
Des femmes en situation de pauvreté au Nouveau-Brunswick : prendre en charge sa santé en contexte de ruralité

Lise Savoie, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Moncton
lise.savoie@umoncton.ca

Isabel Lanteigne, Ph.D. (c.), Professeure, École de travail social, Université de Moncton
isabel.lanteigne@umoncton.ca

Hélène Albert, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Moncton
helene.albert@umoncton.ca

Isabelle Robichaud, Ms.s. (c.), Assistante de recherche, École de travail social, Université du Québec à Montréal
robichaud.isabelle.4@courrier.uqam.ca

RÉSUMÉ :

Cet article porte sur une étude qualitative effectuée auprès de femmes pauvres vivant en milieu rural et côtier en Acadie, Nouveau-Brunswick. Plus précisément, les récits de vie recueillis auprès de 17 femmes ont permis de comprendre les défis qu'elles rencontrent dans la prise en charge de leur santé. À travers leur discours, il est possible de saisir que la pauvreté, le niveau d'alphabétisme et la ruralité influent sur leur trajectoire et leurs expériences singulières en matière de santé, ce qui met en lumière certaines inégalités sociales dont elles font l'objet. Il importe de reconnaître que ces inégalités sont fondamentalement structurelles afin d'éviter le recours à des stratégies d'intervention qui réduisent l'analyse de la situation de ces femmes à des dimensions individuelles et qui contribuent à la perpétuation des inégalités sociales. Les pistes d'action à cet égard doivent donc s'inscrire dans des initiatives intersectorielles intégrant des projets ancrés dans les communautés. Ces interventions nécessitent l'engagement des gouvernements dans la promotion d'une société juste et équitable.

MOTS-CLÉS :

Femmes, pauvreté, santé, ruralité, inégalités

INTRODUCTION

Il existe un lien étroit entre un faible statut socioéconomique et un mauvais état de santé (Mikkonen et Raphael, 2011; Potvin, 2015). Comme l'indiquent Rose et Hatzenbuehler (2009), plus le niveau socioéconomique des personnes est faible, plus leurs conditions de santé sont mauvaises, et ce, même dans des contextes où le système de santé offre en principe des programmes universels. En ce sens, l'accès à des programmes universels en matière de santé ne garantit pas l'accès à des conditions de vie matérielles et sociales favorables à une bonne santé (Phelan, Link et Tehranifar, 2010). Ces perspectives rejoignent le modèle théorique relatif aux déterminants sociaux de la santé qui indique que le premier facteur influençant la santé d'une population est la situation socioéconomique, culturelle et environnementale (Bowen et Walton, 2015; Mikkonen et Raphael, 2011). Ainsi, des conditions de vie sociales et matérielles défavorables auraient une incidence directe sur l'état de santé des populations. Reid et LeDrew (2013) notent par ailleurs que les femmes sont plus susceptibles d'être pauvres que les hommes. La question des inégalités en santé touche donc particulièrement les femmes. De plus, lorsqu'il s'agit de femmes « pauvres », celles-ci sont exclues des ressources et des opportunités, et elles sont confrontées à des discours qui les caractérisent comme répréhensibles, indignes et déviantes (Pugach et Goodman, 2015; Reid et Tom, 2006).

Ancré dans le modèle théorique des déterminants sociaux de la santé, cet article présente les résultats d'une recherche qualitative ayant pour objectif de mieux comprendre le lien entre l'expérience de précarité (faible niveau socioéconomique) de femmes francophones et acadiennes du Nouveau-Brunswick (Canada) vivant en milieu rural et leur expérience de santé¹. Plus spécifiquement, il s'agit de comprendre la façon dont elles perçoivent leur santé et dont elles entrent en relation avec le système de protection sociale (programmes d'assurance sociale et d'aide sociale) et le système de santé. Cet article présente d'abord des considérations théoriques sur la santé, puis plus précisément sur la santé des femmes en situation de pauvreté. Par la suite, la méthodologie sera brièvement exposée, suivie des principaux résultats, analysés en fonction des dimensions suivantes soit la stigmatisation² (Goffman, 1963), la prise en charge de sa santé et la ruralité. Enfin, la discussion portera sur la reconnaissance des inégalités sociales et en conclusion seront abordées des stratégies d'action visant à contrer ces inégalités sociales.

1. Considérations théoriques sur la santé

À l'échelle internationale, l'état de santé³ de la population varie en fonction des divers niveaux socio-économiques (Boisvert, 2013; Phillips, 2009). Dans plusieurs pays industrialisés, le problème de la persistance des inégalités sociales demeure. La majorité des sociétés modernes possède des systèmes de santé publique qui facilitent l'accès et l'utilisation des services. Néanmoins, ces systèmes n'atténuent guère les inégalités existantes. En effet, l'inégalité matérielle, qui traduit des écarts de statut social et culturel, contribue de manière importante aux écarts en matière de problèmes sociaux et de santé (Wilkinson et Pickett, 2013: 49). Selon ces auteurs, l'augmentation du PIB⁴ n'assure toutefois pas aux populations la longévité, d'autres facteurs étant à considérer (Wilkinson et Pickett, 2013). Dans une critique de l'approche du PIB pour mesurer la qualité de vie des populations, Nussbaum (2012 : 75) explique que cette approche ne considère pas la répartition des revenus et n'indique pas non plus « où se trouve la richesse, qui la contrôle, et quel est le sort de ceux qui en sont dépourvus ». Elle ajoute que « cette approche agrège des aspects de la vie humaine à la fois différents et largement indépendants les uns des autres : la santé, l'espérance de vie, l'éducation, etc. » (Nussbaum, 2012 : 75). Ainsi, Nussbaum, mais aussi Wilkinson et Pickett (2013), font ressortir le fait que le PIB ne tient pas compte des écarts de richesse entre les habitants, ce qui se traduit par des iniquités en matière de santé et d'éducation, par exemple. Les écarts en matière de santé découlent donc de facteurs sociaux, économiques et culturels, et ce, même avec les progrès médicaux et l'évolution technologique que connaissent les pays riches. En conséquence, la pauvreté agit sur l'équité en matière de santé et la qualité de vie. Or, pour comprendre la santé des femmes en situation de pauvreté, il faut prendre en compte les iniquités systémiques auxquelles elles font face et se préoccuper des déterminants sociaux de la santé (Ponic et Frisby, 2010).

¹ Cette recherche a été réalisée en 2014-2015 grâce au soutien du Consortium national de formation en santé (CNFS) grâce à une subvention issue du volet « Appui à l'exploration et au démarrage d'un nouveau champ de recherche ». Les données publiées dans cet article sont des données primaires tirées du discours des participantes.

² La stigmatisation réfère au processus par lequel un individu est étiqueté en raison de la différence qu'il affiche par rapport à la norme ou aux attentes sociales.

³ Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012), la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est déterminée tant « par le contexte social, politique et économique que par la biologie ». L'OMS ajoute que « la médiocrité et la disparité des conditions de vie sont les conséquences de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées » (2009 : 1).

⁴ Le PIB (produit intérieur brut) mesure la richesse économique d'un pays sur une base annuelle. Non seulement le PIB permet d'apprécier la croissance économique, mais il permet aussi de déterminer le niveau de vie de sa population (Statistique Canada, 2015).

2. Comprendre la santé des femmes en situation de pauvreté

Les déterminants sociaux de la santé renvoient à des catégories telles que le revenu et sa répartition équitable, le filet de sécurité sociale, la sécurité⁵ alimentaire, la petite enfance, l'éducation, les soins de santé, l'inclusion⁶ sociale et l'identité (genre, groupe ethnique, handicap, etc.) (Raphael, 2009, dans Mikkonen et Raphael, 2011). Ce dernier déterminant, soit l'identité, qui comprend entre autres la prise en compte du genre dans les inégalités en matière de santé, impose un regard particulier sur la situation des femmes. Or, la santé des femmes est non seulement influencée par une situation socialement désavantageuse, mais également par la stigmatisation et la marginalisation dont elles font l'objet en raison de leur identité. De manière plus spécifique, Broussard, Joseph et Thompson (2012), en s'inspirant de la théorie de Goffman (1963), précisent que la stigmatisation renvoie à une dévaluation sociale d'un individu ou d'un groupe à partir de caractéristiques qui leur sont propres, et que ce regard est intériorisé par les personnes ciblées, ce qui entraîne entre autres des expériences de marginalisation. Selon ces auteurs, la stigmatisation affecte plusieurs sphères de la vie des femmes, dont l'accès à l'éducation et à des soins de santé de qualité, ce qui les positionne, en quelque sorte, en marge de la société.

Au Canada, les causes principales de la pauvreté des femmes sont liées aux inégalités du marché du travail, au divorce, à la maternité et au retrait de l'État social (Reid et Tom, 2006). Par exemple, les femmes travaillent généralement moins d'heures que les hommes puisqu'elles doivent, dans la majorité des cas, concilier travail et famille (Raphael, 2010). De plus, ce sont principalement des femmes qui occupent des emplois précaires, souvent à court terme ou à temps partiel, pour un salaire nettement inférieur, avec peu ou pas d'avantages sociaux, notamment sur le plan de la santé (Benoit, Shumka, Vallance et al., 2009).

Le Nouveau-Brunswick, une des provinces canadiennes les plus pauvres, se situe d'ailleurs, pour la cinquième année consécutive, au dernier rang en matière de santé générale autodéclarée (Conseil de la santé du NB, 2014-2015 : 6). Étant donné la situation économique du Nouveau-Brunswick et l'état de santé perçu par sa population, il semble que le lien entre la santé et la pauvreté des femmes soit tout à fait pertinent.

Comme l'indique le tableau 1, au Nouveau-Brunswick, le segment le plus pauvre de la population est en majorité constitué de femmes. Par ailleurs, en 2011, 59 % des femmes occupaient un emploi, le quart de ces emplois étant à temps partiel (Gouvernement du NB, 2012 : 61-63). Notons que 67 % des femmes ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté travaillent et vivent sans conjoint, qu'elles aient ou non des enfants (Gouvernement du NB, 2012 : 43). Le fait que ces femmes travaillent ne leur assure toutefois pas une sécurité matérielle.

Tableau 1 :
Revenu total, selon le sexe, au Nouveau-Brunswick en 2009

	Femmes	Hommes
Moins de 20 000 \$ par année	47 %	30 %
Moins de 10 000 \$ par année	20 %	13 %
Revenu médian	21 130 \$	32 040 \$

(Gouvernement du NB, 2012 : 39)

⁵ Le texte original parle d'*insécurité* alimentaire. Nous avons opté pour la forme positive, soit la *sécurité* alimentaire, puisqu'il nous semble que le déterminant doit être formulé ainsi.

⁶ Le texte original parle d'*exclusion sociale*. Nous avons opté pour la forme positive, soit l'*inclusion sociale*, pour la même raison évoquée ci-dessus.

Par ailleurs, le niveau d’alphabétisme des femmes, déterminant de la santé associé à l’éducation, constitue lui aussi un facteur aggravant qui, conjugué à un faible statut socioéconomique, influence l’état de santé des populations (Nutbeam, 2008). Un peu plus de 50 % de la population néobrunswickoise possède un niveau d’alphabétisme plus bas que le niveau requis pour fonctionner avec succès dans la société (gouvernement du NB, 2012 : 15). Chez les francophones et les Acadiennes et les Acadiens, c’est près de 70 % de la population qui possède un niveau d’alphabétisme inférieur à la moyenne canadienne, soit sous le niveau 3, qui constitue le seuil minimum pour fonctionner ou encore pour maintenir un emploi (Savoie, 2011). La santé des individus et de leur famille en est influencée (Boivin, 2007; Nutbeam, 2008). Par ailleurs, un niveau élevé d’alphabétisme en santé (*health literacy*) serait un atout, puisqu’il permettrait aux individus d’exercer un plus grand contrôle sur les déterminants personnels, sociaux et environnementaux en matière de santé (Nutbeam, 2008). En outre, une plus grande compréhension de la santé et de ses déterminants se traduit par une utilisation accrue du système de santé (Raphael, 2010).

Ce qui précède permet d’établir un lien entre le genre, le statut socioéconomique, l’alphabétisation et l’état de santé. À cela s’ajoute la prise en compte du contexte géographique, telle la ruralité. En effet, Dolan et Thien (2008) estiment que la distance est un élément important à considérer en matière de santé. Au Nouveau-Brunswick, la majorité des membres des communautés francophones et acadiennes vivent en milieu rural, ce qui pose certains défis sur le plan de l’accessibilité aux services de santé. Selon Reid et LeDrew (2013) ainsi que Freudenberg, Franzosa, Chisholm, et Libman (2015), les femmes sont disproportionnellement plus vulnérables que les hommes en matière de santé. Cette vulnérabilité varie selon le contexte géographique où elles habitent, puisque les ressources de santé en milieu rural sont souvent limitées et parfois inaccessibles (Nayar, Nguyen, Apenteng et Yu, 2012; Peterson et Litaker, 2010). Les femmes en milieu urbain ont donc un meilleur accès aux services de santé que celles qui vivent en milieu rural. Dolan et Thien (2008) expliquent que les désavantages socioéconomiques et géographiques s’interrelient et créent des conditions nuisant à la santé des populations rurales. Selon ces auteurs, le taux de mortalité des femmes âgées de 20 à 60 ans vivant en milieu rural aux États-Unis est de 20 % supérieur à celui des femmes vivant en milieu urbain. Les chiffres pour le Nouveau-Brunswick, bien qu’ils englobent les femmes et les hommes, reflètent la même réalité, soit un taux de 21 % supérieur (Conseil de la santé du NB, 2012 : 25).

Un autre déterminant social de la santé relève du filet de sécurité sociale. Ainsi, malgré l’universalité dans des programmes publics canadiens, rien ne garantit l’égalité dans les soins de santé (Phelan, Link et Tehranifar, 2010). L’État est responsable de remédier aux inégalités, mais l’échec des différents gouvernements à les réduire entraîne un accès différencié aux soins de santé en fonction du statut socioéconomique de l’individu (Labonté, 2014). De plus, il existe au sein des systèmes de santé des stéréotypes qui peuvent nuire de façon importante à la santé des femmes pauvres et qui conduisent à un traitement différentiel de celles-ci. À titre d’exemple, elles peuvent être considérées comme incapables de faire des choix responsables et dépourvues de volonté (Sandlin, Stearns, Garlen Maudlin et al., 2011), ou encore comme moins motivées et offrant moins de chances de succès dans leur traitement (Pugach et Goodman, 2015). De plus, selon Pajak, Ahmad, Jenney et al. (2014), le rapport inégalitaire de pouvoir entre les fournisseurs et les demandeurs de services de santé affecte négativement les interactions entre ces femmes et le système de santé. Ces chercheurs précisent que les femmes pauvres font souvent l’objet de blâme, d’humiliation, de coercition et d’abus lorsqu’elles tentent d’accéder à des services auxquels elles ont droit.

Or, il subsiste un discours sur la santé, similaire au discours dominant sur la pauvreté, voulant qu’un piètre état de santé soit associé à des facteurs individuels, voire à des comportements jugés répréhensibles (Pugach et Goodman, 2015; Sandlin, Stearns, Maudlin et al., 2011). Or, se limiter aux facteurs de risque individuels a pour effet d’évacuer les éléments liés au contexte, pourtant

déterminants, et de favoriser des politiques et des stratégies d'intervention vouées à perpétuer des inégalités (Phelan, Link et Tehranifar, 2010).

Il est donc important de considérer ces déterminants sociaux de la santé qui renvoient à des éléments de contexte influençant l'expérience de santé des femmes. En ce sens, l'identité, le niveau socio-économique, l'éducation, le contexte géographique et le filet de sécurité sociale, entre autres, représentent des dimensions incontournables pour mieux comprendre la façon dont les femmes composent avec leur situation de précarité et leur expérience de santé dans un contexte rural francophone. Rose et Hatzenbuehler (2009) précisent par ailleurs l'importance de prendre en compte le parcours de vie pour évaluer l'expérience de santé et ses ramifications particulières, enracinées dans des contextes sociaux qui méritent d'être élucidés.

3. Méthodologie

Cette recherche qualitative ancrée dans une perspective féministe a privilégié l'ethnobiographie plurielle qui comprend la mise en relation, voire le croisement, de récits de vie pour en dégager des analogies permettant de comprendre des réalités spécifiques à partir de récits individuels (Mucchielli, 2002 : 64). Une recherche dans cette perspective engage naturellement les chercheuses à adopter un cadre conceptuel fondé sur des valeurs féministes. La recherche féministe « est une perspective plutôt qu'une méthode », qui se construit en « plaçant les femmes au centre de son investigation et en poursuivant un objectif de changement social » (Ollivier et Tremblay, 2000 : 24). Le recours aux récits de vie permet quant à lui d'étudier dans une optique féministe des segments de vie porteurs de sens pour ces femmes en tenant compte du contexte social et historique dans lequel se tisse leur parcours singulier (Bertaux, 2005), et d'explorer le sens des événements vécus à travers leur regard.

L'entretien par récit de vie adopte cette double position puisque, d'une part, une large place est accordée aux participantes pour qu'elles puissent exprimer leur point de vue en toute liberté et, d'autre part, la chercheuse doit encadrer la discussion et surtout l'orienter « vers la description d'expériences pertinentes pour l'étude de son objet » (Bertaux, 2005 : 68). Dans cette recherche, 17 femmes francophones de deux régions acadiennes rurales et côtières (comtés de Gloucester et de Kent) à prédominance francophone du Nouveau-Brunswick ont été rencontrées. La proportion de francophones est de 85 % dans la population de Gloucester et de 73 % au sein de celle de Kent (Réseau de développement économique et d'employabilité du Canada, 2006). Ces deux régions ont été choisies parce qu'elles ont en commun l'existence de nombreux emplois saisonniers qui dépendent des ressources naturelles, dont l'industrie de la pêche.

Dans leur parcours, les participantes ont vécu des situations de précarité socio-économique, c'est-à-dire qu'elles ont reçu de l'aide au revenu ou de l'assurance emploi, ou encore occupé des emplois atypiques (travail à forfait, autonome, temporaire, saisonnier, ou cumul d'emplois chez divers employeurs), et qu'elles ont eu à relever des défis concernant leur santé et/ou leur rapport au système de santé.

À partir d'un échantillonnage de type boule de neige, la chercheuse principale a communiqué avec des personnes de son réseau dans ces communautés pour prendre contact avec des femmes qui répondaient aux critères de la recherche. Ces personnes ressources ne possédaient aucun lien institutionnel; il s'agissait de simples citoyennes des régions visées par la recherche. C'est au printemps et à l'été 2014 que les entrevues en profondeur (semi directives ou non directives) ont été réalisées. Le tableau 2 décrit le profil des participantes.

Tableau 2 :
Profil des participantes

Groupe d'âge	Nombre de participantes	Nombre d'enfants	Nombre de participantes
21-30 ans	2	Pas d'enfant	1
31-40 ans	0	Un enfant	9
41-50 ans	6	Deux enfants	3
51-60 ans	6	Trois enfants	1
61-70 ans	3	Quatre enfants	3
Logement		Enfants vivant à la maison	
Propriétaire	13	Oui	6
Locataire	4	Non	10
État civil		Éducation	
Mariée	4	Abandon scolaire	10
Union de fait	4	Diplôme d'études secondaires	4
Célibataire/séparée	9	Diplôme d'études postsecondaires	3
Source de revenus⁷		Source de revenus	
Sans revenu	1	Emploi peu rémunéré (10 \$ à 13 \$ heure)	9
Assistance sociale	1	Emploi saisonnier	4
Pension d'invalidité	1	Emploi bien rémunéré (40 000 \$ et plus)	1

Du point de vue éthique, les participantes ont consenti de manière éclairée à s'engager dans cette recherche dont les entretiens étaient enregistrés. Elles ont été informées de leur droit de retrait sans représailles. Les données colligées et publiées ont été anonymisées de manière à assurer la confidentialité.

Une des limites de cette étude est liée à la taille de l'échantillon, qui ne permet pas de dépeindre l'ensemble des situations de pauvreté et de santé des femmes. Une autre limite découle de la difficulté de recrutement de participantes, puisque d'un point de vue méthodologique, il s'avérait important d'éviter de passer par les institutions publiques pour ne pas influencer leur discours. Qui plus est, il n'est pas facile d'accéder à des femmes qui vivent ces réalités, d'autant plus que certaines éprouvent des réserves à accepter de participer au projet, en raison de leur timidité ou encore de l'intrusion d'une telle démarche dans leur vie privée. Cependant, celles qui ont accepté se sont dévoilées et ont partagé leur expérience avec une grande générosité.

⁷ Ces sources de revenu correspondent à la situation des femmes au moment de l'entretien. Il faut cependant noter que la seule participante qui occupe un emploi bien rémunéré a, elle aussi, traversé au cours de sa vie adulte des périodes de pauvreté. Dans la trajectoire de toutes ces femmes, les sources de revenu ont varié au cours de leur vie.

4. Analyse des données

L'analyse des données a permis d'attribuer un sens aux récits de vie des participantes et de rapporter ce qu'elles ont raconté, à partir de trois types d'analyse, soit diachronique, compréhensive et thématique. L'analyse diachronique consiste à structurer les histoires des participantes en tenant compte des événements vécus selon une perspective temporelle, voire chronologique (Bertaux, 2005). Une telle analyse permet d'élaborer « le premier principe d'intelligibilité d'une biographie » puisqu'elle offre une « séquence d'événements objectivés qui constituent un cheminement de vie ou une trajectoire sociale » (Coninck et Godard, 1989 : 24). La deuxième approche, soit l'analyse compréhensive, vise à établir le lien entre les résultats de la recherche et les perceptions des participantes, et à imaginer, à l'intérieur des témoignages, les phénomènes qui sont racontés sous forme allusive, afin d'en faire l'interprétation et de comprendre les processus sociaux en jeu. En ce sens, Bertaux explique :

« un des enjeux centraux de l'analyse compréhensive consiste précisément à identifier ceux [processus] qui renvoient à un mécanisme social ayant marqué l'expérience de vie, à les considérer comme autant d'*indices*, à s'interroger sur leur *signification* sociologique, c'est-à-dire sur ce à quoi ils réfèrent dans le monde socio-historique » (Bertaux, 2005 : 86).

L'exercice analytique suppose de cerner des moments charnières de l'expérience afin d'accéder au vécu en explorant le sens des expériences, des interactions et des logiques qui sous-tendent les événements (Paillé et Mucchielli, 2012 : 147). Pour ce faire, l'analyse thématique a été retenue puisqu'elle permet de repérer, de regrouper et d'examiner les thèmes pertinents à la recherche qui ressortent des récits recensés (Paillé et Mucchielli, 2012 : 232). Cette méthodologie a rendu possible l'accès aux riches discours des femmes afin de mettre en lumière leur expérience comme femmes pauvres francophones et acadiennes vivant en milieu rural côtier et ayant à composer avec un état de santé fragilisé.

5. Pauvreté, santé et ruralité : la voix de femmes francophones et acadiennes

À la lumière des écrits et de l'analyse du discours des participantes, une interrelation entre les différents aspects de leur vie est observée. La pauvreté, le niveau d'alphabétisme et la ruralité marquent leurs trajectoires et leur expérience particulière en matière de santé. Alors qu'elles partagent des conditions de vie et des vécus similaires, entre autres sur le plan de la marginalisation avec laquelle elles doivent composer, leurs discours permettent aussi de saisir la complexité des vécus en matière de stigmatisation et de prise en charge de leur santé en contexte de ruralité.

De la pauvreté à la stigmatisation

Ces femmes vivent dans des milieux ruraux et côtiers, et y ont grandi, pour la plupart, dans des familles pauvres comprenant de nombreux enfants. Plusieurs d'entre elles viennent de familles où le père était pêcheur et la mère n'occupait pas un emploi rémunéré. Leurs témoignages permettent de comprendre que la pauvreté dans leur famille est structurelle. En fait, la dimension structurelle renvoie aux circonstances qui découlent des structures politiques, sociales et économiques (Rose et Hatzenbuehler, 2009), tels le taux de chômage ou encore le type d'emplois disponibles en milieu rural. Le fait, par exemple, que le père soit un travailleur pauvre et que la mère ne soit pas sur le marché du travail précarise la situation financière de la famille. Pour leur part, les facteurs conjoncturels font référence aux circonstances ou aux événements imprévus qui marquent la trajectoire de vie, comme la maladie ou encore un accident, et qui risquent d'exacerber la situation de pauvreté.

Issue d'une famille de dix enfants, Délia a 64 ans et occupe un emploi précaire peu rémunéré. Elle parle de son enfance : « Oui, chez nous, c'était pauvre. Mon père était pêcheur, ma mère ne travaillait pas. Il y avait six, sept ou huit enfants à la maison. Parfois mon père partait. Il a été malade, nous avons reçu de l'assistance... 75 \$ par mois. » Cet exemple reflète comment la situation de pauvreté de la famille de Délia était liée à des facteurs structurels (emploi peu rémunéré, mère au

chômage, taux mensuel d'assistance sociale) et conjoncturels (la maladie du père) peuvent contribuer au développement de la pauvreté.

Les récits de ces femmes traduisent des situations de dénuement qui ont meublé leur enfance. La grande pauvreté de Délia le reflète assez bien :

On était deux filles et huit garçons. Je voyais ma mère travailler... on se disait, comment on va faire ce matin? Il n'y a plus de farine, plus de poisson... J'entendais ma mère et mon père dire ça, et ça m'inquiétait comme enfant. Je me demandais comment on allait faire pour arriver. On a eu frette [froid], mon père se levait la nuit pour chauffer le poêle à charbon.

Ce que révèle l'expérience des femmes, c'est que la pauvreté n'est pas uniquement une question de privation matérielle. C'est aussi subir un quotidien difficile, vivre des inquiétudes par rapport à la précarité de sa situation, assumer comme enfant le poids de certaines responsabilités familiales. Plusieurs témoignent d'un vécu émotionnel qui marque l'enfance, auquel s'ajoutent parfois des problèmes de violence et d'alcool.

Cette pauvreté conduit aussi à des expériences de stigmatisation qui commencent souvent à l'école. La majorité des participantes n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires. L'une des principales raisons évoquées pour expliquer l'abandon scolaire renvoie à l'intimidation vécue à l'école en raison de leur situation de pauvreté. Plusieurs femmes étaient victimes d'intimidation. Jeanne, qui a 52 ans et a quitté l'école au début du secondaire, raconte :

J'arrivais souvent à l'école sans livre ni crayon. Tu faisais rire de toi. Après un élan, le monde vient à savoir que tu grandis sur le welfare [assistance sociale]. T'es comme stéréotypée parce que ton linge n'est pas de marque. C'était souvent de deuxième main.

C'est en raison de l'intimidation vécue parce qu'elles étaient pauvres qu'elles ont quitté l'école. D'autres l'ont abandonnée pour aider la famille ou pour aller travailler et contribuer au revenu familial.

L'expérience des femmes rencontrées illustre que la stigmatisation et l'intimidation liées à la pauvreté vécue au cours de l'enfance peuvent parfois conduire à l'abandon scolaire. Ce vécu de stigmatisation n'est donc pas étranger à leur réalité à l'âge adulte. La majorité se retrouve toujours en situation de pauvreté, ce qui mine leurs moyens de prise en charge de leur santé. La stigmatisation perdure elle aussi, entre autres de la part d'agents de l'État quand elles demandent des services, ce qui génère diverses émotions, dont l'indignation, le sentiment d'impuissance et le sentiment d'injustice. En réfléchissant à ses nombreuses demandes pour obtenir de l'aide, Édith, qui a 62 ans et reçoit une pension d'invalidité de 509 \$ par mois, trouve incompréhensible et injuste qu'on lui ait refusé un soutien pour payer ses médicaments :

Qu'est-ce que ça veut dire, le Bien-être? Quand une personne est dans la misère, pourquoi ils n'aident pas? Il y en a qui sont chanceux. Ils vont là et ils l'ont tout de suite. Moi, j'ai vu une madame. Son mari pêchait, comme le mien, presque les mêmes salaires. Mais, elle, ses piqûres étaient payées. Pis moi, elles n'étaient pas payées. J'me suis dit : Pourquoi ils font ça? Il n'y a pas de justice, on dirait.

Il est important de préciser qu'au Nouveau-Brunswick, 20 % de la population n'avait pas accès à des régimes d'assurance médicaments privés ou publics avant 2014. Ce groupe consistait essentiellement en des travailleuses et travailleurs pauvres (Front commun pour la justice sociale, 2014). Un nouveau régime est en vigueur depuis mai 2014, auquel les adhérents doivent toutefois contribuer selon leur revenu (gouvernement du NB, 2013). Il est à noter que les personnes vivant de l'aide sociale bénéficient d'une certaine couverture pour défrayer les coûts de leurs médicaments sur ordonnance. Or, l'exemple d'Édith exprime la façon dont l'accès à la couverture de médicaments renvoie à une question d'iniquité structurelle. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, en voulant contribuer à un meilleur accès à la couverture des médicaments d'ordonnance, accentue la situation déjà précaire de ce groupe, en ce que le nouveau régime exige de ses adhérents une contribution financière, dont

l'effet est particulièrement ressenti par les travailleuses et travailleurs les plus pauvres (Front commun pour la justice sociale, 2014).

Quant à Monique (52 ans), elle a dû quitter son emploi en raison de sa maladie, et a été contrainte de se tourner vers l'assistance sociale. Atteinte de cancer, elle doit ainsi assumer avec un très faible revenu de nombreuses dépenses additionnelles (frais de transport, médicaments non vendus sur ordonnance, alimentation nécessaire à la prise en charge de sa santé, etc.). Son nouveau revenu, comme elle l'exprime, n'est même pas suffisant pour payer les dépenses mensuelles de base. Elle est indignée :

Tu es malade, le cancer... débrouille-toi avec 537 \$ pis, nous autres, on s'en fout là! Paye pas tes taxes, pis ils vont venir chercher ta roulotte, qu'elle soit payée ou pas, on va venir la chercher. Organise-toi avec 537 \$, pis fais ton mois. Les mois sont longs. Va donner ce montant à ceux qui travaillent pour le gouvernement. Tiens, 537 \$! Va te promener avec ça! Paye ton loyer, paye ton électricité, paye ton téléphone, paye ton internet, fais la belle vie.

Ces discours permettent d'apprécier toute la capacité d'analyse de ces femmes et leur lucidité devant les injustices, les décisions arbitraires, les iniquités, voire les failles du système. Ces situations accentuent la vulnérabilité de certaines, qui doivent jongler avec diverses stratégies de prise en charge. Bien que ces stratégies soient multiples, ce qui suit permet d'illustrer celles qui consistent à se procurer des médicaments et à assurer sa sécurité alimentaire.

Prise en charge de sa santé : faire preuve de débrouillardise devant des choix difficiles

Le fait de devoir composer avec un problème de santé est en soi difficile. Quand s'ajoutent à la maladie des conditions de pauvreté, exacerbées par le coût des médicaments, ces femmes se retrouvent dans des situations affligeantes. Par exemple, le coût des médicaments d'Édith s'élevait à plus de 1000 \$ par mois. Elle pouvait difficilement se les procurer, son conjoint et elle étant travailleurs saisonniers. Ainsi, sa condition de santé se détériorait : « Le docteur me donnait une prescription, mais je ne pouvais pas la prendre. Je n'osais pas lui dire que je ne les avais pas pris. Je ne pouvais pas les payer, les pilules. » Pour sa part, Carmelle, qui a 54 ans, travaille, mais son salaire ne lui permet pas de se procurer une assurance santé privée, car son employeur n'en offre pas⁸. Elle explique :

Quand t'achètes tes médicaments pis que tu as une paye aux deux semaines de 800 \$, pis que t'es obligée de payer 600 \$ pour les médicaments, pis l'autre paye sert à payer le manger pis toutes ces affaires-là, à la fin du mois, il n'en reste plus beaucoup.

La réalité de Monique est aussi difficile. Faute de moyens financiers, elle a dû mettre fin à son assurance santé qui lui coûtait 57 \$ par mois. Quelques mois plus tard, elle a reçu un diagnostic de cancer. Sans régime d'assurance, et ayant dû cesser son travail en raison de sa maladie, elle est « tombée », comme elle l'exprime, sur l'assistance sociale parce qu'elle ne pouvait plus travailler et avait épuisé ses prestations d'assurance chômage. Sa situation se résume ainsi : vivre seule, avec le cancer, en région rurale, très éloignée des centres de traitements du cancer, avec comme revenu un chèque d'assistance sociale de 537 \$ par mois.

Comme de nombreuses participantes n'avaient pas accès à un régime d'assurance santé lors de certains événements qu'elles relatent, il leur était souvent impossible de se procurer les médicaments nécessaires pour atténuer leurs douleurs physiques. Leurs témoignages illustrent en quoi le manque de moyen financier a un impact qui dépasse largement la souffrance et la douleur : c'est leur dignité humaine qui est atteinte. Celle-ci subit également d'autres assauts. La situation de Maria, âgée de 48 ans, qui travaillait comme serveuse dans un restaurant, en fait foi. Sa condition de santé entraînait une perte de cheveux et elle n'avait pas les moyens de payer le traitement nécessaire :

⁸ Il est à noter que cet extrait fait état de la situation de Carmelle avant la mise en place d'un régime d'assurance médicaments au Nouveau-Brunswick, en 2014.

J'ai fait une dépression. Je travaillais beaucoup pis quand j'ai eu mon fils, j'ai commencé à perdre mes cheveux, à cause de mes hormones. On m'a dit : Utilise du « Rogaine ». Moi, je n'avais pas d'argent pour rien. Je ne pouvais pas en acheter. Mes cheveux tombaient, c'était grave. Je portais un casque parce que je ne voulais pas qu'on voit ça.

Ces paroles expriment bien la souffrance vécue par ces femmes qui peuvent difficilement se procurer les médicaments dont elles ont besoin. Même si certains médicaments sont couverts par l'assistance sociale, ce n'est pas toujours le cas. Ghislaine, âgée de 54 ans, vit de prestations d'assistance sociale et doit prendre des antihistaminiques, des vitamines, des suppléments de calcium et des gouttes pour ses yeux. Tous ces produits en vente libre ne sont pas couverts par l'assurance médicaments. Pourtant, ils sont essentiels au soulagement de Ghislaine, au maintien de sa santé et à sa qualité de vie.

Outre le coût des médicaments, les frais liés aux soins dentaires et aux soins de la vue sont inaccessibles à la plupart des participantes, surtout aux travailleuses pauvres. Celles qui reçoivent de l'assistance sociale ont une carte d'assurance maladie qui couvre certains soins. Or, si l'État ne contribue pas ou encore si l'employeur n'offre pas de plan de santé, ces femmes n'ont pas accès à ces soins. Ida, âgée de 60 ans, a elle-même un vécu de pauvreté et occupe un emploi qui l'amène à côtoyer des personnes pauvres. Elle parle d'une femme avec qui elle travaille :

Elle avait mal aux dents et elle a dit : Je n'ai pas d'argent pour aller chez le dentiste, le Bien-être vient juste de couper ça. Qu'est-ce que tu fais? J'ai dit, ben, t'as pas le choix. Elle m'a dit : J'avais appeler pour voir si j'peux faire ça par paiement. C'est triste ça! Tu souffres, t'as mal aux dents...

Enfin, la pauvreté de ces femmes fait en sorte qu'elles ne peuvent pas avoir recours aux soins dont elles ont besoin, ou encore qu'elles doivent s'endetter pour y accéder comme en témoigne Édith :

Pour avoir de l'argent pour mes médicaments, j'avais été me furrer à la Finance [crédit privé]. À la banque, on m'a dit : Non, vous ne pouvez pas avec votre salaire. Là, j'ai été à la Finance pour avoir 2 000 \$. Je l'ai eu, parce qu'à la Finance, eux autres, ils « carent » pas [ils s'en foutent]. J'étais bien contente, mais c'était dur. C'est 27 ou 28 % d'intérêts!

La maladie et son traitement affectent la vie des femmes, notamment sur les plans physique, social et économique. La pauvreté vient exacerber leur situation de santé. À cela s'ajoutent, pour certaines, des effets iatrogènes liés au traitement de la maladie.

Bien que des femmes se privent de médicaments faute de moyens financiers, c'est parfois pour se les payer que certaines se priveront de nourriture en quantité, en qualité et en diversité. D'autres encore s'en passeront pour répondre aux besoins de leurs enfants. Or, le simple fait de se procurer de la nourriture pour avoir une alimentation saine s'avère difficile pour ces femmes, étant donné leur maigre revenu. Bélanda, 47 ans, travailleuse pauvre et mère seule de deux enfants, raconte qu'elle profite des rabais qu'offrent les magasins d'alimentation :

Je fais attention tout le temps... Je coupe partout. L'épicerie est faite en conséquence des spéciaux. Si la viande hachée est en spécial cette semaine, je vais en acheter 1, 2 ou 3 paquets, selon ce que je peux me permettre. J'achète le pain même s'il est mark down [produit ayant presque atteint sa date de péremption], moi ça ne me dérange pas!

Ces récits permettent de constater à quel point ces femmes se retrouvent devant peu d'options quant à leur alimentation. Leur réalité financière les place dans une situation qui influe sur la qualité, la variété et la quantité des aliments qu'elles consomment, ainsi que leurs proches. Qu'en est-il quand elles doivent choisir entre se nourrir et payer leurs médicaments?

Certaines femmes vont choisir de se nourrir et de nourrir leur famille plutôt que d'acheter les médicaments dont elles ont besoin. Devant ce choix, Monique opte pour se procurer de la nourriture. Nina, âgée de 57 ans et mère de quatre enfants, choisit de nourrir ses enfants au lieu de se procurer les médicaments qui la soulagent avec les 100 \$ qui lui restent. Pour sa part, Édith se prive plutôt de

nourriture pour se procurer les médicaments qui soulageront ses douleurs arthritiques. Les femmes sont trop souvent placées devant des non-choix, car l'alimentation et la prise de médicaments revêtent toutes deux une importance cruciale dans la prise en charge de leur santé. Peu importe leur décision, elles se retrouvent pénalisées, car leur santé physique et psychologique en souffre assurément.

Le fait de vivre en milieu rural a également des répercussions sur leur santé, le contexte géographique étant lié à la situation de pauvreté et aux moyens de prise en charge de la santé. Bien qu'il existe des avantages au fait de vivre en milieu rural (par exemple, l'existence d'un réseau de soutien informel), la distance qui sépare ces milieux des grands centres où sont concentrés les services de santé ajoute au fardeau financier des femmes.

Ruralité : quand la distance génère isolement et dépendance

Les défis de la ruralité sont surtout évoqués en lien avec la situation financière précaire des femmes et la souffrance causée par l'isolement lorsqu'elles doivent s'éloigner de leurs proches pour des traitements. Plusieurs soins de santé ne sont pas offerts dans les milieux ruraux (certains traitements du cancer, par exemple). Monique devait faire trois heures de route par semaine pour ses traitements en oncologie. Elle s'y rend encore pour un suivi aux quatre mois. Vu son état de santé, conduire seule est difficile. Elle peine à se trouver des accompagnateurs, étant donné que ses ressources financières l'empêchent de les dédommager. Il est à noter que le programme de remboursement des frais de transport de l'assistance sociale est insuffisant, et qu'aucun service de transport en commun à moindre coût n'est disponible en région rurale au Nouveau-Brunswick.

D'autres femmes ont également besoin de consulter des spécialistes loin de la région où elles habitent. Au Nouveau-Brunswick, il existe peu de services de transport en commun. Or, les déplacements occasionnent des coûts, tant financiers que sur le plan du stress généré. Édith devait souvent aller voir un spécialiste, mais elle avait peu d'argent pour s'y rendre : « Quand tu parles d'aller en ville, c'est 100 \$. Ben, j'amenais mon lunch, pis on ne mangeait pas dans les restaurants. On n'avait pas les moyens d'aller là. » Au début de sa maladie, Édith se rendait trois fois par semaine en ville, et devait parfois y retourner le lendemain pour ajuster sa médication. Elle devait aussi se déplacer pour d'autres soins de santé. Plusieurs femmes doivent ainsi conduire ou se faire conduire sur de longues distances pour être soignées. Ghislaine raconte comment elle s'organisait pour ses déplacements : « Je prenais l'argent pour aller à Halifax, quand j'avais mon impôt. J'avais 200 \$. Je ne le touchais pas. Une année que j'ai dû me faire opérer, j'ai été à l'Institut cardiologique à Montréal. »

De plus, quand elles sont hospitalisées, elles sont souvent seules pour faire face à la maladie et aux traitements, avec tout ce que cela comporte. L'isolement occasionné par les séjours dans les centres urbains est un autre défi de taille, leurs proches ne pouvant pas toujours les accompagner. Ainsi, elles vivent plusieurs émotions liées à la maladie, à l'isolement et au sentiment de dépendance.

6. Discussion : pour une reconnaissance des inégalités sociales

Cette recherche a permis de constater que les inégalités sociales dont les femmes font l'objet influent sur la prise en charge de leur santé. Ces inégalités sont observables à travers leur trajectoire de vie, relativement à leur identité, c'est-à-dire au fait d'être une femme, à leur expérience de pauvreté, à leur parcours d'éducation, au contexte géographique (la ruralité, dans le cas présent) ainsi qu'au contexte socio-politique qui détermine le filet de sécurité sociale. La prise en compte de ces inégalités ouvre la voie aux actions qui s'imposent pour les réduire dans un souci de développement d'une société plus juste et plus équitable en matière de santé.

Du côté des inégalités sociales engendrées par le vécu de pauvreté, la stigmatisation dont elles ont fait l'objet a eu pour effet de contribuer à leur exclusion sociale et par ricochet à un abandon scolaire, un lien également illustré dans l'étude de Casanova (2012). Cette rupture dans la trajectoire scolaire des femmes rencontrées est par ailleurs souvent liée à la pauvreté dans laquelle elles se retrouvent aujourd'hui. Souvent, même celles qui sont en mesure de travailler n'ont accès qu'à des

emplois mal rémunérés avec peu d'avantages sociaux. Leur situation de pauvreté actuelle nuit donc à la prise en charge de leur santé, car elles doivent, par exemple, choisir entre se nourrir et se soigner. Ainsi, deux déterminants sociaux de la santé tels qu'identifiés par Mikkonen et Raphael (2011) se retrouvent en conflit, à savoir la sécurité alimentaire et les services de santé.

De surcroît, le contexte de ruralité exacerbe les inégalités en fonction des expériences personnelles de distance, d'isolement et de dépendance, générant un fardeau financier injuste et un potentiel vécu de souffrance. La ruralité, dans ces circonstances, nuit à la santé de ces femmes. En ce sens, Dolan et Thien (2008) précisent que si on prend en considération les déterminants sociaux de la santé, la restructuration des services de santé qui a donné lieu à la centralisation des services en milieu urbain a eu un impact négatif sur la santé des populations, et plus particulièrement sur celle des femmes.

Cela permet de mieux comprendre pourquoi les déterminants sociaux de la santé (dont l'inclusion sociale, l'éducation, le revenu, la sécurité alimentaire, les soins de santé, le filet de sécurité sociale et l'identité) figurent parmi les dimensions relevées dans l'analyse des récits de ces femmes qui reflètent en quoi « le cycle d'oppression [est] à l'origine de l'injustice sociale » (McGibbon, Etowa et McPherson, 2008 : 21).

Or, la prise en charge de leur santé par ces femmes francophones et acadiennes pauvres vivant en milieu rural témoigne de toute évidence d'inégalités flagrantes. Comment peut-on éliminer, sinon réduire, ces inégalités sociales en tenant compte du fait que dans les sociétés moins égalitaires, les problèmes de santé sont plus fréquents (Wilkinson et Pickett, 2013 : 38)? Une réflexion s'impose sur les actions à mener dans le contexte actuel. En effet, dans un climat politique et économique dit d'austérité, le défi réside dans la capacité à convaincre les dirigeants de la nécessité de reconnaître l'existence même des inégalités (Boisvert, 2013). Les dirigeants visent souvent la réduction des dépenses et des impôts, au détriment du bien commun. De plus, les efforts de centralisation et de privatisation des services de santé qui ont été déployés dans les années 1990 et qui perdurent ont pour effet de réduire les services et d'en remettre la responsabilité aux communautés, dans une démarche de désengagement de l'État. Cette restructuration a eu des répercussions sur l'organisation des services et les déterminants sociaux de la santé, et par conséquent sur la prise en charge de la santé des femmes (Dolan et Thien, 2008).

Un autre obstacle à la reconnaissance des inégalités, dans ce contexte néolibéral⁹, consiste en la propension à individualiser, voire à stigmatiser les personnes, les rendant responsables de leurs conditions de santé en raison d'habitudes de vie déviantes ou répréhensibles (Sandlin, Stearns, Garlen et al., 2011). Fournier (2015) évoque d'ailleurs le concept de responsabilité associé à cette approche politique quand il affirme que « la responsabilité prend des formes spécifiques au sein même d'une rationalité néolibérale de gouvernement. Elle est ici principalement liée à l'usage de la rationalité individuelle, c'est-à-dire au succès relatif des choix et des calculs individuels » (Fournier, 2015 : 139). Les femmes pauvres et en mauvaise santé sont particulièrement visées par ce type de regard disqualifiant, qui se traduit par un discours sur deux registres, celui de la pauvreté perçue comme une tare individuelle et celui de la maladie induite par de mauvaises décisions et un manque d'éducation. En ce sens, les femmes pauvres et malades « sont dépeintes comme ayant peu de volonté ou comme étant constituées de corps hors-normes » (traduction libre, Reid et Tom, 2006 : 404). Pourtant, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2013), par exemple, a reconnu que ce sont d'abord les programmes et les politiques qui exercent une influence sur les déterminants de la santé, qui à leur tour influent sur les résultats de santé d'une population. À juste titre, l'état de santé de la population

⁹ Le néolibéralisme « prétend que l'État doit s'impliquer le moins possible et se contenter d'assurer le minimum vital aux personnes les plus démunies. Ce courant de pensée, aux relais politiques puissants, prétend également que l'individu est en fin de compte le premier responsable de son sort » (Lamoureux, 2003 : 67-68). Une telle approche véhicule des croyances sociales, économiques et politiques qui ont un impact sur la compréhension des problèmes sociaux, l'élaboration des politiques sociales et les interventions privilégiées (Mullaly, 1997).

est ainsi mesuré à partir d'un modèle intégrant les comportements de santé, les facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et les services de santé. Toutefois, selon le Portrait de la santé de la population 2014-2015 (Conseil de la santé du NB, 2014-2015), les facteurs personnels semblent occuper une place importante dans l'analyse de la santé de la population néo-brunswickoise, perpétuant la stigmatisation des individus. Or, il s'avère essentiel de contextualiser les facteurs de risque, car :

« les interventions qui visent le changement des profils de risque individuels devraient d'abord identifier les facteurs qui mettent les personnes à risque. [...]. Ceci éviterait l'actualisation d'interventions visant le changement de comportements qui sont fortement influencés par des facteurs non considérés dans l'intervention » (traduction libre, Phelan, Link et Tehranifar, 2010 : 37).

Ces facteurs structurels doivent être pris en compte dans le développement concret de politiques sociales, de programmes et de services afin d'éviter de stigmatiser les individus, notamment les femmes, et de promouvoir une plus grande justice sociale. Ce renversement de perspective exige, comme le dit Boisvert (2013 : 201), « une éthique de la reconnaissance ». Il s'agit donc d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies d'intervention qui tiennent compte des contextes de vie des femmes.

CONCLUSION : DES STRATÉGIES POUR MIEUX INTERVENIR

L'objectif du présent article consistait à mieux saisir la réalité des femmes francophones et acadiennes pauvres en contexte de ruralité dans la prise en charge de leur santé. Leurs récits contribuent à une meilleure compréhension des inégalités sociales dont elles font l'objet à partir d'une lecture des déterminants sociaux de la santé.

Sur le plan des retombées pour la pratique, un certain nombre de réflexions ont émané de cette étude. En ce sens, l'intervention en matière de santé doit fondamentalement s'inscrire dans une volonté de collaboration intersectorielle¹⁰ (Sarker et Joarder, 2012) afin d'éviter les mesures isolées qui répondent de manière parcellaire aux besoins des individus et qui ont peu d'impact sur la réduction des inégalités. Elle doit aussi être adaptée aux contextes régionaux et à leurs réalités géographiques et structurelles pour assurer un accès équitable aux soins de santé. Les communautés locales sont des partenaires essentiels dans la description des besoins et des défis spécifiques de la population. Un exemple intéressant pour illustrer la collaboration intersectorielle et l'implication des communautés locales est celui proposé par des intervenants du Nord-Est du Nouveau-Brunswick concernant la mise en place de la Prestation de services intégrés. Cette initiative est le fruit d'un travail concerté réunissant quatre ministères et un organisme communautaire. Elle vise à assurer l'accès à des services intégrés pour les enfants, les jeunes et leur famille (Centre de bénévolat de la Péninsule Acadienne Inc. et District scolaire Nord-Est, 2012). Cette collaboration s'inscrit dans ce que Boisvert (2013 : 202) appelle « les ancrages territoriaux et l'intelligence collective ». Ce genre de projet, ancré dans la communauté, vise à réduire les inégalités en tenant compte des besoins des populations dans un territoire donné.

Ce modèle intersectoriel pourrait très bien être adapté à la question de la santé des femmes pauvres vivant en milieu rural. En effet, la collaboration des divers ministères et intervenants des secteurs public et communautaire permettrait le développement d'une compréhension commune des besoins et l'élaboration de stratégies d'intervention assurant un accès équitable aux services en matière de santé pour ces femmes. Ces efforts concertés ne seront valables que s'ils sont réalisés à partir d'une analyse féministe qui tient compte des conditions particulières des femmes. Cela permettra de mettre

¹⁰ Selon Saker et Joarder (2012), la collaboration intersectorielle sous-tend « une collaboration légitimement reconnue entre plusieurs partenaires du domaine de la santé avec des partenaires d'autres secteurs afin d'intervenir pour améliorer l'état de santé des populations de façon à ce que leurs actions soient davantage efficaces, efficientes et durables » (traduction libre, Saker et Joarder, 2012 : 7).

en lumière les inégalités qu'elles vivent et d'intervenir de façon à les réduire. C'est en ce sens que le rôle des travailleuses sociales qui œuvrent auprès de ces femmes est fondamental, tant dans l'accompagnement individuel que dans la revendication en vue de meilleures conditions de vie pour cette population.

Les travailleuses sociales doivent fréquemment réagir à des besoins immédiats, puisqu'elles interviennent souvent en première ligne. Cet aspect de leur pratique n'est pas sans avoir un impact sur leurs efforts de mobilisation visant à intervenir sur des dimensions plus globales, liées au contexte social, politique et économique et plus directement associées aux causes des inégalités dont sont victimes les femmes. Concrètement, il s'agit pour le travail social de s'engager davantage dans des pratiques d'intervention qui visent la prise de conscience par les femmes des systèmes d'oppression qui produisent des inégalités. Une telle approche, qui mise sur la solidarité, s'inscrit dans ce que préconise l'intervention féministe (Corbeil et Marchand, 2010), c'est-à-dire le développement du pouvoir d'action des femmes conscientisées, qui, en collaboration avec des travailleuses sociales, ont la possibilité de se mobiliser pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, dans leurs milieux de pratique et au sein des institutions, les travailleuses sociales sont invitées à mettre davantage l'accent sur leur rôle de défenseuses des droits pour contrer la stigmatisation et la discrimination subies par les femmes, de manière à ramener le discours sur les déterminants sociaux de la santé au centre des pratiques et des politiques (Craig, Bejan et Muskat, 2013).

De telles préoccupations sont étroitement liées au travail social puisque, comme le souligne Boisvert (2013 : 211) : « Les inégalités sociales existent. Elles font mal. » Elles interpellent les travailleuses sociales, qui peuvent jouer un rôle crucial dans la revendication, le développement et la mise en œuvre de politiques et de pratiques susceptibles de restaurer la justice, la dignité humaine et l'autonomie de ces femmes, des valeurs dont Monique rappelle l'importance quand elle dit : « Bien-être... 537 \$ que le gouvernement te donne! Tiens, toi! Tu es malade, le cancer... débrouille-toi avec 537 \$ pis, nous autres, on s'en fout là! »

ABSTRACT :

This article is based on a qualitative study exploring the life stories of Acadian women living in poverty in rural and coastal regions of New Brunswick. More specifically, seventeen women were interviewed, and the narratives led to a better understanding of the challenges they face regarding their management of their overall health. Hence, these interviews provided insight to comprehend how poverty, literacy, and rurality influenced their unique life experiences and trajectories with regards to their health. The former highlighted social inequalities they experience. Thus, it is essential to recognize that these inequalities are first and foremost structural, in order to avoid intervention strategies based on a reductionist analysis that individualizes their realities, therefore allowing the reproduction of inequalities. Intervention strategies should encompass intersectoral initiatives grounded in the communities. These interventions require governments to actively engage in promoting equality and social justice.

KEY WORDS :

Women, poverty, health, rurality, inequalities

RÉFÉRENCES

- Benoit, C., Shumka, L., Vallance, K., Hallgrímsdóttir, R., Phillips, R., Kobayashi, K. et E. Brief (2009). « Explaining the Health Gap Experienced by Girls and Women in Canada : A Social Determinants of Health Perspective », *Social Research Online*, vol. 14, n° 5, 1-23.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie* (2^e éd.), Paris : Éditions Armand Colin.
- Boisvert, R. (2013). « Réduction des inégalités sociales de santé : dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 1, 197-214.
- Boivin, N. (2007). « Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick », *Francophonies d'Amérique*, n° 23-24, 31-44.

- Bowen, E. A. et Q. L. Walton (2015). « Disparities and the Social Determinants of Mental Health and Addictions : Opportunities for a Multifaceted Social Work Response », *Health and Social Work*, vol. 40, n° 3, 59-65.
- Broussard, A. C., Joseph, A. L. et M. Thompson (2012). « Stressors and Coping Strategies Used by Single Mothers Living in Poverty », *Affilia*, vol. 27, n° 2, 190-204.
- Casanova, S. (2012). « The stigmatization and resilience of female indigenous Mexican immigrant », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 34, n° 3, 375-403.
- Centre de bénévolat de la Péninsule Acadienne Inc. et District scolaire Nord-Est (2012). « Le répertoire des services pour les prestations des services intégrés du Nord-Est ». Extrait du site <http://web1.nbed.nb.ca/sites/dsne/Pages/Prestation-des-services-int%C3%A9gr%C3%A9s.aspx>. Consulté le 13 mai 2015.
- Coninck, F. et F. Godard (1989). « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie*, vol. 31, n° 1, 23-53.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2014-2015). « Portrait de la santé de la population 2014-2015 ». Extrait du site du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. http://www.nbhc.ca/sites/default/files/2014-2015_portrait_de_la_sante_de_la_population.pdf Consulté le 8 mai 2015.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2013). « *Portrait de la santé de la population 2013/2014 : Document technique* ». Extrait du site du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. http://www.csnb.ca/sites/default/files/documents/portrait_de_la_sante_de_la_population_document_technique_2013.2014_0.pdf. Consulté le 13 novembre 2014.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2012). « Portrait de la santé de la population 2012 – document technique ». Extrait du site du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. http://www.csnb.ca/sites/default/files/pdf/Complete_report_2012-FR.pdf. Consulté le 15 septembre 2015.
- Corbeil, C. et I. Marchand (2010). « L'intervention féministe : un modèle et des pratiques au cœur du mouvement des femmes québécois » : 23-56, dans C. Corbeil et I. Marchand (sous la dir.), *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique sociale diversifiée*, Québec : Les Éditions du remue-ménage.
- Craig, S. L., Bejan, R. et B. Muskat (2013). « Making the Invisible Visible : Are Health Social Workers Addressing the Social Determinants of Health? », *Social Work in Health Care*, vol. 52, n° 4, 311-331.
- Dolan, H. et D. Thien (2008). « Relations of Care : A Framework for Placing Women and Health in Rural Communities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99, n° 2, 38-42.
- Fournier, P. (2015). « La responsabilité comme mode de gouvernement néolibéral : l'exemple des programmes », *Les ateliers de l'éthique*, vol. 10, n° 1, 129-154.
- Freudenberg, N., Franzosa, E., Chisholm, J. et K. Libman (2015). « New Approaches for Moving Upstream : How State and Local Health Departments Can Transform Practice to Reduce Health Inequalities », *Health Education & Behavior*, vol. 42, n° 1S, 46S-56S.
- Front commun pour la justice sociale inc. (2014). « Le régime médicaments du Nouveau-Brunswick. Qui doit payer? ». Moncton, Front commun pour la justice sociale. Extrait du site du Front commun pour la justice sociale. <http://frontnb.ca/userfiles/file/R%C3%A9gime%20m%C3%A9dicaments-Qui%20doit%20payer-Juillet%202014.pdf> Consulté le 23 septembre 2015.
- Goffman, E. (1963). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*, New York : J. Aronson.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2013). « Annonce du régime médicaments du Nouveau-Brunswick ». Communiqué du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Extrait du site du site du gouvernement du Nouveau-Brunswick. <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu%C3%A9.2013.12.1269.html> Consulté le 24 septembre 2015.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2012). « Profil Égalité : Femmes du Nouveau-Brunswick ». Direction des questions féminines. Bureau du Conseil Exécutif, Province du Nouveau-Brunswick. Extrait du site du gouvernement du Nouveau-Brunswick. <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/WI-DQF/pdf/fr/ProfilEgalite.pdf>. Consulté le 14 octobre 2014.
- Labonté, R. (2014). « Development goals in the post-2015 world : Whither Canada? », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 105, n° 3, 224-228.

- Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*, Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- McGibbon, E., Etowa, J. et C. McPherson (2008). « L'accès aux soins de santé comme déterminant social de la santé », *Infirmière Canadienne*, vol. 9, n° 7, 21-25.
- Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York.
- Mucchielli, A. (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris : Éditions Armand Colin.
- Mullaly, B. (1997). *Structural Social Work. Ideology, Theory, and Practice*, Don Mills, Ontario : Oxford University Press.
- Nayar, P., Nguyen, T., Apenteng, B. et F. Yu (2012). « Preventable Hospitalizations : Does Rurality or Non-Physician Clinician Supply Matter? », *Journal of Community Health*, vol. 37, 487-494.
- Nussbaum, M. (2012). *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste?*, Paris : Flammarion.
- Nutbeam, D. (2008). « The evolving concept of health literacy », *Social Science & Medecine*, vol. 67, 2072-2078.
- Ollivier, M. et M. Tremblay (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris : L'Harmattan.
- OMS (2012). La définition de la santé de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé. Extrait du site de l'OMS. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Consulté le 14 mai 2015.
- OMS (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève : Les éditions de l'OMS.
- Paillet, P. et A. Mucchielli (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Éditions Armand Colin.
- Pajak, C. R., Ahmad, F., Jenney, A., Fisher, P. et L.M. Chan (2014). « Survivor's Costs of Saying No : Exploring the Experience of Accessing Services for Intimate Partner Violence », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 29, n° 14, 25-71-2591.
- Peterson, L.E. et D. G. Litaker (2010). « Country-Level Poverty is Equally Associated with Unmet Health Care Needs in Rural and Urban Settings », *The Journal of Rural Health*, vol. 26, 373-382.
- Phelan, J. C., Link, B. G. et P. Tehranifar (2010). « Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51, 28-40.
- Phillips, R. (2009). « Food security and women's health. A feminist perspective for international social work », *International Social Work*, vol. 52, n° 4, 485-498.
- Ponic, P. et N. Frisby (2010). « Unpacking Assumptions About Inclusion in Community-Based Health Promotion : Perspectives of Women Living in Poverty », *Qualitative Health Research*, vol. 20, n° 11, 1519-1531.
- Potvin, L. (2015). « Un thème plus actuel que jamais : promouvoir la santé et l'équité », *Global Health Promotion*, vol. 22, n° 1, 71-73.
- Pugach, M. R. et L. A. Goodman (2015). « Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy : A qualitative descriptive analysis », *Counselling Psychology Quarterly*, 1-24.
- Raphael, D. (2010). *Health and Illness : About Canada*, Winnipeg : Fernwood Publishing.
- Reid, C. et R. A. LeDrew (2013). « The Burden of Being "Employable" : Underpaid and Unpaid Work and Women's Health », *Journal of Women and Social Work*, vol. 28, n° 1, 79-93.
- Reid, C. et A. Tom (2006). « Poor Women's Discourses of Legitimacy, Poverty, and Health », *Gender and Society*, vol. 20, n° 3, 402-421.
- Réseau de développement économique et d'employabilité du Canada. (2006). *Profils socio-économiques du Nouveau-Brunswick*. Extrait du site du réseau de développement économique et d'employabilité du Canada : <http://www.rdee.ca/statistique/fr/nouveau-brunswick/index.php> Consulté le 24 septembre 2015.
- Rose, S. M. et S. Hatzenbuehler (2009). « Embodying social class : The link between poverty, income inequality and health », *International Social Work*, vol. 52, n° 4, 459-471.
- Sandlin, J. A., Stearns, J., Garlen Maudlin, J. et J. Burdick (2011). « "Now I Aint't Sayin' She a Gold Digger" : Wal-Mart Shoppers, Welfare Queens, and Other Gendered Stereotypes of Poor Women in the Big Curriculum of Consumption », *Cultural Studies*, vol. 11, n° 5, 464-482.
- Sarker, M. et T. Joarder (2012). « Intersectoral collaboration : a novel path to promote community health promotion », *Global Health Promotion*, vol. 19, n° 4, 7-8.

- Savoie, L. (2011). *Comprendre la trajectoire sociale de femmes francophones du Nouveau-Brunswick ayant participé à un processus d'alphabétisation : une perspective féministe*, Thèse de doctorat, Université de Moncton.
- Statistique Canada (2015). *À propos du produit intérieur brut*, Gouvernement du Canada, Extrait du site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/fra/cen/apropos/pib>
Consulté le 25 septembre 2015.
- Wilkinson, R. et K. Pickett (2013). *L'égalité, c'est mieux. Pourquoi les écarts de richesses ruinent nos sociétés*, Montréal : Les éditions Écosociété.