment, pour rendre un endroit accessible aux besoins spécifiques d'une personne, il s'agit de vérifier auprès d'elle pour savoir ce dont elle a besoin. Il est important de ne pas prétendre le savoir car chaque personne est unique. N'oubliez pas non plus que ses besoins peuvent changer en cours de route.

Il y a de petites choses peu dispendieuses qui peuvent être utiles. Pour d'autres, ça demande une plus grande planification. Par exemple, on peut penser à divers outils ou moyens, selon le besoin :

- Un téléphone mains-libres, avec un clavier à grosses touches, comportant un régulateur de volume sur l'appareil.
- Un porte-copie à côté de l'ordinateur ou autres outils de travail du genre.
- Faire en sorte que l'environnement de travail soit aussi fonctionnel pour une gauchère que pour une droitnière.
- Installer des purificateurs d'air (contre les allergies).
- Faire en sorte que les femmes puissent apporter leur propre équipement adapté.
- Prévoir un horaire de travail flexible ou même la possibilité de faire du travail à la maison.

Pour bien réussir l'intégration, collaborer avec des organismes pour personnes handicapées peut être positif pour l'employeur comme pour l'employée. Cet ou ces organismes peuvent faire connaître des ressources utiles ou ils peuvent être une source de soutien.

Si l'employeur a désigné une personne dans son organisme comme la « spécialiste » pour le groupe de femmes ayant une limitation fonctionnelle (comme il sera suggéré à la fin de ce rapport), cette personne peut être le lien entre le milieu de travail et ces organismes.

Dans le *Guide pour l'intégration au travail de personnes handicapées*⁴¹, on peut lire qu'il existe six facteurs importants pour favoriser l'intégration au travail de personnes handicapées :

1. La personne doit avoir la volonté et l'intérêt d'intégrer ce poste. Si la personne n'est pas certaine ou ne sait pas en quoi consiste vraiment le travail, des stages rémunérés ou non rémunérés peuvent être utilisés.
2. L'employeur doit avoir la volonté et la motivation d'accueillir cette femme.
3. L'employeur doit assurer une préparation adéquate du milieu de travail.
4. Il doit exister un soutien personnel à la nouvelle personne.
5. Un marrainage permet à la nouvelle employée de savoir à qui s'adresser pour toute question.
6. Le suivi, à l'aide d'une communication régulière, est la clé du maintien de cette personne dans l'organisme. Par des entretiens, on crée des occasions pour échanger et trouver des solutions aux contraintes et difficultés rencontrées par l'employée et par l'employeur. De plus, c'est la façon de s'adapter à des besoins changeants, de la part des deux parties.

Malgré toutes ces bonnes intentions, si le milieu de travail n'est pas sensibilisé et accueillant pour les femmes ayant une limitation fonctionnelle, celles-ci risquent de ne pas se sentir à leur place et quitteront prématurément. La formation du personnel est donc importante avant même de commencer toute démarche pour accueillir des femmes de minorités.

Références bibliographiques

40 LAPHO, partie 1, section 2.

41 CAMO, 1997, p. 8.

Recommandations

Suite à toute la démarche de cette étude, les agentes de projet font les recommandations suivantes :

1. Que les organismes du réseau d'AOCVF fassent de la sensibilisation, organisent de la formation et fassent connaître leurs services spécialisés aux organismes et services qui travaillent auprès des personnes handicapées, comme les services de soins à domicile, les organismes pour l'intégration communautaire, etc.
2. Que les organismes du réseau d'AOCVF deviennent proactifs pour mieux recevoir les femmes à leurs services. Ils doivent être prêts: avoir l'information et même avoir développé des ententes ou des protocoles avec les services pour les personnes handicapées.
3. Que les organismes ouvrent leurs portes pour accueillir plus de femmes ayant des limitations fonctionnelles parmi leur personnel (membres du conseil d'administration, bénévoles ou salariées).
4. Que les organismes du réseau d'AOCVF deviennent visibles auprès des femmes handicapées en appuyant les revendications de celles-ci, en participant à leurs activités de sensibilisation, etc.
5. Que les organismes du réseau d'AOCVF rejoignent les femmes ayant des limitations fonctionnelles en offrant des sessions plus générales comme prendre soin de soi, l'estime de soi, les stéréotypes sexuels, l'affirmation, etc., adaptées évidemment à la réalité de ces femmes.
6. Que les organismes, qui ont au moins quelques personnes comme membres de leur personnel, désignent une spécialité à chacune des intervenantes qui aura comme tâche de s'informer des ressources disponibles, sensibiliser et informer ses collègues, s'assurer que les protocoles incluent ces femmes, etc. Elle deviendrait alors une ressource à l'intérieur de l'organisme et une porte-parole pour ce groupe de femmes. Une intervenante peut se spécialiser au niveau de la réalité des femmes ayant des limitations fonctionnelles. (Une autre peut se spécialiser au niveau de la réalité des lesbiennes, une autre sur celle des femmes immigrantes, etc.)
7. Que les intervenantes à la ligne d'écoute provinciale pour femmes violentées FEMAIDE connaissent bien la réalité des femmes ayant des limitations fonctionnelles afin d'arrimer leurs interventions et les plans de sécurité s'il y a lieu. (Les organismes responsables de cette ligne devraient recevoir la formation qui serait donnée par AOCVF, tel que recommandé au point 10.).

8. Que Le Phénix, OPALE, Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) et ses organismes membres unissent leurs voix pour revendiquer au nom des femmes handicapées d'expression française victimes de violence de toutes sortes.
9. Qu'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes développe un exemple de politique idéale favorisant l'accessibilité à tous les niveaux d'un organisme. Chacun des organismes pourrait alors utiliser cet exemple et l'adapter à son milieu et à sa réalité. Suite à celle-ci, les organismes pourraient même décider de développer leur propre plan stratégique à cet effet.
10. Qu'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, en collaboration avec Le Phénix et OPALE, développe un programme de formation concernant les femmes ayant des limitations fonctionnelles victimes de violence. Cette formation pourra être offerte aux organismes francophones du réseau dans chacune des régions de l'Ontario. (Celle-ci pourrait aussi aider les organismes à faire de la formation dans leur propre région par la suite.)
11. Qu'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes traduise et adapte la trousse METRAC en ce qui a trait à la violence faite aux femmes handicapées et les enjeux juridiques qui les concernent. Cette formation pourra être offerte aux organismes du réseau. Par la suite, ces intervenantes pourront donner la formation à leur tour dans leur région.
12. Que les gouvernements fassent en sorte de limiter la dépendance des femmes ayant une limitation fonctionnelle en leur garantissant un revenu adéquat (en intégrant le marché du travail ou en recevant un revenu garanti), indépendant de celui de leur conjoint ou conjointe, s'il y a lieu.
13. Que les gouvernements et les organismes de défense des droits de la personne fassent connaître les droits aux femmes ayant des limitations fonctionnelles de toutes sortes.

C Conclusion

Cette étude sur les femmes d'expression française ayant des limitations fonctionnelles met en lumière les défis qui existent dans les services pour femmes victimes ou survivantes d'agression à caractère sexuel ou de violence conjugale. Ils sont nombreux. Par contre, il existe une volonté d'apprendre et de trouver des moyens pour améliorer l'accessibilité à leurs organismes et à leurs services. En regardant d'autres études du genre, les organismes membres du réseau d'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) sont comparables en terme d'accessibilité et du nombre de femmes ayant des limitations fonctionnelles qui s'y retrouvent. Ce que les femmes handicapées elles-mêmes rapportent, c'est qu'au moins, les organismes qui offrent des services en matière de violence faite aux femmes sont ouverts et motivés à aider, ce qui ne semble pas toujours être le cas pour des services généraux pour personnes handicapées qui ne se préoccuperaient pas de la victimisation de ces femmes.

Un résultat indirect lors de cette étude a été une plus grande sensibilisation auprès des organismes francophones ontariens face à l'accessibilité des femmes ayant une limitation fonctionnelle. Plusieurs répondantes au questionnaire nous ont dit que le fait de le remplir les avait amenés à réfléchir davantage à la question.

D'ici 2025, il est question d'avoir un Ontario accessible et la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* a été instaurée à cette fin. En même temps, plusieurs situations font en sorte de compliquer l'accessibilité.

Avec les coupures budgétaires et les directives des ministères, il y a une tendance à aller vers les interventions à court terme. Or, ceci crée des difficultés pour les femmes qui ont une limitation intellectuelle ou celles qui nécessitent que les choses se déroulent lentement.

Pour accéder aux services en matière d'agression à caractère sexuel, la nature du lien entre la victime et l'agresseur importe peu. Cependant, pour avoir accès aux services en matière de violence conjugale, l'abuseur doit être un homme avec qui la femme est en relation. Les femmes qui sont victimes d'abus de la part d'un homme (salarie ou non) qui leur prodigue des soins, où peuvent-elles aller si l'agression n'est pas à caractère sexuel? Et si l'abuseur était sa partenaire de vie? Les services en violence conjugale devraient-ils élargir leur définition pour inclure toutes les relations intimes et de confiance?

Si une femme croit vivre de la discrimination, au travail ou ailleurs, elle peut avoir recours à la *Commission des droits de la personne de l'Ontario*. Or, cette instance ne fournit pas à la demande. Le processus est long et souvent difficile. Elle peut aussi avoir recours aux tribunaux. Encore là, il peut être long et surtout dispendieux de le faire. L'employeur embauche des avocats ou des avocates pour le représenter, mais la femme handicapée doit y mettre toute son énergie. Comme une femme le décrit si bien, c'est comme « *David et Goliath* ».

Donc, en réalité, ont-elles vraiment un recours? Pourtant, toutes les femmes ont le droit de vivre dans la sécurité et la dignité.

On a tendance à mettre les personnes dans des compartiments. Il est alors question des femmes ayant une limitation fonctionnelle. Ailleurs, on parle des femmes immigrantes, et ailleurs encore, on parle des femmes d'expression française, et ainsi de suite. Mais que dire des femmes qui se retrouvent dans plusieurs catégories à la fois? Elles rencontrent encore plus d'obstacles et de défis. C'est ce que nous avons constaté dans cette étude, où une femme d'expression française ayant une limitation fonctionnelle pouvait arriver à avoir des services généraux, mais rarement dans sa langue. Or, n'ont-elles pas le droit de recevoir des services dans leur langue, le français étant l'une des deux langues officielles au Canada?

Il n'est pas surprenant de constater non plus que les femmes qui ont des limitations fonctionnelles soient encore plus marginalisées que la moyenne des femmes. Elles sont souvent plus pauvres, moins scolarisées, plus isolées et victimisées. Et, nous n'avons pas de statistiques pour celles d'entre elles qui parlent français ... Plus elles ont des limitations, plus elles sont dépendantes d'autrui pour des soins et plus elles sont vulnérables. Mais cette vulnérabilité ne vient pas autant des limitations que de l'attitude de la société face à ces femmes et le traitement qu'on leur réserve. Ce sont ces attitudes et ce traitement qui créent le plus grand handicap... et, nous en sommes tous et toutes responsables.

Bibliographie

ALBERTA COMMITTEE OF CITIZENS WITH DISABILITIES, 2007, *Home*, en ligne : <http://www.accd.net/> (page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2002, *Violence against women with disabilities: Break the Silence*, en ligne : http://www.accd.net/publications/Projects_and_Research/2002_Violence_Against_Women_With_Disabilities.pdf (Page consultée le 15 octobre 2007)

ACTION DES FEMMES HANDICAPÉES MONTRÉAL, 1987, *Accès santé*.

ALL AFRICA, date inconnue, *Pan Afrique: La fistule obstétricale, un mal qui mine la santé de la femme*.

ARCH DISABILITY LAW CENTER, 2005, *Abuse and Persons with Disabilities*

ASSOCIATION CANADIENNE DES CENTRES DE VIE AUTONOME, 2004, *Feuillets d'information no. 1, 2, 3, 4*.

-----, 2005, *Feuillets d'information no. 1, 2, 3, 4*.

BAYLOR COLLEGE OF MEDECINE, 2007, *Violence Against Women with Disabilities – Prevalence*, en ligne : www.bcm.edu/crowd/?pmid=1338 (Page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2007, *Violence Against Women with Disabilities – Vulnerability for Abuse*, en ligne : www.bcm.edu/crowd/?pmid=2133 (Page consultée le 15 octobre 2007).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003, *Sexual Violence Prevention: Building Leadership and Commitment to Underserved Communities: Sexual Assault Against Persons Living with Disabilities*, en ligne : <http://www2a.cdc.gov/phtn/svprev/Disability.pdf> (Page consultée le 15 octobre 2007).

CENTRE FOR RESEACH ON WOMEN WITH DISABILITIES, 1997, *Abuse of Women with Disabilities: Policy Implications*, en ligne : www.bcm.edu/crowd/abuse_women/1POLICYI.htm (Page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2000, *Facts About Programs Delivering Battered Women's Services to Women with Disabilities*, en ligne : www.bcm.edu/crowd/abuse_women/progfact1.htm (Page consultée le 15 octobre 2007).

CENTRE NATIONAL D'INFORMATION SUR LA VIOLENCE DANS LA FAMILLE, 2002, *Violence familiale et déficience intellectuelle*, en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvintellectu_f.html (Page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2004, *La violence envers les femmes handicapées*, en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/femdisabus_f.html (Page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2007, *Accueil*, en ligne : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html (Page consultée le 15 octobre 2007).

CHANSONNEUVE, Deborah, 2001, *Inclusion pour les femmes ayant un handicap: Manuel pour les services de prévention/intervention en matière de violence*. Ottawa : Comité régional de coordination en vue de mettre fin à la violence faite aux femmes d'Ottawa.

COLLINS, Carol-Ann. 2002, *Barricade*, Thunder Bay : Centre des femmes francophone du Nord-Ouest de l'Ontario.

COMITÉ D'ADAPTATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE (CAMO), 1997, *Guide pour l'intégration au travail de personnes handicapées*, en ligne : www.camo.qc.ca/documentation/guide.php (Page consultée le 17 octobre 2007).

COMITÉ DE TRAVAIL DU DOSSIER EN VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE, 2002, *La violence envers les femmes handicapées : Guide de réflexion à l'intention des intervenants du Réseau de la santé et des services sociaux*, CLSC Verdun : Comité de travail du dossier en violence conjugale et familiale.

CONSEIL DE PLANIFICATION SOCIAL D'OTTAWA, 2005, *Le principe de l'intégration : Indicateurs significatifs des processus d'intégration et des installations accessibles en place dans les collectivités locales pour les personnes handicapées*, en ligne : http://www.spcottawa.on.ca/PDFs/Publications/Inclusion%20Indicators%20Resource_Fr.pdf (Page consultée le 15 octobre 2007).

DISABLED WOMEN'S NETWORK ONTARIO, *Access Check-list*, version française, en ligne : http://dawn.thot.net/access_checklist_full.html (Page consultée le 17 octobre 2007).

-----, 1997. *Fact sheets on women with disabilities: DAWN Ontario Fact Sheet*, en ligne : <http://dawn.thot.net/fact.html> (Page consultée le 17 octobre 2007).

-----, 1998, *Inter-sectoral workshop on violence against women with disabilities and deaf women and access to the justice system*, North-Bay: Disabled Women's Network Ontario.

-----, 2007, *Home*, en ligne : <http://dawn.thot.net/index.html> (Page consultée le 17 octobre 2007).

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA CONDITION FÉMININE DE L'ONTARIO, 1993, *La violence faite aux femmes handicapées : une évaluation des besoins en matière de services*, Toronto : Direction générale de la condition féminine de l'Ontario.

EDUCATION WIFE ASSAULT, 2001, *Conseils aux fournisseurs de services aux femmes ayant une surdité partielle, une surdité complète de naissance ou tardive ou une surdicécité*, en ligne : <http://www.womanabuseprevention.com/deaftipsFR.pdf> (Page consultée le 15 octobre 2007).

-----, 2001, *Conseils aux fournisseurs de services aux femmes handicapées*, en ligne : <http://www.womanabuseprevention.com/distipsFR.pdf> (Page consultée le 15 octobre 2007).

ELMAN, R. Amy, 2005, *Confronting the Sexual Abuse of Women with Disabilities*, en ligne : http://new.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_SVDisability.pdf (Page consultée le 15 octobre 2007).

GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO, 2006, *Building Momentum / Donner l'élan : Forums sur la LAPHO: Donner l'élan à un Ontario accessible*.

-----, 2004, *Guide terminologique : Un vocabulaire approprié à l'égard des personnes handicapées de l'Ontario*, en ligne : <http://www.mcass.gov.on.ca/NR/rdonlyres/CF150ECB-B5BC-4B16-8250-C24A61889E75/751/GUIDETERMINOLOGIQUE.htm> (Page consultée le 17 octobre 2007).

GOUVERNEMENT DU CANADA, *Le pouvoir des mots et des images*, 2006, En ligne : http://www.rhdsc.gc.ca/fr/condition_personnes_handicapees/rapports/pouvoir_mots_image_s/index.shtml (Page consultée le 17 octobre 2007).

HORGAN JONES, Moira, 1997, *People with disabilities*, Winnipeg : The Canadian Centre on Disability Studies, en ligne : http://dawn.thot.net/disability_guide.html (Page consultée le 17 octobre 2007).

HANDICAPS.CA, 2007, *Accueil*, en ligne : www.handicaps.ca (Page consultée le 17 octobre 2007).

INSTITUT CANADIEN POUR LES AVEUGLES, 2007, *Lorsque vous rencontrez une personne aveugle... À chacun sa personnalité, à chacun sa réaction devant la cécité ou la déficience visuelle*, en ligne : www.inca.ca/fr/apropos/publications/resources/lorsque-aveugle/Default.aspx (Page consultée le 17 octobre 2007).

INSTITUT ROEHER, 1995, *La violence et les personnes ayant des incapacités : Une analyse de la littérature*, Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille, en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/nfcv-cnivf/violencefamiliale/html/fvdisabliterature_f.html (Page consultée le 17 octobre 2007).

- LA MAISON DES FEMMES SOURDES DE MONTRÉAL, 2007, *Accueil*, en ligne : www.mfsm.org (Page consultée le 17 octobre 2007).
- LAPORTE-STARK, Marie. *See through barriers: Making conferences & events accessible to people who are blind*, en ligne : <http://www.e-bility.com/articles/feb00.php> (Page consultée le 17 octobre 2007).
- MASUDA, Shirley, 1992. "Violence against women with disabilities, abilities", *Abilities*, n°12, pp.86-66.
- NATIONAL INSTITUTE ON DEAFNESS AND OTHER COMMUNICATION DISORDERS, 1989, *National Institute on Health, National Strategic Plan*.
- NEVE, Liz, 1996, "Barriers to counselling for sexually abused women", *Women & Therapy*, vol. 18, n°1, 1996, p. 75-85.
- OPALE/LE PHENIX, *C'est assez! La violence envers les femmes handicapées*, Alfred : OPALE.
- RELATION D'AIDE.COM, 2004, *Le stress post-traumatique*, en ligne : www.relation-aide.com/art_description.php?id=217&cat=29 (Page consultée le 17 octobre 2007).
- RIDINGTON, Jillian, 1989, *Se battre contre le sort: Les femmes handicapées et la violence*. Toronto : Réseau d'action des femmes handicapées du Canada.
- SOBSEY, Dick. 2000, "Faces of violence against women with developmental disabilities", *Impact*, vol. 13, n°3, en ligne : <http://ici.umn.edu/products/impact/133/over2.html> (Page consultée le 17 octobre 2007).
- STATISTIQUE CANADA, 2001 *Enquête sur la participation et les limitations d'activités : profil de l'incapacité au Canada*.
- WISCONSIN COALITION AGAINST SEXUAL ASSAULT, 2003, *People with disabilities and sexual assault*, Information sheet series, en ligne : <http://www.wcasa.org/docs/disabfact.pdf> (Page consultée le 17 octobre 2007).

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Lettre et questionnaire

ANNEXE 2 : Question mise en ligne au forum de discussion du site
www.handicaps.ca

ANNEXE 3 : Questions posées au groupe OPALE

ANNEXE 4 : Définition d'AOCVF

ANNEXE 5 : Afrique : La fistule obstétricale, un mal qui mine la santé de la femme

ANNEXE 6 : Résultats de l'étude

ANNEXE 7 : Syndrome de stress post-traumatique

ANNEXE 8 : Ressources

Annexe 1 : Lettre et questionnaire



288, rue Dalhousie, pièce E
Ottawa (Ontario) K1N 7E6
Tél.: 613.241.8433
Télec.: 613.241.8435
aocvf@francofemmes.org
www.francofemmes.org/aocvf

6 février 2006

Bonjour!

Au nom de l'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF), nous venons solliciter votre participation au projet de recherche-action sur **les meilleures pratiques concernant l'intégration des femmes d'expression française ayant un handicap** aux services offerts par les groupes membres d'AOcVF, en tant qu'usagères ou travailleuses salariées ou bénévoles. Vos réponses au questionnaire ci-joint nous permettront de faire un bilan concernant l'accès pour les femmes handicapées dans le réseau des services et organismes francophones, pour celles qui subissent de la violence sous toutes ses formes et celles qui œuvrent dans ces organismes.

Différents choix s'offrent à vous pour nous faire parvenir vos réponses **en toute confidentialité**. Vous remarquerez que le questionnaire contient deux parties. En pensant à votre programme ou à votre endroit de travail, vous pouvez :

- ❖ remplir, par écrit, les deux parties du questionnaire et faire parvenir le tout à **Johanne** par courriel, télécopieur ou par la poste (adresse). Au besoin, il se peut que nous vous contactions par téléphone ou courriel pour avoir plus de précision.
- ❖ remplir la partie 1 et nous l'envoyer, et prendre rendez-vous pour discuter de la partie 2 par téléphone.

Nous vous contacterons dans la semaine du 13 février 2006 pour s'assurer que vous avez bien reçu ce questionnaire et préciser la façon dont vous voulez procéder.

Votre participation est très importante et nous voulons donc par le fait même vous faciliter le processus. La date limite pour avoir terminé le tout est le **24 février 2006**.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à rejoindre **Nicole**.

Merci et à bientôt!

Johanne Ouimette
ouimjo@hawk.igs.net

Agentes de projet

Nicole Soucy
nsoucy@nfc.ca

Questionnaire aux organismes du réseau d'AOCVF
Projet Femmes ayant des handicaps
Février 2006

Clause de confidentialité : il n'y aura aucun nom, que ce soit d'une personne, d'une agence, ou d'une communauté particulière, qui sera mentionné dans notre rapport. Cependant, nous présumons que toute information ou tout exemple qui nous sera fourni lors d'une entrevue, ou dans un questionnaire pourra être utilisé dans le rapport. Lorsque vous décrivez une situation spécifique vécue par une femme, veuillez vous assurer que toute information qui pourrait l'identifier a été omise. Veuillez aussi nous spécifier si l'information que vous nous donnez est confidentielle.

*Votre participation à ce projet est essentielle à son succès.
Nous vous en remercions!*

DÉFINITION : Une personne handicapée peut avoir une limitation auditive, visuelle ou de la parole, la mobilité ou l'agilité réduite, des troubles de santé mentale ou intellectuels.

PARTIE 1

1. **POLITIQUE** : Avez-vous une politique en ce qui concerne les femmes ayant un handicap quelconque :

- comme usagères de vos services? Oui Non
- comme membres du personnel? Oui Non
- comme membres de votre conseil d'administration? Oui Non
- comme bénévoles? Oui Non

★ Politique générale pour toutes? Oui Non

Si oui, pourrions-nous en recevoir une copie (si ce n'est pas déjà fait)? _____

2. **FORMATION** : Votre organisme a-t-il déjà reçu de la formation concernant les femmes handicapées

Oui Non

Formation 1 Formation 2 Formation 3

Laquelle/lesquelles? _____

Quand? _____

Durée? _____

3. LIENS

a) Y a-t-il un ou des organismes pour personnes handicapées dans votre région?

Oui Non Ne sais pas

b) Votre organisme entretient-il des liens avec cet ou ces organismes?

Oui Non Ne sais pas

c) Si oui, indiquez le nom de(s) organisme(s)

d) Quelle est la nature de ce lien?

| | Nous envers eux | Eux envers nous |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Donner de la formation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transmettre de l'information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Communication par téléphone ou courriel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promotion de services | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Collaboration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) Ces organismes offrent-ils des services en français?

Oui Non Ne sais pas

4. NOMBRE

a) Retrouvez-vous des femmes ayant un handicap parmi votre **clientèle**?

Oui Non

b) Combien au total de femmes ayant un handicap? _____

c) Combien dans chacune des catégories (une femme peut avoir plus d'un handicap) :

_____ de mobilité _____ de santé mentale

_____ auditif _____ intellectuel

_____ visuel _____ de la parole

autre : (précisez) _____

5. NOMBRE

a) Retrouvez-vous des femmes ayant un handicap parmi votre **personnel**?

Oui Non

b) Combien au total de femmes ayant un handicap? _____

c) Combien dans chacune des catégories (une femme peut avoir plus d'un handicap) :

_____ de mobilité _____ de santé mentale

_____ auditif _____ intellectuel

_____ visuel _____ de la parole

autre : (précisez) _____

6. NOMBRE

a) Retrouvez-vous des femmes ayant un handicap au sein de votre **conseil d'administration**?

Oui Non

b) Combien au total de femmes ayant un handicap? _____

c) Combien dans chacune des catégories (une femme peut avoir plus d'un handicap) :

_____ de mobilité _____ de santé mentale

_____ auditif _____ intellectuel

_____ visuel _____ de la parole

autre : (précisez) _____

7. NOMBRE

d) Retrouvez-vous des femmes ayant un handicap parmi vos **bénévoles**?

Oui Non

e) Combien au total de femmes ayant un handicap? _____

f) Combien dans chacune des catégories (une femme peut avoir plus d'un handicap) :

_____ de mobilité _____ de santé mentale

_____ auditif _____ intellectuel

_____ visuel _____ de la parole

autre : (précisez) _____

8. ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE DES LOCAUX

Vos locaux sont-ils facilement accessibles pour les femmes utilisatrices d'un fauteuil roulant? (Les endroits comme le stationnement, l'entrée principale, la salle de bains, les salles de rencontre, les corridors, les chambres en maison d'hébergement, etc.) Précisez.

9. COMMUNICATION

a) Une femme sourde ou ayant une limite auditive peut-elle rejoindre votre organisme facilement par téléphone? Oui Non

b) Connaissez-vous le Service de relais Bell? Oui Non

c) Si oui, l'avez-vous déjà utilisé? Oui Non

d) Avez-vous un système ATS? Oui Non

Si oui, est-ce que chaque membre de votre personnel sait l'utiliser?

Oui Non

10. CHIEN-GUIDE

De quelle façon vos services sont-ils adaptés pour recevoir une femme qui utilise vos services individuels ou de groupe en compagnie de son chien guide? Précisez.

11. DOCUMENTS RESSOURCES

Est-ce que vous offrez des documents ressources dans un format alternatif?

Oui Non

Si oui, lesquels?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gros caractères | <input type="checkbox"/> Disquette/CD-ROM |
| <input type="checkbox"/> Cassettes audio | <input type="checkbox"/> Braille |
| <input type="checkbox"/> Vidéos VHS/DVD sous-titrés | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

12. LOIS

Sur une échelle de 1 à 5 progressant de « pas du tout » à « très bien », le chiffre 3 équivalant à « moyennement bien », veuillez indiquer le niveau de votre connaissance :

- de la *Loi de 2005 sur l'accessibilité des personnes handicapées de l'Ontario* _____
- du *Code des droits de la personne de l'Ontario* _____

13. OBSTACLES

Quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontées qui limitent la participation des femmes handicapées à vos activités ou à vos services? (Cochez tous ceux qui s'appliquent.)

- a) Méconnaissance de la réalité des femmes handicapées et de leurs besoins
- b) Manque de données statistiques sur les femmes handicapées
- c) Inexistence d'un réseau de communication rejoignant les femmes handicapées et les organismes qui les représentent
- d) Difficulté à promouvoir vos activités et services directs et indirects auprès des femmes handicapées
- e) L'inaccessibilité des infrastructures telles que vos immeubles, terrains et structures diverses
- f) Insuffisance de ressources financières pour adapter vos services
- g) Méconnaissance des programmes et services favorisant l'intégration des femmes handicapées
- h) Autres, (précisez) _____

PARTIE 2

14. GÉNÉRAL

Dans notre travail préliminaire à cette étude, nous avons constaté que les femmes handicapées sont peu visibles dans les organismes qui offrent des services en français en Ontario, soit en tant qu'usagères (clientes) qu'en tant que travailleuses bénévoles ou salariées. Pourquoi croyez-vous qu'il en est ainsi?

15. EXPÉRIENCE

- a) Si votre organisme a déjà eu (ou a) une femme handicapée comme usagère, membre du personnel salarié ou bénévole, quelle a été (ou est) votre expérience?

- b) Quelles sont les mesures que vous avez prises ou mises en place pour accommoder cette ou ces femmes ? Précisez.

- c) Ces mesures ont-elles été efficaces ? Précisez

d) Selon vous, quels sont les obstacles que cette femme ou ces femmes ont dû surmonter?

e) Avez-vous vérifié avec elle ou elles ce qu'était leur expérience? Précisez.

f) Quels sont les moyens dont vous auriez aimé disposer pour mieux faciliter l'intégration de cette ou ces femmes?

16. AUTRES COMMENTAIRES

Merci de votre collaboration

Vos réponses demeureront **confidentielles**, mais au cas où nous voudrions vous rejoindre pour préciser vos réponses, pourriez-vous nous fournir les informations suivantes?

Nom de votre organisme/programme : _____

Votre nom : _____

Titre de votre poste : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Annexe 2 : Question mise en ligne au forum de discussion du site www.handicaps.ca

Pourquoi croyez-vous que les femmes handicapées francophones de l'Ontario ne sont pas visibles dans les organismes qui offrent des services en français en matière de violence faite aux femmes, soit en tant qu'usagères (clientes) qu'en tant que travailleuses bénévoles ou salariées?

Annexe 3 : Questions posées au groupe OPALE

Rencontre avec le groupe OPALE (comme groupe focus) Mercredi le 22 février 2006

- Expliquer le projet et le but de la rencontre
- Question de confidentialité
- Autorisation pour enregistrer
- Questions :
 1. Est-ce que vous, ou des femmes que vous connaissez qui ont une incapacité quelconque, avez déjà été, ou êtes, sur le marché du travail, rémunérée ou comme bénévole? Comment a été, ou est, l'expérience?
 - s'assurer d'avoir;
 - l'expérience **physique** (accessibilité, place dans l'organisme, etc.)
 - l'expérience **humaine** (préjugés, intégration, discrimination, etc.)
 2. Pour aller chercher des services autres que pour des soins médicaux (de soutien, psychologiques, etc.), d'après vous, quels sont les défis ou les obstacles que les femmes qui ont des limitations doivent surmonter pour y arriver?
 3. Notre projet se situe au niveau des organismes d'aide pour les femmes qui subissent de la violence conjugale ou des agressions à caractère sexuel. Ils ne semblent pas rejoindre les femmes handicapées qui sont victimes de violence. Quelles suggestions auriez-vous à leur faire?
 4. Dans notre rapport, comment pourrait-on définir le regroupement OPALE? Est-il toujours écrit en majuscules?
- Remettre nos coordonnées au cas où elles auraient d'autres infos à nous partager.
- Remerciements

Annexe 4 : Définition d'AOCVF de la violence faite aux femmes

Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOCVF) utilise la définition de la « Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes » de l'Organisation des Nations Unies.

L'expression « violence contre les femmes » désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée.

La violence contre les femmes s'entend comme englobant, de manière non limitative, ce qui suit :

- A) La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels sur des enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes, la violence qui n'est pas le fait d'un époux, et la violence liée à l'exploitation;
- B) La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation dans le cadre du travail, au sein d'établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée;
- C) La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle se produise.

Annexe 5 : Afrique : La fistule obstétricale, un mal qui mine la santé de la femme

Fraternité (Cotonou)

INTERVIEW – 10 Juin 2006

Publié sur le web le 12 Juin 2006

Mylène AMEGNIKOU, Hortense LOKOSSOU

De plus en plus dans le monde et plus précisément en Afrique, la gent féminine est victime de certains maux dont elle ignorait pour la plupart, l'existence. Parmi ceux-ci, on distingue ceux qui ont directement rapport avec la fonction de reproduction de la femme. C'est le cas de la fistule vésico-vaginale et celle recto vaginale, des anomalies qui touchent de nombreuses femmes.

Une fistule obstétricale est une ouverture anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum. Elle entraîne un passage non contrôlé d'urine ou de matières fécales de la vessie ou du rectum dans le vagin. Les fistules peuvent également provenir de causes non obstétricales, comme à la suite d'un déchirement, d'un viol et d'autres traumatismes sexuels.

Elles affligent des millions de femmes dans les pays en développement et on estime que chaque année entre 50 000 et 100 000 femmes développent de nouvelles fistules obstétricales.

Comment se produisent-elles?

Un accouchement avec obstruction peut avoir lieu, lorsque le fœtus ne peut pas passer par le pelvis de la mère lorsque le fœtus n'est pas placé correctement pour l'accouchement (mauvaise présentation), ou lorsque les contractions utérines ne sont pas efficaces pour l'accouchement. Un accouchement avec obstruction est considéré alors, comme étant prolongé au bout de 24 heures, et il peut durer une semaine ou plus, à moins que le fœtus ne soit accouché par intervention chirurgicale. Dans le cas d'un accouchement prolongé, la pression constante de la tête du fœtus coincée contre le pelvis de la mère peut couper la circulation du sang vers les tissus de la vessie, du vagin et du rectum. Si la mère survit, un accouchement avec obstruction prolongé finit habituellement par la mort du fœtus, suivie par une décomposition fœtale jusqu'au point où le fœtus peut glisser hors du corps de la mère, la fistule survient.

Quels sont les types de fistules?

On distingue principalement deux types de fistules : fistule vésico-vaginale et recto vaginale. Si la fistule se trouve entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale), des fuites d'urine se produisent hors du vagin ; si la fistule se trouve entre le vagin et le rectum (fistule recto-vaginale), des pertes fécales ont lieu. La plupart des fistules sont des fistules vésico-vaginale. L'on estime que l'incidence de fistules recto-vaginales est faible, mais ceci inclut un pourcentage non moins négligeable de par le monde. Une estimation comprise entre 6 et 24 % de cas de fistules obstétricales se rapporte à une combinaison de fistules vésico-vaginales et recto vaginales.

Femmes fistuleuses : souvent aménorrhées

Il est possible que chez les femmes fistuleuses, le cycle menstruel ne revienne pas pendant deux ans ou plus après la grossesse ayant causé la fistule. Après une réparation chirurgicale réussie, les règles normales peuvent revenir rapidement. Cependant, dans certains cas, elles peuvent ne jamais revenir. Avant la réparation, nombre de femmes souffrent d'une aménorrhée pendant plusieurs mois ou sur une période pouvant s'étendre à 15 ans. Mais chez d'autres femmes, les règles réapparaissent six mois après la réparation immédiate et augmente les chances de fermeture spontanée de certaines fistules. La patiente peut également être traitée pour anémie et malnutrition, et elle peut prendre des antibiotiques pour empêcher les infections.

Les multitudes péripéties causées par le mal

De nombreuses femmes ayant développé des fistules obstétricales ont donné naissance à la maison, souvent sans la présence d'assistants compétents, ou sans la possibilité d'accéder rapidement à des soins obstétricaux d'urgence. Les fistules peuvent se produire à n'importe quel âge, mais elles ont lieu le plus souvent chez les jeunes femmes dont le pelvis n'est pas entièrement développé. Bien qu'il soit possible de remédier à la plupart des fistules par intervention chirurgicale, un accès restreint aux établissements de réparation et à des experts, ainsi que des informations erronées sur la réparation de fistules, empêchent les femmes de bénéficier de l'aide dont elles pourraient avoir besoin.

Une approche compréhensive donne les meilleurs résultats. Les problèmes des fistules, à la fois sur le plan médical et social, vont sans doute continuer tant qu'un meilleur système de soins de santé n'aura pas atteint les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. Trois éléments sont à la base d'une voie d'approche compréhensive visant à aider les femmes et leurs familles. Réduction du nombre de grossesses à l'adolescence, en encourageant les mariages à un âge plus avancé et en étendant l'accès aux services de planning familial ; l'amélioration de l'accès à des soins obstétricaux de qualité, y compris les soins d'urgence ; offrir des traitements chirurgicaux et des conseils aux femmes fistuleuses.

Les fistules affligent des millions de femmes dans les pays en développement

Une fistule peut avoir un effet dévastateur. Non seulement la femme qui en est affligée perd presque toujours son bébé, mais les conséquences physiques à long terme, y compris la perte constante d'urine, de matières fécales ou des deux, et l'odeur qui en résulte, font en sorte qu'il lui est difficile, sinon impossible, de mener une vie normale.

La gamme étendue de conséquences indésirables, tant au point de vue social que médical, que l'on a dénommée, comporte des implications de première importance pour les soins. C'est pour cela qu'il est important que la personne développant une fistule, et non pas seulement la vessie ou le rectum atteints, soit l'unique concept le plus important dans le traitement des fistules.

Comment éviter cet état de chose?

La plupart des fistules obstétricales pourraient être évitées si les femmes pouvaient attendre et avoir des enfants après l'adolescence, si des assistants compétents pouvaient surveiller tous les accouchements, et si les femmes pouvaient avoir plus facilement accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. En outre, la plupart des femmes qui développent des fistules pourraient être traitées par intervention chirurgicale pour réparer les lésions.

Point de vue du chirurgien

Les chirurgiens peuvent effectuer une réparation de fistule réussie dans 80 à 90 % la présence d'une fistule immédiatement après un travail avec obstruction, on peut commencer par effectuer un drainage continu de la vessie de la patiente afin d'éviter un étirement des tissus avec lésion, ce qui pourrait empêcher la guérison. La patiente peut également être traitée pour anémie et malnutrition, et elle peut prendre des antibiotiques pour empêcher les infections.

La réparation est souvent plus difficile chez les patientes avec cicatrisation extensive après un travail prolongé avec obstruction. Le succès de la réparation dépend de l'état initial de la fistule et de la compétence du chirurgien, ainsi que de la qualité des soins postopératoires.

Dans les cas particulièrement difficiles et complexes, et ce même après la réparation d'une fistule, la patiente peut continuer à souffrir de pertes involontaires d'urine (incontinence d'effort), parce que le sphincter urétral peut avoir des lésions permanentes.

On estime que ce problème postopératoire se produit chez 10 à 12 % des patientes. Dans les pires éventualités, la patiente peut nécessiter une opération de dérivation urinaire permanente.

Le temps de guérison après l'intervention chirurgicale dure habituellement deux semaines, période pendant laquelle le drainage vésical de la patiente doit être effectué par un cathéter. La plupart des patientes peuvent quitter l'hôpital au bout de 14 à 21 jours. On conseille aux femmes avec réparation de fistule réussie d'attendre entre trois et quatre mois avant d'avoir des rapports sexuels, afin de permettre aux tissus de guérir complètement. La durée de guérison varie en fonction de l'étendue des lésions réparées.

Les problèmes d'accouchement avec obstruction sont presque toujours résolus rapidement par une césarienne dans les pays développés. Par contre, dans les pays en développement, nombreuses sont les femmes qui ne survivent pas à un travail avec obstruction, généralement parce que l'on ne reconnaît pas les complications à temps ou parce que les soins d'urgence ne sont pas disponibles, soit à cause de la distance, soit à cause du coût élevé.

Si une femme survit à un travail avec obstruction, elle peut souvent souffrir de nombreux problèmes physiques, qui incluent non seulement la fistule en elle-même, mais également des infections récurrentes, une paralysie des muscles dans le bas des jambes (également dénommée « pied tombant »), des aménorrhées, une infertilité, et des lésions des tissus vaginaux qui peuvent faire en sorte que les rapports sexuels sont impossibles.

Une intervention chirurgicale peut réparer la plupart des fistules

En outre, peu de praticiens médicaux du monde en développement ont été formés pour effectuer des réparations de fistules. Alors qu'il existe un nombre restreint d'hôpitaux spécialisés en fistules ou de services de fistules au sein d'hôpitaux généralisés dans certains pays d'Afrique, la plupart des hôpitaux et des cliniques des pays en développement ne disposent pas d'établissements pouvant traiter les fistules avec succès, où ils ne considèrent que les fistules peuvent avoir des conséquences sociales terribles.

Quelle vie sociale, une fois fistuleuse?

Il arrive bien souvent que la société accuse la femme de sa condition, et quelques femmes se sentent même responsables. De nombreuses fistules se produisent chez les femmes vivant dans des cultures traditionnelles, où le statut et la confiance en soi des femmes dépendent presque entièrement du mariage et de la procréation. De nombreuses patientes fistuleuses sont abandonnées, ou leur mari demande un divorce, particulièrement dans les cas où il est évident que la fistule ne va pas disparaître.

Devant faire face à un rejet familial et social, et incapables de gagner leur vie, de nombreuses femmes fistuleuses ne bénéficient d'aucun support financier ou social pendant de nombreuses années. Beaucoup d'entre elles sont appauvries à l'extrême.

Par contre, d'autres femmes fistuleuses non traitées font preuve d'une résistance et d'une force remarquables. Malgré la stigmatisation, elles trouvent les moyens de se prendre en charge.

Annexe 6 : Résultats de l'étude

Résultats des questionnaires

Trente neuf questionnaires ont été envoyés. Nous avons opté pour le courriel pour faire l'envoi. Une personne préférerait recevoir une télécopie, ce qui a été fait. Nous avons la confirmation que chaque personne a bien reçu le questionnaire. Par la suite, il y a eu deux rappels : un par téléphone et un par courriel.

Pour participer à l'étude, nous avons offert la possibilité de remplir le questionnaire et de le retourner par la poste, par courriel ou par télécopieur. Une autre option était de prendre rendez-vous avec une agente du projet pour compléter le questionnaire par téléphone.

Dix-neuf questionnaires ont servi à l'étude : 15 questionnaires ont été retournés (8 par courriel, 4 par télécopieur, 3 par la poste), et 4 ont été complétés par téléphone.

Politique

Seulement deux organismes rapportent avoir une politique spécifique à chaque groupe en ce qui concerne les femmes handicapées : comme usagères, comme membres du personnel, du conseil d'administration et comme bénévoles. Quatre autres organismes ont une politique générale pour tous les groupes, un organisme a une politique générale et une plus spécifique aux usagères, et un organisme dit avoir une politique pour le personnel seulement. Quatre de ces politiques nous ont été remises.

Des quatre politiques reçues, l'une s'avère faire partie d'un plan stratégique pour faire en sorte de retrouver plus de femmes de minorités dans leur organisme. Les objectifs à atteindre y sont clairement identifiés. Deux sont des politiques et procédures en matière d'accessibilité et de diversité. Elles sont pratiquement identiques. C'est un engagement à répondre au plus grand nombre de besoins possibles (chez les usagères ou les membres du personnel et les bénévoles) et à ne pas discriminer. On y parle d'inclusion, d'un service ATS (pour les femmes ayant un problème de surdité), d'offrir les services à l'extérieur du Centre si celui-ci ne peut pas répondre aux besoins d'accessibilité, d'efforts accrus et de collaboration. Dans un autre organisme, on essaie de prévoir différentes situations comme celles d'une personne en fauteuil roulant, utilisant une marchette, etc.

Ces exemples sont des pas intéressants dans la bonne direction en terme d'accessibilité. Plus les organismes seront sensibilisés à la réalité des femmes d'expression française ayant une limitation fonctionnelle, victimes/survivantes de violence de toutes sortes, plus ils auront des politiques claires et spécifiques à cet effet. Et, plus leurs politiques seront définies, plus ils poseront des gestes concrets concernant l'accessibilité.

Ceci est démontré par le fait que les organismes qui ont les politiques les plus développées sont ceux où l'on retrouve des femmes ayant des limitations fonctionnelles, soit au niveau du personnel, des bénévoles ou des membres du conseil d'administration.

Formation

Environ la moitié des organismes ont déjà reçu de la formation concernant les femmes handicapées. Or, sauf pour un organisme en particulier où l'on retrouve une personne qui s'occupe spécifiquement des personnes handicapées et qui devient donc une source de formation constante, la formation reçue n'a duré que quelques heures, il y a plusieurs années. Bon nombre de répondantes ne se rappelaient plus en quelle année cette formation avait eu lieu ou par qui elle avait été donnée.

Liens

Presque toutes les répondantes savent qu'il existe des organismes pour les personnes handicapées dans leur région (17/19). Douze organismes répondants (sur 19) entretiennent des liens avec ces organismes, mais il y a une grande différence selon la région. Dans l'Est ontarien, il existe une plus grande collaboration entre les organismes, surtout que ceux pour les personnes handicapées offrent des services en français. Dans le Nord et le Sud, il est rapporté que rares sont les organismes pour personnes handicapées qui offrent des services en français. Donc, la collaboration avec les services aux femmes violentées est très limitée, sinon inexistante.

Lorsqu'il existe une collaboration avec les organismes répondants de la province, c'est habituellement dans les deux sens, autant en termes de communication variée que de promotion de services. Chacun reçoit et donne à l'autre. Par contre, il apparaît que les organismes pour personnes handicapées sont plus souvent une source de formation aux services pour femmes violentées que l'inverse.

Nombre de femmes handicapées

À cette question, nous voulions avoir des chiffres. Combien de femmes ayant une limitation fonctionnelle se retrouvent dans chacun des groupes?

➤ Parmi la clientèle

Les répondantes ont eu de la difficulté à répondre à cette question pour deux raisons :

1. dans l'organisme, les statistiques officielles à ce niveau n'existent pas, ou pour un organisme en particulier qui offre toute une gamme de services (en plus des services en violence faite aux femmes), les statistiques incluent les hommes. Lorsqu'elles ont une idée du nombre, la nature du ou des handicaps n'est pas chiffrée.
2. il est difficile de savoir si une femme a un handicap à cause de l'invisibilité de certaines limitations, mais aussi à cause de la définition de ce qu'est un handicap.

Ceci étant dit, la majorité des services ont déjà reçu une demande de femmes handicapées (17/18 répondantes ; un organisme offrant des services de prévention seulement). Par contre, ces demandes sont plutôt rares (entre 2 et 12), l'exception étant un organisme qui offre des services variés (hommes et femmes), à une clientèle variée (services à des femmes handicapées, groupe pour personnes ayant un problème de santé mentale, etc.) qui en rencontre donc beaucoup plus.

À savoir quels sont les types de limitations de ces femmes, certaines répondantes ont indiqué un nombre (tel que demandé) alors que bon nombre de répondantes ont mis un crochet, indiquant que cette limitation avait déjà été identifiée parmi leur clientèle. Ceci est un autre indicateur de la difficulté à quantifier cette situation.

Deux catégories ressortent clairement des autres. Les femmes qui ont un problème de santé mentale représentent la catégorie la plus nombreuse (18). Trois répondantes ont même ajouté : « *la majorité des femmes qui sont au programme de counselling* », « *trop difficile à chiffrer car une grande partie de notre clientèle a un problème de santé mentale* » et une autre « *90 % de nos clientes ont un diagnostic de dépression* ».

Viennent ensuite, comme catégories recueillant le plus grand nombre, les limitations intellectuelles (11) et la mobilité réduite (12). Suivent de loin les limitations visuelles (4), de la parole (3) et auditives (2).

➤ **Parmi le personnel**

Une répondante a indiqué qu'elle ne retrouvait pas de femmes ayant un handicap parmi le personnel de son organisme, mais elle a ajouté « *en apparence* ». Une autre a ajouté que cette information est confidentielle. Quelques organismes ont, parmi leur personnel, une femme ayant une limitation (4/19). Au total, ceci représente six femmes.

Évidemment, nous rencontrons encore la difficulté du nombre, à savoir si présentement, il y a six femmes ayant un handicap reconnu comme membres du personnel ou si six femmes ont été membres du personnel au cours des années. Les quelques indications que nous avons nous portent à croire qu'au moins la moitié de ces femmes œuvrent au niveau de l'administration. Or, il est à noter qu'aucune question ne porte directement sur ce point.

En termes de type de handicap de ces employées, celles à mobilité réduite sont au nombre de 4, deux ont une limitation auditive, une a une limitation visuelle et, il y a une femme de petite taille.

➤ **Au conseil d'administration**

Encore « *en apparence* » comme mentionné par une répondante, il n'y aurait (n'y aurait eu) que cinq femmes ayant un handicap au conseil d'administration de deux organismes répondants. Les femmes ayant des limitations de mobilité se retrouvent au nombre de 3, une membre du conseil d'administration aurait une limitation auditive, alors qu'une personne aurait des besoins alimentaires spécifiques à cause de sérieuses allergies à certains aliments.

➤ **Parmi les bénévoles**

La moitié des organismes répondants ont (ou ont eu) des bénévoles ayant des limitations fonctionnelles. Il est à noter que quelques organismes ont peu ou pas de bénévoles, autres qu'au conseil d'administration. Une autre répondante a indiqué que les statistiques à cet effet sont inconnues.

Les bénévoles ayant une limitation fonctionnelle se retrouvent au nombre de 14, toujours « *en apparence* » comme précisé dans une réponse. Le handicap de mobilité se retrouve en plus grand nombre (7), suivi du handicap auditif (3), de la limitation intellectuelle (3), visuelle (1) et de santé mentale (1).

Une répondante a précisé que par le passé, l'organisme a eu une bénévole présentant un problème de santé mentale et une autre ayant une limitation intellectuelle, mais que celles-ci ne font plus partie de l'organisme. La raison n'est pas indiquée.

Accessibilité physique des locaux

Cinq organismes ont dit que leurs locaux étaient accessibles et, parmi eux, un organisme a fait évaluer ses locaux par les Ressources communautaires pour personnes ayant un handicap (RCPH/DPCR en anglais) et a procédé aux changements proposés.

Une répondante a indiqué que son organisme a récemment fait des améliorations à la salle de bains et qu'elle croit être maintenant accessible. Or, elle mentionne que l'organisme aimerait avoir une évaluation par un ou une experte (une personne handicapée ou autre) pour s'assurer que c'est bien le cas.

Un autre organisme a chacun de ses deux étages accessibles, mais une femme utilisant un fauteuil roulant doit passer par l'extérieur pour aller d'un étage à l'autre. Un autre organisme a une situation semblable où un seul étage est accessible, mais la femme peut y retrouver tout ce dont elle a besoin.

Un organisme répondant a indiqué que ses services ne sont pas accessibles. Il travaille à changer cette situation.

Ceci nous laisse avec dix organismes qui offrent une accessibilité physique limitée à leurs locaux. En somme, certaines sections de leurs locaux sont accessibles, mais pas tout l'endroit. Parfois, pour y arriver, il faudrait déplacer quelques meubles. Dans certains endroits, les femmes en fauteuil roulant pourraient entrer, mais seraient limitées dans leurs déplacements. « Partiellement » et « pas facilement » sont des mots qui sont apparus souvent dans les réponses.

Communications

Pour cette question, les réponses sont réparties entre les oui et les non d'une façon presque égale. Il y a autant d'organismes qui ont répondu qu'une femme sourde ou ayant une limitation auditive pouvait facilement rejoindre leur service par téléphone, que ceux qui ont répondu que ce n'était pas le cas. La moitié connaît le Service de relais Bell malgré qu'un certain nombre de répondantes ait déjà utilisé ce service ailleurs qu'au travail. La moitié des organismes ont un système ATS. Pour 50 % de ceux-ci, tout le personnel sait l'utiliser - mais un organisme mentionne qu'il serait temps d'avoir une formation de mise à jour - alors que l'autre 50 % de ces organismes n'a pas donné cette information à tout le personnel.

Chien guide

Les réponses à cette question sont variées, mais vont toutes dans le même sens.

Une personne n'a pas répondu alors que trois ont tout simplement inscrit OK. Une personne a précisé que son organisme avait partagé ses locaux pendant trois mois avec l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), ce qui sous-entend donc que leurs locaux sont adaptés pour recevoir une femme et son chien-guide. Nous retrouvons aussi trois réponses qui mentionnent que le service n'est pas adapté à cela ou qu'aucune adaptation systémique n'avait été faite. Trois personnes ont mentionné ne jamais s'être arrêtées sur cette question car la situation d'une femme utilisant un chien-guide demandant des services ne s'est jamais produite. Trois personnes ont mentionné ne pas savoir si leurs locaux sont capables d'accueillir une femme et son chien-guide, car elles ne savent pas ce que ça exige. Et, les autres réponses vont toutes dans le sens de l'acceptation et de l'ouverture : « *nous ne refusons personne* », « *nous acceptons le chien sans restriction* », « *nous allons faire le nécessaire pour que la femme et son chien soient confortables* ».

Documents ressources

Une répondante a mentionné que, de façon générale, elle offre peu de ressources. Pour ce qui est des autres, il y a un nombre égal d'organismes qui offrent des documents ressources dans un format alternatif que d'organismes qui n'en offrent pas. Les formats recensés, par ordre d'importance sont : cassettes audio (7), documents en gros caractères (6), vidéos VHS/DVD sous-titrés (5), disquettes ou disques compacts (5), textes en braille (3), documents en langage simple (1).

Lois

La *Loi de 2005 sur l'accessibilité des personnes handicapées de l'Ontario* est peu connue des répondantes. Dix-sept (sur 19) connaissent la loi moyennement bien ou moins, la majorité indiquant le bas de l'échelle. Par contre, le *Code des droits de la personne de l'Ontario* est mieux connu. La majorité (13/19) dit connaître cette loi moyennement bien ou mieux. Une répondante a indiqué qu'elle ne connaissait pas le Code mais que la directrice de son organisme le connaît très bien.

Obstacles

Cette question comportait une liste à cocher d'obstacles possibles auxquels les répondantes (et leur organisme) pouvaient être confrontées et qui limiteraient la participation des femmes handicapées à leurs activités ou services. Il est à noter qu'une personne n'a rien inscrit et que les répondantes pouvaient cocher plus d'un obstacle. Voici ces obstacles en ordre d'importance.

- Insuffisance de ressources financières pour adapter vos services (13)
- Difficulté à promouvoir vos activités et services directs et indirects auprès des femmes handicapées (11). Une participante a ajouté « *en français* ».
- Manque de données statistiques sur les femmes handicapées (10)

- Méconnaissance des programmes et services favorisant l'intégration des femmes handicapées (10)
- Méconnaissance de la réalité des femmes handicapées et de leurs besoins (9)
- Inexistence d'un réseau de communication rejoignant les femmes handicapées et les organismes qui les représentent (9)
- L'inaccessibilité des infrastructures telles que les immeubles, terrains et structures diverses (7)
- Le manque de services en français des organismes pour les personnes ayant un handicap (2) (Cette réponse a été ajoutée dans la catégorie « Autres » par deux répondantes : une du Nord et une du Sud).

Question générale

Par cette question, nous voulions recueillir des opinions quant au peu de participation des femmes qui ont des limitations dans les organismes qui offrent des services en français en matière de violence en Ontario, soit en tant qu'usagères qu'en tant que travailleuses bénévoles ou salariées. Ce qui suit est une liste d'hypothèses qui ont été soulevées.

Quelques répondantes ont mentionné le manque de visibilité des services offerts et le fait qu'il n'y ait pas assez de développement communautaire. Il pourrait y avoir un manque de promotion des services, autant auprès des femmes qui ont un handicap que des organismes pour les personnes handicapées. « *Il n'est pas connu que les services sont accessibles* ». De plus, dans une région donnée, il semble que les femmes privilégieraient les services en anglais, alors qu'il existe un service en français.

Le manque de connaissance chez les intervenantes est soulevé, ainsi qu'un manque de formation. On mentionne aussi qu'il y a peu de formation disponible sur la réalité des femmes handicapées.

Il est mentionné que le handicap peut créer de l'isolement, ainsi qu'une difficulté au niveau du transport. Dans certaines régions, le transport adapté est inexistant alors que dans d'autres, il est difficilement accessible.

Le manque de ressources financières est soulevé sous différents angles. On parle du manque d'argent pour rendre les locaux accessibles. On parle alors du manque de milieux adaptés pour accueillir ces femmes. La surcharge de travail des intervenantes est aussi mentionnée. Surtout dans les petits organismes qui ont peu d'intervenantes, habituellement, celles-ci ne fournissent pas à la demande. Elles n'ont donc pas le temps de s'arrêter et de se questionner à savoir si l'organisme rejoint toutes les femmes dans leur diversité. Même lorsqu'elles savent que ce n'est pas le cas, elles manquent de temps pour mettre l'effort ou ne veulent tout simplement pas faire de publicité, car elles créeraient un besoin auquel elles ne pourraient pas répondre.

Pour encourager les femmes handicapées à devenir membre du personnel (salarié ou bénévole), on soulève la question du manque au niveau du recrutement en général ou le recrutement qui ne rejoint pas les femmes ayant des limitations fonctionnelles. On parle aussi

du peu de services pour permettre à ces femmes d'accéder à des postes (ex. problèmes de transport).

Une personne mentionne que la réputation de l'organisme peut avoir un effet. Si une femme handicapée a eu une expérience négative avec cet organisme, le mot se passe et ceci peut faire en sorte que d'autres femmes ne se rendront pas à cet endroit. Un milieu peu accueillant et peu accommodant peut aussi décourager les femmes ayant une limitation fonctionnelle.

Il est noté que parfois, certains organismes ne réalisent pas qu'ils ne rejoignent pas certains groupes de femmes. Ils semblent penser plutôt que ces femmes ne veulent tout simplement pas de service. Le fait que les handicaps ne soient pas toujours visibles refait surface à cette question.

Il pourrait y avoir une méconnaissance de la réalité des femmes handicapées, un manque de partenariat entre les organismes, un manque de ressources en français, le fait de ne pas être assez consciente des oppressions ou de la marginalisation de cette population dans la société en général. Ce sont toutes des raisons possibles au fait que les femmes handicapées soient peu visibles dans les organismes pour femmes violentées en Ontario français.

Expérience

Quelle a été votre expérience?

Cette question porte sur l'expérience d'avoir dans son organisme une femme handicapée comme usagère ou membre du personnel (salarié ou bénévole).

L'expérience fut mitigée. La réponse qui résume le mieux est « *variable selon le handicap* ». Si l'endroit était déjà très accessible, l'expérience ne posait pas problème. Or, souvent l'intervenante (et l'organisme) a dû faire des changements pour s'adapter aux besoins des femmes. Lorsque ces changements étaient possibles, l'expérience semble avoir été plutôt positive. Or, dans certains cas, les changements n'étaient pas possibles car c'était une question d'infrastructure (inaccessibilité du bâtiment). À un même endroit, certaines femmes ayant des limitations ont pu être accueillies, mais d'autres ont été refusées car l'organisme n'était « *pas équipé pour les recevoir* ». Une répondante ne pouvant pas répondre aux besoins a écrit « *avoir honte et se sentir démunie face à cette femme handicapée* ».

Une intervenante mentionne que le fait d'accueillir une femme ayant un handicap intellectuel comme usagère l'a obligée à adapter son style d'intervention. Elle a vécu l'expérience comme fascinante.

Les adaptations ne se sont pas nécessairement faites sans difficultés. Elles occasionnent souvent des dépenses non budgétées. Il semble aussi être difficile et lent à trouver les ressources nécessaires auprès des organismes ou programmes pour personnes handicapées. Le manque de services en français est un autre enjeu soulevé. Le soutien (comme les programmes de soins à domicile) ne répond pas suffisamment aux besoins des femmes handicapées car « *il en manque* ».

Lors de collaborations avec des services intermédiaires, il y a aussi toute la question de confidentialité qui fait surface. « *Il faut faire attention avec qui on fait affaire.* »

L'expérience avec une employée ayant des limitations fonctionnelles a été « *moins positive qu'on pensait* ». La répondante décrit la situation comme suit. Elle dit que le personnel a fait l'erreur de penser que si la femme ne demandait rien, c'est que tout allait bien. Elle ajoute aussi que les employées ne voulaient pas infantiliser cette femme en lui demandant régulièrement si elle avait besoin d'aide. Or, il s'avère que cette employée ne faisait aucune demande d'aide car elle avait peur d'être perçue comme incompetente et de perdre son emploi. Ce n'est qu'après un certain temps, et après avoir bâti une relation de confiance, que la communication s'est ouverte et que le problème a été soulevé... et solutionné.

Mesures prises pour accommoder

Certaines mesures prises pour accommoder les femmes handicapées dans les organismes ont été prises à court terme et d'autres à long terme.

À court terme, les adaptations ont eu lieu au niveau du service ou de l'environnement. La recherche de services pour les personnes handicapées et la collaboration avec ceux-ci font partie des accommodements que trois organismes mentionnent avoir faits, que ce soit les services d'une infirmière, d'une interprète ou autres.

Une intervenante s'est penchée sur la thérapie par l'art et par le sable pour mieux entrer en relation avec une femme ayant une limitation intellectuelle qui avait été agressée sexuellement. Cinq répondantes ont mentionné se rendre au domicile de la femme handicapée ou la rencontrer dans un autre lieu que le bureau non accessible. Une autre a mentionné faire de l'intervention par téléphone ou à l'aide du télécopieur. L'importance de respecter l'heure du rendez-vous ou la durée de la rencontre à cause de l'horaire du transport adapté a été mentionnée.

À cause du manque de services, surtout des services en français, une répondante a mentionné rendre des services aux femmes comme les accompagner chez le médecin, faire de la traduction ou de l'interprétation pour elles, de l'anglais au français.

D'autres ont réagi à l'expérience en faisant l'achat d'un nouveau fauteuil roulant et d'équipement divers comme un mini escabeau et de nouveaux interrupteurs, en changeant des poignées de portes, etc.

À plus long terme, deux organismes mentionnent avoir fait une recherche de fonds alors qu'un autre indique que c'est une de leurs priorités pour les trois prochaines années. Une répondante dit avoir adapté leur manuel d'accueil pour les femmes qui ont un handicap visuel.

Un autre organisme s'est préoccupé de la situation et maintenant est en mesure de payer pour le transport, prévoir des repas spéciaux, adapter les lieux ou en trouver d'autres ailleurs, savoir où et pouvoir obtenir un service d'interprétation, avoir de l'équipement spécial (ex. ATS) et avoir accès à des documents en formats alternatifs.

Un organisme a fait des rénovations à la maison d'hébergement, quatre organismes mentionnent avoir fait des changements majeurs à leur salle de toilette, deux autres ont modifié leurs portes. Une autre répondante dit avoir mis de la pression sur le propriétaire de la bâtisse pour qu'il la rende accessible, ce qui se fera éventuellement grâce à une subvention de la Fondation Trillium.

Pour faciliter le travail d'une employée handicapée, un organisme a fait des changements au lieu de travail comme mettre les choses à une hauteur atteignable par la femme, améliorer le stationnement, aménager son espace de travail, l'aider à soulever ou déplacer les choses lourdes, et garder la communication ouverte pour d'autres besoins éventuels.

Une intervenante mentionne s'adapter à la situation de chacune et « *je fais de mon mieux* ».

Ces mesures ont-elles été efficaces?

Les réponses vont toutes dans le même sens : oui, mais « *inacceptable pour la qualité de service qu'on préconise* ».

De nombreux défis sont soulevés. Puisque la demande provenant des femmes handicapées est limitée, il est difficile de réaliser et de diffuser des outils. Il semble être long et difficile d'obtenir de l'information et de l'argent spécialement pour répondre à ces besoins. On dit de certains réseaux d'aide aux personnes handicapées que la collaboration est difficile: ça exige plus de temps et « *ils pensent que l'on pourra répondre à tous les besoins immédiatement* ». Ils ont certains protocoles entre eux et la répondante mentionne qu'il faut donc faire attention avec qui l'on transige. Parfois, l'adaptation pour accueillir la femme handicapée a eu lieu, mais avec des organismes n'offrant que des services en anglais.

Les obstacles que les femmes ont dû surmonter

Les réponses peuvent se regrouper sous différents points.

- La souffrance, l'isolement, la dépendance, la peur de parler et de se faire connaître, la difficulté à demander de l'aide et la crainte de ne pas être desservies d'une façon adaptée à leurs besoins sont tous des obstacles qui ont été mentionnés et que les femmes handicapées doivent affronter pour entrer en contact avec les organismes.
- Les préjugés sont des obstacles importants. Ils peuvent venir des gens en général, mais aussi des intervenantes. Voici un exemple rapporté: si une femme handicapée annule son rendez-vous à cause de la température, certaines peuvent interpréter ceci comme de la résistance ou un manque de motivation.
- « *Toujours devoir demander/exiger l'accessibilité sans que cela leur soit fourni comme un droit fondamental* » peut entraîner un « *épuisement à toujours lutter pour leurs besoins* ». Elles doivent être patientes et attendre une réponse à leurs demandes. Il peut aussi devenir ennuyant de se faire demander régulièrement quels sont leurs besoins ou si elles nécessitent de l'aide.

- Le manque de services est un obstacle mentionné à quelques reprises. Il manque de services en général ou les services sont limités, que ce soit pour des soins à domicile, des logements adaptés, etc. Pour une femme handicapée victime de violence conjugale, même si elle arrive à séjourner à la maison d'hébergement (qui est accessible), où ira-t-elle par la suite, compte tenu de la pénurie de services? Quel soutien aura-t-elle?
- Pour une employée ayant une limitation fonctionnelle, on dit qu'elle doit croire en elle-même, accepter ses limitations et ne pas avoir peur de s'affirmer. Elle a à faire reconnaître ses habiletés comme employée à compétences égales.

Vérification auprès des femmes handicapées

À savoir si les organismes ont vérifié ce qu'était ou avait été l'expérience des femmes handicapées pour obtenir leur service, la réponse est habituellement oui, mais avec de nombreuses variantes. Le plus souvent, il semble y avoir une évaluation verbale qui se fait tout au long de la démarche. Quelques répondantes ont mentionné un questionnaire d'évaluation rempli par écrit à la fin de la démarche individuelle ou de groupe. Pour certaines des intervenantes, elles n'ont pas accès aux résultats, ceux-ci se rendant directement à l'administration. Pour celles qui ont vérifié et dont l'expérience a été plutôt négative, on rapporte les expressions « *frustrante* », « *difficile au niveau de l'estime de soi* » et « *manque de respect quasi systémique* ». Ces réponses portent à croire qu'elles reflètent l'expérience de ces femmes en général, plutôt que l'expérience spécifiquement avec cet organisme.

Deux répondantes ont mentionné ne pas avoir vérifié l'expérience de ces femmes et une autre a mentionné que son organisme le fait plus ou moins car « *les possibilités d'amélioration sont limitées à court terme* ».

Deux points particuliers ont été soulevés. On reconnaît qu'il peut être difficile de savoir ce qu'a vraiment été l'expérience de ces femmes car celles-ci ont peur de porter plainte et qu'elles pourraient être si contentes d'avoir un service qu'elles ne critiquent pas.

Moyens pour faciliter l'intégration

Pour faciliter l'intégration des femmes ayant des limitations fonctionnelles qu'ils ont desservies, les organismes auraient aimé bénéficier de deux moyens plus que d'autres : 1) avoir des moyens financiers adéquats et continus pour l'accessibilité physique, mais aussi pour avoir plus de personnel pour rejoindre les femmes; 2) avoir plus de formation pour le personnel, surtout en français « *dans notre région* » et que soit donnée aussi une formation à toutes les femmes sur l'inclusion des femmes handicapées. Il aurait aussi été utile d'avoir plus d'information à savoir comment rejoindre les femmes handicapées, comment rendre l'espace accessible, avoir plus d'information sur leurs handicaps, et avoir de la documentation adaptée (dans ce cas-ci pour une femme ayant une limitation intellectuelle). Une répondante mentionne qu'elle voudrait améliorer l'accessibilité, c'est-à-dire « *qu'une fois qu'elles sont là, on doit développer des services spécialisés pour ces femmes* ».

On mentionne aussi l'importance d'entretenir des liens avec les organismes pour personnes handicapées, de former des partenariats plus solides et d'avoir un protocole communautaire

spécifique à cette situation. Un des buts visés serait un accès rapide à des ressources ou avoir des personnes-clés à consulter au besoin ou lors de développement d'outils.

Commentaires généraux

L'importance de réaliser que pas tous les handicaps ne sont pareils a été soulevée. Par ailleurs, deux femmes qui ont le même handicap peuvent avoir des besoins différents. Il est donc important de ne pas présumer avoir la réponse et de demander aux femmes ce dont elles ont besoin. « *La question des handicaps est très complexe car les besoins varient d'une personne à l'autre.* »

Une répondante a posé la question à savoir pourquoi les problèmes de santé mentale étaient inclus dans la définition de personne handicapée. « *Nous avons beaucoup d'usagers qui ont des problèmes de santé mentale que nous n'avons pas incluses dans les statistiques de ce questionnaire* ». Elle mentionne que si une formation s'offre, elle aimerait aborder ce point précis.

« *L'accessibilité doit être continue* ». Il a déjà été mentionné que même si la maison d'hébergement est accessible, si la région n'offre pas de logements adaptés abordables et sécuritaires, où ira la femme handicapée après son séjour? Une autre répondante mentionne que même si l'organisme a un système ATS, si par la suite on n'offre pas la disponibilité d'une interprète gestuelle, le service ne peut pas être offert.

Parfois, le handicap n'est pas dévoilé. La femme ne veut pas nécessairement s'identifier ou être identifiée comme une femme handicapée. On mentionne comme exemple la culture des femmes Sourdes qui ne s'identifient pas comme handicapées. Donc, si l'organisme les considère comme tel, celles-ci ne s'y rendront plus.

Une autre intervenante a mentionné qu'il reste beaucoup à faire, autant pour les femmes qui ont un handicap invisible que visible. Et qu'il est dommage de constater que souvent ce sont les femmes handicapées qui doivent s'adapter à l'organisme plutôt que l'inverse.

Commentaire d'une employée ayant une limitation fonctionnelle

Dans un organisme, une employée qui a une limitation fonctionnelle a fait le commentaire suivant :

De façon générale, l'expérience est positive mais parfois, le temps d'attente pour répondre à une demande est trop long. Nous avons à éduquer les collègues sur nos propres besoins. Pour aider les femmes handicapées dans leur travail, ça exige parfois de l'équipement spécialisé, de modifier ou changer comment on fait une tâche et de fournir une aide additionnelle. Les employeurs doivent donc réaliser qu'il y a des défis et essayer de limiter les obstacles autant que possible pour atteindre un équilibre. Une femme handicapée peut nécessiter plus de temps pour faire une tâche alors l'employeur doit être flexible. Il est d'autant plus nécessaire de réaliser que pas tous les handicaps ne sont pareils.

Consultation auprès du groupe OPALE comme groupe focus

Dans cette section se retrouve le résumé de l'échange qui a eu lieu lors de la consultation auprès de six membres du groupe OPALE, qui est un regroupement de femmes handicapées francophones dans l'Est ontarien.

La réalité quotidienne des femmes handicapées

En général, les femmes handicapées ont tendance à ne pas s'affirmer « *parce qu'on dépend des autres* ». Si elles parlent, elles ont peur de perdre... Comme bon nombre de femmes, à cause des rôles traditionnels des femmes et des stéréotypes, il est difficile de demander de l'aide et de l'accepter. Pour une femme qui a une maladie évolutive, elle doit accepter qu'elle n'est plus « *Wonder Woman* »; qu'elle ne peut plus remplir tous les rôles qu'elle était habituée de remplir et qu'elle ne peut plus combler les attentes que la société a envers elle. C'est difficile pour l'estime personnelle. Pour cette raison, elles disent avoir l'impression qu'elles doivent être encore plus gentilles.

Elles ont tendance à vivre de l'isolement. Il est difficile de trouver quelqu'un à qui parler car « *toutes sont si occupées* ». Pour une femme à mobilité réduite, elle passe l'hiver à la maison car se déplacer devient un « *workout* ». Ça demande énormément – et parfois trop – d'énergie.

Les préjugés sont encore très présents envers les femmes handicapées. On sous-estime leur crédibilité ainsi que leur intelligence.

En ce qui a trait au travail (rémunéré ou non)

Différence entre un handicap visible et un handicap invisible

Au niveau du marché du travail, il y a une nette différence entre une femme qui a un handicap visible et une femme qui a un handicap invisible.

La femme qui a un handicap visible a habituellement une condition physique stable. Si elle se déplace en fauteuil roulant, si elle est aveugle ou a un autre handicap du même genre, les gens savent à quoi s'attendre. Dès le début, elle peut dire ce dont elle a besoin et de quoi elle est capable. Si l'employeur l'accepte comme membre du personnel, il peut organiser le travail en conséquence. Son niveau de rendement sera relativement stable d'une journée à l'autre, c'est-à-dire qu'il sera comme pour toute personne non handicapée. Il peut devenir possible de créer une relation de confiance où on considère la personne dans son ensemble plutôt que de toujours mettre l'emphasis sur le handicap. Évidemment, ici nous parlons d'une situation idéale de travail où l'acceptation et l'inclusion sont présentes.

Pour une femme qui a un handicap qui n'est pas visible, les choses peuvent être très différentes. Elle ne voudra peut-être pas dire qu'elle a cette limitation pour ne pas être rejetée, isolée, traitée différemment. Souvent, c'est une situation où la femme a une maladie évolutive. Ceci crée beaucoup d'instabilité car sa condition physique va en dégradant, mais aussi parce que d'une journée à l'autre ou même à l'intérieur de la même journée, il peut y avoir de grandes fluctuations d'énergie.

Dans ce cas, l'organisation du travail devient difficile. Ça demande une grande flexibilité de la part de l'employeur et des collègues. Souvent, l'employeur ne veut pas voir le handicap ou en entendre parler. Le même niveau de rendement qu'auparavant est exigé. Ça demande aussi une très grande acceptation de son handicap pour qu'une femme arrive à dire ce qu'elle peut faire et ne pas faire. « *Puisque mon handicap est invisible, je me forçais et faisais des choses que je n'aurais pas dû faire. On ne veut pas étaler à tout le monde qu'on a un handicap* ». Une participante a mentionné que lorsque son énergie était très basse, elle aurait voulu se cacher dans un coin. Mais, lorsque son niveau d'énergie était élevé, elle en faisait plus que les autres pour se prouver.

Différence entre le travail rémunéré et le travail non rémunéré (bénévolat)

Les participantes étaient d'accord pour dire qu'en général, il est beaucoup plus agréable de faire du bénévolat que d'avoir un travail rémunéré. Au travail, on s'attend à un rendement élevé. Il y a peu de flexibilité d'horaire et dans un endroit syndiqué, il est pratiquement impossible d'adapter le travail pour ne pas faire de passe-droit ou créer de précédent. Étant rémunérées, les employées sont souvent prises pour acquies, donc moins considérées ou appréciées. Face aux femmes ayant des limitations fonctionnelles, il peut y avoir de l'exclusion. « *Il y avait des réunions où on ne m'invitait pas car ils disaient savoir que je ne pourrais pas faire le travail.* »

Sur le marché du travail, les femmes ayant des limitations fonctionnelles font face à de nombreux préjugés et de fausses perceptions. Souvent l'employeur, au lieu de demander à la femme, prend pour acquis qu'elle peut faire telle chose et pas telle autre. Une participante ayant un handicap visuel a mentionné que lors d'une entrevue, l'employeur ne croyait pas qu'avec un ordinateur adapté (qu'elle possédait déjà), elle pouvait faire un très bon travail. Lui demandant de passer un test sur un clavier ordinaire, elle n'a évidemment pas réussi l'épreuve et n'a pas eu le poste.

L'attitude des femmes handicapées face au travail peut aussi être une barrière. Certaines ont mentionné se sentir « *une mauvaise personne* » parce qu'elles n'arrivaient pas – ou plus – à donner un bon rendement. La perception de soi-même influence donc le travail.

Certains employeurs refusent catégoriquement la présence de personnes handicapées. « *Le patron ne me voulait plus dès qu'il a su que je marchais avec une canne. Il m'a donné une chaise brisée à mon bureau. Le message était clair : on ne veut pas de toi.* » Un employeur qui accepte d'embaucher une personne handicapée se retrouve devant des exigences plus ou moins nombreuses. Il y a l'adaptation physique du milieu de travail ainsi que l'adaptation des tâches. Le niveau de rendement peut être plus bas que pour un ou une autre employée. Si la personne a une maladie évolutive, ça demande à l'équipe de travail de compenser et « *tu ne peux pas imposer ça* ».

Parfois, l'employeur demande des évaluations fonctionnelles, kinesthésiques ou autres pour prouver ce qu'une personne peut ou ne peut pas faire. Ces évaluations sont dispendieuses et il est très difficile d'en obtenir en français. Si une personne ne travaille plus et doit faire une demande au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (ODSP en anglais), elle doit s'adresser à différents endroits et on peut exiger un certain nombre de certificats

médicaux au coût minimum de 75\$ chacun. « *Mais ça faisait un mois que j'étais sans salaire! Je connais bien des gens qui n'ont pas les moyens de faire une demande pour une pension d'invalidité.* »

En ce qui a trait au bénévolat, leurs expériences semblaient être plus positives. Il y a moins de stress d'horaire et de pression pour performer. Le travail est plus flexible : pour débiter et terminer la journée, pauses plus fréquentes, etc. Il devient alors plus facile de gérer le niveau d'énergie. Elles disaient se sentir plus libres d'accepter ou de refuser. L'attitude de l'employeur est aussi différente face à une employée rémunérée et une bénévole. Elles se disaient plus appréciées, considérées, valorisées et faisant partie de cette équipe de travail. « *C'est bon pour l'estime de soi car je suis sortie, j'ai fait quelque chose d'utile et de bon aujourd'hui.* »

Si elles avaient vraiment le choix, dans de bonnes conditions, bon nombre (ou la majorité?) de femmes ayant un handicap préféreraient avoir un travail rémunéré. Comme alternative, elles suggèrent le travail à la maison. N'étant pas obligée de perdre de l'énergie à se préparer pour se rendre sur les lieux du travail, elles sont plus productives car elles ont accès à toute leur énergie. Avec un horaire flexible et des échéanciers à plus long terme, plusieurs considéraient ceci comme le travail idéal, surtout pour les femmes qui ont une condition physique très fluctuante.

Pour ce qui est d'aller chercher des services sociaux

En général

Comme pour toute autre femme, il y a la difficulté à trouver les services et puisque chacun est spécifique à un domaine, ça fait beaucoup d'endroits à consulter. Il y a aussi les listes d'attente. Et la répétition : « *Ça vient tannant de toujours répéter ton histoire.* »

Pour les femmes handicapées victimes de violence (de toutes sortes)

Pour une femme victime de violence conjugale, « *elle a le double d'obstacles si elle a un handicap* ». Bien souvent, « *si tu rapportes l'abus, tu coupes ton cordon de support.* » Pour ce qui est des intervenantes au niveau de la violence faite aux femmes, l'impression générale était qu'elles connaissaient assez bien la réalité des femmes handicapées. Le problème se trouve au niveau des autres intervenantes et intervenants sociaux, ceux et celles qui offrent, entre autres, les soins à domicile.

Les lacunes se retrouvent au niveau de la compréhension de l'abus et à savoir qu'il existe des situations abusives qui sont directement reliées au handicap : blesser le chien-guide, briser la canne, ne pas donner les médicaments, refuser un bain pendant une semaine... « *La violence ne rentre même pas dans leurs critères d'évaluation.* »

Une participante mentionne qu'il est rapporté que 90 % des femmes qui ont un handicap intellectuel vivent un type de violence. Elles n'ont pas toujours les connaissances nécessaires pour comprendre qu'elles sont victimes d'abus et pour demander de l'aide.

Elles sont isolées et n'ont pas de crédibilité. « *Je pourrais te faire une longue liste de femmes [handicapées intellectuellement] qui ont fait une plainte d'abus sexuel. Elles ont fait une cassette pour la police. Ces derniers rappellent une semaine plus tard et demandent des détails. La personne ne se souvient plus des détails. Ce n'est plus bon. On ne peut pas aller en cour et poursuivre. Ils laissent donc tomber les charges contre la personne qui abuse* ».

Les femmes handicapées victimes de violence font face à des préjugés et comme mentionné précédemment, leur crédibilité et leur intelligence sont souvent sous-estimées, « *même celles qui n'ont pas de handicap intellectuel* » ajoute une participante. Par exemple, une femme avait une maladie évolutive et était en fauteuil roulant. Son conjoint lui a cassé un poignet. Le policier a dit que si cette femme n'avait pas eu cette maladie, son poignet ne se serait pas cassé...

Les femmes handicapées ne sentent pas que la publicité provenant des services en matière de violence faite aux femmes s'adresse aussi à elles, car leurs besoins sont si différents. « *Dans sa tête, elle se demande si elle va avoir de l'aide pour ses petites choses quotidiennes, si elle aura un logement adapté si elle quitte son conjoint, etc.* »

Les femmes ne savent pas que le service de soins à domicile, leur pension, et tout le reste vont les suivre et que les intervenantes en matière de violence faite aux femmes peuvent les aider et travailler selon leurs besoins.

Ce qui aiderait les femmes handicapées victimes de violence

Elles recommandent que les organismes en matière de violence faite aux femmes fassent en sorte que les femmes de minorité (avec handicap, de minorité raciale, autochtone, etc.) sentent qu'elles seront desservies et qu'ils sauront comment les recevoir. Par exemple, écrire que les services sont accessibles, s'ils le sont vraiment et complètement. Les femmes précisent qu'il ne faut pas oublier que parfois ce n'est pas la femme qui a un handicap, mais plutôt son enfant.

Pour aider une femme à se réinstaller, il est important de bien connaître la réalité des femmes handicapées et les services dont elles ont besoin. Il faut aussi savoir comment intervenir avec une femme qui a un handicap intellectuel léger.

Sensibiliser les organismes d'intégration sociale à la violence faite aux femmes et, leur faire parvenir de la publicité et de l'information aiderait au dépistage. « *Il y a de nombreux obstacles à quitter et pour survivre par soi-même parce que la cour ne te croira pas, parce que les intervenants ont vu et savent que tu es victime de violence, mais ils n'ont jamais réagi car ils savaient que ça compliquerait leur travail. Lorsque tu sais qu'ils se ferment les yeux, ça te tentes-tu de parler?* »

Comme service aux femmes, sans même parler de violence, tout ce qui aborde la condition des femmes, les stéréotypes, l'estime personnelle, être capable de prendre soin de soi et de s'affirmer serait très utile aux femmes handicapées. Ça pourrait leur permettre d'accepter plus facilement leurs limitations et se donner le droit d'avoir une vie satisfaisante.

Et pour conclure : « *Aussi longtemps que nous n'aurons pas d'employabilité pour les femmes handicapées, que nous ne leur assurerons pas un revenu sain, que nous n'aurons pas de logements adaptés, etc., etc., les femmes vont garder le silence parce qu'elles ne peuvent tout simplement pas partir.* »

Réponses au forum de discussion du site www.handicaps.ca

La question qui a été posée au forum de discussion est la suivante :

Pourquoi croyez-vous que les femmes handicapées francophones de l'Ontario ne sont pas visibles dans les organismes qui offrent des services en français en matière de violence faite aux femmes, soit en tant qu'usagères (clientes) qu'en tant que travailleuses bénévoles ou salariées?

Voici le bilan des quinze réponses reçues.

En général

Un grand nombre de répondantes ont indiqué que les préjugés étaient l'obstacle principal qui empêche les femmes handicapées d'être visibles. « *Elles doivent faire face à l'ignorance des gens face à leur réalité* ». On parle d'un manque de compréhension et d'éducation dans la communauté sur la réalité que vivent les femmes handicapées. Ce manque de connaissances se retrouverait au niveau des organismes et du public en général. On dit que ce phénomène ne se retrouve pas seulement chez les francophones mais lorsqu'une femme est francophone, victime de violence et handicapée, elle doit surmonter des obstacles à trois niveaux.

Les répondantes mentionnent aussi que les femmes handicapées sont trop isolées. Elles n'ont pas les ressources pour participer à la vie de tous les jours. Elles font face à de l'indifférence, à des limites physiques, des problèmes de transport, elles ont peur d'être jugées et elles sont donc absentes dans l'ensemble de la communauté.

Si un ou des organismes a fait en sorte de recruter (comme bénévole ou salariée) une personne handicapée parce que c'était bien de le faire, mais sans s'assurer que l'expérience soit positive pour elle, le mot s'est sûrement passé dans la communauté de personnes handicapées et ces gens ne s'y font plus prendre.

Celles qui sont victimes de violence

Certaines répondantes ont parlé plus précisément des femmes handicapées victimes de violence. Il est mentionné que la problématique de la violence demeure un sujet délicat et difficile pour toutes les femmes. Il n'est pas facile d'avouer qu'on est une victime. Plusieurs vont préférer « *se taire et subir* » plutôt que de se retrouver seule. Elles peuvent avoir peur des conséquences affectives.

Une répondante mentionne que les « travailleurs » dans les centres n'ont pas de connaissances au sujet des personnes handicapées et qu'ils ont souvent peur de transiger avec elles. (Le genre de centres n'est pas précisé.)

«La situation des femmes handicapées qui sont abusées par leur conjoint est très mal comprise. Plusieurs des femmes ne considèrent pas les actes, les paroles et les gestes comme étant de la violence. Elles vont pardonner, fermer les yeux, oublier, avant de parler, par peur de se retrouver seules et perdre la personne qui leur donne ces services. »

On écrit que les femmes handicapées ont besoin d'être plus sensibilisées au fait qu'il existe de l'aide pour celles qui sont victimes de violence. Et, que la violence n'est pas toujours physique alors que les lois et les services disponibles ne font pas de distinction entre les types d'abus et entre les femmes handicapées et les femmes non handicapées.

En tant que bénévoles ou salariées

Une répondante soulève le fait que la question est un bel exemple du manque d'inclusion des personnes handicapées sur le marché du travail. *« Il faut éduquer et sensibiliser la population afin d'éliminer les obstacles à l'intégration »*. Or, il est mentionné que cette sensibilisation doit se faire au niveau de la population en général, mais aussi chez les femmes handicapées. *« Les personnes handicapées ont besoin d'éducation afin de leur faire savoir qu'elles ont une place dans la société, et surtout de leur donner les moyens de développer les compétences pour découvrir cette place. »*

On s'entend que le fait de devenir bénévole nécessite du courage *« comme prérequis »*. La femme handicapée qui pense devenir bénévole peut avoir peur des préjugés de ses proches. Par contre, on mentionne que parfois cette femme a été victime elle-même et le fait d'être bénévole peut devenir une thérapie pour elle.

Pour d'autres, leur niveau d'énergie et leur état de santé ne leur permettent pas de faire du bénévolat. *« À force d'avoir à lutter pour accéder au système de santé, d'avoir été abandonnée par mon employeur, d'avoir été rejetée par le système de justice ou de ne pas avoir les ressources financières pour y accéder, mon niveau d'énergie est épuisé, ma confiance en moi-même et mon estime de soi sont ébranlés »*. Cette même personne mentionne comment, étant une femme autonome et professionnelle, elle est maintenant dépendante de son mari et de ses fils pour s'occuper d'elle et de la maison. *« Il n'est pas dans l'intérêt de ma famille que je leur ajoute d'autres responsabilités telles que de me conduire ici et là pour faire du bénévolat. »*

Recommandations

On écrit que les femmes handicapées doivent prendre leur place dans notre société, qu'elles doivent foncer et ne pas avoir peur de s'impliquer. Une autre propose de faire de l'éducation et de la sensibilisation auprès des femmes handicapées pour qu'elles deviennent visibles et qu'elles utilisent les services disponibles. Elles doivent exiger des services en français et demander plus de respect.

« Il y a la responsabilité au niveau des écoles, des institutions et des gouvernements. Il faudrait des campagnes de sensibilisation afin de défaire les mythes, les préjugés et en arriver à considérer les personnes handicapées comme des citoyennes et des citoyens à part entière, ainsi que valoriser leur contribution dans la société ». On peut lire aussi qu'il revient à chacun et chacune de dénoncer les préjugés.

Des ateliers sur la violence faite aux femmes devraient être offerts aux organismes pour personnes ayant un handicap, écrit une autre répondante.

On suggère aussi aux organismes de prévention de la violence faite aux femmes de soutenir la communauté des personnes handicapées lorsqu'elle revendique pour des services accessibles, soit en participant aux manifestations, en écrivant des lettres d'appui ou autres.

En guise de conclusion

« Quand verrons-nous enfin que nous sommes tous "différents" et que c'est ce qui fait notre complémentarité et finalement, notre force de le reconnaître et de travailler ensemble à éliminer les barrières auxquelles font face les personnes handicapées? »

Annexe 7 : Syndrome du stress post-traumatique

Définition de l'état de stress post-traumatique

C'est un ensemble de réactions (ou symptômes) qui peut se développer chez une personne après qu'elle ait vécu, été témoin ou confrontée à un traumatisme, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou de sérieuses blessures ou qui impliquait une menace de mort ou de graves blessures et qui a suscité un sentiment d'impuissance ou d'horreur, une peur intense. Un tel événement peut être un incendie, un tremblement de terre, une agression violente, un viol, un accident, un hold-up, une prise d'otage, une inondation, etc.

Une personne exposée à un événement d'une telle intensité risque de développer des symptômes caractéristiques qui comprennent :

- le fait de revivre l'événement en pensée de manière persistante
- l'évitement des situations qui rappellent l'événement avec un émoussement des réactions générales (engourdissement, anesthésie émotionnelle)
- une hyperactivité.

Ces symptômes sont décrits plus en détail dans ce qui suit.

Bien que certaines variables personnelles (par exemple, expériences durant l'enfance, traits de personnalité, troubles mentaux préexistants, etc.) augmentent la probabilité de développer un stress post-traumatique, il semble que le facteur le plus déterminant soit la gravité de l'événement vécu. Ainsi, il peut se développer chez des personnes ne présentant aucune caractéristique prédisposante, surtout si le stress a été important. Selon certaines études, 8 à 10 % de la population souffrirait à un moment ou à un autre de leur vie d'un état de stress post-traumatique.

Nous parlons de stress post-traumatique lorsque la perturbation persiste plus d'un mois. Dans le premier mois, nous utilisons plutôt le terme d'état de stress aigu.

Les symptômes de stress post-traumatique

Voici les critères généralement utilisés :

La personne a été exposée à un événement traumatique tel que défini plus haut. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB : Chez les jeunes enfants, jeux répétitifs exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- rêves répétitifs concernant l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB : chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). NB : Chez les jeunes enfants, la remise en action peut se produire.

- sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique (la neige, certains endroits, certaines scènes à la télévision, les dates anniversaires, le temps froid ou le temps chaud, etc.).
- réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique.
- évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
 - efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 - efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
 - incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.
 - réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - restriction des affects (par ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
 - sentiment d'avenir « bouché » (penser ne pas pouvoir se marier, avoir des enfants, faire carrière, ou avoir un cours normal de la vie).

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- difficultés de concentration
- hypervigilance
- réaction de sursaut exagérée
- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- irritabilité ou accès de colère

On parle de stress post-traumatique lorsque la perturbation entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Le souvenir de l'événement est souvent d'une extraordinaire précision. Les gens disent revoir la scène comme s'ils y étaient. Les images, le souvenir des cris, des odeurs, etc. semblent plus vrais que la mémoire ordinaire. Un jeune homme, par exemple, racontait comment il n'a qu'à « regarder » ces images pour dire combien il a fait de pas pour aller vers les victimes, etc.

Les symptômes de stress post-traumatique sont peut-être le résultat de mécanismes d'adaptation de l'organisme. Par exemple, les symptômes d'hypervigilance et autres symptômes de suractivation physiologique se produisent comme s'il fallait rester en alerte pour s'assurer de faire ce qu'il faut et de prévenir tout autre danger.

L'émoussement des émotions et l'amnésie permettent de doser le stress à gérer, etc. Le problème, quand on ne se rétablit pas, est que ces mécanismes se maintiennent alors qu'ils ne sont plus nécessaires et qu'ils présentent trop d'inconvénients.

Ces symptômes de stress post-traumatique peuvent être accompagnés de symptômes physiques ou psychologiques d'anxiété ou de panique (il s'agit d'hyperventilation) tels que : palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements ou secousses musculaires, sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi), peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, sensations d'engourdissement ou de picotements, frissons ou bouffées de chaleur (reproduit du DSM-IV, Critères d'une attaque de panique). Ces symptômes apparaissent en raison du blocage de la respiration qui se fait lorsque nous sommes anxieux. Ils sont désagréables et souvent inquiétants mais ne sont pas dangereux. Pour les atténuer, prenez le temps de respirer lentement et profondément.

Évolution des symptômes

Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes n'apparaissent. La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas, alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme.

Pour la majorité des gens chez qui les symptômes et problèmes persistent plusieurs mois après le traumatisme, le passage du temps n'amènera pas de rétablissement s'il n'y a pas de traitement. Ces gens risquent de développer une dépression (apparemment 25 à 30 % des gens souffrant d'un stress post-traumatique), une consommation abusive de drogue, d'alcool ou de médicaments (environ 50 %), un trouble panique, de multiples évitements phobiques et des problèmes de santé. Il est fréquent que ces diverses réactions interfèrent avec les relations interpersonnelles et mènent à de sérieuses difficultés conjugales et familiales. Elles mènent aussi parfois à la perte d'emploi.

Aider une personne victime d'un stress post-traumatique

Pour aider les gens ayant vécu un traumatisme, il est important de savoir que plus l'intervention ou l'aide apportée est précoce, meilleures sont les chances de prévenir l'apparition du stress post-traumatique ou de l'atténuer.

Il est important d'offrir une grande disponibilité d'écoute, de s'intéresser à ce que la personne a éprouvé, afin de lui permettre de s'exprimer et de ventiler. Le seul fait de verbaliser ce qui a été vécu aide à prendre un peu de recul et à être un peu moins entièrement envahi par les émotions. Ne jugez pas. Vous aiderez ainsi la personne à accepter ses réactions, ce qui réduit le risque qu'elle développe de la culpabilité.

Vous l'aidez aussi en l'informant sur les réactions possibles, ce qui rend ces dernières moins inquiétantes. Peut-être pourriez-vous lui suggérer de lire ce texte (quand elle sera en état de le faire).

Dans la mesure du possible, réduisez les sources de stress pour la personne (par exemple, au besoin, protégez-la des médias). Aidez-la à se sentir en sécurité, à s'accorder des moments de relaxation et de détente. Demandez-lui ce qui lui ferait du bien.

Si vous souffrez d'un stress post-traumatique

Après un événement qui vous a traumatisé, parlez-en, ne restez pas seul. Au besoin, par exemple, allez coucher chez un proche. Si l'événement a fait plusieurs victimes, il est bon d'en parler avec les autres victimes assez rapidement pour s'aider les uns les autres à "digérer" l'événement. Prenez l'initiative de suggérer une rencontre pour en parler. Certaines gens, même des proches, ne comprendront pas vos réactions. Ne vous laissez pas trop déranger par cela. Il est difficile de s'imaginer comment on réagit quand on n'a pas vécu une telle expérience. Si l'incompréhension d'un proche en arrive à nuire à votre relation, faites-lui lire ce texte ou demandez à un professionnel (médecin, psychologue) de renseigner cette personne.

Acceptez vos réactions et le fait que vous êtes affecté. Prenez soin de vous, essayez de vous détendre et de vous distraire. Faites ce que vous aimez. Évitez le stress supplémentaire, dans la mesure du possible. L'effet du stress est cumulatif. Évitez d'abuser de l'alcool et des drogues qui peuvent amplifier certains symptômes.

Essayez de créer de bonnes conditions pour vous rétablir. Soyez patient. Laissez-vous le temps de récupérer. Si les symptômes diminuent en intensité et en fréquence après quelque temps, vous êtes sur la bonne voie.

Essayez de réduire l'impact de vos symptômes (irritabilité, colère, retrait émotionnel, etc.) sur vos relations familiales. Faites comprendre à votre conjoint et à vos enfants qu'ils ne sont pas en cause.

Faut-il consulter?

Si les symptômes persistent après quelque temps, nuisent à votre fonctionnement ou à vos relations, il serait préférable de consulter un médecin et/ou un psychologue.

Les gens traités de façon précoce récupèrent beaucoup mieux que ceux traités tardivement.

Votre médecin pourra éventuellement vous prescrire un traitement pouvant être efficace pour soulager certains symptômes, ce qui vous aidera à être en meilleur état pour mettre en pratique différents moyens de s'en sortir. Par exemple, lorsqu'une insomnie importante perdure trop longtemps, la personne devient de moins en moins en possession de ses moyens et une médication devient la solution la plus efficace. Par ailleurs, un psychologue peut vous aider de différentes façons à surmonter les symptômes de stress post-traumatique. L'EMDR est particulièrement indiquée.

Les objectifs d'une psychothérapie :

- Permettre d'exprimer ce qui a été vécu pendant l'événement : ce qu'on a vu, pensé, ressenti. Comme nous l'avons dit plus haut, il n'est pas facile d'exprimer un vécu aussi intense et il est souvent nécessaire d'avoir l'occasion d'en parler à plusieurs reprises pour réussir à partager ce vécu. Les gens nous ont souvent exprimé qu'ils jugeaient inapproprié, après un certain temps, de continuer à raconter l'événement et leurs réactions à leurs proches. Le (la) psychologue est souvent la personne qui continuera à avoir une bonne écoute et à être intéressée à comprendre ce que la personne a vécu.
- Rassurer en informant sur la symptomatologie (car cette dernière, peu connue, peut être inquiétante et décourageante), ce qui augmente la tolérance à une souffrance normale dans les circonstances et aide à réduire le risque de dépression.

Outre le fait d'en arriver de plus en plus à partager l'expérience et à être mieux compris, raconter l'expérience aussi souvent et longtemps que nécessaire a différents effets bénéfiques :

- Le fait d'en parler peut aider à résoudre ces questions et ainsi favoriser la diminution graduelle des pénibles reviviscences.
- Par le récit de l'événement, la personne se réexpose, en pensées, à l'événement traumatique, ce qui favorise une habituation et une désensibilisation qui peuvent amener une réduction de la reviviscence (flash-back, cauchemars, etc.) ; selon certaines hypothèses, la reviviscence aurait une fonction d'intégration au niveau cognitif (ce qui a trait à la compréhension), comme si certaines questions restaient irrésolues.
- Le fait de raconter l'événement à quelqu'un qui est intéressé à comprendre les émotions, les pensées et les réactions vécues permet de mieux conscientiser tout cela et aide à comprendre la nature et la logique des symptômes de stress post-traumatique (qui sont avant tout des réactions adaptatives), ce qui favorise graduellement leur réduction.
- Enseigner des habiletés d'adaptation, telles une technique de relaxation, des techniques de contrôle de l'hyperventilation (manifestations physiques de l'anxiété), des stratégies de gestion des émotions telles l'anxiété, la dépression, la culpabilité, la colère (entre autres, observation des pensées, images et scénarios qui déclenchent et amplifient ces émotions), des stratégies de résolution de problèmes et de communication (afin de réduire les difficultés familiales), etc.
- Aider à "digérer" l'événement, c'est-à-dire à accepter que ce soit arrivé (ou du moins à faire face au fait que ce soit arrivé). Aider à intégrer cette expérience au niveau de ses croyances, de sa vision de la vie, de soi et des autres, ainsi que de ses valeurs (ses priorités, les choses qu'on trouve importantes), remettre en question certaines idées inadaptées qui peuvent s'être développées (par ex. la surestimation du danger, la surgénéralisation, etc.).

- Prévenir les comportements d'adaptation inefficaces (évitements qui favorisent le développement de phobies, abus d'alcool, de drogue et de médicaments, détérioration des relations interpersonnelles, dysfonctionnement au travail, etc.).
- Aider au besoin la personne à surmonter les peurs qui se sont développées, à diminuer les évitements qui nuisent à son fonctionnement dans divers domaines (par une technique de désensibilisation graduelle, par exemple).

Source : Relation d'aide.com, 2004, *Le stress post-traumatique*, en ligne : www.relation-aide.com/art_description.php?id=217&cat=29 (Page consultée le 17 octobre 2007).

Annexe 8 : Ressources

Dans cette section, nous voulons partager avec vous les ressources que nous avons trouvées et qui pourraient vous être utiles en terme d'accessibilité à vos services, d'information concernant les femmes handicapées et la violence qui leur est faite. Évidemment, ceci n'est qu'une liste sommaire.

Sites qui traitent de violence faite aux femmes ayant des limitations fonctionnelles

Education Wife Assault (quelques documents en français)
www.womanabuseprevention.com

Shelter Net : Pour établir des liens pour les femmes violentées
www.shelternet.ca

DAWN (The DisAbled Women's Network Ontario) (en anglais, mais a parfois des liens vers une version française)
<http://dawn.thot.net>

Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC)
DAWN francophone : site en construction
www.dawncanada.net

Le Phénix/OPALE
<http://www.handicaps.ca/violence/index.php?id=102>

Sécurité pour les filles et les femmes

Initiatives des femmes pour la sécurité environnementale (IFSE/WISE en anglais)

L'organisme offre un atelier interactif de 3 heures concernant la sécurité des femmes, autant dans les endroits publics que dans leur vie privée. Cet atelier peut se donner en français ou en anglais. Les formatrices peuvent se déplacer en dehors d'Ottawa si l'organisme qui en fait la demande défraie les coûts, et il est gratuit pour les organismes à but non lucratif (300\$ pour autres organismes ou institutions). Cet atelier s'adresse à toutes les filles et femmes.

211, avenue Bronson
Ottawa (Ontario) K1R 6H5
(613) 230-6700
Courriel: info@wiseottawa.ca
<http://www.wiseottawa.ca/french.html>

Centre ontarien de prévention des agressions (COPA)
Instincts – cours d'autodéfense pour filles et femmes

Le cours Instincts offre des techniques simples d'autodéfense qui cherchent à augmenter le pouvoir d'action des participantes en mettant l'accent sur l'importance d'exploiter la force de l'agresseur plutôt que d'essayer de lutter contre elle.

En général, le cours dure une journée complète ou est offert sur une base hebdomadaire, et il peut même être offert sur une base individuelle dans le cadre de leçons privées.

Rejoindre le COPA pour faire une demande d'adaptation aux femmes ayant des limitations fonctionnelles et pour discuter des modalités. Il existe des animatrices Instincts partout dans la province de l'Ontario.

Centre ontarien de prévention des agressions (COPA)

Adresse postale :

1562, avenue Danforth

C.P 92022

Toronto (Ontario) M4J 5C1

Téléphone : (416) 466-7490 ou (416) 466-8975

Télécopieur : (416) 466-4932

Adresse du bureau :

457A, avenue Danforth bureau 201

Toronto (Ontario) M4K 1P1

Cours d'autodéfense pour femmes ayant une limitation fonctionnelle : ACTION

Centre de prévention des agressions de Montréal

Michèle Chappaz, coordonnatrice

téléphone : 1-514-284-1212 téléphone

courriel : action@cpamapc.org courriel

Site web : www.cpamapc.org

2 jours de 10h00 à 15h30, environ 400\$ + frais de déplacement

Sites généraux pour les personnes handicapées ou sites à leur sujet

Office des personnes handicapées du Québec

<http://www.ophq.gouv.qc.ca/index.htm>

Association canadienne des centres de vie autonome (ACCVA)

<http://www.cailc.ca/article/accueil-126.asp>

AFHM (Action des femmes handicapées de Montréal)

www.afhm.org

RIFVEH (Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps)

Promouvoir la sécurité des personnes et des milieux de vie

Prévenir la violence et la maltraitance

www.fep.umontreal.ca/handicap/f81.htm

The Canadian Abilities Foundation

www.enablelink.org (en anglais seulement)

Sites au sujet d'une limitation en particulier

La société canadienne de l'ouïe
www.chs.ca/info/french/index.html

La maison des femmes Sourdes de Montréal
www.mfsm.org

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA)
www.cnib.ca

Utilisation des mots

Gouvernement du Canada, *Le pouvoir des mots et des images*, 2003, 16 pages
1-800-622-6232 pour obtenir un exemplaire gratuit
<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/accueil.shtml> cliquer sur « Publications » dans le menu de gauche

Suivre le lien du site www.handicaps.ca

Gouvernement de l'Ontario, *Guide terminologique : Un vocabulaire approprié à l'égard des personnes handicapées de l'Ontario*, 2004, 43 pages
Suivre le lien du site <http://www.handicaps.ca/ressources/catindex.php?id=95>

Pour des définitions
www.handicaps.ca/sensibilisation

Code de conduite devant une personne ayant une limitation fonctionnelle

Horgan Jones, Moira, *People with Disabilities*, The Canadian Centre on Disability Studies, 1997, 39 pages, DAWN Ontario: <http://dawn.thot.net/index.html> (complet, mais en anglais seulement)

Site de la formation à la LAPHO
www.buildingmomentum.on.ca

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), *Lorsque vous rencontrez une personne aveugle... À chacun sa personnalité, à chacun sa réaction devant la cécité ou la déficience visuelle*, 3 pages, www.cnib.ca/frn/publications/lorsque-aveugle.htm

Le Phénix, *Le code du fauteuil roulant*,
<http://www.handicaps.ca/sensibilisation/details.php?id=6>

Services/programmes pour les personnes handicapées

Gouvernement du Canada, *Services pour les personnes handicapées : Guide des services du gouvernement du Canada pour les personnes handicapées et leurs familles*
1-800-622-6232 pour obtenir un exemplaire gratuit

www.servicecanada.gc.ca

Programmes, services et ressources à travers le Canada (Géré par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada)

www.reseauhandicap.ca

Services Canada

www.pwd-online.ca/pwdhome.jsp?lang=fr

Site provincial pour les nouveaux arrivants : Établissement.Org Bienvenue en Ontario

<http://settlement.org>

Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario

1-888-520-5828 téléphone

<http://www.mcass.gov.on.ca/mcass/french/>

Pour mieux comprendre la LAPHO (Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario)

Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario

http://www.mcass.gov.on.ca/mcass/french/pillars/accessibilityOntario/what/AODA_2005.htm

En route vers l'accessibilité de l'Ontario

<http://www.mcass.gov.on.ca/mcass/french/pillars/accessibilityOntario/>

Le Phénix

www.handicaps.ca

Loi de 2005 sur l'accessibilité des personnes handicapées en Ontario

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_05a11_f.htm

Site de la formation à la LAPHO

www.buildingmomentum.on.ca

Pour rendre votre milieu de travail accessible ou pour les employeurs

Gouvernement de l'Ontario

www.accessibilitydirectory.ca

Site de la formation à la LAPHO

www.buildingmomentum.on.ca

Comité d'adaptation de la main d'œuvre pour personnes handicapées (CAMO), 1997, *Guide pour l'intégration au travail de personnes handicapées*, 13 pages, www.camo.qc.ca/documentation/guide.php

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), *S'adapter à la déficience visuelle* <http://www.cnib.ca/fr/apropos/publications/resources/Vivre-avec-une-d%C3%A9ficience-visuelle.pdf>

La société canadienne de l'ouïe, *Un employé sourd, devenu sourd ou malentendant* www.chs.ca/info/french/index.html

Guide pour définir si les services sont accessibles et suggestions pour améliorer l'accessibilité

Chansonneuve, Deborah, 2001, *Inclusion Pour Les Femmes Ayant un Handicap : Manuel pour les services de prévention/intervention en matière de violence*, Ottawa : Comité régional de coordination en vue de mettre fin à la violence faite aux femmes d'Ottawa, 88 pages.

Service familial catholique Ottawa : pour obtenir un exemplaire

Téléphone : 1-613-233-8478

Télécopieur : 1-613-233-9881

Courriel : info@cfsottawa.ca

Site Web : <http://www.cfssc-ottawa.org/>

Site de la formation à la LAPHO
www.buildingmomentum.on.ca

DAWN Ontario (Disabled Women's Network Ontario), *Access Checklist (version française)*, http://dawn.thot.net/access_checklist_full.html#fr

Education Wife Assault, 2001, *Conseils aux fournisseurs de services aux femmes ayant une surdité partielle, une surdité complète de naissance ou tardive ou une surdicécité*, 27 pages, www.womanabuseprevention.com

Education Wife Assault, 2001, *Conseils aux fournisseurs de services aux femmes handicapées*, 31 pages, www.womanabuseprevention.com

Sources de financement possible où faire une demande de subvention pour rendre les locaux et services accessibles

Fondation Trillium de l'Ontario

1-800-263-2887 téléphone

www.trilliumfoundation.org/cms/fr/index.aspx

Les dates limites pour présenter une demande sont les 1^{er} mars, 1^{er} juillet et 1^{er} novembre. Parfois, divers clubs sociaux de votre région peuvent recevoir votre demande.

Marche des dix sous

C'est un bon endroit pour des questions générales sur comment rendre un endroit accessible, les possibilités financières, etc.

www.marchofdimescanada.ca ou 1-800-236-3463

Reach Canada

Il n'y a qu'un bureau à Ottawa, mais c'est un bon endroit pour des questions légales ou pour donner des références ou ressources dans votre région.

www.reach.ca/index.html (site en anglais seulement) ou 1-800-465-8898

Centraide/United Way ne donne pas de fonds pour rendre vos locaux accessibles mais il pourrait peut-être le faire pour produire des documents en formats alternatifs. Chaque région où cet organisme existe a des coordonnées et un site Internet différent.

Pour commander ou télécharger de la documentation gratuite ou pour commander de la documentation payante

L'Institut Roeher Institute (Université York à Toronto)

www.roeher.ca/Comersus_f/subject_f.htm

Comité d'aide aux femmes Sourdes de Québec. *L'intervention auprès des femmes Sourdes victimes de violence conjugale* (20\$, pas consulté car en réédition au moment de notre rédaction)

Vidécassette « *Problèmes dans le couple* » (en LSQ, 20\$), guide d'utilisation (20\$), 6 affiches sur la violence conjugale, grand format 60\$, petit format 40\$) (pas visionné par nous)

Téléphone : 1-418-626-9252

Télécopieur : 1-418-626-5352

Adresse postale : C.P. 59030, comptoir postal Bourg-Royal
Québec, Québec G2L 2W6

Centre for Leadership and Community Learning, Justice Institute of B.C., 1996, *Une nouvelle cartographie : comment répondre à la violence faite aux femmes handicapées*, vidéo de 38 minutes. (Traduction de Charting New Waters.)

Pour commander : <http://www.jibc.bc.ca>

Coût : 75\$

ACCD (Alberta Committee of Citizens with Disabilities)

www.accd.net cliquer sur publications (en anglais mais a parfois des liens vers une version française)

Centre national d'information sur la violence dans la famille (tout est gratuit)

téléphone : 1-800-267-1291

télécopieur 1-613-941-8930

Site web : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html

Collins, Carol-Ann, 2003, *Barricade*, 2003, Thunder Bay : Centre des Femmes du Nord-Ouest de l'Ontario (CFFNOO), 43 pages (livret où quelques femmes handicapées livrent leur expérience de victimisation)

CFFNOO : téléphone : 1-807- 684-1955

télécopieur : 1-807- 346-1220

courriel : dg@cffnoo.com

Site web : www.cffnoo.com

Pour des services ou appareils spécialisés

Service de relais Bell (service gratuit)

Pour communiquer avec une personne malentendante ou sourde qui utilise un système ATS ou un téléimprimeur. C'est un/une opératrice qui fait le lien entre les deux personnes.

Faites-le 1-800-855-0511 et demander une opératrice francophone

Durant la conversation, vous dites « À vous » quand vous voulez donner la parole à l'autre personne. Vous dites « terminé » lorsque vous voulez mettre fin à l'appel. Vous attendez que l'autre personne dise qu'elle a terminé avant de raccrocher.

Voir dans les premières pages du bottin téléphonique Bell pour d'autres informations ou d'autres services adaptés.

Ces organismes peuvent aussi être très utiles pour trouver des appareils pour rendre les services accessibles.

La société canadienne de l'ouïe
www.chs.ca/info/french/index.html

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA)
www.cnib.ca

Sites (un peu techniques) sur comment rendre un site Web plus accessible

Plongez dans l'accessibilité
www.la-grange.net/accessibilite

W3 Web Accessibility Initiative
www.odacommittee.net/w3-wai.html (anglais seulement)

WebXACT
<http://webxact.watchfire.com> (anglais seulement)

Pour des technologies adaptées

Université de Toronto
www.utoronto.ca/atrc/vts (en anglais seulement)

Collège Dawson : pour des technologies informatiques adaptées gratuites ou peu coûteuses
<http://adaptech.dawsoncollege.qc.ca/index2.php>

