

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA**

UMI[®]
800-521-0600



Université d'Ottawa · University of Ottawa

**PRATIQUES DE SANTÉ ET D'ACTIVITÉ PHYSIQUE:
ENTRETIENS AVEC DES FEMMES CHEFFES DE FAMILLES MONOPARENTALES**

THÈSE

**Soumise à l'École des études supérieures et de la recherche
comme exigence partielle
de la Maîtrise en Études du sport**

© ALEXANDRE DUMAS

B.Sc., Université d'Ottawa, 1997

École des sciences de l'activité physique

Université d'Ottawa

1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-46564-0

Canada

Alexandre Dumas, 1999

RÉSUMÉ

La présente étude vise à analyser et améliorer la compréhension de certains aspects relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique d'un groupe de femmes cheffes de familles monoparentales. L'étude a consisté à interviewer 7 femmes cheffes de familles monoparentales francophones du Québec qui vivent dans des conditions socio-économiques précaires. Le protocole de recherche utilise une approche qualitative fondée sur des principes féministes et postmodernistes (Harding, 1991; Rail, 1998). La cueillette et l'analyse des données se sont déroulées selon des techniques empruntées à l'ethnographie et la socio-phénoménologie. NUD-IST. Enfin, la forme narrative a été employée lors de la rédaction afin de se coller le plus fidèlement possible, à la parole des participantes. Les résultats ont été divisés en cinq chapitres: (a) la monoparentalité, (b) la perception de la santé, (c) les pratiques de santé, (d) les contraintes aux pratiques de santé et (e) les manifestations des contraintes aux pratiques de santé. De façon générale, les participantes reconnaissent l'importance d'une bonne santé mais s'adonnent à peu de pratiques de santé et d'activité physique. Plusieurs obstacles ont été mentionnés à cet égard. Les limites reliées à l'éducation et l'emploi, le fardeau des responsabilités familiales, les conflits avec l'ex-conjoint, les politiques sociales déficientes et les éléments répressifs de l'environnement social sont apparus comme des contraintes indirectes aux pratiques de santé et d'activité physique. De plus, d'autres types de contraintes affectent leur participation de façon plus directe: le manque de temps, le manque de ressource financière, l'intériorisation forcée d'une éthique du soin et le surmenage. Les résultats de l'étude ont mené à quelques recommandations qui pourraient permettre d'accroître la participation des femmes cheffes de familles monoparentales à diverses pratiques de santé et d'activité physique.

REMERCIEMENTS

Ce travail est loin d'être le fruit d'efforts solitaires. Plusieurs personnes doivent être remerciées suite à leur soutien et conseils cruciaux dans la réalisation de ce projet. Tout d'abord, j'aimerais souligner la présence incontournable de ma directrice de thèse, Geneviève Rail, qui sans aucun doute sera déterminante dans mon développement tant académique que personnel dans les années à venir. Geneviève m'aura transmis sa passion pour la recherche et la poursuite d'une justice sociale, notamment en ce qui a trait aux causes féministes. Je tiens à remercier mes parents, mon frère et ma soeur pour leur soutien incessant et leur compréhension lors de moments plus difficiles. De plus, je remercie Willow, qui a sûrement été le pendant affectif de mes efforts. Sa présence, ses conseils et ses contributions académiques auront rendu cette expérience des plus mémorable. Je remercie Jean Harvey et Cécile Coderre pour leur présence constante et leurs commentaires rafraîchissants à toutes les étapes de la rédaction. Je remercie le fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche et l'Université d'Ottawa pour leur soutien financier pendant ces deux dernières années. Enfin, je remercie les sept participantes de l'étude. Sans elles, ce travail serait sans âme. À nouveau, merci à toutes et à tous!

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
PREMIÈRE PARTIE:	
CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES, EMPIRIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES.....	10
CHAPITRE I: INTRODUCTION	11
Problématique	11
But de l'étude	13
Approche méthodologique.....	13
Importance de l'étude	14
Limites de l'étude.....	15
CHAPITRE II: RECENSION DES ÉCRITS	17
Les femmes et la santé	17
Les systèmes sociaux de pouvoir et la santé des femmes	20
La pauvreté et la santé des femmes.....	25
La culture de la pauvreté et la santé des femmes	27
La santé et la féminisation de la pauvreté	31
Les familles monoparentales et la santé.....	32

Les femmes et la santé	35
Les femmes et l'activité physique.....	39
Les femmes cheffes de familles monoparentales:	
les contextes socio-économique et sanitaire	48
Le contexte socio-économique	48
Le contexte sanitaire	52
Conclusion	53
CHAPITRE III: MÉTHODOLOGIE.....	57
Le protocole de recherche	57
L'échantillon.....	59
Le guide d'entretien	63
La préparation aux entretiens.....	64
Les principes d'intervention	65
La recherche féministe effectuée par les hommes	66
La collecte des données	68
Les entretiens pilotes	68
Les entretiens	69
La transcription des entretiens	70
L'analyse des données	72
La validation des résultats.....	75

DEUXIÈME PARTIE:

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	76
---------------------------	----

CHAPITRE IV: LA MONOPARENTALITÉ.....	77
--------------------------------------	----

L'union.....	77
--------------	----

La rupture.....	79
-----------------	----

La monoparentalité	80
--------------------------	----

Conclusion	82
------------------	----

CHAPITRE V: PERCEPTIONS DE LA SANTÉ.....	84
--	----

Les définitions de la santé.....	85
----------------------------------	----

Les perceptions de la santé dans le contexte de la monoparentalité	88
--	----

Conclusion	90
------------------	----

CHAPITRE VI: LES PRATIQUES DE SANTÉ.....	92
--	----

Les pratiques de santé souhaitées	93
---	----

Les éléments motivateurs des pratiques souhaitées	94
---	----

Les pratiques souhaitées	97
--------------------------------	----

Les pratiques rêvées.....	100
---------------------------	-----

Les pratiques de santé réelles.....	102
-------------------------------------	-----

L'influence des enfants	102
-------------------------------	-----

L'influence des amies	103
-----------------------------	-----

L'influence de l'ex-conjoint	104
------------------------------------	-----

L'influence de la parenté	105
Conclusion	107
CHAPITRE VII: LES CONTRAINTES AUX PRATIQUES DE SANTÉ.....	110
Les limites reliées à l'éducation et à l'emploi	112
Le fardeau des responsabilités familiales	117
Les conflits avec l'ex-conjoint.....	119
Harcèlement et violence.....	120
Contrôle économique.....	121
Irresponsabilités paternelles.....	122
Les politiques sociales déficientes	123
Les éléments répressifs de l'environnement social.....	126
La méritocratie	127
Le culte du mariage et de la maternité	127
Les normes sociales sexistes.....	129
Les normes sociales hétérosexistes	130
Les obstacles à l'intégration	131
La violence.....	133
Conclusion	134
CHAPITRE VIII: LES MANIFESTATIONS DES CONTRAINTES	
AUX PRATIQUES DE SANTÉ	137
Le manque de temps	137

Le manque de ressource financière.....	140
L'intériorisation « forcée » de l'éthique du soin.....	145
La mère dispensatrice de soins	146
La mère responsable du bien-être de ses enfants	147
Le surmenage et l'épuisement	149
Conclusion.....	150
TROISIÈME PARTIE:	
CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE	153
CHAPITRE IX: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	154
Conclusion	154
Recommandations.....	159
Recommandations au milieu universitaire.....	159
Recommandations au milieu communautaire.....	160
RÉFÉRENCES	162
ANNEXE A: Protocole d'entretien	175
ANNEXE B: Lettre d'information sur l'étude.....	178
ANNEXE C: Formulaire de consentement à une entrevue.....	181
ANNEXE D: Lettre d'autorisation du comité d'éthique	183

PREMIÈRE PARTIE:
CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES, EMPIRIQUES ET
MÉTHODOLOGIQUES

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Problématique

Le bureau du Surgeon General des États-Unis a reconfirmé l'importance de mettre en valeur les pratiques d'activité physique et sportives comme pratiques de santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Plusieurs autres ouvrages arrivent à des conclusions semblables, estimant que l'activité physique compte parmi les habitudes de vie saine et les influences déterminantes sur la santé des individus. Parallèlement, des études sur la santé de la population soulignent que les conditions socio-économiques des individus figurent parmi les principaux déterminants de la santé (e.g., Santé Canada, 1996; Santé Québec, 1998; Sherwin, 1998). Ces études indiquent que le revenu est le déterminant le plus important en ce qui a trait à la santé.

Le phénomène de la pauvreté et plus particulièrement celui de la féminisation de la pauvreté sont de plus en plus présents en Amérique du Nord (Thomas, 1994b). L'éclatement de la famille nucléaire et le départ de l'homme pourvoyeur dans les couples hétérosexuels ont grandement contribué à ce phénomène (Dandurand, 1994b). L'absence de l'homme dans l'union hétérosexuelle, surtout lorsqu'il y a des enfants, est critique quant à la situation économique et la qualité de vie de la femme (Gunderson et al., 1990). En 1996, on comptait 950 000 femmes cheffes de familles monoparentales au Canada, soit 12,0 pour cent de toutes les familles (Statistique Canada, 1998a). Au Québec, la proportion était légèrement plus élevée car elles comptaient pour 15,9 pour cent des familles (Statistiques Canada, 1998a). Le revenu moyen des femmes cheffes de familles monoparentales ayant un travail rémunéré n'était que

de 22 300 \$ après impôts (Statistique Canada, 1998b) et celui des femmes cheffes de familles monoparentales n'ayant pas de travail rémunéré se situait dramatiquement au niveau de 12 765\$ par année (Statistique Canada, 1998c). La situation économique étant fortement reliée à la santé, les personnes les plus dépourvues sont limitées quant aux moyens associés à la poursuite d'un mode de vie en santé (Lock, 1998). La justice sociale apparaît donc comme un déterminant important de la santé en Amérique du Nord (Lippman, 1998).

L'équité en matière de santé est une préoccupation importante dans le champ de la sociologie du sport et de la santé (Donnelly et Harvey, 1996; Hoffman, 1995). Plus précisément, plusieurs études ont discuté des déterminants des pratiques de santé et d'activité physique (e.g., Donnelly et al., 1996; Laberge, 1992). Par contre, les déterminants socio-culturels des pratiques de santé de certaines populations, comme celle des femmes cheffes de familles monoparentales, ont été peu explorés (Benningoff-Jannerat, 1996). Les études féministes ont contribué grandement à identifier des mécanismes d'oppression tels que le capitalisme, le patriarcat et le racisme (Bannerji, 1995; Brewer, 1997; Carr, 1997b) qui influencent négativement les comportements favorisant le bien-être et la santé des femmes (Morgan, 1998). Ces études ont également exploré divers contextes de dépendance économique des femmes; ces contextes impliquent automatiquement des relations de pouvoir limitant une prise en charge des femmes (DeKoninck, Saillant et Dunningan, 1983),

Selon DeKoninck et al., (1983), l'adhésion à un mode de vie actif donne à l'individu une perception de prise en charge sur sa vie, une perception qui est encore recherchée dans le mouvement pour la santé des femmes.

But de l'étude

Le but de cette étude est de décrire et d'analyser certains aspects relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique d'un groupe de femmes cheffes de familles monoparentales afin d'en améliorer la compréhension. L'étude est centrée sur les diverses situations que vivent des femmes cheffes de familles monoparentales francophones de la région de l'Outaouais québécois et sur les divers facteurs qui aident ou nuisent à leurs pratiques de santé.

Approche méthodologique

Plusieurs chercheurs et chercheuses ont noté l'omniprésence du discours bio-médical dans la conception contemporaine de la santé (e.g., Blais, 1998; Lippman, 1998; Morgan; 1998). Par contre, les alternatives aux sciences dites « dures » pénètrent progressivement le domaine de la santé publique (Blais, 1998). Au plan méthodologique, elles permettent, entre autres, de redonner le point de vue de l'individu dans son rapport à la santé (Blais, 1998).

C'est le cas de la présente étude qui utilise une approche qualitative et féministe fondée sur des principes épistémologiques post-modernistes (Boisvert, 1997; Rail, 1998; Sykes, 1998). Plus précisément, l'étude est fondée sur une méthodologie qualitative éclectique empruntant des méthodes de recherche ethnographiques et socio-phénoménologiques. Cette méthodologie privilégie l'utilisation d'entretiens individuels de type semi-dirigé (Deslauriers, 1991) afin de donner la parole à celles qui vivent leur santé dans la situation particulière de la monoparentalité.

L'échantillon était composé de sept femmes cheffes de familles monoparentales provenant de la région de l'Outaouais québécois et ayant des caractéristiques variées en ce qui a trait à l'âge, au nombre d'enfants, au niveau de scolarisation, à la classe sociale, à la race, à l'orientation sexuelle et à l'appartenance à un milieu rural ou urbain. La sélection des

participantes s'est faite par l'intermédiaire de deux organismes régionaux qui travaillent auprès des femmes.

Chaque entrevue était composée de deux sections, l'une plus formelle qui visait à recueillir des informations socio-démographiques et l'autre, plus informelle, qui constituait la majeure partie de l'entretien et qui visait à comprendre une réalité particulière. Les entretiens ont duré entre 60 et 90 minutes et se sont déroulés dans un environnement déterminé par la participante. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits intégralement et intégrés dans un logiciel d'analyse de données qualitatives. Les étapes de collecte et d'analyse des données ont été traitées simultanément. L'analyse consistait à relever des thèmes et des catégories de thèmes pour chaque entrevue. Suite à une analyse des thèmes, par participante (analyse verticale), les thèmes ont été analysés collectivement (analyse horizontale) (voir Beausoleil, 1998).

Tout au long des diverses étapes de l'étude, une attention particulière a été apportée aux différences qui existent entre le chercheur et les participantes, ainsi qu'à leurs conséquences pour la relation intervieweur-interviewée, l'analyse des discours et l'interprétation des résultats.

Importance de l'étude

Cette étude vise à explorer la problématique de la santé et des pratiques d'activité physique dans la vie des femmes cheffes de familles monoparentales. En fait, en ce qui a trait aux pratiques de santé et d'activité physique chez ce groupe, peu d'études sont de nature qualitative. Ainsi, la voix des personnes socialement minorisées n'est pas justement entendue. Dans une société caractérisée par l'importance accordée aux discours dominants, la place qu'occupe le discours des femmes cheffes de familles monoparentales est trop restreinte et fait en sorte que les problèmes auxquels elles font face sont peu abordés, ou encore, sont discutés

d'une façon qui a peu à voir avec leur réalité quotidienne. Les études antérieures qui traitent des mères en général comprennent des données quantitatives et agrégées (Laberge et Sankoff, 1988; Laberge, 1992) qui nous disent peu sur le phénomène de la santé au niveau individuel, plus particulièrement en ce qui concerne le sens que revêtent diverses pratiques de santé. La présente étude est donc importante puisqu'elle permet de mieux situer les discours des participantes et les éléments qui influencent leurs pratiques de santé et d'activité physique. La nature qualitative des données recueillies permet également de mieux exposer les expériences vécues en relation avec une telle problématique sociale.

Enfin, l'étude permet de faire une série de recommandations qui pourraient contribuer à enrayer les injustices dont sont victimes les femmes cheffes de familles monoparentales en matière de pratiques de santé et d'activité physique.

Limites de l'étude

Cette étude se limite à une série de sept entrevues avec des femmes cheffes de familles monoparentales sur leurs pratiques de santé et d'activité physique. Lors de la planification de l'échantillonnage, plusieurs critères ont été établis pour la sélection d'un échantillon hétérogène qui a été conçu pour tenter de capter une variété d'expériences. Évidemment avec un si petit échantillon, l'éventail d'expériences demeure réduit. L'étude présente aussi des limites au niveau de la collecte des données, plus précisément au niveau de la conduite des entrevues. Les points qui ont été relevés par Devault (1990), Harding (1991), Andersen (1993) et Ristock et Pennell (1996) concernant les rapports de pouvoir et les différences fondamentales entre la participante et le chercheur sont légitimes et doivent être pris en considération. La participation du chercheur à deux sessions de formation données par des intervenantes affiliées à des centres de femmes ont permis de sensibiliser le chercheur à la problématique des femmes cheffes de

familles monoparentales et de le préparer davantage aux diverses situations d'entretien; mais la distance sociale entre le chercheur et les participantes limite certainement la compréhension du phénomène et son interprétation.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre porte sur la recension des écrits relatifs aux aspects sociaux qui entourent les pratiques de santé et d'activité physique des femmes en général et plus particulièrement des femmes cheffes de familles monoparentales. Cette recension permet de tracer un portrait global et de situer la problématique de la santé des femmes cheffes de familles monoparentales dans son contexte social et culturel. Le chapitre comprend huit thèmes qui ont été documentés dans les écrits et reliés à cette problématique: (a) les femmes et la santé; (b) les systèmes sociaux de pouvoir et la santé des femmes; (c) la pauvreté et la santé des femmes; (d) la culture de la pauvreté et la santé des femmes; (e) la santé et la féminisation de la pauvreté; (f) les familles monoparentales et la santé; (g) les femmes, la santé et l'activité physique; et (h) les femmes cheffes de familles monoparentales: les contextes socio-économique et sanitaire. Les faiblesses et les lacunes de l'ensemble des écrits sont présentées dans la dernière section du chapitre.

Les femmes et la santé

Les déterminants de la santé des femmes ont largement été documentés par les chercheurs et chercheuses (e.g., Blais, 1998; Jutras et al., 1994; DeKoninck et al., 1983; Paquet, 1989; Quéniard, 1991; Sherwin, 1998). Il s'agit de déterminants tels que le revenu disponible, l'accessibilité aux institutions de santé et le niveau d'éducation (Donnelly et al., 1996). Par contre, les éléments précurseurs de ces déterminants sont plus difficiles à identifier et à comprendre (Hale, 1995; Thomas, 1994a). Chose certaine, plusieurs mécanismes sociaux entraînent des injustices flagrantes au niveau de la santé des femmes (Hoffman, 1995;

Lippman, 1998; Lock, 1998). Deux d'entre eux, soit le capitalisme et le patriarcat semblent être principalement retenus par les auteurs et auteures comme mécanismes d'oppression de la femme (e.g., Eiseinstein, 1984; German, 1997; Morgan, 1998). Leurs effets sont multiples dans la conceptualisation sociale de la santé et du corps de la femmes (Morgan, 1998).

Le mouvement de la santé des femmes a grandement contribué au questionnement des pratiques associées à leur corps de la femme (Mitchinson, 1998; Saillant, 1985; Sloane et al., 1993). Selon Saillant (1985), ce mouvement aura permis de cerner les fondements du pouvoir et conséquemment, de valoriser la prise en charge des femmes. Les idéologies soutenues par le secteur médical semblent être en partie responsables de la subordination du corps de la femme dans l'environnement socio-sanitaire (DeKoninck et al., 1983; Fahlberg, 1991; Morgan; 1998; Saillant 1985). Les femmes ont été privées du pouvoir sur leur propre corps, ce qui constitue l'une des raisons de leur dépendance face à la médecine (DeKoninck et al., 1983). Selon DeKoninck et ses collègues, cette dépendance implique automatiquement une relation de pouvoir; soit un pouvoir des hommes sur les femmes. La dépendance économique représente une autre forme de relation de pouvoir entre hommes et femmes (Thomas, 1994a). Cette dernière est centrale aux discussions sur le phénomène de la pauvreté et soit de l'appauvrissement des femmes dans leur rapport à l'homme et à l'État. L'éclatement de la famille nucléaire et le départ de l'homme pourvoyeur dans les couples hétérosexuels ont contribué grandement à la féminisation de la pauvreté (Baker, 1995; Gunderson et al., 1990; Thomas, 1994a, 1994b). Ce phénomène est de plus en plus présent chez les populations pauvres (Blank, 1997). Le divorce ou le départ de l'homme dans l'union hétérosexuelle, surtout lorsqu'il y a des enfants, est critique pour la situation économique et la qualité de vie de la femme, (Gunderson et al., 1990; Lock, 1998; Lippman, 1998).

Plusieurs études en santé publique démontrent les relations significatives entre la pauvreté et la diminution de la qualité des pratiques de santé préventives (e.g., Evans et al., 1994; Guyot, 1995; Paquet, 1989; Renaud, 1994). Par exemple, les habitudes alimentaires, le niveau de stress et la pratique de l'activité physique sont des éléments qui sont influencés par une diminution du revenu ou par une dépendance économique face à l'État (Donnelly et al., 1996). Les effets sur la santé placent les femmes à la tête de familles monoparentales dans des positions particulièrement vulnérables (Duffy, 1995; Guyon, 1991; Jutras et al., 1994).

Au Canada, les femmes cheffes de familles monoparentales ainsi que leurs enfants constituent la plus grande proportion des individus sous le seuil de la pauvreté (Conseil National du Bien-Être du Canada, 1994; Statistique Canada, 1992a). La dépendance financière et sociale de ces femmes face au père de leurs enfants et à l'État ne favorise pas une prise en charge par elles mêmes de leur santé. La quasi-totalité de leurs ressources financières sont vouées à la survie de la famille, ce qui a préséance sur leurs pratiques de santé et leur bien-être personnel (Schein, 1995).

Il n'est plus à démontrer que la pratique courante d'activités physiques et récréatives améliore significativement la santé corporelle et mentale des individus (e.g., U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Par contre, ces pratiques corporelles sont déterminées par divers types de contraintes (e.g., Donnelly et al., 1996). Dans le contexte actuel, beaucoup de femmes pauvres mettent en péril la stabilité des besoins primaires des membres de leur famille si elles s'adonnent à de telles pratiques (Schein, 1995). La pratique de l'activité physique et récréative devrait-elle être un droit fondamental pour tous et toutes comme le stipule la Charte internationale de l'éducation physique et du sport élaborée par l'UNESCO en 1978? Pour l'instant, les femmes, plus particulièrement les mères, sont les moins actives en

ce qui a trait aux pratiques d'activités physiques et récréatives (e.g., Benningoff-Jannerat, 1996; Donnelly et al., 1996; Santé Canada, 1996). L'adhésion à un mode de vie actif donne à l'individu une perception de prise en charge sur sa vie (De Koninck, 1983); une perception qui est encore recherchée dans la continuité du mouvement pour la santé des femmes (Lippman, 1998). Pour l'instant, plusieurs femmes s'estiment impuissantes quant aux déterminants fondamentaux de leur santé puisque ces déterminants dépendent de politiques sociales particulières vis-à-vis lesquelles elles ont peu de pouvoir décisionnel (Lippman, 1998).

Les systèmes sociaux de pouvoir et la santé des femmes

Plusieurs auteurs et auteures ont tenté d'expliquer les phénomènes relatifs au pouvoir qui gouvernent les capacités de transformation de l'individu (Jary et Jary, 1995). Deux tendances semblent se distinguer chez les auteurs et auteures: la tendance structuraliste selon laquelle le pouvoir est conçu comme étant extérieur au sujet et une certaine tendance d'inspiration foucauldienne selon laquelle le pouvoir est conçu comme étant à l'intérieur du sujet. Selon Jary et sa collègue (1995), les approches féministes, qu'elles soient socialistes ou radicales, utilisent les deux perspectives, mais en y ajoutant que le pouvoir est un processus sexué. Certains mécanismes, tels que le capitalisme, le patriarcat et le racisme, véhiculent des idéologies et actions qui sont rattachées à un pouvoir. Il est toutefois important de noter que les résultats l'analyse du pouvoir, provenant du jumelage de systèmes de domination tel que le capitalisme, le patriarcat et le racisme, ne font pas unanimité chez les féministes. German (1997), par exemple, estime que la théorie du patriarcat minimise la perception de la présence significative des femmes sur le marché du travail et par conséquent limite leur pouvoir émancipatoire. Sa perspective marxiste, centrée sur la lutte des classes serait préférable, selon elle, dans le combat émancipatoire des femmes.

Les travaux d'Eisenstein (1978, 1984) sont largement cités pour leur explication du capitalisme et du patriarcat ainsi que des rôles que ces derniers entretiennent en ce qui a trait à l'oppression des femmes. Selon Eisenstein (1984), les deux systèmes sont interdépendants et fonctionnent en symbiose pour en arriver à des fins particulières. Selon Thomas (1994a), le capitalisme organise des relations de classes sociales en vue d'un contrôle politique et d'une maximisation des profits. Hale (1995) indique que le capitalisme est fondé sur la reproduction et la conservation du travail non-rémunéré qui se doit d'être supporté par la logique d'une séparation entre les domaines public et privé. Comme la femme est associée au domaine privé, cette auteure affirme que la subordination des femmes, soit par leur confinement dans des rôles traditionnels, soit par son accès restreint aux ressources financières, est une condition nécessaire à la survie du système capitaliste. Selon Eisenstein (1978), cette oppression sexuée tire sa logique d'un raisonnement capitaliste. Mais Eisenstein ne fait pas uniquement référence au système capitaliste dans son explication de l'oppression de la femme mais aussi des formes de pouvoir ancrées dans les relations hommes-femmes qui s'expliquent en partie par l'analyse du patriarcat (Eisenstein, 1978).

Le patriarcat est organisé en fonction d'une différenciation hiérarchique du pouvoir entre l'homme et la femme (Eisenstein, 1984; Hale, 1995; Thomas 1994a). Carr (1997a) définit le patriarcat comme un principe universel de domination masculine qui organise les sociétés. Elle estime que toutes les sociétés sont patriarcales dans le sens où elles ségrègent et stratifient la population selon des critères sexuels. Par conséquent, elle croit que les femmes sont opprimées dans les institutions sociales et politiques, ce qui garantit aux hommes un accès aux ressources matérielles et non-matérielles des femmes.

Selon Thomas (1994a), le système patriarcal fonctionne selon trois mécanismes: (a) la création d'une classe fondée sur le sexe, (b) la création d'une idéologie de suprématie masculine, et (c) la création et le contrôle des institutions et politiques masculines. Dans sa critique de ce système, elle estime que la dichotomie sexuelle est utilisée pour différencier deux entités biologiques associées à des rôles sociaux. Thomas suggère que le système patriarcal réserve trois rôles principaux à la femme: celui de la femme-épouse « wifehood », de la femme-mère « motherhood » et de la femme-féminine « womanhood ». De façon similaire, Mies (1997) discute de la « housewifitization », de la colonisation et de la domestification de la femme. Plus particulièrement en ce qui a trait à l'oppression des femmes cheffes de familles monoparentales, Sands et sa collègue (1989) expliquent que ce type de maternité est marginalisé par le culte de la domesticité au sein duquel il est entendu que la femme demeure au foyer (sphère privée) et que l'homme est pourvoyeur (sphère publique). Ce culte fait aussi référence à l'éthique de la famille traditionnelle, c'est-à-dire celle qui dicte à la femme de se marier, d'avoir des enfants (Thomas 1994b) et de vivre en dépendance économique par rapport à son mari (Mies, 1997). La perception selon laquelle les femmes sont déterminées biologiquement à être nourrices et responsables de leurs enfants les limite aux paramètres du foyer et aux travaux non-rémunérés. Par conséquent, elles demeurent dépendantes et économiquement vulnérables.

Dans un monde patriarcal, l'atteinte du bien-être par les femmes semble être fondée sur leur dépendance en regard des hommes, tant au plan économique qu'au plan des relations interpersonnelles (Thomas, 1994b; Schein, 1995). Selon Scott (1984), ce système de domination est composé d'un amalgame de forces qui maintiennent les femmes dans une certaine instabilité économique tout en augmentant leurs responsabilités à cet égard. Plusieurs femmes

sont pauvres et non-rémunérées, même si elles font des travaux indispensables pour la société (Eisenstein, 1978; Gunderson et al., 1990; Scott, 1984; Thomas, 1994b). Au début des années 1980, l'Organisation mondiale du travail estimait que 90 pour cent du travail non-rémunéré sur la terre était fait par des femmes (Scott, 1984). Dans le système patriarcal, il est facile de noter que la pauvreté de la femme relève d'une problématique particulière. Par exemple, si on prend pour acquis que les difficultés économiques des hommes sont représentatives des conditions du marché du travail, on doit reconnaître que celles des femmes sont principalement associées aux emplois à bas salaires et à temps partiel, au divorce et à la séparation, à leur rôle traditionnel et à l'ensemble des pratiques discriminatoires (Gunderson et al., 1990; McLanahan et al., 1989). Conséquemment, les femmes sont tenues responsables d'un grand nombre de malaises sociaux qui peuvent être relatifs à la pauvreté (voir Sands et al., 1992). À ce sujet, Armstrong (1995) discute de l'endoctrinement par le biais duquel les mères sont responsabilisées et blâmées pour de nombreux maux sociaux.

Au capitalisme et au patriarcat, il faut ajouter le racisme comme mécanisme de domination sociale (Carr, 1997b; Brewer, 1997; Maracle, 1993). Jary et sa collègue (1995) définissent le racisme comme un ensemble de croyances, d'idéologies et de processus sociaux qui discriminent les individus sur des bases d'identification à un groupe racial. Le racisme serait originaire d'une pensée qui donne un sens aux traits physiques et génétiques de l'humain et qui participe à la création d'un système de catégorisation qui leur attribue des significations généralement négatives (Jary et Jary, 1995). Dans la même veine, Bannerji (1995), croit que c'est dans le pouvoir de concevoir et de définir autrui que les groupes dominants assurent leur contrôle. De son côté, Maracle (1993) décrit le racisme comme une culture qui émerge d'une division des individus sur des bases raciales et d'un ensemble de mesures protectionnistes

employées par les groupes dominants. Selon elle, l'idéologie d'une supériorité raciale par rapport à une autre ne semble pas être la rhétorique principale en Amérique du Nord. Les discours racistes prennent d'autres formes (Bannerji, 1995; Maracle, 1993). Dans Thinking through: Essays on Feminism, Marxism, and Anti-Racism, Bannerji présente une analyse foucauldienne de l'effet raciste du discours du « gros bon sens ». Ce type de discours repose sur l'utilisation d'idées préconçues qui prennent racines dans nos fondements historiques (Bannerji, 1995). Les soit-disant « évidences » présentées dans les discours populaires sont en fait des normes et des formes sociales préalablement associées à des pratiques d'esclavage, de colonialisme, d'extermination et de néo-colonialisme. C'est dans cette diffusion normalisée de supposées évidences relatives au savoir et aux pratiques culturelles que l'on retrouve le discours raciste.

Bref, quelles que soient les analyses qui traitent du racisme, elles se doivent d'éviter la pensée unidimensionnelle des méthodes empiriques nord-américaines (Bannerji, 1995) le racisme doit être compris à partir des réalités économiques, idéologiques, historiques et géographiques (Cole, 1997).

La triade oppressive que forment le capitalisme, le patriarcat et le racisme a été observée par plusieurs auteurs et auteures (e.g., Bannerji, 1995; Brewer, 1997; Carr, 1997b). Carr (1997b) discute de l'intersection complexe des oppressions associées à la race, à la classe et aux rapports sociaux de sexe dans les structures sociales et dans les subjectivités humaines:

Race, class and gender are the fundamental hierarchies which create oppressive social relations, relations of inequality in which the subordination of one group constitutes and is the necessary condition for the privilege of another. (p. 454)

Bien que les femmes noires soient celles qui ont subi et qui subissent encore la plupart des injustices sociales, Carr (1997b) estime que l'ensemble de la société est affectée par les systèmes oppressifs:

Not only black women but everyone else is located in a social structure organized by race, class, and gender; everyone is categorized -- empowered and/or disempowered by these intersecting systems of privilege and inequality; and each and every significant social practice, whether material or discursive, has some relation, whether of opposition or complicity or both, to them. (p.55)

Les effets des systèmes de domination maintiennent certains groupes dans des états de subordination. Les prochaines sections offrent un regard sur diverses réalités qui se rattachent aux groupes minorisés féminins et plus spécifiquement à ceux des femmes cheffes de familles monoparentales.

La pauvreté et la santé des femmes

La définition de la pauvreté diffère selon les perspectives. L'approche privilégiée dans les sondages requiert la création d'un seuil de pauvreté fondé sur l'analyse de données quantitatives (Blank, 1997). S'il faut reconnaître l'utilité de telles statistiques, il faut toutefois comprendre la pauvreté à partir d'une perspective beaucoup plus large (Schein, 1995; Scott, 1984; Thomas, 1994a). Selon Scott (1984), la pauvreté ne doit pas être comprise seulement en fonction de la non-atteinte de besoins vitaux, elle doit se définir en termes relatifs. Une personne doit être comparée avec l'ensemble de la population, en termes de bénéfices sociaux, d'accessibilité à l'éducation et à de bons emplois, de statut politique et de niveau de dépendance. Si le phénomène de la pauvreté est défini en grande partie par l'accessibilité aux ressources, les personnes les plus à risque sont les femmes (Scott, 1984). Dans la même

logique, Dandurand (1994b) dénote une situation qui est davantage déplorable au sein des foyers matricentriques que patricentriques.

Deux thèses tendent à dominer l'explication de la pauvreté. Les thèses féministes qui conçoivent la pauvreté comme le résultat de facteurs sociaux et les thèses non-féministes et méritocratistes qui conçoivent la pauvreté comme le résultat d'un cheminement individuel. En réponse à la thèse selon laquelle la pauvreté est associée à une pathologie, culturelle ou psychologique, Polakow (1993) estime que la pauvreté est plutôt un produit social déterminé en grande partie par une économie politique. Les mécanismes d'oppression tels que le racisme, le sexisme et la discrimination en fonction de la classe fonctionnent conjointement dans cette économie (Sands et al., 1989). Thomas (1994a) distingue quatre motifs qui ont été mentionnés dans les écrits qui traitent des causes de la pauvreté: (a) la présence de pathologies personnelles ou culturelles; (b) des changements à la structure familiale; (c) une trop grande accessibilité à des programmes d'assistance sociale entraînant une certaine passivité quant à la recherche d'emploi et une trop grande facilité à opter pour une vie en monoparentalité; et (d) des caractéristiques personnelles qui placent les individus dans des positions moins compétitives par rapport aux autres à l'intérieur du marché. Jary et sa collègue (1995) estiment que la venue de l'État-providence (avec son support dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'assurance d'un revenu minimal) a contribué à la responsabilisation de l'individu face au bien collectif de sa nation, ce qui a fait en sorte que les politiques étatiques se sont introduites dans la vie intime des individus. Bien sûr de multiples avantages ont été notés pour de telle politiques étatiques, mais une des conséquences la plus négative a été que les familles, les femmes et les assistés sociaux ont été (et sont encore) objectifiés et soumis aux idéologies dominantes telles que celles associées au capitalisme du patriarcat et au racisme.

La culture de la pauvreté et la santé des femmes

L'expression culture de la pauvreté est associée aux chercheurs et chercheuses non-féministes et est largement citée comme cause de la pauvreté (e.g., Banfield, 1970; Blankenhorn, 1995). Cette expression est aussi largement critiquée en ce qu'elle implique que la pauvreté est principalement causée par le résultat d'un processus cognitif et non celui d'un processus externe socio-économique ou structurel (Jary et Jary, 1995; McLanahan et al., 1989; Sands et al., 1989, 1992; Thomas 1994a, 1994b). Une telle vision essentialiste a été introduite par Lewis au début des années 1960 (Jary et Jary, 1995; Thomas, 1994a, 1994b). Selon Thomas (1994a, 1994b), Lewis et les autres tenants de cette notion de culture de la pauvreté estiment que les habitudes de vie particulières des populations pauvres expliquent leur piètre condition économique. Cette perspective fataliste, selon Thomas, explique la transmission de la pauvreté de manière intergénérationnelle par la présence d'un certain handicap psychologique qui maintient les individus dans la pauvreté. Les valeurs et attitudes qui leur sont caractéristiques les désavantagent psychologiquement lorsque viennent les chances offertes par la société. De plus, Thomas estime que la notion de culture de la pauvreté renforce la croyance d'un lien de cause-à-effet entre la pathologie des membres de cette culture (leurs attitudes et comportements défaitistes) et la pauvreté. Thomas (1994b) estime que cette thèse doit être critiquée à partir d'un raisonnement non pas linéaire mais plutôt circulaire. En d'autres mots, il s'agit non pas nécessairement de voir un lien causal entre les caractéristiques d'une personne et sa pauvreté, mais plutôt de considérer l'argument inverse signalé entre autres par les féministes, soit celui qui suggère que ce sont les conditions d'existence qui affectent le style de vie des individus (Laberge, 1994). Dans la même ligne de pensée, Thomas (1994a) critique les idées de Banfield (1974) selon lesquelles les personnes pauvres vivent dans l'immédiat, se

retrouvent dans des situations au-delà de leur contrôle, sont guidées par l'impulsion, ne sont pas disciplinées en ce qui concerne l'investissement à long terme et estiment sans importance ce qui ne se consomme pas immédiatement. Plusieurs problèmes sont relevés par Thomas en ce qui concerne un tel modèle de déficience culturelle. Premièrement, les statistiques associées au nombre d'individus pauvres ne tiennent pas compte des aspects de mobilité des individus entre situation de pauvreté et situation de non-pauvreté (Blank; 1997). En d'autres mots, les pauvres représentés par les statistiques ne représentent pas toujours les mêmes individus. Blank (1997) démontre qu'approximativement les deux-tiers des Américains et Américaines pauvres vivent en situation de pauvreté pour une période inférieure à 7 ans. Deuxièmement, il est difficile de faire le lien entre le bris de la structure familiale traditionnelle et la pauvreté. Ce dernier lien est important, car il peut responsabiliser la femme qui n'adhère pas à l'idéal d'une telle famille (Sands et al., 1989).

Thomas (1994b) décrit les problèmes associés à ce changement de paradigme, c'est-à-dire au passage du paradigme de la culture de la pauvreté à un paradigme de la culture des femmes cheffes de familles monoparentales. Le paradigme de la culture des femmes cheffes de familles monoparentales reprend relativement les mêmes éléments descripteurs que ceux du paradigme de la culture de la pauvreté mais en l'adaptant à la problématique des femmes cheffes de familles monoparentales. Cette vision néo-conservatrice tient les femmes responsables de la transmission de la pauvreté par l'enseignement de mauvaises valeurs auxquelles sont associés les problèmes de toxicomanie, de violence et de criminalité (Blankenhorn, 1995; Thomas, 1994a). Thomas (1994b) définit ainsi cette culture largement représentée dans les écrits des tenants de cette philosophie culturelle:

The culture of single motherhood is a paradigm which treats poverty as a product of cultural deficiencies of unmarried mothers. It implies a mindset characterized by moral failure, that poor women are victims of some shared character defect. It affirms the values of hard (paid) work, the traditional family, and a willingness to refrain from sexual activity outside the institution of marriage. The core ethic is one of individual responsibility for one's actions. Because they assume that women have freely chosen to reject this ethic, advocates view poverty as the price women pay for their transgressions. (p. 78)

Plusieurs causes ont été suggérées suite à l'augmentation du nombre de femmes en situation de pauvreté. Les tenants de la vision néo-conservatrice blâment l'État, entre autres, pour sa trop grande présence dans la distribution des prestations d'aide sociale (Thomas, 1994a). Ces dernières sont perçues d'une part, comme forme d'encouragement des femmes à adopter le célibat et, d'autre part comme forme de découragement des hommes à faire face à leurs obligations familiales (Thomas, 1994a). En se référant aux résultats d'une étude longitudinale sur les facteurs qui entraînent les familles monoparentales dans la pauvreté, Thomas décrit que le changement dans la structure familiale n'est pas le grand responsable; ce serait plutôt le manque d'emploi, les salaires peu élevés et le manque de qualification de la main-d'oeuvre. De plus, Schein (1995) rappelle que les femmes cheffes de familles monoparentales sont marginalisées et exclues des réseaux sociaux et, par conséquent, moins au courant des diverses alternatives qui sont disponibles pour améliorer leur état. Les approches non-féministes se croisent dans la mesure où elles considèrent que les problèmes de pauvreté chez la femme lui sont propres (Thomas, 1994a).

Dans son livre Working From the Margins, Virginia Schein (1995) donne la parole à plusieurs femmes cheffes de familles monoparentales. Plusieurs thèmes émergent de ces témoignages et les résultats se différencient considérablement de ceux des recherches non-féministes et/ou quantitatives. Ce que l'étude permet de constater, c'est à quel point l'univers

de ces femmes ne peut pas s'expliquer par des chiffres ou des théories qui ont préalablement été associés aux populations masculines. Entre autres, l'étude relève une problématique importante: celle du choix éclairé que ces femmes ont fait en quittant leur conjoint tout en connaissant les obstacles auxquels elles seraient confrontées. Malgré leur pauvreté, elles estiment que leur situation globale s'est améliorée depuis la fin de leur vie de couple, ce qui contredit les résultats des études qui se penchent sur le bien-être de la femme uniquement en terme de leur position par rapport au seuil de pauvreté. Les différences entre les études qualitatives et quantitatives sont aussi relevées dans d'autres études (Gunderson et al., 1990; Thomas, 1994a). Par exemple, ces dernières études remettent en question l'utilisation des données relatives au revenu familial comme indicateurs de bien-être. Ce type de statistiques ne prend pas en considération les disparités dans la distribution du revenu des différents membres de la famille. En plus, les statistiques sont relevées sur des bases annuelles et ne tiennent pas compte des fluctuations mensuelles du revenu et de la mobilité de classe des individus.

L'expérience vécue des individus en situation de pauvreté est différente selon l'appartenance à un groupe social particulier (Blank, 1997; Dandurand, 1994b; McLanahan et al., 1989; Thomas, 1994b). Se rapportant aux données de diverses enquêtes, Blank démontre clairement la disparité entre les taux de pauvreté selon le sexe, l'âge, le statut conjugal, la race, l'ethnicité, le domicile et la présence ou non d'enfants à charge. En ciblant plus particulièrement les familles monoparentales, Dandurand (1994b) estime que le revenu, l'éducation, la relation avec l'ex-conjoint et le cheminement professionnel sont des variables significatives quant au niveau de pauvreté de ces mères. Dans une société capitaliste où les conditions d'existence sont fortement déterminées par l'accessibilité aux ressources financières,

les groupes minorisés sont davantage prédisposés à vivre en situation de pauvreté (Scott, 1984; Thomas, 1994a, 1994b). L'ensemble des études démontre que les femmes, les familles monoparentales et les personnes membres des minorités ethniques sont fortement représentées parmi la population des gens pauvres aux États-Unis et au Canada (Blank, 1997; Dandurand, 1994b; Eisenstein, 1978; McLanahan et al., 1989; Polakow, 1993; Santé Canada, 1996). En ce qui a trait à la réalité québécoise, Dandurand ajoute que:

deux tiers (65%) des mères seules avec des enfants de moins de 18 ans vivaient sous le seuil officiel de la pauvreté...la situation des femmes cheffes de familles monoparentales est nettement catastrophique (79% sont « pauvres »), celles des mères séparées et divorcées n'est guère meilleure: 60% étaient considérées comme» (1994b, p.523).

Les implications concernant les femmes en situation de pauvreté sont grandes. Les chances d'emploi, les possibilités d'éducation et le niveau de santé des membres de leur famille sont des éléments gravement affectés par la pauvreté (McLanahan et al., 1989; Schein, 1995; Scott, 1984). En 1978, Pearce introduisait le concept de « féminisation de la pauvreté » qui a largement contribué à la compréhension du phénomène de la pauvreté chez les femmes (Gunderson et al., 1990; Polakow 1993; Thomas, 1994).

La santé et la féminisation de la pauvreté

Selon Scott (1983), le terme féminisation de la pauvreté a été utilisé pour décrire les vulnérabilités économiques des femmes cheffes de familles monoparentales. Thomas (1994a) et Gunderson et al. (1990) font référence à ce terme lorsqu'elles décrivent le phénomène de la proportion grandissante des femmes parmi les groupes économiquement faibles de la population. Le manque d'emploi, de temps, de ressources matérielles ainsi que l'épuisement face à la double tâche d'être femme cheffe de famille monoparentale et pourvoyeuse sont des

facteurs qui contribuent à la pauvreté (Popay et al., 1990). Selon McLanahan et sa collègue (1989), les déterminants du faible revenu sont des salaires peu élevés, le manque de support du père et le soutien inadéquat de l'État. Dans la même ligne de pensée, Thomas (1994a) énumère d'autres conditions qui favorisent la pauvreté selon plusieurs auteurs et auteures: un marché du travail discriminatoire, l'insuffisance de l'aide accordée aux enfants, l'insuffisance et l'inadéquation des politiques d'assistance sociale, la non-rémunération du travail domestique, la nature changeante de l'économie et l'augmentation du taux de divorce. Dans son livre Gender and Poverty, Thomas (1994a) incorpore plusieurs de ces facteurs pour comprendre davantage le processus de féminisation de la pauvreté. Elle soulève trois critiques à l'endroit de ce processus et de la façon dont il est compris dans les écrits. En premier lieu, il y a une tendance à négliger le rôle de l'économie capitaliste dans la pauvreté. Deuxièmement, il y a une sous-estimation de l'importance de la race dans l'explication de la pauvreté des femmes. Dernièrement, il y a une tendance à mettre l'ensemble des femmes dans le même groupe d'oppression en généralisant leur vulnérabilité face à la pauvreté.

Les familles monoparentales et la santé

Depuis les 20 dernières années, les familles de l'Occident industrialisé ont subi des changements majeurs dans leurs structures (Baker, 1995; Dandurand, 1994b; Guyon, 1990; Hanson, 1986; Mauldin et al., 1990). En conséquence, les familles où seul un parent assume les rôles associés à la famille ont considérablement augmenté en nombre (Blank, 1997; Blankenhorn, 1995; Dandurand, 1994a; Gringlas et al., 1995; Gunderson et al., 1990; Mauldin et al., 1990; McLanahan et al., 1989; Popay et al., 1990; Sands et al., 1994; Thomas, 1994a). Depuis les années 1960 au Québec et dans plusieurs autres pays industrialisés, les mouvements de femmes et de jeunes se sont multipliés et se sont opposés à l'autorité du mari et du père et,

par conséquent, à la famille patriarcale (Dandurand, , 1994a). Les courants sociaux de laïcisation et d'individuation qui sont apparus à cette époque ont largement contribué à la dissolution du modèle de la famille nucléaire (Dandurand, 1994a). Tant au niveau politique, économique, que culturel, les familles monoparentales et recomposées sont devenues des alternatives acceptables, encadrées par des structures judiciaires et politiques (Dandurand, 1994b).

Les familles monoparentales sont considérablement différentes des familles biparentales. La plupart du temps (entre 80 et 90 pour cent du temps, selon les études), la tâche du parent est occupée par la femme (Dandurand, 1994b; Loveland-Cherry, 1986; Popay et al., 1990). Certains perçoivent le phénomène des familles monoparentales dirigées par des femmes comme un indicateur de malaise social et de mort de la famille. D'autres perçoivent ce type de famille comme une alternative intéressante qui contribue à l'émancipation de la femme (Dandurand, 1994a, 1994b; McLanahan et al., 1989).

Les conditions d'existence des femmes cheffes de familles monoparentales sont déterminées par un ensemble de facteurs sociaux qui sont souvent hors de leur contrôle immédiat. Plus particulièrement, les contraintes relatives à leurs conditions économiques et à leur niveau d'instruction les placent dans les groupes les plus pauvres de la population (Baker, 1995; Blank, 1997; Schein, 1995). Dandurand (1994b) et Mauldin et al. (1990) démontrent que les femmes cheffes de familles monoparentales sont plus pauvres que les pères célibataires et que les membres des familles biparentales. Les études portant sur les familles monoparentales indiquent toutes que celles-ci sont plus à risque d'avoir des situations problématiques que les familles biparentales (Gringlas et al., 1995). Ces femmes cheffes de

familles monoparentales subissent beaucoup de stress et l'établissement d'un réseau de support social est difficile (Jutras, et al., 1994; McLanahan et al., 1989; Schein, 1995).

Lorsqu'on discute de travail rémunéré, il y a des différences considérables entre les familles monoparentales et les familles biparentales (McLanahan et al., 1989). Plusieurs auteurs et auteures estiment que le dilemme des femmes à la tête de familles monoparentales face au travail rémunéré s'explique en analysant le choix qu'elles ont à faire entre leur rôle de mère et leur rôle de pourvoyeuse (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Dandurand, 1994a; Schein, 1995; Popay et al. 1990). En se rapportant aux témoignages des participantes à l'étude de Schein (1995), on réalise que les femmes se perçoivent avant tout comme des mères qui cherchent des emplois et non comme des pourvoyeuses qui essaient d'être mères. Les femmes cheffes de familles monoparentales pauvres qui ont des emplois travaillent à temps partiel à des salaires très bas (Gunderson et al., 1990; McLanahan et al., 1989; Schein, 1995). Par conséquent, il semble important de vérifier les enjeux relatifs aux emplois à temps plein et à temps partiel (Popay et al., 1990). Schein (1995) explique que la précarité des emplois des femmes cheffes de familles monoparentales et la nature de leur travail font en sorte qu'elles accèdent rarement aux bénéfices marginaux; qu'elles sont facilement remplaçables en tant qu'employées; et que toute urgence au niveau de leur santé ou de celle de leurs enfants est très problématique et peu entraîner la perte de leur emploi. Les préjugés défavorables à l'effet que les familles monoparentales sont un fardeau social font en sorte que les femmes à la tête de ces familles se sentent obligées de travailler (Jackson, 1993). Le travail devient alors la norme, ce qui peut entraîner des conséquences sérieuses pour ces femmes ayant de jeunes enfants (Jackson, 1993). Dans la même ligne d'idées, Mauldin et al. (1990) estiment que le temps consacré au travail et les pressions pour travailler à temps plein afin de supporter la famille

limitent le temps accordé aux enfants, le temps accordé aux travaux domestiques et le temps de loisir.

Tel que mentionné plus haut, les femmes cheffes de familles monoparentales représentent un groupe particulier ayant des caractéristiques sociales différentes du reste de la population. Le temps limité, les priorités relatives au soin et à l'éducation des enfants, les limites financières ainsi que d'autres facteurs sociaux influencent leurs comportements et peuvent affecter leur santé (Donnelly et al., 1996; Janzen et al., 1995).

Les femmes et la santé

Lorsque la santé est étudiée chez les populations adultes, elle semble davantage être définie comme un projet en devenir ou une finalité. La consommation médicale, les soins apportés au corps, l'alimentation et le sport peuvent être des pratiques qui tendent vers cette finalité (Boltanski, 1971). Les études qui portent sur la santé démontrent que ses déterminants sont de nature sociale et biologique (Marmor et al., 1994; Renaud, 1994). Toutefois, Renaud (1994) estime que:

C'est dans l'environnement social, économique et culturel de l'individu que se trouvent certains des secrets les plus méconnus de la longévité et de la bonne santé. En particulier, les moyens qu'utilise une personne pour faire face au stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont liés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle. (p. 20)

Si les contributions de l'activité physique à la santé sont significatives, à l'inverse, la sédentarité constitue un facteur de risque important (Janzen et al., 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Comme pour la santé, les caractéristiques personnelles telles que le sexe, l'âge, la classe sociale, la race, l'ethnicité ainsi que les caractéristiques

sociales telles que le support social, affectent la participation de l'individu à l'activité physique (Donnelly et al., 1996; Janzen et al., 1995).

Il semble aussi y avoir une relation entre la structure familiale et les pratiques, valeurs et habitudes associées à la santé (Altergott et al., 1993; Bennighoff-Jeannerat, 1996; Jutras et al., 1994; Loveland-Cherry, 1986; Sirard et al., 1986). Suite à des études empiriques, plusieurs chercheurs et chercheuses ont estimé que les membres des familles monoparentales sont en moins bonne santé que ceux des familles biparentales (Duffy, 1995; Jutras et al., 1994; Popay et al. 1990). Selon Jutras et sa collègue, (1994) « L'état de santé global de ces parents seuls est moins bon et se détériore avec la durée de la situation de monoparentalité » (p. 3).

Des caractéristiques telles que le haut niveau de stress, l'isolement, les instabilités dues à la séparation, la pauvreté ainsi que les exigences physiques et psychologiques de la monoparentalité sont des facteurs qui minent la santé (Popay et al., 1990). Duffy (1995) apporte sensiblement les mêmes conclusions à l'effet que la surcharge au niveau des rôles, les tensions financières, l'isolement social, le manque d'information, le manque de temps, la faible estime de soi et la relation tendue avec l'ex-conjoint constituent des obstacles à la bonne santé. Jutras et sa collègue, (1994) estiment que les conflits lors de la désunion constitue un facteur particulièrement important quant au bien-être des familles monoparentales. Selon Hanson (1986), le support social offert aux femmes monoparentales ainsi que la possibilité d'obtenir la garde partagée des enfants sont les facteurs qui contribuent le plus à la santé des mères (Hanson, 1986). Relativement à la santé mentale, Jackson (1993) conclut que le taux d'épuisement et la fréquence des dépressions sont proportionnels au nombre de rôles (i.e., soins aux enfants, travail ménager, administration familiale) entrepris par les femmes cheffes de familles monoparentales.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux pratiques d'activité physique, plusieurs éléments dans la vie des femmes les affectent (Benninghoff-Jennerat, 1996; Hoffman, 1996; Laberge, 1992). Janzen et sa collègue., (1995) indiquent que chez les femmes, le choix et le niveau d'activité physique peut être déterminé par des valeurs culturelles et sociales. Ces chercheuses indiquent que les rôles et attentes sociales qui sont associés au mariage semblent être considérés comme des facteurs importants qui peuvent affecter négativement la pratique de l'activité physique. Elles rapportent aussi que les femmes célibataires qui n'ont pas d'enfant pratiquent plus d'activités physiques que les femmes mariées. Ainsi les habitudes de pratique des femmes qui élèvent de jeunes enfants sont perturbées par le travail domestique et les responsabilités parentales. Sur ce point, les femmes cheffes de familles monoparentales sont particulièrement désavantagées (Altergott et al., 1993; Bennighoff-Jeannerat, 1996; Duffy, 1995). De plus on observe une relation inversement proportionnelle entre le nombre d'enfants à charge et la pratique de l'activité physique (Loveland-Cherry, 1986). Par ailleurs, les femmes canadiennes d'âge moyen font aussi partie du groupe d'individus les moins actifs et elles se différencient des hommes à tous les stades de leur vie quant au taux de participation à l'activité physique (Janzen et al., 1995; Santé Canada, 1996). Ces différences liées aux rapports sociaux de sexe ont des conséquences négatives par rapport à la maladie tant chez les mères que chez leurs enfants (Popay et al., 1990). Janzen et sa collègue, (1995) identifient l'interaction sociale et le support social comme étant les principaux déterminants de la participation des femmes aux activités physiques et sportives. Ces auteures présentent d'autres éléments qui affectent les pratiques corporelles, telles que les ressources financières disponibles, le temps, les politiques sociales et l'accessibilité aux infrastructures.

D'après l'étude de Duffy (1995) auprès des femmes cheffes de familles monoparentales, celles-ci valorisent les mêmes habitudes de santé que le reste de la population: la nutrition, l'exercice et le repos. Par contre, d'autres habitudes sont davantage conditionnées par l'idéologie médicale patriarcale (i.e., les soins de santé, la vaccination, l'examen physique et la consommation de médicaments). Les contraintes relatives aux pratiques de santé ont été ciblées comme étant le manque de temps, le manque de ressources financières, le besoin de soutien d'une personne, la culpabilité face à la pratique d'activité pour soi et le manque d'intérêt (Benningoff-Jennerat, 1996; Duffy, 1995). En recherchant la raison d'être de certaines conditions sociales, des études féministes estiment que les systèmes de domination tels que le capitalisme, le patriarcat et le racisme seraient les véritables contraintes relatives aux pratiques sociales (Bannerji, 1993).

Certaines études semblent aller en sens contraire aux constatations précédentes. Ceci justifie l'analyse du processus méthodologique dans les études qui traitent des conditions de vie des individus. Les généralisations abusives des résultats, la sur-simplification de l'individu à quelques variables et le biais dans l'échantillonnage d'étude peuvent mener à des conclusions qui ne sont pas représentatives de la réalité. L'étude de Hanson (1986) conclut que les familles monoparentales sont en aussi bonne santé que les autres familles et que leur santé mentale et physique ne semblent pas être fortement reliée au statut socio-économique (Hanson, 1986). Par contre, son échantillon était composé de femmes qui s'étaient préalablement définies comme étant en bonne santé. Selon l'étude de budget de temps de Mauldin et al. (1990), le temps accordé aux loisirs ne serait pas significativement différent chez les femmes monoparentales par rapport aux femmes en général. Toutefois leur calcul du temps accordé au loisir est défini en fonction de la différence entre le nombre total de minutes par jour et le total des minutes

accordées au travail rémunéré, non-rémunéré et domestique de la mère. Cette équation présente donc des limites significatives et ne prend pas en considération l'ensemble des facteurs qualitatifs qui affectent le loisir des mères. Les résultats de l'étude de Loveland-Cherry (1986) supposent qu'il n'y pas de différence significative dans les pratiques de santé des parents qui appartiennent à des structures familiales monoparentales et biparentales. L'échantillon de cette étude était toutefois biaisé puisqu'il était composé de parents de race blanche étant hautement scolarisés (73 pour cent d'individus avaient 4 ans et plus de scolarité universitaire et 17 pour cent d'individus avaient entre 1 à 3 années de scolarité universitaire), appartenant à la classe moyenne, ayant accès à des ressources matérielles et humaines abondantes, étant employés ou étudiants et étant actifs dans des groupes communautaires (Loveland-Cherry, 1986). Enfin, Duffy (1995) rapporte que 44 pour cent des mères de son échantillon avaient davantage de pratiques de santé après le divorce. Tout comme l'étude de Loveland-Cherry, son échantillon était composé de femmes qui dans 98 pour cent pourcent des cas, avaient une 12ième année et qui, dans 45 pour cent des cas, avaient plus de 16 ans de scolarité.

Les femmes et l'activité physique

Les activités physiques peuvent être vues comme des pratiques qui servent à la production et à la reproduction sociale (Dawson, 1988a; Donnelly, 1995). Ces deux thèmes sont souvent traités en ce qui a trait à leur articulation au travail (e.g., Harrington et al., 1995; Laberge, 1992). Conséquemment, cette articulation nous amène à considérer davantage la situation de la femme avec son émergence sur le marché du travail (Bialeschki et al., 1986). Dawson (1988a, 1988b) estime que le modèle d'organisation productive d'une société capitaliste est transposé dans l'environnement du loisir, entraînant un système de reproduction sociale. Le système de reproduction sociale concorde avec le concept de fausse conscience

dérivé du marxisme (Laberge, 1995): la conscience et l'idéologie sont généralement des produits des structures sociales et représentent des formes de domination et d'oppression (Jary et al., 1995). Pour Dawson (1988a), la pratique du loisir donne l'illusion de la liberté et du détachement social. Il poursuit en indiquant que l'hégémonie d'une classe est atteinte par son exercice subtil du pouvoir symbolique et par l'imposition d'une définition de la société qui est représentative de ses intérêts. En ce qui a trait aux femmes, Dawson (1988b) estime qu'historiquement, l'apport des femmes dans les systèmes de production était marginal, en conséquence leur loisir fût considéré comme étant marginal. Les femmes étaient utiles dans les processus de production non-rémunérés et elles étaient isolées dans leurs loisirs et leurs demeures, ce qui illustre l'effet reproductif de la subordination des femmes en société dans l'environnement du loisir. D'un autre point de vue, Harrington et ses collègues (1995) estiment que, d'une part, l'aspect reproductif du travail des femmes est qualifié d'obligatoire et associé aux soins des autres membres de la famille et que d'autre part, l'aspect productif du travail est relié aux tâches domestiques. Conséquemment, le loisir des femmes est vu comme secondaire par rapport à celui des hommes et il est confiné à l'intérieur de la famille et de la maison (Harrington et al., 1995). En réponse aux diverses problématiques dans les domaines de l'activité physique et sportive, Laberge (1995) propose une démocratisation du sport, c'est-à-dire la suppression des barrières matérielles et sociales limitant l'accès à la pratique. Dans la même veine, Dawson (1988a) et Shaw (1994) étudient le potentiel de résistance des femmes.

L'environnement social relatif aux pratiques de santé est analysé selon plusieurs perspectives. Le cadre d'analyse bourdieusien permet d'observer la relation entre les conditions d'existence des individus et leurs pratiques sanitaires (Laberge, 1995; Williams, 1995). Le cadre d'analyse matérialiste ou marxiste permet de conceptualiser l'état de santé des individus

dans un contexte capitaliste par l'entremise des fonctions de production et de reproduction sociales (Dawson, 1988a, 1988b). Enfin, le cadre d'analyse féministe traite davantage de la présence d'une société paternaliste, patriarcale, raciste ainsi que de ses effets oppressifs à l'égard des femmes et des autres groupes minorisés (Green et al., 1992). Même si ces principales perspectives diffèrent, elles ne sont pas mutuellement exclusives. En ce qui a trait à la dynamique hommes-femmes, la plupart des études constatent un différentiel quant à la pratique d'activités physiques (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Bialeschki., 1994; Dawson, 1988a; Harrington, 1995; Henderson et al., 1991a, 1991b; Laberge, 1992; Shaw, 1994). Cette différence se qualifie par une faible fréquence de pratique ainsi que d'une plus faible qualité de l'expérience féminine (Altergott et al., 1993; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Harrington et al., 1992; Henderson et al., 1991a, 1991b; Laberge, 1992). La nature du différentiel proviendrait des effets d'une société capitaliste et patriarcale (Laberge, 1992). Benninghoff-Jeannerat et ses collègues (1996) soulèvent un autre écart tout aussi significatif soit celui entre mères membres de familles biparentales et mères cheffes de familles monoparentales. Selon une étude qualitative sur les « femmes-seules » de Montréal, les divertissements sont rares et parfois même inexistant dans la vie des femmes cheffes de familles monoparentales (Sirard et al., 1986). Des écarts similaires sont rapportées lors de l'observation de femmes ontariennes de fort et de faible revenu (Bolla et al., (1991). Plusieurs études de nature théorique (i.e., Dawson, 1988a, 1988b; Henderson et al., 1991a; Laberge 1995; Shaw, 1994) et de nature empirique (i.e., Altergott et al., 1993; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Bialeschki et al., 1994; Laberge, 1992) ont tenté d'expliquer diverses problématiques reliées aux pratiques d'activité physique et récréative des femmes dans l'environnement familial. Divers types de contraintes à la participation des mères à ces activités ont été relevés par les auteurs et auteures.

Par exemple, les contraintes antécédentes et interventionnistes décrites par Henderson et ses collègues (1991a) regroupent respectivement les obstacles qui se réfèrent à l'expérience et à la participation des activités relatives aux loisirs. Harrington et son collègue (1992) présentent des contraintes objectives et subjectives. Ils mettent de l'avant la subjectivité des contraintes de loisir. Cette typologie permet de s'éloigner du modèle androcentrique des contraintes traditionnelles qui généralisent les effets d'une même contrainte à l'ensemble de la population. Pour sa part, Laberge (1992), présente les impacts d'une dépendance matérielle et d'une dépendance relationnelle sur les pratiques d'activité physique et sportive, soit une dépendance face à divers types de ressources et une dépendance face aux responsabilités familiales. Altergott et ses collègues., (1993) utilisent une typologie qui se réfère à une combinaison de caractéristiques individuelles des mères (e.g., rapports sociaux de sexe et contexte familial) qui influencerait leurs pratiques. Enfin Donnelly et son collègue (1996) énumèrent trois types de contraintes majeures à la vie active. Premièrement, les contraintes infrastructurelles qui se réfèrent aux moyens matériels dont disposent les individus, deuxièmement, les contraintes superstructurelles qui se réfèrent aux politiques sociales découlant du monde des idées et des perceptions et troisièmement, les contraintes procédurales se référant aux processus de fourniture de services.

Dans l'ouvrage, Loisir et le monde commun des femmes, Bialeschki et ses collègues, (1986) ont déterminé certaines constantes vécues par les femmes dans l'expérience du loisir. L'idée de cette recherche a été reprise plus tard et certaines contraintes ont été identifiées (e.g., l'éthique du soin, le travail domestique, les salaires peu élevés et le travail précaire) comme étant communes au monde des mères dans leur expérience du loisir (Bialeschki et al., 1994; Henderson et al., 1991).

Les grands systèmes d'oppression tels que le patriarcat, le capitalisme et le racisme peuvent être expliqués et appliqués aux faits les plus concrets de la vie des mères. Les facteurs limitatifs qui ont été présentés plus haut ont des conséquences importantes qui se résument souvent à trois grandes catégories: (a) le manque de temps, (b) le manque d'argent et (c) les croyances sociales associées aux mères en général et aux femmes cheffes de familles monoparentales en particulier.

Premièrement, le déficit temporel des femmes est une contrainte majeure dans la pratique des activités physiques (Bolla et al., 1991; Harrington et al., 1991). Les femmes qui sont sur le marché du travail et qui sont à la tête de familles monoparentales ont tellement de responsabilités que les activités d'évasion et de relaxation sont difficilement réalisables (Harrington et al., 1992; Sirard et al., 1986). Le manque de temps est aussi souvent associé à l'épuisement suite à une surcharge de rôles (Altergott et al., 1993; Bolla et al., 1991; Harrington, 1995; Harrington et al., 1992, Sirard et al., 1986). Les femmes ne semblent plus avoir l'énergie disponible à consacrer à des activités personnelles après leur journée de travail (Laberge, 1992). Les femmes qui travaillent à la maison ne sont pas contraintes de la même façon, mais leur horaire de travaux domestiques ne leur permet pas d'avoir la latitude nécessaire pour des activités de loisir (Benninghoff-Jeanerats, 1996; Sirard et al., 1986).

Deuxièmement, le manque de ressources financières est un problème important chez les mères (Bolla et al., 1991; Laberge, 1992), surtout celles qui ont de jeunes enfants, qui ne sont pas sur le marché du travail et qui sont à la tête de familles monoparentales (Benninghoff-Jeanerats et al., 1996). Benninghoff-Jeanerats et ses collègues estiment que dans ce type de famille, le travail est une quasi-nécessité pour la survie et, en conséquence, des compromis doivent être faits au niveau des activités considérées comme étant moins importantes, telles

que celles pratiquées lors des temps libres. Les frais indirects occasionnés par la pratique d'activités physiques et de loisir (i.e., garde des enfants, transport, aide domestique) constituent aussi des contraintes à ces pratiques (Laberge, 1992). En somme, des caractéristiques associées au revenu telles que le travail et l'accessibilité aux ressources financières sont déterminantes quant à la possibilité et au choix de pratiques corporelles individuelles (Boltanski, 1972; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Jutras et al., 1994; Laberge, 1992).

Troisièmement, les croyances populaires associées aux mères et à leur rôle traditionnel au sein des familles sont des contraintes non-négligeables en ce qui a trait à la participation des femmes aux activités physiques (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Bolla et al., 1991; Laberge, 1992). Benninghoff-Jeannerat et ses collègues (1996) énumèrent plusieurs facteurs qui sont pertinents dans l'étude de la problématique des femmes cheffes de familles monoparentales: la relation avec l'emploi, l'insertion socio-professionnelle, l'appartenance sociale, l'appartenance ethnique, l'absence du conjoint, le stéréotype de la femme séduite et abandonnée, le conjoint-fardeau et le clivage associé au statut socio-professionnel. Ces chercheurs et chercheuses présentent aussi deux formes culturelles valorisées par nos sociétés soit la femme au foyer et la femme professionnelle. La présence de ces deux formes culturelles chez les mères mène à des conséquences particulières quant au rapport qu'elles entretiennent avec leurs pratiques d'activité physique et de loisir (e.g., Benninghoff-Jeannerat et al., 1996, Harrington et al., 1995). Il est donc utile d'introduire les concepts d'éthique du soin « ethic of care » et de réappropriation du temps libre « right to entitlement » qui ont été explorés dans les écrits qui traitent des pratiques d'activités sportives et de loisir (e.g., Henderson et al., 1991a, 1991b).

En ce qui concerne l'éthique du soin, elle se rapporte à une construction sociale qui motiverait les femmes à se préoccuper des besoins des autres avant les leurs (Henderson et al., 1991b). Des mécanismes de stigmatisation et de culpabilisation seraient à l'oeuvre afin de confiner les femmes à cette idéologie et ces pratiques (Henderson et al., 1991b). Henderson et ses collègues estiment que pour que les femmes puissent prodiguer des soins, elles doivent avoir vécu l'expérience de consommer ces mêmes soins. De plus, elles ajoutent que si les femmes adhèrent à l'éthique du soin, c'est parce qu'elles se sentent ainsi valorisées et qu'elles reçoivent un statut particulier qui n'est pas retrouvé dans d'autres secteurs. En apportant des soins aux autres, les femmes reçoivent certains bénéfices sociaux, par contre, elles retirent peu de bénéfices personnels (Henderson et al., 1991b). Pour ces femmes, ce n'est pas nécessairement le fardeau de l'emploi qui les contraint dans leurs activités personnelles, mais plutôt l'ensemble des autres « obligations maternelles » (Altergott et al., 1993; Laberge, 1992). Selon l'étude de Sirard et ses collègues, (1986) les mères de moins de 24 ans vivant en situation de monoparentalité seraient les plus contraintes, en terme de loisir, par les exigences associées aux soins de leurs enfants. La diversité des femmes au niveau de la classe sociale, de la race, de l'ethnicité, de l'orientation sexuelle, de la maternité, de la sociabilité et de l'éducation se traduit par une éthique du soin ayant un impact différent sur différentes femmes. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de femmes ont littéralement incorporé cette idéologie (Henderson et al., 1991b). Contrairement aux croyances populaires, l'évolution vers la parité des tâches entre hommes et femmes d'une même famille se fait très lentement (Henderson et al. 1991b) et le modèle culturel traditionnel centré sur les valeurs domestiques reste plus fort parmi les classes populaires que parmi les classes plus aisées (Benninghoff-Jeannerat et

al.,1996). Les femmes ayant un accès limité aux ressources ont donc un pouvoir d'émancipation plus limité (Laberge, 1995).

En ce qui concerne la réappropriation du temps libre, elle réfère au droit que se donnent les individus de s'occuper d'eux même dans le but de supporter leur développement personnel (Henderson, 1991a). En fait, sans utiliser la même terminologie, Elias et Dunning (1986) mentionnent l'importance de distinguer l'activité « de temps libre » de l'activité de loisir, cette dernière étant nécessairement associée à une activité qui comble un besoin personnel. Plusieurs études indiquent que ce droit de réappropriation semble être brimé pour les femmes dans le contexte des activités physiques (Harrington, 1995; Henderson et al., 1991b). Dans une étude sur les divers statuts occupationnels des mères, celles qui travaillaient à temps partiel étaient plus heureuses que les femmes qui travaillaient entièrement au foyer ou que celles qui travaillaient à plein temps (Harrington, 1995). Dans la même étude, les femmes au foyer semblaient particulièrement désavantagées, elles se sentaient malheureuses et avaient des sentiments d'incompétence, de non-féminité et vivaient dans un état où elles étaient toujours préoccupées par leur travail (i.e., travail non-rémunéré). Les arguments apportés par une société dite méritocratique, où le travail rémunéré est hautement valorisé, font en sorte que le travail rémunéré légitime le droit au loisir. Les mères qui n'adhèrent pas à cette logique se perçoivent donc comme non-méritantes d'un épanouissement lors du temps libre (Henderson et al., 1991b). Le sentiment d'infériorité, la peur du succès, la culpabilisation, le manque d'occasion de loisir, le manque de conscience féministe ainsi que l'ensemble des déficiences sociales relatives à la maternité sont rapportés comme des contraintes à cette réappropriation du temps libre (Henderson et al., 1991b).

Les auteurs et auteures décrivent aussi les caractéristiques des femmes qui sont les plus susceptibles d'être contraintes ou limitées dans leur accès aux activités physiques. Dans les études qui traitent des familles, les femmes cheffes de familles monoparentales semblent être un des groupes les plus désavantagés (Henderson et al., 1991b; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996). Comme pour les autres mères, elles ont davantage d'activités de loisir lorsque les enfants vieillissent et vont à l'école (Altergott et al., 1993; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996). Par ailleurs, elles estiment que leur temps libre est hypothéqué par leur travail en plus forte proportion que les autres femmes (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996). En conséquence, l'absence du conjoint se fait sentir par le fait qu'elles doivent aller sur le marché du travail en plus de prendre en charge les tâches domestiques (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996; Harrington et al., 1991). De plus, selon Laberge (1983, 1992), les femmes qui sont au foyer sont limitées par un manque de ressource et par l'isolement.

En relevant l'ensemble des écrits sur les pratiques d'activité physique et de loisir, Shaw (1994) estime que les chercheurs et les chercheuses peuvent problématiser le loisir de trois façons: (a) le loisir est problématique uniquement lorsqu'il est contraint; (b) le loisir en soi est problématique; et (c) le loisir est perçu comme site de résistance. Dans le premier cas, les études sont centrées sur les structures qui briment l'accès au loisir (Donnelly et al., 1996; Shaw, 1994). Les contraintes économiques, le manque d'opportunité et l'éthique du soin sont des thèmes fréquemment abordés dans cette perspective (Shaw, 1994). Dans le second cas, les études sont centrées sur le contenu du loisir, ainsi que sur certains de ses effets sur l'individu. Selon Shaw (1994), ceux qui adhèrent à cette thèse estiment que la participation aux activités de loisir influencent la vie des femmes et leur position dans la société. En effet, elle croit que certaines formes de loisir peuvent reproduire et perpétuer des injustices, en plus qu'elles

peuvent renforcer certaines contraintes relatives aux femmes. Cette perspective nous permet de croire que le loisir n'est pas nécessairement bénéfique à l'individu (Dawson, 1988a; Shaw, 1994). En troisième lieu, le loisir comme site de résistance est fondé sur deux notions théoriques (Shaw, 1994). D'une part, il y a la notion d'autodétermination de l'individu qui réfère aux individus qui déterminent activement leur devenir (Dawson, 1988b; Shaw, 1994). D'autre part, la notion du libre choix du loisir réfère à l'acte subversif du choix de participer à des activités de loisir qui sont déterminées par l'argent (Dawson, 1988b; Shaw, 1994). Les trois perspectives présentées par Shaw (1994) permettent d'étudier la problématique du loisir sous plusieurs angles, tout en respectant la subjectivité de l'expérience du loisir vécue par les différents individus.

Il reste que les groupes qui semblent être les plus contraints en terme d'activité physique sont ceux des femmes cheffes de familles monoparentales et des mères qui travaillent au foyer (Altergott et al., 1993; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996). Curieusement ce sont ces groupes qui semblent être les plus négligés dans les études associées aux pratiques d'activité physique (Altergott et al., 1993; Benninghoff-Jeannerat et al., 1996).

Les femmes cheffes de familles monoparentales: les contextes socio-économique et sanitaire

Le contexte socio-économique

En 1997, le Québec a une population de 7,4 millions de citoyens et citoyennes (Statistique Canada, 1998c). Une proportion de 81,6 pour cent des gens qui l'habite a le français comme langue maternelle, 8,8 pour cent ont l'anglais et 9,8 pour cent d'autres langues (Conseil du statut de la femme, 1995). Pour sa part, l'Outaouais englobe une population de 280 000 habitants et habitantes. En ce qui a trait à la démographie linguistique, la région présente

sensiblement les mêmes caractéristiques au niveau de la langue maternelle, avec 80,7 pour cent de la population ayant le français comme langue maternelle (Conseil du statut de la femme, 1995).

Le recensement de 1996 relève qu'au Québec 15,9 pour cent des familles vivent en situation de monoparentalité (Statistique Canada, 1996). Au Canada, depuis les années 1960, elles ont considérablement augmenté en nombre et en proportion par rapport à l'ensemble des familles (Crompton, 1994; Devereaux et al., 1993; Statistiques Canada, 1992b). De fait, selon Crompton (1994), les femmes cheffes de familles monoparentales canadiennes ont plus que doublé en nombre durant les deux dernières décennies (soit de 96 000 en 1976 à 228 000 en 1993). Par ailleurs, en dix années, soit de 1981 à 1991, on remarque une augmentation de 34 pour cent de ce type de famille (Statistiques Canada, 1992).

Les femmes cheffes de familles monoparentales sont largement supérieures en nombre comparativement à leur contrepartie masculine; les Québécoises constituent 81,6 pour cent des cheffes dans les familles monoparentales (Statistiques Canada, 1998c). D'autres données viennent préciser la répartition des mères et des pères en situation de monoparentalité au Canada. Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Statistiques Canada et Ressources humaines Canada, 1997):

La plupart des enfants (86 %) vivaient avec leur mère après la séparation de leurs parents. Seulement 7 % d'entre eux vivaient avec leur père, tandis qu'il y avait garde partagée dans environ 6 % des cas.

Les taux de pauvreté des familles canadiennes sont alarmants. Selon le Conseil national du bien-être du Canada (CNBEC, 1990), les variables telles que le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, l'appartenance à un groupe ethnique, le statut conjugal et le nombre d'enfants à

charge sont hautement significatives quant à l'explication du taux de pauvreté.

Selon un rapport du Conseil national du bien-être social (1994), tous les types de familles canadiennes, à l'exception des couples âgés de 65 ans ou plus, ont subi une hausse du taux de pauvreté depuis 1980. De plus, en ce qui a trait aux familles monoparentales, on souligne que leur taux de pauvreté est relativement stable, passant de 57,7 pour cent en 1980 à 58,4 pour cent en 1992 (CNBEC, 1994). Toujours selon le rapport, les mères de familles monoparentales ne constituent pas un groupe homogène en soi en ce qui a trait aux mesures de la pauvreté. Si on ajoute la variable de l'âge, les constats sont alarmants pour les moins de 25 ans. En effet, 97,1 pour cent des femmes cheffes de familles monoparentales canadiennes de moins de 25 ans vivent sous le seuil du faible revenu. Lorsqu'elles vieillissent et qu'elles se retrouvent dans d'autres catégories d'âges, leur taux de pauvreté s'améliore de beaucoup passant à 57 pour cent pour les 25-44 ans et à 40 pour cent pour les 45-64 ans. Le nombre et l'âge des enfants seraient aussi des facteurs importants relatifs à la pauvreté: 71 pour cent des femmes cheffes de familles monoparentales qui ont un enfant de moins de 7 ans vivent sous le seuil du faible revenu, alors que ce pourcentage passe à 90 pour celles qui ont deux enfants de moins de 7 ans (CNBEC, 1994).

D'autres données du CNBEC nous permettent de constater la situation d'emploi des familles monoparentales. Dans une étude centrée sur les mères ayant des enfants de moins de 6 ans, Crompton (1994) constate que seulement 26 pour cent des mères en situation de monoparentalité occupaient un emploi, contre 60 pour cent de leurs consœurs mariées. Par ailleurs, Crompton (1995) relève des statistiques qui démontrent que parmi les familles à faible revenu, les femmes cheffes de familles monoparentales sont celles ayant les plus courtes périodes de rémunération tirées d'un emploi. En ce qui a trait plus particulièrement au revenu,

l'étude de Galarnau et al. (1997) permet d'observer les revenus des femmes après la séparation (i.e., en tenant compte du nombre de membres dans la famille et des pensions alimentaires). Les données indiquent que le revenu familial médian des femmes cheffes de familles monoparentales diminue de 31 pour cent à 21 pour cent en situation de désunion, soit de la première à la cinquième année après la séparation. Fait intéressant, puisque les hommes ont une légère augmentation du revenu passant de 1 pour cent à cinq pour cent pour la même période.

L'éducation semble être une variable importante dans la détermination du niveau de vie de ces femmes. Celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires se retrouvent sous le seuil du faible revenu dans 80 pour cent des cas. Celles qui ont obtenu leur diplôme d'études secondaires s'y retrouvent dans 54 pour cent des cas (CNBES, 1994).

La durée de la pauvreté semble être un indicateur important dans les études qui traitent des enjeux associés à l'impact des conditions économiques précaires des femmes et des familles (Blank, 1997). Les données du Ministère de la santé et des services sociaux (1992) illustrent la durée en situation de pauvreté pour différents groupes se considérant comme pauvres ou très pauvres. Les données sont ventilées et présentées pour: (a) la population totale, (b) les divers types de famille, et (c) les diverses origines ethniques. Les données indiquent qu'une large proportion des individus « pauvres » ou « très pauvres » (i.e., 46.7 pour cent) vit 5 ans ou plus en situation de pauvreté. Lorsqu'on analyse la durée de la pauvreté selon l'origine ethnique, les statistiques démontrent que les francophones sont proportionnellement plus représentés que les autres groupes (i.e., « anglophones » et « autres »), en situation de pauvreté à long terme (MSSS, 1992).

Le contexte sanitaire

Le niveau socio-économique semble être le facteur « contrôlable » le plus déterminant sur la santé (MSSS, 1992). Dans une étude sur la santé et les inégalités sociales au Québec (Paquet, 1989), il est noté que l'espérance de vie des femmes habitant le quartier le plus défavorisé de Montréal était de 10 années inférieure à celle du quartier le plus riche. Dans le rapport intitulé, La santé des femmes démunies (MSSS, 1992), on conclut que la pauvreté affecte la santé sur trois plans: (a) elle crée des conditions de vie défavorables (e.g., malnutrition, logement insalubre et conditions de travail plus pénibles); (b) elle entraîne des comportements plus à risque (e.g., tabagisme); et (c) elle crée des attitudes particulières à l'égard de la santé et des rapports différents avec les services de soins de santé. Comme il a été explicité, la maternité est un facteur important lié à la pauvreté (MSSS, 1992; Santé Québec, 1995a, 1995b). Ce sont les conditions socio-économiques auxquelles font face les femmes cheffes de familles monoparentales qui seraient à l'origine de leur situation économique précaire, et par conséquent, affecteraient leur santé globale (MSSS, 1992; Santé Québec, 1995a, 1995b). Dans le Rapport de l'enquête sociale et de la santé (Santé Québec, 1995a), on estime que certains types de famille, de par leur histoire, leur composition et leur structure, constituent un terrain propice à l'éclosion de conflits et de difficultés d'adaptation. L'étude de Santé Québec (1995b) porte, entre autres, sur les habitudes de vie et sur les indicateurs de santé et de bien-être chez les mères de membres de familles biparentales et monoparentales. Selon les indicateurs de santé de l'étude du MSSS, le niveau de santé des mères ne semble pas être directement relié à la structure familiale. Un des constats de cette même étude est que ce sont les conditions socio-économiques des femmes qui affectent le plus leur santé. Il est toutefois à noter que les femmes cheffes de familles monoparentales consomment 1,8 fois plus «

régulièrement » la cigarette que les autres mères. Elles se perçoivent 2 fois moins « très heureuses » que les mères dans les familles biparentales. De plus, l'étude démontre que les femmes cheffes de familles monoparentales vivent 1,6 fois plus de « détresse » que celles des familles biparentales. Pour ce qui est des habitudes relatives à l'activité physique, aucune différence notable n'a été détectée lorsque les données étaient ventilées pour ce type de famille. Les différences se situent davantage au niveau des sexes, de la scolarité et du revenu. De plus, l'étude nous indique que le sexe masculin, une scolarité avancée et un revenu élevé représentent les caractéristiques personnelles d'individus qui se permettent 3 périodes ou plus d'activités physiques et de loisirs par semaine.

Plusieurs ajustements semblent être faits au niveau des politiques familiales pour tenter de réduire les inégalités de la population canadienne (Baker, 1995). Mais Baker estime que ces changements sont légiférés selon les conjonctures sociales, économiques et politiques et que malgré les apparences ou les intentions altruistes des politiques gouvernementales, ce sont les fins économiques qui priment sur les objectifs relatifs au niveau de vie au Canada.

Conclusion

Dans ce chapitre, trois ensembles d'écrits ont été revus afin de bien décrire et appréhender le champs des connaissances sur les femmes cheffes de familles monoparentales, leur santé et leurs pratiques d'activité physique: (a) les systèmes sociaux de pouvoir, (b) les conditions socio-économiques des femmes en général et celle des femmes cheffes de familles monoparentales en particulier et (c) les relations qu'on la santé et l'activité physique avec la vie des femmes cheffes de famille monoparentales.

Cette recension nous permet de conclure un certain nombre de choses. Premièrement les études portant sur les familles monoparentales ont souvent porté sur les enjeux associés

directement aux mères (Popay et al., 1990). Ainsi, la plupart des études ont été centrées sur les pères manquants et leur effet potentiel sur les enfants, les fils en particulier (Hanson, 1986). Il semble qu'il y ait eu peu d'intérêt politique pour les études sur la santé des parents (Popay et al., 1990) et sur celle des femmes cheffes de familles monoparentales en particulier (Benninghoff-Jeannerat et al., 1996). En résumé, le statut conjugal n'a pas été amplement exploré comme déterminant de la santé (Janzen et al., 1995).

Deuxièmement, les thèmes de la santé et de l'activité physique ont été traités, par les auteurs et auteures, comme des éléments fondamentaux des sociétés riches et industrialisées. Cependant, la majorité des écrits reflète bien un différentiel entre les femmes cheffes de familles monoparentales et les parents des autres types de famille au plan de la santé, des pratiques d'activité physique. Un tel différentiel devrait être le point de départ d'une série d'études sur la santé des femmes cheffes de familles monoparentales et surtout sur leurs pratiques d'activité physique. Ces champs de recherche demeurent toutefois inexplorés.

Troisièmement, les études de nature quantitative qui portent sur les familles monoparentales diffèrent beaucoup de celles de nature qualitative. Les études quantitatives tentent d'établir des corrélations entre les variables qui semblent être déterminantes du point de vue du chercheur ou de la chercheuse à partir, le plus souvent, de données provenant de recensements (e.g., Blank, 1997; Hanson, 1986; Jackson, 1993; Loveland-Cherry, 1986; Popay et al., 1990). Quant aux recherches qualitatives, elles sont divisées en deux groupes, l'un qui semble être voué à donner la parole aux femmes cheffes de familles monoparentales (e.g., Polakow, 1993; Schein, 1995; Rank, 1994) et l'autre qui semble être axé sur la déconstruction des discours dominants sur les femmes cheffes de familles monoparentales (e.g., Reekie, 1996; Sands et al., 1992). Les chercheurs et chercheuses privilégiant une approche

méthodologique qualitative semblent remettre en question certains résultats des démarches quantitatives. Les écrits féministes, surtout ceux qui portent sur l'analyse de politiques gouvernementales, apportent de nombreuses critiques sur les généralisations trop fréquentes portant sur l'ensemble des groupes sociaux concernés à partir d'un échantillon (Gunderson et al., 1990; Thomas, 1994a). Dans les protocoles de recherche quantitative, seulement des variables isolées sont analysées et traitées. De tels protocoles ont été remis en question à cause de leur explication incomplète de la problématique des femmes cheffes de familles monoparentales (Blank, 1997; Gunderson et al., 1990). Les conclusions trop restreintes ainsi que les généralisations abusives de certaines études construisent une fausse image des familles monoparentales. Il semble plutôt qu'une multiplicité de « variables » telles que l'âge du parent et des enfants (Blank, 1997; Popay et al. 1990), le sexe du parent (Santé Canada, 1996; Thomas, 1994), le sexe des enfants (Hanson, 1986; Jackson, 1993), le nombre d'enfants (Gunderson et al., 1990), la race et l'ethnicité de la mère (Blum et al., 1996; Jackson, 1993) l'occupation professionnelle (Gunderson et al., 1990; Popay et al., 1990; Schein, 1995); la présence d'un support social, (Frisby et al. 1997; Hanson, 1986); le niveau d'éducation des parents (Blank, 1997; Schein, 1995; Gunderson et al., 1990) et le soutien du parent manquant (Blankenhorn, 1995; Thomas, 1994) viennent jouer conjointement sur la situation de santé des femmes cheffes de familles monoparentales.

Quatrièmement, les études antérieures ont bien cerné un certain nombre de variables significatives dans la vie des femmes cheffes de familles monoparentales. Toutefois, il semble y avoir un vide quant à l'exploration en profondeur de ces variables. De plus, la majorité des recherches qualitatives qui a traité des femmes cheffes de familles monoparentales n'a pas abordé le thème de la santé en relation avec les pratiques de santé et d'activité physique. Une

recherche qualitative qui approfondirait un tel thème contribuerait donc à éclaircir ce domaine de recherche sous-exploré.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre porte sur les aspects méthodologiques de la présente étude. Plus précisément, il traite (a) du protocole de recherche, (b) de l'échantillon, (c) du guide d'entretien, (d) de la préparation aux entretiens, (e) de la collecte de données, (f) de l'analyse des données, et (g) de la validité des résultats. Un accent particulier est mis sur les diverses composantes théoriques féministes qui ont servi de fondation aux divers stades de la recherche.

Le protocole de recherche

Le but de cette étude est de décrire et d'analyser certains aspects relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique d'un groupe de femmes cheffes de familles monoparentales afin d'en améliorer la compréhension. Les données qui ont été analysées proviennent du résultat d'entretiens individuels avec des femmes cheffes de familles monoparentales.

En suivant la classification de Burrell et Morgan (1979), on peut estimer que l'étude relève davantage d'une approche subjective que d'une approche objective. Cette approche renvoie à quatre tendances: (a) une ontologie nominaliste, (b) une épistémologie anti-positiviste (c) une perspective volontariste de la nature humaine, et (d) une méthodologie idéographique (Burrell et al., 1979).

Au niveau ontologique, cette recherche tend à se rattacher à la perspective selon laquelle le monde social est défini en terme de noms, de concepts et d'étiquettes constitués par des individus dans le but de structurer la réalité. De plus, l'étude a été conçue principalement selon une épistémologie antipositiviste, c'est-à-dire une épistémologie qui favorise le rejet de vérités absolues et l'idée de régulariser le monde des relations sociales (Burrell et al., 1979).

Elle a pour conséquence de donner plus de place au point de vue de l'individu qui est directement impliqué dans l'étude. La perspective volontariste tend à être valorisée dans l'étude, c'est-à-dire que l'individu est considéré autonome *a priori*, même s'il est considéré comme partiellement déterminé par certaines structures sociales. Par ailleurs, la méthodologie davantage idéographique implique une série d'actions qui permettent au chercheur de se rapprocher des « sujets » de la recherche et de rapporter leurs discours de façon plus authentique. Cette vue « de l'intérieur » vient supporter l'idée de la nature subjective de l'expérience sociale (Burrell et al., 1979).

Le protocole de recherche a aussi été inspiré des principes associés aux méthodes de recherche qualitatives féministes et postmodernistes (Rail, 1998; Ristock et Pennell, 1996; Rubin et al., 1995). Ce jumelage entre le féminisme et le postmodernisme n'est pas nouveau. Il aura engendré de nombreux débats et aura eu comme résultat de fusionner certains aspects qui semblaient complémentaires parmi les deux écoles de pensée (Rail, 1998). Harding (1991) définit cette fusion comme la tendance postmoderne dans la pensée féministe. Les aspects relatifs à la tradition féministe de l'étude auront contribué à l'abolition des diverses formes de relation de pouvoir, à l'approche non-hiérarchique entre le chercheur et les participantes et à la valorisation de l'individu par des techniques de prises en charge (i.e., *empowerment*). De plus, l'étude s'est ancrée dans certains aspects postmoderniste (i.e., Boisvert, 1998; Rail, 1998). De façon globale, l'étude se détache du principe de la « Raison universelle»; un principe relié aux prédictions, aux généralisations, à la mesure et à la recherche d'une seule « vérité » (Boisvert, 1998; Maffesoli, 1998; Rail, 1998). Postmoderniste, le protocole se distingue aussi par son rejet des « grands récits » et l'importance qu'il accorde aux « microrécits ». Il tente ainsi de donner une présence et de légitimer le discours d'un groupe

marginalisé. Le sujet, au sens sociologique du terme, est présenté comme étant un sujet fragmenté, décentré et organisé de façons multiples autour d'axes différents, tels la race, l'ethnicité, la localité et l'orientation sexuelle (Rail, 1998).

Des principes tels que la réalisation de l'impossibilité de reproduire une réalité (Harding, 1991), l'établissement d'une relation non-exploitante entre chercheur et participante (Rinstock et al., 1996; Rubin et Rubin, 1995), l'identification des constructions idéologiques qui structurent le champ d'étude (Rinstock et al., 1996) et la représentation et le respect des groupes marginaux (Rinstock et al., 1996; Rail, 1998) ont encadré la recherche et les entretiens. Ces principes ont permis de donner la parole à un groupe de femmes clairement minorisées dans notre société, en favorisant leur expression libre sur un sujet déterminé. Les résultats des entretiens ont permis une interprétation qui apporte une compréhension accrue de l'expérience vécue par les femmes cheffes de familles monoparentales dans leurs relations avec la santé et l'activité physique.

L'échantillon

Le chercheur a adopté un échantillon de femmes cheffes de familles monoparentales, dit « intentionnel » comme décrit par Deslauriers (1991). Par « femme cheffe de famille monoparentale » nous reconnaissons toute femme qui est mère et qui a la garde significative d'un ou plusieurs enfants (i.e., la majorité du temps). Prenant pour acquis que la société n'est pas composée d'une population homogène, le choix des participantes a été fait en vue de promouvoir la visibilité des différents groupes de femmes cheffes de familles monoparentales (Rinstock et Pennell, 1996; Rubin et al., 1995; Schein, 1995). L'âge, le nombre et l'âge des enfants, la race et l'ethnicité, l'orientation sexuelle, le niveau de scolarité, la source du revenu, la classe sociale et le lieu de résidence (i.e., rural ou urbain) sont des facteurs qui ont été pris

en considération lors de la sélection des participantes. Les participantes ont été sélectionnées par l'entremise d'organismes qui travaillent auprès de cette clientèle, tel que recommandé dans les études de Rank (1994) et de Schein (1995). En tout, sept participantes ont contribué à cette étude. Elles proviennent toutes du Québec, sont francophones et âgées de plus de 24 ans. Elles sont présentées ci-dessous et appelées à l'aide du pseudonyme qu'elles se sont données.

Kiao a 56 ans et est la plus âgée des participantes. Elle est d'origine asiatique et a immigré au Canada à la fin des années 1970. Elle vit présentement dans la région de l'Outaouais avec ses deux plus jeunes enfants, soit son fils de 22 ans et sa fille de 18 ans. Ses trois autres enfants ont quitté la région il y a quelques années pour trouver de l'emploi. Elle a terminé ses études secondaires dans son pays natal et travaille depuis les 20 dernières années comme aide-infirmière. Son salaire depuis les derniers dix ans se situe approximativement à 20 000 \$ par année. Elle est séparée du père des enfants depuis plus de 10 ans. Décédé récemment, ce dernier n'a jamais été présent, soit lors de l'entente financière ou lors d'entente relative à la garde des enfants. Il demeurait dans la même ville et était prestataire de l'aide sociale, ce qui l'exemptait des frais associés au support de la famille. La relation a été caractérisée entre autres par la violence envers Kiao et les enfants. Kiao demeure active dans sa communauté ethnique et s'est développée un réseau social de support, toutefois sa parenté est toujours en Asie.

Tina a 33 ans. Elle est une nouvelle arrivante au Canada puisqu'elle a émigré d'Afrique il y a 5 ans. Depuis la séparation, elle habite une coopérative d'habitation avec ses deux garçons, 9 ans et 5 ans. Elle a terminé ses études secondaires professionnelles en secrétariat-comptabilité dans son pays natal et travaille dans un bureau depuis les 12 dernières années, son salaire actuel se situe approximativement à 20 000 \$. Tina est séparée du père des enfants

depuis 2 années. Les deux parents se partagent la garde des enfants de façon quotidienne. Le père est présentement prestataire de l'aide sociale ce qui l'exempte de certaines obligations relatives aux enfants. Par ailleurs, Tina vit une relation amoureuse depuis quelques mois. Mise à part ses collègues de travail, elle a peu de contacts sociaux. Les membres de sa communauté ethnique ne sont pas présents dans sa vie et sa parenté est toujours en Afrique.

Kim a 28 ans et native de la région de l'Outaouais. Elle habite un appartement avec ses 2 enfants, une fille de 12 ans et un garçon de 7 ans. Elle a terminé ses études secondaires professionnelles en secrétariat et a travaillé dans un bureau pendant plus de 10 ans. Depuis quelques mois, elle poursuit un cours en réinsertion à l'emploi pour femmes cheffes de familles monoparentales. Elle est bénéficiaire de l'aide sociale depuis trois ans et reçoit moins de 12 000\$ par année. Elle vit en situation de monoparentalité depuis 12 années. Toutefois, après des intermèdes d'absence, son ex-conjoint demeure quelque peu présent en ce qui concerne la garde des enfants. Les parents n'ont pas officiellement la garde partagée mais le père a la garde des enfants 2 jours à toutes les deux semaines. Il est projectionniste et donne 900 \$ par année pour certaines dépenses associées aux enfants. Les membres de la famille de Kim vivent dans la région et lui offrent du support, notamment en ce qui a trait à la garde des enfants.

Mélanie a 34 ans et est native de la région de l'Outaouais. Elle habite depuis peu un logement à prix modique avec sa fille de 9 ans. Elle a complété une dixième année d'études secondaires et poursuit présentement un cours de réinsertion à l'emploi pour femmes cheffes de familles monoparentales. Elle est bénéficiaire de l'aide sociale depuis 2 ans et reçoit moins de 12 000 \$ par année. Parmi les participantes interviewées, Mélanie semble être une des seules à entretenir encore une bonne relation avec son ex-conjoint. Elle vit en situation de

monoparentalité depuis 8 mois et le père a la garde de sa fille 2 jours à toutes les deux semaines. Ce dernier recoit présentement des allocations de l'aide sociale et offre approximativement 2500 \$ par année pour les dépenses associées à l'enfant. Les membres de la famille et des amies de Mélanie vivent dans la région et sont présents dans sa vie soit pour des activités sociales ou pour la garde de sa fille.

Mimi a 24 ans et se trouve à être la plus jeune des participantes de l'étude. Elle est d'origine québécoise et nouvellement arrivée dans la région de l'Outaouais. Elle habite un logement à prix modique avec son garçon de 2 ans. Elle a poursuivi des études collégiales et est présentement inscrite à un cours de réinsertion à l'emploi pour femmes cheffes de familles monoparentales. Bénéficiaire de l'aide sociale, elle reçoit moins de 12 000 \$ par année. Elle vit en situation de monoparentalité depuis 18 mois et a la garde totale de l'enfant puisque le père a déménagé à l'extérieur. Le père de l'enfant est prestataire de l'assurance-emploi et ne contribue aucunement au support financier de son enfant. Les membres de la famille de Mélanie vivent dans la région et sont présents dans sa vie sociale et pour la garde des enfants.

Louise a 26 ans, elle est d'origine africaine et demeure dans la région de l'Outaouais depuis 2 années. Elle habite un logement à prix modique avec son garçon de 4 ans depuis quelques mois. Elle est la seule participante à poursuivre une formation universitaire. Elle est prestataire de l'aide sociale depuis 2 ans et reçoit moins de 12 000 \$ par année. Elle est aussi la seule participante à être veuve. Le père est décédé dans son pays d'origine avant la naissance de l'enfant, lors de l'éclatement d'une guerre civile. Son statut de réfugiée lui a été reconnu à son entrée au Canada. Les membres de sa communauté ethnique ne sont pas présents dans sa vie et sa parenté est toujours en Afrique. Toutefois, ses belles-soeurs vivent dans la région mais les contacts avec celles-ci se fait rares.

Sissi a 35 ans et est native d'une région rurale de l'Outaouais. Elle habite une maison avec ses 5 garçons de 12 ans, 10 ans, 8 ans, 7 ans et 5 ans. Elle a terminé ses études secondaires professionnelles en comptabilité et a travaillé dans le domaine agricole pendant 15 ans. Elle poursuit un cours de réinsertion à l'emploi pour femmes cheffes de familles monoparentales, ce qui l'encourage à faire un virage professionnel. Elle est bénéficiaire de l'aide sociale depuis 2 ans et reçoit approximativement 22 000 \$ par année. Elle vit en situation de monoparentalité depuis une année et demi. La relation avec le conjoint a été caractérisée entre autres par de nombreux abus de nature physique et sexuelle de la part du conjoint. Elle et son ex-conjoint n'ont pas d'entente de garde partagée mais il y a quelques semaines, 3 des enfants ont été placés chez leur père pour offrir un répit à la mère. Le père demeure dans une autre région, ce qui fait que ni un ni l'autre des parents ne peut voir ses enfants sur une base régulière. Le père est prestataire de l'aide sociale et ne contribue aucunement au support financier des enfants. Sissi est lesbienne et vit présentement une relation amoureuse à longue distance. Pour l'instant, les membres de sa famille font partie intégrante de son milieu social, par contre, ils ne participent pas à la garde des enfants.

Le guide d'entretien

Les études de Schein (1995) et de Rank (1994) ont influencé le choix des modalités d'entrevues. Ainsi la présente étude a favorisé le procédé des entretiens individuels de type semi-structuré variant en durée de 60 à 90 minutes. Selon Beausoleil (1998), ce procédé permet d'analyser les pratiques des femmes à partir de leurs propres préoccupations. Dans le même courant d'idées, Ristock et sa collègue (1996) ajoutent que les informations recueillies sur les participantes permettent d'acquérir une vision plus critique des structures sociales. Ce type d'entrevue « culturelle » (Rubin et al., 1995) est composé de questions directrices qui émergent

d'un protocole d'entrevue flexible qui sert davantage à tenir la discussion à l'intérieur des paramètres du sujet à l'étude qu'à chercher des réponses spécifiques (Deslauriers, 1991). Le protocole d'entrevue (voir Annexe A) comporte trois sections: (a) la présentation du chercheur et de la participante ainsi qu'une introduction à l'étude et à ses formalités (Ristock et al., 1996); (b) des questions relatives aux caractéristiques démographiques (e.g., âge, revenu, histoire de couple, nombre d'enfants, éducation, source du revenu, salaire) et aux conditions d'existence de la participante (e.g., aide extérieure, relations personnelles, finances, bons et mauvais côtés d'être femme cheffe de famille monoparentale) (Anderson, 1993; Beausoleil, 1998; Rank, 1994; Schein, 1995); et (c) une série de questions relatives aux pratiques quotidiennes de santé et d'activité physique.

La préparation aux entretiens

Les entretiens ainsi que les étapes successives du processus de recherche ont nécessité une préparation spécifique. Comme mentionné plus haut, la combinaison de certains éléments du féminisme et du postmodernisme se prête bien aux recherches portant sur les femmes cheffes de familles monoparentales. Le guide d'entretien s'est inscrit dans la philosophie de cette fusion et est fondé sur une approche anti-autoritaire et anti-dogmatique (Rail, 1998) qui permet au « sujet » d'exprimer pleinement son expérience sans les contraintes non-intentionnelles qui peuvent être engendrées par un guide d'entretien trop rigide ou par l'établissement d'un rapport de pouvoir entre le chercheur et le sujet.

Traditionnellement, le pouvoir et la science sont deux concepts qui ont été liés (Harding, 1991). Spécifiquement aux entretiens, les rapports de pouvoir sont nombreux (e.g., homme/femme, blanc/minorité ethnique, scolarisé/moins scolarisé). Ces rapports sont inévitables et ils nécessitent une attention particulière dans le but de bien comprendre les

relations structurelles et interpersonnelles qui affectent la recherche (Ristock et al., 1996). Ristock et sa collègue (1996) consacrent un chapitre complet sur les jeux de pouvoir qui peuvent se manifester en situation de recherche. Les « jeux de pouvoir » font suite à des rapports de pouvoir biaisant largement les résultats d'une recherche.

Des mesures ont été entreprises avant le début des entretiens afin de diminuer les effets potentiels des rapports de pouvoir et de respecter la philosophie féministe et postmoderniste. Des mesures telles que l'utilisation d'un langage populaire, humoristique et non-sexiste; la sélection d'un lieu d'entrevue déterminé par la participante; et l'habillement non-formel ont été adoptées lors des entrevues afin de minimiser les rapports de pouvoir. Des principes fondamentaux ont également été considérés: (a) des principes empruntés à des intervenantes dans des centres de femmes et (b) des principes associés à la recherche féministe effectuée par les hommes.

Les principes d'intervention

Afin que le chercheur puisse se préparer aux entretiens avec les femmes cheffes de familles monoparentales, deux rencontres ont eu lieu avec des femmes professionnelles oeuvrant dans des organismes d'aide aux femmes victimes de violence. Les buts de ces rencontres étaient d'obtenir de l'information sur la question de l'homme qui étudie certains enjeux féministes (e.g., santé des femmes, femmes et violence); d'obtenir de l'information sur les femmes qui visitent les organismes ciblés; d'acquérir une sensibilité à divers enjeux qui touchent les femmes; de connaître les organisations régionales d'aide aux femmes; et d'obtenir des habiletés spécifiques à la conduite d'entretiens avec des femmes.

La recherche féministe effectuée par les hommes

Plusieurs féministes se sont questionnées sur la légitimité de la présence des hommes dans les projets académiques féministes (e.g., Harding, 1998; Kimmel, 1998). En effet, l'implication du chercheur ne se limite pas à son interaction directe avec l'interviewée, elle inclut aussi l'interprétation des transcriptions d'entrevue, la rédaction et l'édition du texte final (Devault, 1990). Compte-tenu des valeurs sous-jacentes à de telles actions, l'implication masculine dans l'étude de certains enjeux féministes peut être problématique.

David Kahane (1998) présente une perspective plutôt négative des hommes qui étudient les enjeux féministes. Pour cet auteur, les femmes se trouvent en meilleure position d'analyse vis-à-vis les effets du patriarcat. De plus, il ajoute qu'il n'est pas clair que l'écoute emphatique de l'homme soit suffisante à le rendre sensible aux enjeux centraux du féminisme. Kahane (1998) estime que les finalités académiques de l'homme féministe sont limitées par rapport à celles des femmes:

Living with integrity as a feminist man requires both a sensitivity to the small and large harms one inflicts as a bearer of this gender Yet one must simultaneously accept that one will never act with a pure will, nor in ways that are entirely laudable. (p.229)

En contre partie, Sandra Harding (1991, 1998) fait un bilan beaucoup plus partagé et ouvre la porte à plusieurs perspectives plus invitantes pour le chercheur qui étudie des enjeux féministes. De plus, Harding rejette l'hypothèse que des variables telles que le sexe, les rapports sociaux de sexe, la biologie et l'histoire déterminent la pensée de l'individu, soit une hypothèse qui ressort du discours de Kahane. Toutefois les deux auteurs sont d'accord sur le fait que certains sujets et contextes sont plus aptes à être traités par les femmes (e.g., les impacts d'une agression sexuelle chez la femme). Harding (1998) s'interroge à savoir jusqu'à

quel point l'homme peut contribuer au savoir féministe et dans quelle mesure il est prédisposé à acquérir une sensibilité féministe. Ce qui rend complexe une réponse catégorique de sa part, c'est la multiplicité et la divergence des points de vue féministes (e.g., radical, marxiste, socialiste). De plus, la diversité des femmes dans le monde (e.g., au niveau racial, au niveau socio-économique, au niveau de l'éducation) ferait en sorte que les féministes académiques se retrouvent avec un problème similaire de « distance culturelle » par rapport aux participantes de leur étude (Devault, 1990). Enfin, Harding (1998) indique l'utilisation des théories féministes comme condition nécessaire à la participation des hommes dans le cercle académique féministe:

Men can begin their thought in women's lives, with the assistance that feminists theories have provided, to produce equally powerful analysis of how the gender system works. (p.184)

Les écrits de Harding permettent donc de comprendre que certaines féministes estiment que le féminisme serait appauvri sans l'apport des hommes et que d'autres jugent que le sexe et le rapports sociaux de sexe ne sont pas reliés à la production du savoir; voilà deux conclusions favorables à la participation des hommes au développement du savoir sur les femmes.

Il n'en demeure pas moins que les caractéristiques du chercheur en ce qui a trait à son sexe (masculin), sa race et son ethnicité (blanche et euro-qubécoise), son milieu socio-économique (classe moyenne) et sa scolarisation (universitaire) créent instantanément des rapports de pouvoir avec ses sujets. Ces rapports peuvent distordre partiellement le produit de la recherche. Toutefois, l'ensemble des mesures prises dans le cadre de la présente étude aura

contribué à contrecarrer de tels obstacles et, en conséquence, à bien représenter la problématique des femmes cheffes de familles monoparentales et de leur santé.

La collecte des données

Les écrits féministes soulèvent plusieurs enjeux relatifs à la justesse des données et au respect des interviewées en situation d'entretien (i.e., Andersen, 1993; Devault, 1990; Harding, 1991; Ristock et al., 1996). Ristock et sa collègue (1996) décrivent bien les procédures à suivre afin de minimiser les impacts de la relation de pouvoir entre le chercheur et la participante. La mise sur pied d'une relation non-hiérarchique, l'absence de jugement et la démonstration d'une certaine empathie envers la situation racontée par les interviewées semblent être fondamentales dans l'étape de la collecte des données (Anderson, 1993; Schein, 1995). Cette collecte des données visait la profondeur, le détail, les nuances et les subjectivités dans le discours des femmes (Devault, 1990). En tout, 7 femmes ont été rencontrées.

Les entretiens pilotes

Les entretiens « pilotes » ont finalement été utilisés pour les résultats de l'étude et ne constituent donc pas des entretiens pilotes au sens strict du terme. En revanche, ils ont eu comme objectif de vérifier la pertinence des questions du guide d'entretien et de familiariser le chercheur aux diverses étapes associées à la collecte la transcription et l'analyse préliminaire des données.

Pour ces entretiens, le chercheur a sollicité deux femmes cheffes de familles monoparentales francophones de son entourage (i.e., région outaouaise). Au moment du contact téléphonique avec ces participantes, celles-ci ont été informées de la nature de l'étude et de la raison d'être de l'entretien « pilote ». Des rendez-vous ont ensuite été fixés pour des

entretiens d'une durée approximative de 90 minutes chacun dans un endroit sélectionné par les participantes. Les deux participantes ont préféré effectuer l'entretien dans leur demeure.

Avant d'amorcer l'entretien pilote, le formulaire de consentement a été discuté et signé par les participantes (voir Annexe C). Les deux entretiens ont permis au chercheur de connaître la répartition du temps nécessaire aux parties A et B du guide d'entretien, de se familiariser avec les questions du guide d'entretien et de vérifier l'équipement nécessaire à l'enregistrement de l'entretien. Immédiatement à la suite de chaque entretien, les commentaires personnels de la participante ont été sollicités au sujet du déroulement de l'entretien. Ces commentaires se sont ajoutés aux notes et commentaires du chercheur. Les enregistrements et les notes relatifs à l'entretien ont été conservés et pris en compte lors des autres entretiens de l'étude. L'analyse préliminaire a consisté à mettre en application les mêmes étapes prévues pour les autres entretiens. Elle a toutefois permis de déceler certaines lacunes notamment celles relatives à l'insuffisance de données relatives aux thèmes de l'activité physique et du loisir. Cependant, une grande quantité d'information a été donnée sur l'histoire du couple, contribuant grandement à la compréhension des femmes en situation de monoparentalité.

Les entretiens

Pour ce qui est des entretiens, les participantes ont été choisies parmi celles qui étaient suggérées par des associations régionales qui oeuvrent auprès de familles monoparentales. Des intervenantes ont été mises au courant des paramètres de l'étude et se sont chargées d'établir les premiers contacts avec les participantes. Quatre participantes étaient inscrites dans le même cours de réinsertion au travail et l'enseignante présente a accordé une vingtaine de minutes du cours afin que je puisse présenter le projet aux mères de la classe. Suite à la présentation, la lettre d'information et les coordonnées du chercheur ont été remises à toutes les participantes.

Des mères qui étaient intéressées à participer, quatre ont alors été sélectionnées selon les profils de femmes recherchés pour l'étude. La sélection de l'autre participante s'est faite plus directement avec l'aide d'une intervenante intermédiaire. Les participantes ont été contactées par téléphone afin de déterminer une date pour l'entretien. Une fois la participation confirmée, divers documents relatifs à l'étude ont été envoyés via la poste. Une lettre d'information sur l'étude (voir Annexe B), un formulaire de consentement à participer à l'étude (voir Annexe C), une copie de la lettre d'autorisation du comité d'éthique (voir Annexe D) et les parties du guide d'entretien (voir Annexe A) ont constitué le dossier remis aux participantes.

Au moment de l'entretien, les paramètres de l'étude ont de nouveau été expliqués. Les participantes ont été avisées de l'enregistrement et de leur droit de cesser l'entretien à tout moment. Ensuite, les formulaires de consentement ont été discutés et signés. La partie A du guide d'entretien devait être complétée préalablement à l'entretien. La partie B de l'entretien a occupé la plus grande portion de l'entretien, soit environ 90 pour cent du temps. Cette seconde partie de l'entretien constituait l'instrument privilégié pour colliger les données et elle visait donc la profondeur, le détail, les nuances et la recherche de la subjectivité dans le discours des femmes (Devault, 1990). Les entretiens se sont déroulés conformément aux principes décrits plus haut (voir la section sur la préparation aux entretiens). Immédiatement après chaque entretien, le chercheur a pris note des événements particuliers, du non-dit, de l'ambiance et de ses états d'âme personnels. Ces notes et commentaires visaient surtout à mieux contextualiser et comprendre la teneur des entretiens.

La transcription des entretiens

Trois techniques provenant de l'ethnographie (Sykes, 1998) ont été retenues afin de favoriser la vraisemblance des transcriptions d'entrevues. Premièrement, chaque entrevue a été

transcrite intégralement. Les nuances telles que les pauses, hésitations, rires et répétitions de mots sont considérées comme significatives et ont été notées entre crochets (e.g., [rire], [silence]) (Devault, 1990; Sykes, 1998). Les pauses ont été représentées par des lignes pointillées dont la longueur représentait la durée des pauses. Chaque paragraphe a été conçu pour représenter un échange verbal. Les questions du chercheur ont été inscrites en lettres majuscules et les réponses des participantes en lettres minuscules. Ce format a été appliqué afin de répondre aux exigences du logiciel QSR. NUD-IST. L'exemple ci-dessous donne un aperçu d'une telle technique de transcription.

SI ON RÊVE UN PEU, COMMENT VOIS-TU TA VIE DE RÊVE, TOUJOURS PAR RAPPORT À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE?

.....hum.....moi une chose que je rêve beaucoup, c'est d'avoir ma mère et ma soeur près de moi.....J'aimerais bien sûr avoir un travail, quelque chose qui me stimule.....Travailler, mais pas être obligée d'y travailler de huit à cinq [rire]

Deuxièmement, les notes et commentaires personnels du chercheur ont été relues, de façon à mieux contextualiser les discours lors de la transcription des entrevues (Rank, 1994; Rubin et al., 1995; Schein, 1995). Enfin, après la transcription de chaque entretien, celle-ci a été imprimée puis postée à la participante avec une enveloppe de retour pré-payée et une lettre d'instructions enjoignant la participante à vérifier le texte, à le corriger au besoin et à le retourner au chercheur (e.g., Sykes, 1998). Seulement deux transcriptions d'entretien sont revenues et aucune correction significative n'a été apportées. Une fois validées, les transcriptions d'entretiens ont été intégrées dans un fichier informatique permettant une analyse avec le logiciel QSR NUD-IST, un programme de gestion de données conçu pour l'analyse de données qualitatives.

L'analyse des données

Les étapes de collecte et d'analyse de données ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, l'analyse des données a été réalisée simultanément avec le processus de collecte des données (Deslauriers, 1991; Rubin et Rubin, 1995).

Selon Boutin (1997), les méthodes de recherche qualitative qui utilisent les entretiens présentent relativement les mêmes étapes lors de l'analyse. Ces dernières consistent à lire les textes d'entretien, souligner les passages porteurs d'idées, regrouper les passages en catégories et ensuite, faire des liens entre les catégories obtenues. Les diverses méthodes se croisent dans leur subjectivité et dans leur approche inductive quant au traitement des données (Boutin, 1997). Ces étapes ont été retenues dans le cas présent. En plus, l'analyse des données a procédé selon des techniques empruntées à l'ethnographie et à la socio-phénoménologie.

Selon Laperrière (1997), l'ethnographie vise à décrire et à apporter une compréhension de l'ensemble des individus d'une culture, y compris les éléments marginaux. La nature exploratoire des études, l'importance accordée au contexte social des individus, le contenu descriptif et le recours à un échantillonnage qui n'a pas de visée extrapolatoire sont aussi des éléments de l'ethnographie qui ont été retenus pour la présente étude. Par contre, d'autres spécificités ethnographiques n'ont pas été retenues telles que le processus de saturation empirique et l'établissement de grilles d'analyses ou de modèles. Par ailleurs, l'étude emprunte à la méthode socio-phénoménologique de Denzin (1984) et de Rail (1990). Ainsi l'analyse du phénomène se fait à partir de « l'intérieur », c'est-à-dire en valorisant la perspective des femmes interviewées. Par contre, la présente étude ne vise pas à déterminer l'essence d'un phénomène, comme le propose la méthode phénoménologique, mais plutôt à saisir les propriétés du phénomène qui émerge des textes d'entretien.

L'ensemble des fragments méthodologiques présentés ci-dessus ont résulté en une analyse des transcriptions d'entretiens en deux temps: (a) l'analyse verticale et (b) l'analyse horizontale (voir Beausoleil, 1998). L'analyse verticale a consisté à prendre chacun des entretiens individuellement et à en dégager les « thèmes » des passages significatifs. Quant à l'analyse horizontale, elle a constitué la majeure partie de l'étude. Elle a consisté, d'une part, à rassembler les thèmes en catégories de thèmes et, d'autre part, à donner un sens aux thèmes et aux catégories recueillies dans les analyses verticales. Ceci a permis de dresser un portrait collectif des enjeux qui touchent ces femmes cheffes de familles monoparentales en matière de santé et d'activité physique.

Chaque passage d'entretien qui représentait un thème était codé à l'aide du logiciel de gestion de données qualitatives QSR. NUD-IST. Parallèlement au codage, le logiciel a permis la création de fichiers (i.e., « nodes ») qui regroupent l'ensemble des passages associés à un thème. Ces derniers fichiers ont permis de regrouper l'information relative à un sujet et d'en faire plus efficacement l'analyse. L'établissement des thèmes s'est fait de façon chronologique. C'est-à-dire que la première transcription d'entretien a permis de générer des thèmes qui ont servi de référence à la deuxième. Cette démarche s'est poursuivie jusqu'à la septième transcription. Lors de ce processus, des thèmes ont été créés, enlevés ou amalgamés. La phase de regroupement des thèmes en catégorie de thème s'est faite selon la même logique. En conséquence, la liste des thèmes et des catégories de thèmes s'est raffinée au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données (i.e., les étiquettes données aux thèmes et aux catégories de thèmes ont toujours été assujetties à des changements). Des liens entre les thèmes et les catégories de thèmes ont ensuite été développés pour expliquer la situation des femmes cheffes de familles monoparentales et leur santé.

L'utilisation du logiciel QRS. NUD-IST s'est avérée nécessaire dans le processus de codage des transcriptions. Suite à la petite quantité d'entretiens (n = 7), le chercheur avait considéré d'autres techniques de transcription et de codage à partir d'un simple logiciel de traitement de texte. Toutefois, QRS. NUD-IST a permis de coder et de classer rapidement les passages d'entretien en gérant efficacement les données. De plus, lors du codage d'un entretien, un passage pouvait s'identifier à plusieurs thèmes. Le passage suivant illustre bien ce phénomène:

C'est difficile de vivre seule avec les enfants, quand les enfants étaient jeunes, je les amenais à la garderie et puis le travail le ménage de la maison, le magasinage. Surtout quand mon mari est parti, il a pris la voiture avec lui...

Le passage ci-dessus peut s'identifier à plusieurs thèmes (i.e., Solitude; Jeunes enfants; Responsabilités familiales; Transport; Division des tâches domestiques). Au risque de perdre le sens de certains thèmes, QRS.NUD-IST a permis de dupliquer les passages qui peuvent être catégorisés dans plusieurs thèmes et de les classer dans plusieurs thèmes. En résumé, QRS NUD IST a permis l'utilisation d'une multitude de fonctions de gestion des données qui ont permis au chercheur d'obtenir la latitude nécessaire pour traiter et classer l'information à sa guise.

Les étapes de classification des thèmes et des catégories de thèmes ont constitué une première analyse et aussi une première interprétation des données. Ces analyse et interprétation se sont raffinées avec l'établissement de liens significatifs entre les thèmes et les catégories de thèmes.

Selon Boutin (1997), la forme narrative utilisée pour la rédaction des résultats permet de considérer les expériences des participantes dans leur contexte social respectif. Cette forme a été utilisée dans la présente étude et lors de la rédaction des résultats, l'usage de citations a

permis de représenter le plus justement possible la pensée des participantes. Chaque citation a été utilisée sans changement significatif, ce qui aurait pu en modifier le sens. Les citations ont été choisies en fonction des thèmes qui ont été explorés dans l'étude. Leur distribution s'est répartie de la façon la plus égale possible afin de représenter l'ensemble des voix des participantes. Des pseudonymes choisis par les femmes elles-mêmes ont été utilisés afin de conserver l'anonymat des participantes.

La validation des résultats

Les études quantitatives se réfèrent aux critères de validité et de fidélité afin de maximiser leur crédibilité. Ces critères de validité et de fidélité se transposent difficilement aux recherches de nature qualitative (Rubin et al., 1995). Selon Rubin et sa collègue (1995), la crédibilité d'une recherche qualitative est jugée selon trois critères: (a) la transparence, (b) la constance, et (c) la « communicativité ». Au niveau de la transparence, la présente étude a explicitement fait état de ces processus de cueillette des données, des biais potentiels du chercheur et du niveau de conscience de l'intervieweur. De plus, les dossiers et les notes ont été conservés conformément aux règlements du comité d'éthique. Au niveau de la constance, l'étude a pris en considération la cohérence des thèmes, elle a offert une explication des similitudes ou différences ainsi que des continuités ou discontinuités des thèmes relevés à partir du discours des participantes. Au niveau de la « communicativité », les résultats ont été présentés afin de représenter de la façon la plus authentique possible la réalité des participantes. D'une part, le souci du détail et l'utilisation de données brutes lors de la rédaction ont contribué à la vraisemblance du texte. D'autre part, les résultats de l'étude ont été présentés aux participantes afin de vérifier l'exactitude des données et de modifier les éléments qui ne semblaient pas authentiques à leur discours.

DEUXIÈME PARTIE:
LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

CHAPITRE IV

LA MONOPARENTALITÉ

Ce premier chapitre des résultats porte sur la perception qu'ont les participantes du passage de la biparentalité à la monoparentalité. Ce passage apparaît important puisque enjeux relatifs à la monoparentalité semble influencer la santé globale des mères. Le chapitre se divise en trois sections: (a) l'union, (b) la rupture et (c) la monoparentalité. Ces sections permettent de mieux situer la monoparentalité et de comprendre son impact sur les pratiques de santé et d'activité physique.

L'union

Plusieurs femmes ont rapporté avoir vécu des formes d'abus dans leur relation. Dans un premier temps, les formes les plus courantes sont celles rattachées aux stratégies de contrôle employées par les conjoints envers leur épouse. Le contrôle des ressources financières et le contrôle des réseaux sociaux ont été principalement mentionnées comme stratégies de pouvoir adoptées par le conjoint.

L'instabilité financière de la famille est quelques fois un incitatif pour la séparation du couple. Pour Kim, les dettes accumulées par son conjoint siphonnaient son revenu et plaçaient la famille dans une situation économique précaire. Chez une autre participante, Mimi, c'était son droit de travailler qui était brimé, ce qui lui enlevait son pouvoir de consommation.

Je travaillais aussi, mais il fallait que je paye la dette de l'autre. . . . à la fin du compte, tu t'aperçois que tu n'as pas de sous pour toi-même. (Kim)

Le désir de retour aux études était aussi brimé, d'une part, pour faire suite à la garde des enfants et aux obligations dites maternelles et, d'autre part, suite à un refus du conjoint. Ce refus s'est manifesté dans des techniques manipulatoires de découragement.

Le contrôle au niveau du réseau social de la mère a aussi été relevé dans le discours des participantes. L'isolement occasionné par le manque d'accès au travail et à l'éducation, l'ensemble des tâches dites maternelles et les limites imposées par le conjoint en ce qui a trait aux rapports sociaux, confinaient les femmes dans leur demeure. L'impact de cet isolement a frappé doublement les femmes immigrantes qui n'étaient pas entièrement acclimatées au milieu et qui n'avaient pas de réseaux sociaux de soutien.

Elle [la femme] doit subir les conséquences. Surtout nous, comme immigrantes, on a peur. On n'a pas de famille, on n'a pas de parent ou d'appui ici. (Kiao)

Je pensais que c'était juste un mythe, les hommes qui essaient de dominer. Les femmes soumises, c'est ça que j'ai vécu avec mon mari . . . « tu n'as pas le droit de faire de téléphone! Tu n'as pas le droit de voir d'autres Africaines. . . . Je ne suis pas venue ici pour vivre dans une prison! (Tina)

Par ailleurs, les diverses formes de violence ont été mentionnées par les femmes comme des stratégies utilisées par leur conjoint pour les tenir dans la peur et, par conséquent, les conserver dans des positions de soumission. Deux « survivantes » ont estimé que leur sécurité et leur vie avaient été maintes fois menacées dans le couple. Kiao a expliqué ainsi cette relation entre la dépendance de la femme et le risque de vivre dans un environnement violent:

C'est pour ça qu'il y a toujours de la violence; il y a le mari qui tue la femme. La femme doit supporter le mari, elle a peur d'envoyer le mari, parce qu'elle a peur de n'avoir aucun revenu.

D'autres éléments, tels que l'incompatibilité des personnalités, l'infidélité et le manque de responsabilité ont engendré des tensions dans les couples et ont aussi contribué à la rupture.

Les formes masculines de contrôle et de domination ont été présentées par les participantes vivant dans des couples où il y a eu une décision de rupture. De fait, selon elles, les contrôles abusifs ont contribué à créer un environnement qui limitait leur épanouissement.

L'ensemble des stratégies de contrôle sur les femmes a réduit leur qualité de vie et a contribué à retarder considérablement la possibilité d'entreprendre des mesures plus formelles qui mènent à la rupture. La période de réflexion associée à la rupture a varié de quelques mois à plusieurs années. Ce témoignage de Kiao illustre bien l'importance qu'elle accorde à son choix:

« Avant que tu prennes la décision, que t'avales le gros morceau, il faut que tu y penses comme il le faut, il faut que tu prennes des mois et des mois, des années et des années ».

La rupture

La considération d'une séparation vers un lieu incertain, possiblement meilleur, a motivé les participantes à prendre le contrôle de leur vie et à quitter le conjoint. Après plusieurs années marquées par des conflits avec son conjoint, Kiao s'est prise en charge, a quitté son conjoint et a pris les moyens nécessaires à la désunion:

Je me suis décidée un jour et je lui ai dit « je vais t'envoyer de la maison, je ne veux plus te voir » Je me suis dit, je peux aussi faire comme les autres, je n'ai plus peur ». (Kiao)

L'étape de la rupture a été un élément difficile mais révélateur dans le cheminement de vie des mères. Elle est venue perturber de nombreux aspects de leur vie. Dans le cas de Sissi, la rupture lui a permis d'accepter son homosexualité. Elles s'est confiée en ces termes:

Je n'ai pas pu vivre ma vie à cause que je vivais toujours selon ce que les autres me dictaient. Puis, quand je me suis séparée, ça faisait deux ans que je savais que je devais

laisser mon époux Ce que j'ai trouvé difficile, c'est de changer ma perception de voir les choses. Parce que là, je suis gaie.

Les femmes qui se sont séparées de leur conjoint ont tenu sensiblement le même discours à l'égard de leur décision. Elles se sont dites plus heureuses qu'auparavant malgré les difficultés encourues dans leur mode de vie actuel. L'absence de conflit avec le conjoint, l'accroissement de la liberté et la prise de contrôle des finances ont été mentionnés comme bienfaits de la rupture.

La monoparentalité

Si la rupture a eu des effets positifs, elle a aussi occasionné des conséquences négatives par rapport à la santé des femmes. Celles-ci ont principalement mentionné les problèmes de solitude, de découragement et de stress. La solitude a été mentionnée par toutes les femmes comme étant une contrainte majeure dans leur vie. Selon Kim, « le fait d'être toute seule, c'est une des pires choses possibles ». Les femmes racontent que la présence d'enfants ne comble pas leur besoin d'interaction sociale. Elles recherchent des personnes à qui elles peuvent se confier et des gens avec lesquels elles peuvent discuter d'enjeux plus sérieux. Le passage d'entretien avec Louise vient appuyer ce constat.

Une femme monoparentale peut se sentir isolée. Tu n'as pas personne qui va penser à toi, juste à toi . . . quand tu as un problème, tu dois le garder à toi seule. Te te sens un peu écartée du monde.

Du côté de Mimi c'est la présence d'amies qui est importante pour combattre la solitude:

Je parlais de la « solitude d'amies ». . . . toute seule pas d'amies, c'est « rough » sur quelqu'un en maudit.

En tant qu'immigrante, Tina estime que les effets de la solitude se font particulièrement sentir dans le temps des fêtes:

La solitude. . . . Les enfants ont leur cercle d'amis, alors, un moment donné, on se retrouve toujours toute seule Moi en tant qu'immigrante, le plus dur, c'est pendant le temps des fêtes. Parce qu'évidemment, je laisse les enfants partir avec leur papa Noël, Jour de l'an, toutes les fêtes, c'est pareil. Il n'y a personne qui pense à nous, et nous, on pense à tout le monde; ça, c'est très dur.

Certaines mères estimaient que l'isolement et le manque de support d'amis contribuent au découragement, surtout lorsqu'elles ont à confronter divers obstacles de la vie quotidienne.

Le cas de Tina qui s'ennuie de sa mère qui habite l'Afrique est éloquent à ce sujet:

Quand tu es seule, seule, seule et tu as des problèmes d'argent Quand on a la nostalgie de la famille, on ne peut même pas parler à quelqu'un. Quand tu t'ennuies de ta famille, il n'y a pas de « ah il est minuit, il faut que j'attende à telle heure pour appeler ». Alors j'appelle et tant pis . . . puis quand tu payes la facture, tu déprimes.

Les conflits avec l'ex-conjoint, les problèmes relatifs aux enfants, les problèmes d'ordre financier et la surdose d'activités ont été identifiés comme des facteurs qui contribuent au découragement. Le stress a aussi été mentionné comme conséquence. Le stress relatif à la surcharge et au manque de ressource financière a particulièrement été ciblé par les participantes. Elles se sont montrées inquiètes quant à l'ampleur des tâches qu'elles ont à accomplir seules. De fait, Kim estime que la garde à plein temps des enfants contribue à sa surcharge de responsabilité:

Souvent les femmes se trouvent seules à essayer d'aider les enfants. La femme veut que ses enfants soient épanouis là-dedans; c'est pas évident. Toute femme doit avoir de la frustration au niveau de l'aide . . . tout ça ensemble fait le stress; le fait de ne pas avoir de l'aide financière et le fait de ne pas avoir le support moral pour les enfants.

Pour Kiao, c'est la crainte de manquer de ressources financières qui devient une source de stress:

C'est trop pressant pour travailler . . . on est trop nerveuse . . . avant, on pouvait relaxer, c'était moins stressant que maintenant. En vieillissant, je suis toute nerveuse en pensant « qu'est-ce que je dois faire? Oh, je dois vivre! ».

Les « maux de tête », les « manques de patience » et l'« inquiétude » sont des expressions souvent mentionnées par les femmes lorsqu'elles discutaient du stress dans leur vie.

Conclusion

En ce qui concerne le cheminement vers la monoparentalité, les entretiens ont reflété la diversité des histoires de couple des participantes. Malgré cette diversité, il est possible de conclure que les participantes ont vécu des expériences communes. Elles ont mentionné que les conflits entre elles et leur conjoint étaient devenus insupportables. Les formes de contrôle employées par les conjoints (i.e., au niveau de la violence, des finances et du réseau social) concordent avec celles mentionnées dans l'étude de Schein (1995) et se présentent comme une des motivations déterminantes à la désunion. L'analyse féministe du pouvoir (i.e., celle discutée dans le chapitre II) a contribué à discerner une « sexualisation du pouvoir » dans la dynamique du couple hétérosexuel. Dans le cas des femmes immigrantes, la perspective de la triade oppressive présentée par Bannerji (1995) concorde aussi avec la problématique particulière de ce groupe de femmes.

L'ensemble des femmes divorcées ou séparées estime que la rupture avec leur conjoint a marqué un point tournant dans leur vie et a été bénéfique quant à la réalisation de leurs aspirations personnelles. En ce qui a trait à la participante qui est veuve, la rupture s'est aussi présentée comme un événement catalyseur, toutefois il demeure moins bénéfique quant à la réalisation de ses objectifs personnels. L'étude de Schein (1995) s'identifie à cet élément clé de la rupture, reflété dans l'attitude des participantes (i.e., celles qui se sont séparées de leur

conjoint). Par rapport à la relation malsaine avec l'ex-conjoint, elles s'estiment plus heureuses en désunion malgré l'ensemble des problèmes associés à la monoparentalité. Par contre, comme le soulève plusieurs études (i.e., Duffy, 1995; McLanahan et al., 1989; Popay et al., 1990; Sirard, 1986), les femmes cheffes de familles monoparentales font l'expérience de beaucoup de stress, d'épuisement et de découragement, ce qui semble surtout associé à une surcharge de responsabilités et à la solitude. Il est important de reconnaître que 6 des 7 femmes participantes ont choisi de vivre en monoparentalité parce qu'elles prévoyaient améliorer leurs conditions de vie. Elles ont aussi mentionné que les périodes de réflexion précédant la rupture étaient hautement significatives dans le choix de la désunion; ces périodes n'ont pas été amplement discutées par les auteurs et auteures ayant fait des études similaires. De plus, le manque de ressource financière constitue une constante dans le discours des participantes. Il concorde avec la quasi-totalité des études explorant la monoparentalité (e.g., Gunderson et al., 1990; McLanahan et al., 1989).

Enfin, ce survol de la monoparentalité obtenu par le biais d'une méthodologie inductive et qualitative afflue dans le même sens que les études de Sirard (1986) et de Schein (1995) qui ont emprunté sensiblement la même démarche de recherche. Ces recherches présentent des discours de femmes cheffes de familles monoparentales qui décrivent la complexité des enjeux de la monoparentalité.

CHAPITRE V

LES PERCEPTIONS DE LA SANTÉ

Ce chapitre porte sur la façon (a) dont les participantes ont défini la santé et (b) dont elles perçoivent la santé dans le contexte de la monoparentalité. Dans les écrits portant sur la santé, cette dernière a été conceptualisée selon des perspectives institutionnelles ou individuelles. Par « institutionnelle », on entend une conceptualisation qui provient d'une institution et qui est imposée à l'ensemble d'une population. Par « individuelle », on entend plutôt une définition provenant d'un individu et qui émerge de son contexte respectif.

En ce qui a trait à la conceptualisation institutionnelle on peut considérer celle qui provient de Santé Canada dans son Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes (1996), qui définit la santé comme un « État complet de bien-être physique, mental et social. Capacité de combler des espoirs et des besoins ainsi que de modifier son environnement ou de s'y adapter » (p.1). En ce qui a trait aux conceptions individuelles, les penseurs et penseuses d'inspiration bourdieusienne (e.g., Boltanski, 1972; Laberge, 1988) estiment qu'elles sont en relation avec la classe sociale. À titre d'exemple, l'absence de maladie et une nutrition plus riche en féculents peuvent être caractéristiques d'une conception émergeant des classes populaires (Boltanski, 1972). De plus, cette tradition, nous apprend que le corps chez les individus des classes populaires est conçu davantage comme un moyen que comme une fin. En soi, cette dernière conception serait davantage l'apanage des classes plus aisées. Bien que ces deux perspectives offrent des éléments qui correspondent avec le discours des participantes de la présente étude, on note toutefois des incongruités importantes. D'une part, la perspective institutionnelle est trop généralisatrice et en dit peu sur les problématiques particulières à

certaines groupes. D'autre part, la perspective individuelle, semble trop essentialiste et ne tient pas compte de la diversité des personnes appartenant à une classe sociale particulière.

Les définitions de la santé

Chaque participante a défini et a expliqué pourquoi la santé était importante dans sa vie. Les femmes n'avaient pas toutes la même conception de la santé. De plus, la longueur et le contenu des réponses a varié de beaucoup. Par exemple, Mélanie a avoué n'avoir jamais réfléchi à la question, tandis que Kiao et Sissi ont dit chercher constamment des alternatives pour favoriser leur santé. Certaines estimaient que l'adoption de différents comportements de santé tels que le repos, la bonne nutrition et l'exercice constituaient les bases d'une bonne santé. Pour d'autres, l'absence de maladie était plus centrale dans leur définition. Toutefois, toutes les femmes ont inclus et hautement valorisé l'importance de la santé mentale dans leur définition, alors que la dimension physique de la santé a été moins mentionnée. Pour l'ensemble des femmes, la santé a été traitée selon trois axes principaux: (a) l'équilibre dans leur vie, (b) l'absence de maladie et (c) la composante « santé mentale ».

Premièrement, les femmes ont valorisé l'équilibre dans leur vie. Les actions de se nourrir correctement, de se reposer amplement et de s'exercer physiquement sont particulièrement ressorties comme des comportements nécessaires à une bonne santé. Les participantes ont estimé qu'elles n'étaient pas toujours en mesure d'inclure des pratiques de santé dans leur horaire. Toutefois, certaines se sont montrées sensibles à l'idée de gérer leur temps en fonction de leur santé. Kiao et Sissi, les deux participantes les plus âgées, ont particulièrement insisté sur cette nécessité d'équilibre dans leur vie:

Je trouve qu'il faut partager mon travail, mes loisirs, le magasinage Bien manger, bien se reposer, il faut savoir bien partager notre temps si on veut avoir une bonne

santé Le travail, déjeuner, manger le midi, trois fois pas jour, c'est bon, pas trop. Les sorties aussi, prendre des marches, oublier toute la maison. Moi, ma santé, c'est comme ça, quand je sors de la maison, j'oublie tout! (Kiao)

La santé, c'est être bien, être une personne qui est bien et qui fait attention à soi, qui voit à bien se nourrir, à bien se protéger, qui fait un peu d'exercice, qui fait des loisirs, qui prend le temps aussi de faire de la relaxation. (Sissi)

Deuxièmement, l'absence de maladie a occupé une place importante dans les conceptions de la santé. Plusieurs femmes ont révélé que la maladie s'avère être une grande source d'inquiétude pour les femmes cheffes de familles monoparentales. Cette crainte d'être malade est principalement associée à l'idée de ne pas pouvoir réaliser pleinement leurs responsabilités personnelles et familiales. Deux participantes ont exprimé clairement une telle conception de la santé et ses liens avec leurs responsabilités:

Vu que c'est moi, toute seule, qui doit faire tout pour l'avenir de mon fils, il faut voir à la santé. Heureusement que je n'ai pas de maladie, pour mon avenir. (Louise)

Quand tu as une bonne santé, ça va. Surtout avec un enfant... pour prendre soin de ma petite, il faut être en bonne santé, être tout le temps malade, ce n'est pas très bon. (Mélanie)

L'inquiétude face à la maladie affecte les mères à différents degrés. Par exemple, Louise est étudiante à l'université et désire concentrer ses efforts sur sa réussite académique. Même si elle croit à l'importance d'être en santé, celle-ci n'est pas prioritaire pour elle pour l'instant. Pour Tina, l'absence de maladie signifie l'accès au travail. La bonne santé a une grande importance puisque subvenir aux besoins primaires de sa famille dépend directement de son revenu. Enfin, pour Sissi, la bonne santé a des implications variées dans sa vie de tous les jours et elle présente son corps comme une entité qui doit être entretenue régulièrement. Les extraits suivants démontrent que l'état de santé n'est pas perçu de la même façon par toutes les participantes.

Non, je ne pense pas beaucoup à ma santé. Je sais que je suis en bonne santé [rire]. Non, je n'ai pas de problème. C'est pour ça que je ne pense pas à ça. Mais je mets beaucoup d'importance à enrichir mon apprentissage. Moi, je me donne au moins sept ans pour [assurer] mon avenir et assurer l'avenir de mon fils. (Lousie)

Des fois c'est comme ça: « lève-toi la grosse, marche et travaille! » Moi je ne pense pas vraiment si je suis en bonne santé ou si je suis en mauvaise santé. Si je suis capable de travailler, c'est bon On dit souvent que les femmes monoparentales n'ont pas le temps d'être malades. (Tina)

La santé, c'est fondamental La santé te permet de bouger, de regarder, de respirer, d'entendre et de respirer. Si t'as pas la santé, un moment donné, tu vas perdre quelque chose, parce que la santé c'est la vie, et puis si t'as pas la vie, t'as pas ces choses-là. (Sissi)

Troisièmement, dans leur définition de la santé, les femmes ont senti la nécessité de séparer la « santé mentale » de la « santé physique ». Ces deux composantes de la santé se sont avérées importantes pour l'ensemble des mères. Toutefois, selon les participantes, c'est au niveau de la santé mentale que la santé prend toute son importance. Ainsi, certaines pratiques de santé telles que les activités physiques et sportives ont été rapportées comme étant principalement adoptées pour des fins de bien-être mental et non pour des fins de bien-être musculaire ou cardio-vasculaire. En d'autres mots, les femmes peuvent se permettre un relâchement de nature physique mais pas un relâchement de nature mentale. La santé mentale se présentait sous diverses formes: « être confiante », « avoir de la force intérieure », « être gaie », « avoir le courage de vivre », « avoir le moral », « avoir la joie de vivre », « se détendre », « penser à autre chose », « oublier ses problèmes » et « faire de la relaxation ». Les témoignages de Louise et de Mimi sont présentés à titre d'exemples de l'importance accordée à la santé mentale.

Ce que je comprends de la santé, c'est qu'il faut être gaie, c'est avoir le courage de vivre . . . comme je disais, il y a le moral aussi, avoir la joie de vivre... Quand tu n'as

pas le moral, tu ne peux pas rien faire, du tout, du tout, du tout. Tu ne peux même pas faire la vaisselle. Tu te décourages, tu n'as pas le goût de vivre, tu veux dormir. (Louise)

C'est sûr, quand on pense à la santé, on pense plus au physique, mais ça et le mental, c'est cinquante-cinquante sinon plus. Le mental, c'est plus important encore. (Mimi)

Par ailleurs, de façon plus modeste, les actions telles que « faire des marches », « faire de l'exercice », « faire des sports », « être dynamique », « se protéger », « se laver » et « se nourrir » ressortaient des passages qui décrivaient l'importance de la santé physique. Pour Kim et les autres participantes, la santé physique était significative, mais complémentaire à la santé mentale.

Oui, je pense que c'est important la santé, le fait de bien se nourrir et puis faire de l'exercice; ce sont des choses bien importantes La santé physique, ça a toujours été très important pour moi Je marchais beaucoup, je faisais des choses comme ça. (Kim)

Sissi a relevé l'action de se protéger des facteurs de risque relatifs à la maladie. Pour certaines femmes, « être en santé » signifie aussi de se doter de moyens de défense contre le froid, les maladies et les accidents.

Il y a des gens qui vont sortir l'hiver, puis ils ne se protègent pas; ils ne sont pas habillés, ils ne se protègent pas. La santé peut aussi être une protection avec des condoms . . . se protéger contre les maladies vénériennes Il y a aussi la protection à l'intérieur, quand tu es en train de cuisiner Si tu as la grippe puis tu laisses tes mouchoirs partout, tout le monde va l'avoir. (Sissi)

Les perceptions de la santé dans le contexte de la monoparentalité

Lors des entretiens, les participantes ont expliqué comment elles percevaient généralement la santé des femmes cheffes de familles monoparentales. À l'unanimité, les femmes ont exprimé leur opinion à l'effet que le mode de vie des familles monoparentales ne semble pas favoriser une bonne santé. Dans leurs explications, elles ont associé la

monoparentalité avec la pauvreté. Ces deux éléments étaient indissociables dans leur discours. En ce qui a trait aux pratiques de santé, les femmes en familles monoparentales sont à la fois des agentes qui peuvent adopter des pratiques de santé mais en contrepartie elles sont aussi soumises aux structures qui contraignent leur qualité de vie et leur santé. Mimi et Sissi se sont particulièrement penchées sur la question. Pour Mimi, de nouvelles politiques gouvernementales viennent limiter son accès aux médicaments. Pour Sissi et l'ensemble du groupe, ce sont particulièrement les responsabilités familiales et le manque de temps qui empêchent les femmes en monoparentalité de s'occuper de leur santé.

Avant les médicaments étaient payés sur l'aide sociale mais là, ils ne le sont plus. Pas pour les adultes; les enfants, oui Bien souvent, je sais, moi, personnellement, je retarde quand j'ai mal à la gorge, je n'irai pas acheter des médicaments. Parce que je n'ai pas d'argent pour acheter rien. Mon petit a la grippe puis je lui achète du sirop. J'ai pas d'argent pour m'acheter des bouteilles de sirop, j'en ai juste assez pour en acheter une, puis c'est pour lui. Moi c'est: « tough ! Guéris toute seule! » (Mimi)

Je dirais que certaines [femmes cheffes de familles monoparentales] sont moins en forme parce qu'elles ont une surcharge. Seules avec les enfants, elles ont moins de temps pour faire de l'exercice. Elles vont se négliger aussi, au point de vue de la nourriture elles vont penser à leurs enfants, ça c'est moi, je te décris pas mal ce que je vivais dans les premiers temps. Je voyais à ce que mes enfants manquent de rien, je ne m'achetais jamais de médicament. Le médecin pour moi, je n'allais pas voir ça. Pour les enfants, O.K., mais pas pour moi, je n'avais pas le temps, parce qu'il fallait que je vois à me trouver un emploi. (Sissi)

Malgré les difficultés particulières qui entourent la monoparentalité, certaines mères se sont montrées réticentes à stigmatiser l'ensemble des femmes cheffes de familles monoparentales. Par exemple Sissi a mentionné:

Je pense que ce n'est pas le fait d'être monoparentale ou biparentale, c'est la personne elle-même. Je suis prête à dire que la monoparentale va être plus portée à se négliger, je dirais pour les premiers temps.

Conclusion

En somme, les sept femmes ont défini la santé à leur façon. On peut supposer que ce sont leurs « conditions d'existence qui font la différence » (Laberge, 1983). Autant de différences dans leur vie que de nuances dans leurs perceptions de la santé et des pratiques de santé. Par contre, il a été possible d'identifier certaines constantes.

Toutes les femmes rencontrées vivent en situation économique précaire. Toutefois, la perception de la santé ne s'identifie pas entièrement à une ligne directrice représentative des classes populaires, telle qu'elle a été identifiée dans certaines études précédentes (e.g., Boltanski, 1971). Bien sûr, certains éléments peuvent s'y apparenter, mais il serait beaucoup trop ambitieux de prétendre que ces femmes cheffes de familles monoparentales perçoivent la santé de façon homogène et représentative d'une classe sociale particulière. Ce constat concorde avec deux études, soit celle de Bolla et ses collègues, (1991), qui dénote peu de différences entre les définitions accordées aux pratiques de loisir parmi les Ontariennes à fort et à faible revenu et celle de Duffy (1995) qui signale que les femmes cheffes de familles monoparentales valorisent les mêmes habitudes de santé que le reste de la population.

En ce qui a trait à la présente étude, il est à noter que les participantes se sont prononcées à trois niveaux dans leurs définitions: l'équilibre dans leur vie, l'absence de la maladie et l'importance aussi bien de la santé mentale que physique. La distinction entre la « santé mentale » et la « santé physique » s'est particulièrement fait sentir lors des entretiens. Ce dualisme semble être supporté dans l'étude de Jutras et Dandurand (1994) qui fait aussi référence aux deux « types » de santé, tout en démontrant que les problèmes psychologiques

et comportementaux des femmes cheffes de familles monoparentales étaient significativement plus élevés que ceux relatifs à la santé dite physique.

Enfin, comme il a été mentionné dans plusieurs études (e.g., Duffy, 1995; Jutras et al., 1994; Popay et al., 1990), la plupart des participantes perçoivent les impacts de la vie en monoparentalité, notamment ceux associés au temps et aux ressources financières, comme étant néfastes à leur santé.

CHAPITRE VI

LES PRATIQUES DE SANTÉ

Dans ce chapitre, il est question de présenter un aperçu global des deux aspects majeurs relatifs aux pratiques de santé et d'activités physiques; des aspects qui ont émergé de l'analyse des entretiens avec les femmes cheffes de familles monoparentales. En effet, au cours des rencontres, les femmes ont signalé (a) ce qu'elles souhaitent en terme de pratiques de santé et d'activité physique et, (b) ce qu'elles se permettent de faire sur le plan de ces pratiques. Évidemment, l'aperçu global permet de considérer les différences entre leurs rêves et leurs pratiques actuelles. Tout d'abord, il a été important de vérifier de quelle façon les participantes définissent les pratiques de santé et d'activité physique. Bien sûr, le terme « pratique de santé » n'est pas utilisé dans le langage populaire et il n'a donc pas été utilisé lors des entretiens. Cependant, comme il a été vu dans le chapitre V, les femmes ont discuté de leur santé et de ce qu'elles pouvaient faire pour maintenir ou améliorer leur santé. Étant donné l'importance qu'elles ont accordée à la dimension « mentale » de la santé, il est peu étonnant de constater que les pratiques dont elles font état en rapport avec leur santé sont quelquefois des pratiques corporelles mais souvent des pratiques visant un mieux-être mental. Cette vision plus holistique de la santé explique peut-être aussi le fait que les femmes cheffes de familles monoparentales interviewées ont défini les pratiques d'activité physique de façon très large. Elles se sont éloignées des conceptions « sportives » de l'activité physique et rapprochées des conceptions « ludiques ». Elles ont également opéré un glissement représentatif de leurs réels intérêts en terme de loisir. C'est-à-dire qu'elles ont discuté des activités physiques mais

rapidement « glissé » vers les activités de loisir, incluant des activités qui n'ont pas de réelle composante physique, si ce n'est que de relaxer, de se détendre ou se reposer son corps.

Lors de l'analyse des entretiens, il est donc devenu évident que les « pratiques de santé » incluait les pratiques d'activité physique, mais que pour les femmes cheffes de familles monoparentales, elles étaient davantage constituées par des pratiques de loisir. Ces dernières pratiques sont donc considérées dans les chapitres qui suivent, de manière à prendre en compte les expériences vécues des femmes et leurs définitions propres de l'« activité physique ».

Au sujet de ces conceptions de l'activité physique en terme de loisir, les femmes cheffes de familles monoparentales ont spécifié que les activités étaient pratiquées seules ou en groupe, en présence de leurs enfants ou de leurs amies. Ces activités sont préférablement « diversifiées » et leur permettent « de rire », « de se détendre », « de relaxer », « de se changer les idées », « de penser à autre chose », « de se rendre heureuses », « d'oublier le quotidien » et « d'oublier [leurs] problèmes ». Elles doivent aussi combler des besoins personnels et sont donc préférablement des activités « qui [leur] plaisent », « [qu'elles] aiment » et « qui [les] ramènent à [elles] ».

Les pratiques de santé souhaitées

En ce qui concerne les pratiques de santé (incluant donc les pratiques d'activité physique et de loisir), les participantes ont dit rechercher des caractéristiques variées. Tout d'abord, elles ont présenté certains éléments qui les motivent dans leurs pratiques de santé. Ensuite, elles ont identifié les pratiques qu'elles souhaitent en terme d'activité physique et de loisir. Enfin, dans une troisième sous question, on leur demande de rêver et d'imaginer un

monde dans lequel elles pourraient s'adonner aux pratiques qu'elles considèrent comme « idéales ». Voici plus bas un aperçu général de ce qu'elles avaient à dire sur ce sujet.

Les éléments motivateurs des pratiques souhaitées

L'interaction sociale se présente comme le facteur le plus significatif à l'origine du choix de leurs pratiques. Plusieurs femmes ont dit avoir le goût de se bâtir un réseau social et de rencontrer des amies. Elles voient l'isolement comme un problème majeur qu'il faut résoudre à travers des pratiques. Les sorties dans des cafés-bistros sont très appréciées et les heures de dîner deviennent des temps privilégiés pour leurs activités sociales. Il est clair que les participantes apprécient la présence et le support de leurs paires. Par exemple, Kim vient de vivre la transition de l'isolement vers l'ouverture sociale, et les activités de loisir lui ont permis de rencontrer d'autres parents de familles monoparentales:

J'avais des amis et de la famille, mais je ne sortais pas, je lisais. Quand les enfants étaient partis chez leur père, je ne sortais pas, je lisais. Dans ce temps-là, je m'isolais beaucoup. . . C'est ça que je faisais les trois quarts du temps Maintenant, mon doux, il y a une grosse différence. Je ne suis pas chez moi. Quand ils partent, je vais prendre un café chez une amie, on se raconte des choses, juste pour dire qu'on se promène je me suis transformée beaucoup on se respecte beaucoup il y a une compréhension de l'une à l'autre. On se respecte comme amies [et] je pense que ça fait beaucoup, ça, le fait d'être de bonnes amies. Elles t'acceptent puis toi, tu les acceptes. Il y a du respect là-dedans. Ça, c'est fantastique. Ça fait gros, ça fait des relations solides. C'est le fun...C'est tranquille, c'est « mellow ». Mais d'un autre sens, c'est enrichissant, c'est le fun, on échange beaucoup, je pense qu'on se base là-dessus pour sortir.

Les amies deviennent des confidentes, des sources d'information et des sources d'aide lors des temps difficiles. Mimi et les autres femmes qui suivaient des cours de réinsertion à l'emploi expriment davantage les bienfaits de cette dynamique sociale sur leurs activités.

Suivre le cours et puis me trouver des amies m'a fait beaucoup de bien. Avant de faire le cours, j'en avais pas d'amie. Ça fait quatre ans que je suis ici et je ne connais pas

personne, à part ma famille, mais on ne se visite pas On est comme cinq qui sont le plus ensemble, on s'appelle les cinq mousquetaires On parle de toutes sortes d'affaires, on passe le temps, on parle des affaires qu'on vit chacun de notre bord, on se confie, puis c'est le fun Les midis, c'est le fun, on va dîner l'autre bord On jase, on jase, c'est le fun. On trouve que nos dîners ne sont pas assez longs [rire]. Une fois par semaine on va prendre un café ensemble . . . puis là, on va toute une gang à la parade du Père Noël avec les enfants Une des filles a entendu parler . . . c'est un souper que tu peux rencontrer du monde, c'est gratuit pour les enfants et un dollar pour les adultes . . . des fois on sort dans les bars... (Mimi)

Les activités en famille sont aussi recherchées. Les entretiens ont révélé que les mères aiment être en compagnie de leurs enfants. Elles réussissent à trouver des activités qui combent à la fois leurs besoins et ceux de leurs enfants, ce que nous appellerons plus tard « activités hybrides ». Toutefois, la présence unique d'enfants n'est pas suffisante pour combler le besoin d'interaction sociale des mères. Elles veulent sortir, rencontrer des gens et avoir leur propre vie. Kim s'est exprimée brièvement à ce sujet:

Rire, s'amuser, c'est bien important. Je pense que, ça, ça fait beaucoup. Le fait de faire plein de choses . . . les gens et les enfants réunis.

Seulement quelques passages dans les entretiens ont laissé transparaître le besoin de solitude. Habituellement les moments de solitude sont utilisés à des fins de relaxation et de réflexion.

Ça me relaxe, la campagne. Dans un petit sentier, je vais en bicyclette. Je faisais souvent ça dans mon pays Je prends une nappe, puis je m'assis et je prends un livre: ça, j'aime ça. (Kiao)

Un loisir que j'aime beaucoup, c'est de sortir dehors, regarder la nature. Moi, je suis une femme qui trouve son petit coin, je vais me promener dans le bois, j'aime être près des arbres . . . c'est un divertissement qui fait que j'oublie. J'oublie des choses. La nature, je vois ça comme un loisir. J'ai un moment de réflexion à faire; je vais dans la nature. J'ai une certaine peine, je me colle à un arbre. C'est comme un réconfort pour moi, puis c'est un loisir en même temps Puis aussi dans mes temps libres, je fais de l'écriture, j'écris des poèmes . . . ça me permet de dégager des choses qui sont nouées intérieurement . . . c'est comme une thérapie en même temps. (Sissi)

Le « burn-out », la dépression et les autres conséquences du stress sont des préoccupations relatives à la santé. Les femmes sont conscientes de leurs limites corporelles et considèrent certaines activités comme des activités qui contribuent à maintenir ou améliorer leur état de santé et de bien-être. La continuelle surcharge de responsabilités rend les femmes cheffes de familles monoparentales particulièrement vulnérables et conscientes de l'importance d'une bonne santé mentale.

J'arrive à la maison, c'est le loisir, c'est important pour moi, pour ma santé. Si je me dis « ahh, mon mari est comme ci » ou « ahh, mes enfants sont comme ça », j'aurai jamais fini! (Kiao)

Mon travailleur social m'a dit que maintenant que j'ai fait un « burn-out » et que ma vie est devenue comme un élastique . . . Je ne dois pas l'étirer, elle ne se rendra pas aussi loin. Des fois, j'ai des moments difficiles, il faut que j'apprenne à réagir vite . . . Je ne pourrai pas passer par là où j'ai passé sans éclater. (Sissi)

Le souci de l'image corporelle se présente aussi comme un incitatif aux pratiques d'activité physique. Dans cette optique, les finalités esthétiques priment sur celles de la santé.

Si je me mettais à gagner du poids, j'irais en faire de la natation. Pour moi mon apparence a beaucoup d'importance . . . J'aime le culturisme aussi, mais pas trop; je trouve que ça déforme. J'aime bien paraître. (Sissi)

Je n'aime pas ça quand les femmes ont de gros ventres. Je ne crois pas que ça aide dans la vie . . . Tu vois les femmes qui ont fait du sport, elles arrivent à 45 ans et tu vois qu'elles sont encore jeunes. Et les femmes qui en on pas fait, elles ont l'air vieilles. (Louise)

La perte de poids et le développement de la musculature sont ressortis en tant que motivateurs reliés au maintien de la bonne forme physique. L'extrait suivant est un exemple des commentaires faits sur la volonté d'adhérer à la pratique de certaines activités physiques et sportives.

Mettons que du côté physique, il faudrait que je fasse un peu plus d'affaires, plus d'activités . . . j'aime ça au bout mais (Mimi)

Kiao estime que le maintien de l'autonomie en vieillissant la motive à prendre plus soin d'elle-même.

J'ai peur que mes enfants ne vont pas me garder dans ma maison et je vais me retrouver dans un foyer de personnes âgées . . . ça me fait peur, ça me fait peur pour ma santé que je ne puisse pas faire le jardin et tout . . . il faut que je coupe l'herbe...il faut que je pellete la neige, peindre la maison . . . moi, l'avenir, c'est très difficile. (Kiao)

En somme, les participantes semblent favoriser la recherche de certains éléments dans leurs pratiques. Elles ont noté particulièrement les activités aux connotations sociales et celles qui contribuent au bien-être mental. Le souci d'une bonne santé physique s'est manifesté, toutefois il s'est fait plus discret, surtout en regard du souci esthétique.

Les pratiques souhaitées

Les participantes ont décrit ce qu'elles aimeraient faire, si elles n'avaient pas de contraintes qui limitait leurs activités. Elles ont généralement associé la pratique aux buts visés. Les femmes ont mentionné que ces activités leur procureraient, entre autres, du plaisir, des contacts sociaux, de la relaxation, de l'excitation ainsi que de la discipline personnelle. Les témoignages suivants reflètent le vaste éventail de réponses:

Je ferais toutes sortes d'activités. J'irais sortir, faire des voyages, je vais souvent aller au cinéma. J'irais au restaurant . . . me promener . . . moi, je ferais du bicycle, ça me relaxe, dans la campagne, dans un petit sentier. (Kiao)

Faire du tapis roulant, faire de la bicyclette sur place, des choses comme ça, j'aime bien ça Les gens, il y a beaucoup de gens, j'aime ça l'entraînement personnel, c'est motivant . . . le fait de se conditionner, d'avoir du fun puis de performer. Ça, j'aime bien. Le contact, la discipline personnelle, les défis, j'aime bien les défis Faire des sports d'extérieur . . . j'aimerais ça aller dans des spectacles aussi Tout ce qui a des gens. (Kim)

Je veux faire du tai-chi . . . j'ai toujours rêvé de faire du tai-chi, j'aime ça . . . Ça me dérange d'aller sous l'eau. J'ai peur de l'eau aussi. Je n'ai pas eu de cours de natation. Mais j'ai envie de le faire dans l'avenir, faire de la natation. (Louise)

Je ferais du karaté, parce que ça défoule puis ça tient en forme. (Mélanie)

J'aimerais bien faire de la musculation . . . j'aimerais bien faire du ski . . . Je ferai plus d'activité . . . faire des voyages, aller au Parc Safari, faire du camping. (Mimi)

La natation, le ski nautique, jouer à la balle, faire un peu de culturisme . . . J'aime l'eau, j'adore l'eau. Le ski nautique, je pense que c'est l'adrénaline, le risque . . . puis la balle, c'est la compétition . . . puis l'échange social, j'aime être entourée de gens . . . J'aimerais faire des loisirs au moins deux fois par semaine puis quelque chose de physique deux fois par semaine . . . d'avoir des temps pour moi-même, des temps de relaxation . . . Même, je dirais, d'avoir des activités physiques et des loisirs que mes enfants peuvent participer, on les ferait sept soirs sur sept . . . Faire des voyages . . . me mettre à faire de la peinture . . . faire de l'équitation, puis écrire le livre de ma vie . . . J'ai une bonne santé mais je veux devenir en meilleure santé. Une santé plus physique. (Sissi)

J'aimerais bien aller dans un gymnase pour faire de la danse, j'aime bien la danse. D'un côté, ça me permettrait de relaxer puis c'est pour la forme physique aussi, j'aimerais bien ça . . . J'aimerais bien faire du vélo avec les enfants, mais là, le plus vieux, il ne veut rien savoir du vélo . . . Moi, j'ai toujours été sportive, tout le temps que j'ai été à l'école, pour moi ça fait parti de ma vie, faire des exercices . . . donc dans mon temps perdu, je ferais quelque chose pour m'occuper de mon corps et faire des activités avec les enfants. (Tina)

Parmi l'ensemble des activités, la danse est la plus convoitée par les mères. Celles-ci cherchent à « se défouler », « rencontrer des amis » et « oublier leurs problèmes ». Voici un extrait d'entretien assez éloquent à ce sujet:

La danse, j'en fais dans les bars, j'ai suivi des cours, parfois même on danse ici, à la maison, avec les enfants, on s'amuse . . . Un samedi sur deux, je vais sortir. Je vais aller danser, aller voir des amis. Moi, la danse, ça m'énergise, j'adore la danse. D'autres, ça va les fatiguer. Moi, je peux danser des heures puis des heures puis je ne suis même pas fatiguée . . . C'est un divertissement qui fait que j'oublie. J'oublie des choses. Quand je vais danser, on dirait que je me vide. Quand j'ai de la colère . . . que je suis encore d'humeur pour me fâcher et pour m'enrager, je suis aussi bien d'aller danser. Je vais revenir puis je vais être toute de bonne humeur. (Sissi)

Mis à part le plaisir qu'elles retirent de la danse, celui relié au fait de socialiser est présent également. La dynamique sociale des groupes d'amies est hautement valorisée. En ce qui a trait aux rencontres amoureuses, les perceptions des femmes sont plus mitigées. Certaines voient les discothèques comme des lieux privilégiés de rencontre, d'autres y voient plutôt l'inverse, estimant que les comportements des hommes font contrainte à leur plaisir. Leur ivresse, leurs avances trop abruptes, leurs regards dégradants et leur manque d'ouverture quant à l'homosexualité sont ressortis dans les discours des femmes comme des facteurs qui limitaient leur présence dans ces endroits. À quelques occasions, les femmes disent avoir dansé dans leur salon, chez des amies ou dans des salles réservées à des occasions de fête, afin d'éviter les discothèques. Les extraits permettent de comprendre davantage les contraintes identifiées par les participantes au sujet des établissements qui permettent la danse:

Des fois, je vais danser aussi, mais disons que je n'aime pas bien les bars . . . c'est plutôt être avec eux que j'aime, je n'aime pas vraiment les lieux . . . on dirait que c'est un marché de viande, tu sais? Je crois que les jeunes hommes aiment voir, mais des fois, c'est comme, s'ils insistent, ils veulent, ils veulent. Je dis: « non ». Ça devient fatigant. Je trouve ça tannant un peu. Ce serait le fun si, tu dances, tu t'amuses c'est tout . . . quelqu'un va arriver et te donner le numéro de téléphone, franchement . . . des choses comme ça, il n'a pas vraiment de respect, c'est exagéré! C'est le fun avec les filles mais ce n'est pas un genre d'endroit que t'aimerais. (Kim)

Moi j'aimais sortir dans les boîtes. Ici, je suis sortie deux fois et ça m'a dégoutée . . . Tu vois il y a du tabac, tu vois que ce sont des jeunes, des fois, ils sont ivres. J'aimerais des boîtes avec des amies. Être respectée, c'est ça . . . Je vais là-bas pour me défouler, pour danser. (Louise).

Il y a pas de bar gai dans le coin. Ça, je trouve ça difficile . . . souvent, quand on va dans un bar gai, on va à Montréal. Danser un « slow » ici, c'est rare, on les danse dans la maison, sans ça, on va dans un bar gai. (Sissi)

Les participantes ont présenté les activités qui leur étaient les plus chères. La danse, les voyages, les exercices dans les centres d'entraînement, la natation et le vélo sont les activités

les plus recherchées par les mères. Les activités qui favorisent la rencontre d'amies, le développement physique et la relaxation ont été discutées tout au long de l'entretien.

Les pratiques rêvées

Vers la fin des entretiens, les participantes ont été invitées à décrire leur mode de vie de rêve. Lors de leur première tentative, les descriptions ont été très modestes. Les participantes ont donc été encouragées à élaborer davantage. Elles ont alors décrit l'importance de se trouver un travail valorisant qui pourrait subvenir à leurs besoins, tels que ceux de posséder une maison et une voiture. Enfin, l'ensemble des participantes aspire à un mode de vie caractérisé par un environnement de détente et de plaisir, pour elles et l'ensemble de leur famille. Toutes les participantes ont reconnu des désirs d'ordre matériel, par exemple, les témoignages suivants illustrent bien ce fait:

Je rêve d'une petite maison . . . d'une petite voiture, d'un bicycle et de retourner dans mon pays (Kiao)

En Afrique, c'est courant de se faire masser, ça coûte pas cher. Ça relaxe beaucoup. Il y a la plage, on y allait à tous les dimanches; ça aussi, ça me manque beaucoup. Alors, si j'avais beaucoup d'argent, j'habiterais sur le bord de la mer dans un pays chaud. Une chose que je pense souvent . . . j'aimerais retourner chez moi . . . je pense retourner chez moi parce que c'est plus tranquille. (Tina)

L'importance de la famille a aussi été palpable. L'importance de la présence d'un conjoint ou d'une conjointe, des enfants et des membres de leur famille (i.e., mère et soeur) est fortement ressortie dans leurs rêves de vie:

Un amour, ce serait bien. Retourner en Asie, demeurer dans une petite ville, on va vivre de rien mais avec du plaisir, un bon sens de l'humour . . . Un homme bien, c'est pas riche mais un homme en qui je peux avoir confiance . . . un ami, un amour à qui on peut parler tout le temps . . . comme un premier amour, ça serait bien. (Kiao)

C'est sûr que j'aimerais rencontrer quelqu'un J'aimerais avoir un esprit de famille, je ne veux pas rester toute seule, ça c'est certain. (Kim)

Il y aurait un homme qui m'aime, c'est pas facile à trouver [rire] J'aimerais ça refaire ma vie, avoir d'autres enfants, avoir une famille. (Mimi)

J'aimerais l'avoir proche . . . voyager avec mes enfants puis seule avec mon amie, faire des voyages avec des gens de l'emploi, ça serait agréable. (Sissi)

Je rêve d'avoir ma mère et ma soeur près de moi . . . moi je ne suis pas faite pour vivre seule, il faut quelqu'un pour vivre à côté de moi Je veux quelqu'un qui aime beaucoup parler, communiquer, partager... alors c'est de trouver la bonne personne autour de moi. (Tina)

Bref, les réponses associées au mode de vie de rêve des femmes se séparent en deux volets: le volet matériel (i.e., demeure personnelle, une voiture, des ressources financières, un environnement de détente, des voyages, diverses activités sportives et de loisir) et le volet des relations humaines (i.e., retrouvailles familiales, retour dans le pays d'origine, relations amoureuses, rencontres sociales, lien avec les enfants).

Pour terminer, les femmes ont indiqué qu'elles estimaient possible la réalisation de l'essence de leurs rêves. Par contre, elle demeurent sceptiques quant à leur pleine réalisation.

En guise d'exemple, voici les passages d'entretiens réalisés avec Louise et Mimi:

Je ne me ferai pas de château en Espagne, je ne me ferai pas d'illusion Oui, je crois qu'ils [les rêves] sont réalisables Je crois que dans l'avenir, j'aurai plus de temps à faire des loisirs. (Louise)

J'espère bien que oui [la réalisation des rêves]. Ce n'est pas évident. Disons qu'au point de vue affaire, il faudrait que je persévère, je suis bien partie en tout cas . . . ma vie personnelle, ça, c'est plus compliqué [rire]. (Mimi)

Les pratiques de santé réelles

Les pratiques d'activité physique et de loisir sont présentes dans la vie des sept participantes. Dans un premier temps, les activités pratiquées par les mères, la danse en particulier ont été explorées. Dans un deuxième temps, ont été identifiés les acteurs et actrices significatifs dans la réalisation des pratiques d'activité physique et de loisir des participantes.

Les entretiens ont révélé que les participantes pratiquent peu d'activités physiques ou ont peu de loisirs et orientent leurs choix de participation selon l'accessibilité de l'activité et leurs intérêts personnels. Les activités « passives » sont pratiquées davantage que les activités dites « actives ». Ces dernières exigent plus d'organisation et d'implication.

Les activités « passives » telles que la lecture, les activités culturelles (e.g., chorale, poésie et théâtre), les jeux, le bingo, le cinéma et la télévision ont été mentionnées par l'ensemble des femmes. Du côté des activités dites « physiques » la danse, la marche, les activités de plein air, le vélo, la natation, le patin et le patin à roues alignées ont été mentionnés par les participantes. Comme il a été suggéré plus haut, ces activités sont pratiquées par les femmes principalement pour se détendre ou pour se changer les idées.

Il a aussi été noté que les pratiques des participantes étaient dépendantes de certaines personnes dans leur environnement. Les enfants, les amies, l'ex-conjoint et la parenté ont été mentionnés comme personnes significatives.

L'influence des enfants

Les entretiens ont révélé que, pour ces femmes cheffes de familles monoparentales, les activités avec les enfants étaient les plus fréquentes. Dans la majorité des cas, le plaisir retiré de ces activités vient du bien-être qu'en retirent les enfants. Les dites « responsabilités maternelles » et le bon fonctionnement de la famille sont à l'origine de ces pratiques.

Je te dirais que, les fins de semaine, on passe au moins deux heures. Ça commence quand on fait les devoirs puis, des fois, ça fait une joke, puis là, on joue à des jeux comiques. (Sissi)

Ma petite . . . on va patiner à l'aréna ou dans un parc pas loin Des fois, je ne mettrai pas mes patins, des fois, je vais les mettre. C'est plus pour la petite, elle aime ça patiner. Ça fait une sortie; c'est pour la petite aussi. Elle est contente d'avoir sa mère avec elle. (Mélanie)

Dans certains cas, les mères ont réussi à pratiquer des « activités hybrides », c'est-à-dire des activités qui valorisent à la fois les mères et les enfants.

Il y a d'autres activités qu'on fait que tout le monde aime, les enfants ou moi. On s'en va au McDonald, moi, j'achète plein de revues et de journaux, je m'assois pendant quatre heures pendant que les jeunes jouent dans le parc. Tout le monde est content . . . eux, ils aiment ça, ils mangent puis, après ça, ils jouent. Moi, ça me permet de lire à ma guise, puis ça me permet d'être avec les enfants. (Tina)

Lire, ça c'est le fun parce que les enfants s'amuse beaucoup, ils sont tous fiers quand ils sortent et moi aussi parce que j'ai pris du temps de lire des livres La bibliothèque, c'est quelque chose qu'on fait beaucoup. (Kim)

Quoique favorisées, les activités avec les enfants ne semblent pas être pratiquées souvent et de façon régulière. Elles sont surtout spontanées et improvisées et, lorsqu'organisées, elles le sont selon la disponibilité des activités municipales gratuites telles que la parade du Père Noël, la fête du Canada, les fêtes de quartiers et les sorties pour familles monoparentales mises sur pied par des organismes locaux.

L'influence des amies

Les activités à composante sociale impliquent des sorties telles que prendre un café, participer à des fêtes populaires et parler entre amies. Parmi ces activités à composante sociale, les activités physiques étaient les moins fréquentes. Mis à part la danse dans les boîtes, les activités physiques semblent restreintes par les obligations d'organisation familiale, par le manque de temps et par les faibles ressources financières. Mimi habite une banlieue et son

groupe d'amies se trouve en ville. Ainsi, les sorties rapides telles que prendre une marche sont moins accessibles: « c'est rare que je marche, parce que marcher toute seule, c'est platte! ». Similairement, Sissi habite en milieu rural et les problèmes de transport et de disponibilité des personnes avec qui elle pourrait faire des sorties sont fréquents.

Moi, pour aller faire de la nage, il me faut quelqu'un pour aller avec moi. Il faut s'encourager. J'avais un ami puis il m'a dit « tu veux aller faire de la natation à Papineauville »? Je lui ai dit: « bien sûr ». Moi, je me dis: des fois, il y a des soirs que ça me tente pas d'y aller, bien il va me prendre puis on va y aller. Des fois, ça me tente pas de chauffer, d'autres soirs, lui, ça lui tente pas. On s'entraide l'un et l'autre. L'amitié a beaucoup à voir là-dedans . . . si je me fais des amis qui sont très physiques, très « loisir », je crois que je recommencerais à faire des rapprochements aussi au point de vue amitié.

L'influence de l'ex-conjoint

La désunion n'exclut pas la présence de l'ex-conjoint dans les loisirs des mères. Quelques passages des entretiens ont permis de constater que la relation avec le père des enfants a un impact sur le loisir des mères. Dans un premier temps, l'ex-conjoint peut contribuer aux loisirs des enfants et par conséquent, libérer la mère de sa routine habituelle. Les femmes cheffes de familles monoparentales apprécient ce geste. Elles estiment qu'il contribue, d'une part, à renouer la relation des enfants avec leur père et, d'autre part, à leur donner un moment de répit. Dans le cas de Sissi, l'ex-conjoint offre un moment de répit lorsqu'il se charge de la garde:

Mes enfants sont pris deux fins de semaine par mois. J'ai appris par mon travailleur social que je n'avais pas le choix. Donc, une fin de semaine sur deux, je vais sortir.

Dans un deuxième temps, il arrive que la mère conserve une relation avec l'ex-conjoint. C'est le cas de Kiao qui, après l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique de

son ex-conjoint, a pris la responsabilité de lui prodiguer les soins nécessaires jusqu'à sa mort.

Le geste s'est avéré éprouvant et s'est étalé sur plusieurs mois.

Je partageais des activités avec lui. S'il voulait aller se promener, j'allais avec lui; s'il voulait aller à la pêche, je l'amenais. C'était pas comme « femme et mari » mais c'était comme « amie et ami ». Ça a été comme ça pendant huit mois, puis après, il est mort.
(Kiao)

Les ex-conjoints semblent donc influencer la présence de loisirs dans la vie des mères.

Sissi, par exemple, a bénéficié d'une augmentation de son temps de loisir. Dans le cas de Kiao, les bienfaits de la relation étaient plus nuancés au niveau de ses pratiques de loisir. Ces pratiques ont occupé une grande partie de son temps et sont devenues une charge émotionnelle de plus. Par contre, elle s'est dite soulagée de la nouvelle relation qui s'était installée entre elle et son ex-conjoint, ce qui lui a permis de faire le point sur plusieurs incompréhensions dans leur relation.

L'influence de la parenté

Les femmes ont signalé l'importance significative des parents dans leur vie, surtout lorsque ceux-ci habitent près d'elles. La mère, les soeurs et le père sont généralement ceux et celles qui sont les plus présents dans la vie des femmes. Ils offrent un soutien important dans la garde des enfants. Ils sont aussi présents comme partenaires dans les activités familiales. Mimi profite des habiletés de son père pour pratiquer des activités physiques plus vigoureuses que lorsqu'elle est seule avec son enfant:

Je vais chez mon père, lui il en fait [du patin à roues alignées], mais pas sa femme. Sa femme garde le petit puis, nous, on va faire du patin à roues alignées. C'est le fun. Puis en même temps, ça me fait quelque chose à faire avec mon père.

Pour les femmes qui ont un accès direct aux membres de leur famille, ce sont les mères et les soeurs qui apportent le soutien le plus marqué en ce qui a trait à leur participation au loisir. Les participantes se disent heureuses d'obtenir ce soutien qui se traduit le plus souvent par l'offre de la garde des enfants ou d'une partenaire de loisir.

On retrouve une diversité d'activités pratiquées par les femmes du groupe. Toutefois, la fréquence de la pratique est peu élevée et très révélatrice du style de vie. Dans presque toutes les occasions, la pratique d'activité physique ou de loisir n'est que sporadique. Les activités organisées sont souvent interrompues faute de temps, d'argent ou de service de garde approprié. Seulement Kiao et Mimi semblent s'être données un régime de loisir plus régulier.

Les divers obstacles temporels, financiers et relatifs à la garde des enfants font en sorte que la planification d'activités devient difficile. Sissi représente bien l'ensemble des femmes et estime que les activités devraient se faire régulièrement et plusieurs fois par semaine.

J'aimerais faire des loisirs au moins deux fois par semaine. Puis je te dirais de quoi de physique deux fois par semaine Oui, je te dirais quatre soirs sur sept et le reste du temps pour les enfants. Même que je te dirais, avoir des activités physiques et des loisirs [auxquels] mes enfants peuvent participer . . . [Je] les ferait sept soirs sur sept. (Sissi)

Lorsque les femmes n'ont pas la garde partagée, il leur est très difficile de trouver du temps de loisir. Les « activités hybrides » deviennent alors les compromis pour avoir des loisirs personnels. Encore, les fins de semaine deviennent, pour ces femmes, des moments où la garde des enfants est plus flexible, suite à des ententes avec l'ex-conjoint, les parents ou des gardiens ou gardiennes. Lorsque les femmes ont une garde partagée, les « activités hybrides » sont moins fréquentes. Les mères se concentrent sur les exigences de jeu des enfants car elles considèrent que les leur pourront être comblées plus tard.

Conclusion

Dans ce chapitre, il a été question de présenter ce que les participantes souhaitent et font effectivement en ce qui a trait à leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. En premier lieu, elles ont exprimé ce qu'elles recherchent dans leurs pratiques. Elles décrivent certains motivateurs sous-jacents à leurs pratiques tels l'interaction sociale, les sources d'information et d'aide, la présence ou l'absence de leurs enfants, le besoin de solitude, la prévention du surmenage et de la dépression, l'amélioration de l'image corporelle et le maintien de l'autonomie en dépit du vieillissement. Les participantes ont de plus identifié les activités qu'elles recherchent. Plusieurs activités ont été mentionnées, toutefois c'est la danse qui demeure la plus convoitée. En général, les activités qui procurent de l'amusement, de la relaxation, de l'excitation ou du défoulement ont été identifiées dans les entretiens des participantes. Ce résultat s'identifie partiellement à ceux présentés par Bolla et ses collègues (1991), qui identifient respectivement l'amusement, la relaxation et la liberté comme les éléments les plus représentatifs des perceptions du loisir des femmes ontariennes. Les différences peuvent s'expliquer par la nature des études, par les différentes méthodologies (i.e., l'une qualitative et l'autre quantitative) et par la sélection des participantes (e.g., un échantillon est composé uniquement de femmes cheffes de familles monoparentales québécoises et l'autre d'une « diversité » de femmes ontariennes). Enfin, suite à l'invitation à décrire leur mode de vie de rêve, les femmes cheffes de familles monoparentales de la présente étude ont présenté leurs désirs selon deux volets: le volet matériel et le volet des relations humaines.

En deuxième lieu, les participantes ont révélé que lorsque le temps et les ressources financières le permettaient, elles s'adonnaient à certaines pratiques d'activité physique et de loisir, mais peu. À cet égard, les participantes ont indiqué qu'elles pratiquaient davantage des

activités passives que des activités actives. Ce résultat concorde avec l'étude de Bolla et ses collègues (1991) qui révèle que les conceptions du loisir des femmes de leur étude ne correspondent pas tellement à des activités physiques et sportives. Les activités des participantes de la présente étude sont influencées par des personnes d'influence dans leur entourage telles que leurs enfants, leurs amies, leur ex-conjoint et leur parenté. En présence d'enfants, il devient difficile de personnaliser les activités selon le besoin des mères. Même s'il y a un certain amusement et un certain plaisir, l'activité ne satisfait pas pour autant les besoins intimes des mères. Les participantes ont présenté des activités que nous avons classées comme « hybrides ». Ces dernières étaient, la plupart du temps, peu coûteuses et avaient la propriété d'offrir, d'une part, une certaine indépendance à la mère, et d'autre part, une possibilité de superviser l'enfant. Ce type de loisir, quoique peu explicité dans les études antérieures, a émergé des entretiens et apparaît fondamental dans la perception que les femmes cheffes de familles monoparentales ont du loisir. Elias et Dunning (1986) auront certainement contribué à conceptualiser cette problématique d'un « loisir conditionnel ». De fait, la plupart des études ont signalé d'une part, la faible fréquence des pratiques de loisir des mères et, d'autre part, la faible qualité de leur expérience de la pratique d'activités physiques et de loisir par rapport à celle des hommes (Altergott et al., 1993; Benningroff-Jannerat et al., 1996; Bolla et al., 1991; Harrington, 1992; Henderson, 1991a, 1991b; Laberge, 1992). À cet égard, les études qui ne tiennent pas compte de l'impact de la présence des enfants sur les loisirs des mères, comme l'indique Dawson (1988a), sont biaisées quand elles associent la liberté et le détachement social aux pratiques de loisir ou de quelque pratique de santé. Les participantes ont mentionné que lorsqu'elles peuvent se libérer de leurs obligations familiales, les amies occupent une place importante dans leurs activités. Les activités entre amies se

présentent davantage sous forme de rencontre sociale. Les participantes, surtout celles qui n'ont pas la garde partagée, ont mentionné que leur ex-conjoint et les membres de leur parenté influencent aussi leur pratique, dans le sens qu'ils peuvent leur offrir un répit loin des enfants ou ils peuvent devenir partenaires dans leur activité.

Toutes les participantes pratiquent une ou plusieurs activités. Malgré l'expérience unique vécue par chaque participante, il est possible de dénoter chez toutes les participantes un différentiel important entre les pratiques de santé souhaitées et les pratiques de santé réelles. Pour plusieurs femmes, la pratique d'une activité organisée (i.e., danse, natation, cinéma) se fait moins d'une fois par mois. Les activités qui demandent moins d'organisation (i.e., marche, rencontres d'amies, lecture) se pratiquent plus fréquemment mais sont aussi déterminées par des contraintes sociales et personnelles limitant leur qualité et leur durée. Les participantes qui ont la charge totale des enfants ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas s'attarder à ces préoccupations. Leurs exigences familiales sont prioritaires par rapport à leur épanouissement et leur auto-actualisation. Ce choix des femmes cheffes de familles monoparentales n'est pas sans parallèle avec les résultats présentés par différents auteurs et auteures (Benningroff-Jannerat et al., 1996; Popay et al., 1990; Schein, 1995), en ce qui concerne le rôle premier des mères, c'est-à-dire celui d'être les pourvoyeuses de la famille. Les participantes ont une vision relativement claire de leurs idéaux ainsi que des obstacles qui limitent leur réalisation. Cependant, elles ont toutes relativement confiance d'atteindre leurs idéaux un jour.

CHAPITRE VII

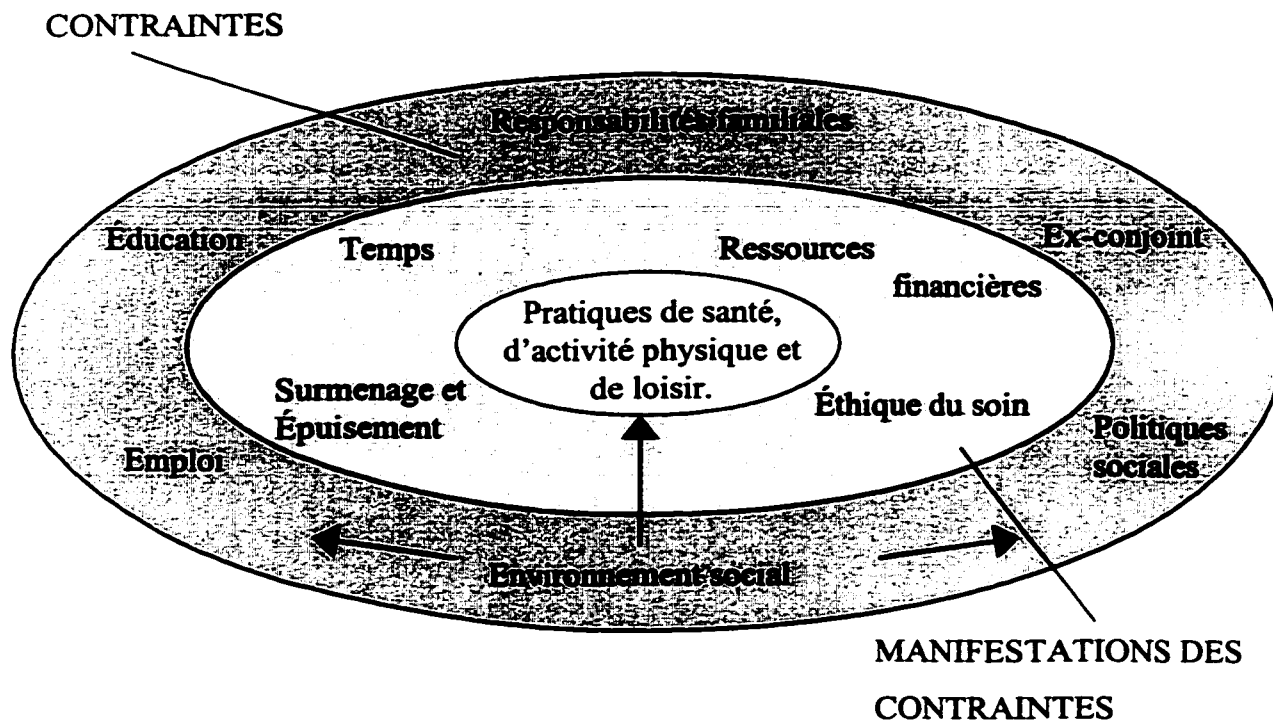
LES CONTRAINTES AUX PRATIQUES DE SANTÉ

Les chapitres 7 et 8 présentent respectivement les contraintes et les manifestations des contraintes aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir telles qu'identifiées par les participantes de l'étude. Pour mieux comprendre l'idée des contraintes et de leurs manifestations, un modèle empirique est offert (voir Graphique 1). Ce modèle indique que lorsque les participantes ont été questionnées au sujet de leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir, elles ont rapidement souligné quatre obstacles directs à ces pratiques: (a) le manque de temps, (b) le manque de ressources financières, (c) l'intériorisation « forcée » de ce qu'ont pourrait appeler une « éthique du soin » et (d) le surmenage et l'épuisement.

D'autres obstacles ont ensuite été discutés avec les femmes cheffes de familles monoparentales, question d'identifier les sources profondes. Les obstacles ont alors permis de mieux cerner ces sources: (a) les limites liées à l'éducation et à l'emploi, (b) le fardeau des responsabilités familiales, (c) les conflits avec l'ex-conjoint, (d) les politiques sociales déficientes et (e) les éléments répressifs de l'environnement social. Compte tenu des liens évidents entre ces obstacles et ces sources, il est apparu souhaitable de les conceptualiser en terme de contrainte (i.e., les sources) et de manifestations des contraintes (i.e., les obstacles). Le Graphique 1 représente aussi le cas particulier de l'environnement social qui affecte les autres contraintes, qui influencent les manifestations des contraintes et qui affecte aussi directement les pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. Le graphique n'illustre pas de causalité directe entre les contraintes, les manifestations des contraintes et les pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. En fait, les relations entre ces concepts doivent être

plutôt conçues comme des formes d'influences sur certaines pratiques de santé mentionnées par les participantes.

Graphique 1
Contraintes et manifestations des contraintes aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir mentionnées par les participantes de l'étude



Le présent chapitre se consacre maintenant aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir des femmes cheffes de familles monoparentales qui ont participé à l'étude. Dans le chapitre précédent, il a été possible de constater une différence entre les souhaits des participantes et ce leurs pratiques réelles. Plusieurs contraintes semblent être à la source de cet écart: (a) les limites reliées à l'éducation et à l'emploi, (b) le fardeau des responsabilités familiales, (c) les conflits avec l'ex-conjoint, (d) les éléments répressifs de l'environnement social, et (e) les politiques sociales déficientes.

Les limites reliées à l'éducation et à l'emploi

L'éducation et le travail sont deux entités fortement reliées; la première étant préalable à la seconde dans la majorité des cas. En soi, le retour aux études et l'obtention d'un emploi ne sont pas perçus, par les participantes, comme des contraintes directes à leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. Par contre, elles dévoilent qu'indirectement les compromis qui leur sont associés affectent leur mode de vie. Elles considèrent entre autres que les impacts sur le temps disponible, les ressources financières et leur santé (i.e., épuisement et surmenage) sont néfastes à leurs pratiques. C'est dans cette optique que le retour aux études et l'obtention d'un emploi sont considérés comme des contraintes, du moins à court terme. Par ailleurs, les participantes estiment qu'à long terme, elles amélioreront leur condition générale ce qui les incite grandement à faire ces choix.

Au cours des entretiens, les participantes ont mentionné l'éducation comme étant un facteur prépondérant dans leur vie et dans leurs projets d'avenir. Toutes, sauf Kiao, ont mentionné qu'elles devaient retourner aux études pour travailler ou changer de carrière. Deux secteurs d'éducation formelle ont été décrits. D'une part, on retrouve les programmes de réinsertion professionnelle le monde du travail. Quatre femmes suivaient des cours de ce genre au moment de l'entretien. Ces cours sont orientés vers les besoins spécifiques des femmes cheffes de familles monoparentale et contribuent à cerner des emplois-cibles et les cheminements de formation prérequis. D'autre part, la formation dans les institutions scolaires telles que les C.E.G.E.P. et les universités a aussi été mentionnée. Cette formation spécifique a été mentionnées dans le cadre d'un changement de carrière. Presque toutes les participantes ont mentionné de l'importance de l'éducation.

Le cours aussi, ça aide beaucoup. Ça a donné de bonnes techniques, de la confiance et de la force. Ça aide beaucoup pour aller sur le marché du travail. Il faut partir du bon pas, il faut régler ce qui ne va pas C'est ici que j'ai pris conscience de ça. (Kim)

Point de vue mental, le cours m'a aidé beaucoup là-dessus; la confiance en moi. Je n'avais pas de confiance en moi Il [ex-conjoint] a dit: « ton cours, ça t'aide. T'as changé, toi! » Je lui ai dit: « certain! » (Mimi)

Avec le cours . . . je me suis remise en confiance. Ça m'a aidé beaucoup, du point de vue d'être gaie. Parce que c'est un manque de confiance en moi Là, je suis plus heureuse parce que je suis moi. (Sissi)

Je veux retourner aux études. Je veux changer du secrétariat, je veux faire quelque chose de plus intéressant. Au début, j'aimais ça, dans la vingtaine, j'aimais ça. Mais maintenant, j'ai besoin d'autre chose. Surtout ici, il y a des personnes qui sont plus éduquées. (Tina)

Moi, je me donne 7 ans . . . de faire tel métier, pour mon avenir et assurer l'avenir de mon fils. Maintenant je voudrais m'orienter en informatique. Maintenant je veux faire un baccalauréat, et après, travailler et, après, faire une maîtrise. (Louise)

Des cours similaires, offerts aux personnes réfugiées et immigrantes, ont des impacts similaires. Louise a apprécié ces cours qui ont contribué à son intégration.

Le cours m'a aidé beaucoup. La formation que j'ai faite m'a aidé beaucoup. J'ai fait un stage dans un milieu de travail, j'ai vu comment on fonctionne, comment les gens sont, j'ai appris beaucoup de choses. (Louise)

L'accès à l'éducation n'est pas facile. La perte de bénéfices sociaux, les responsabilités familiales et la précarité de la situation financière ont été présentées comme des contraintes majeures dans le choix de poursuivre des études. La crainte de ne pas pouvoir gérer leur vie familiale demeure. Pour Sissi, l'éducation semble occasionner des responsabilités supplémentaires importantes qui engendrent des réajustements immédiats dans son mode de vie qui risquent d'engendrer le surmenage et l'épuisement:

C'est difficile si tu veux retourner sur le marché du travail. Si tu as des enfants, c'est difficile parce que tu n'as pas les revenus en conséquence. Tu veux aller faire des études mais tu n'as pas de revenu... C'est la pression pour tout gérer, c'est pas facile d'aller aux études avec des enfants, c'est pas comme quand on est jeune. Déjà, retourner aux études quand tu es adulte puis t'as pas d'enfant, c'est difficile. Quand tu as des enfants, c'est encore plus compliqué. Tu as des responsabilités différentes, tu as des inattendus.

Les services de garde sont menacés dans ce retour aux études. Pour Mimi, les frais associés à la garde des enfants sont entièrement couverts par l'aide sociale. Un retour aux études signifierait la perte de ce service. De plus, les dépenses associées aux frais de scolarité sont aussi des sources d'inquiétude. Similairement, l'emploi se présente comme un des éléments les plus cruciaux dans la vie des femmes. Il semble être la clé de voûte de plusieurs désirs dans leur vie. Lors de l'entretien avec Mimi, il était clair que le travail rémunéré occupait une place importante dans son plan de vie: « Mettons que si je travaillais, si j'avais un job, ça serait la seule affaire qui m'aiderait. Ce qui manque, ce n'est pas le vouloir ». Dans son cas et dans plusieurs autres, le désir de travailler et les efforts encourus pour se défaire de l'aide sociale sont évidents.

Tout comme l'éducation, l'obtention d'un emploi occasionne un double effet sur les pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. D'une part, il est perçu comme instrumental à un mode de vie supérieur au précédent. D'autre part, de par la nature des emplois disponibles (i.e., salaires peu élevés, piètres conditions de travail, peu d'avantages sociaux), il est perçu comme une contrainte.

Selon les participantes, un bon emploi permettrait de s'épanouir et de gagner un salaire qui pourrait subvenir à plus que les besoins vitaux (e.g., loisirs personnels). Malheureusement, l'obtention d'un emploi semble nécessiter plus que les compétences. Divers obstacles tels que la garde des enfants, les mauvaises conditions de travail et le besoin de formation préalable

réduisent l'avantage financier recherché, augmentent l'épuisement et réduisent le temps disponible.

La garde des enfants est un problème important pour les femmes qui travaillent. Les jeunes enfants nécessitent une garde à plein temps et les enfants d'âge scolaire nécessitent une garde de quelques heures par jour, le matin et l'après-midi. Les coûts relatifs à la garde sont aussi des considérations importantes. De plus, les conditions d'embauche, qu'elles soient gouvernementales ou institutionnelles, ne répondent pas aux besoins spécifiques des mères cheffes de familles monoparentales. En effet, certaines participantes ont mentionné que les conditions de travail ne tiennent pas compte des besoins des mères en situation de monoparentalité. Souvent les mères n'ont pas un horaire de travail flexible qui conviendrait à leur mode de vie. Souvent elles n'ont pas non plus le salaire ni les bénéfices adéquats pour assurer le soutien de leur famille. La maladie devient alors un facteur de stress important. Si la mère ou l'enfant est malade, ces femmes doivent avoir recours à des sources de revenu alternatives. Kiao exprime bien les impacts de la maladie:

Il arrive des fois que les enfants tombent malades. Alors, il faut que la mère s'absente de travailler, donc aucun revenu. Des fois, on travaille dans des petites compagnies, n'a pas beaucoup d'assurance. Si tu tombes malade, « that's it », aucun revenu pour toi. Qu'est-ce qu'on va manger? Le gouvernement est niaiseux au boutte! Il n'aide pas les femmes qui en ont vraiment besoin. Regarde ce que l'on gagne, on doit travailler! Dans le temps, je ne gagnais pas beaucoup, je gagnais \$7,50 de l'heure, alors tu ne peux pas vivre avec ça. J'allais demander la moitié à l'aide sociale et l'autre moitié, je travaillais.

Dans la même veine, Kiao s'adapte difficilement au mode de vie nord-américain. Les exigences temporelles pour travailler sont beaucoup trop élevées, ce qui entraîne des conséquences quant à la réalisation des besoins familiaux et personnels. Kiao estime que celles

qui ont des quarts de travail ne peuvent pas bénéficier d'une planification et d'une régularité qui favoriseraient la pratique d'activités physiques et de loisir.

On manque de temps . . . ici [au Canada], tu sais, on court, on court, on n'a pas beaucoup de temps pour nous . . . on court pour payer tout. On n'a pas le temps pour nous. Des fois, on voudrait bien faire ceci, mais on n'a pas le temps. L'autre jour, une voisine m'appelle pour aller prendre une marche puis je n'avais pas le temps. Quand j'ai une journée de congé, je veux faire toutes sortes de choses mais je n'ai pas encore fait le lavage. Ici, l'obstacle, c'est le temps. Il faut avoir beaucoup de temps. Ici, on n'a pas le temps d'élever et de parler à nos enfants comme il le faut, tout le monde se précipite pour aller travailler. Ici, il faut que l'on travaille tout le temps. Tu vois, dans mon quartier, les hommes et les femmes, on ne les voit pas dans la rue, ils restent dans leur maison et se précipitent au travail, comme moi.

Pour Kiao et Louise, l'idéologie du travail au Canada est malsaine pour les femmes cheffes de famille monoparentales. Dans leur pays d'origine, une qualité de vie équivalente à ce qu'elles ont ici ne nécessiterait pas autant d'heures de travail:

Ici [au Canada], tout le monde se précipite pour aller travailler le samedi puis le dimanche. Chez nous, le samedi et le dimanche, on ne travaille pas. On reste avec les enfants. Le soir, on ne travaille pas. On travaille le jour. Ici, il faut que l'on travaille tout le temps Le midi, on mange vite, vite, vite. Mettons que je suis au travail puis j'ai une pause de 30 minutes, ils vont nous la couper de notre salaire, nous, là, au salaire minimum! (Kiao)

Ici [au Canada], c'est un peu difficile parce que ça demande de travailler pour accomplir les besoins des enfants ou les besoins du foyer, à la maison, je travaillais. Je venais à la maison le midi. Après les heures de travail, j'étais avec mon bébé. Ma mère m'a aidé. Ça m'a donné la chance de travailler et de finir mes études. (Louise)

Selon les participantes, l'éducation et le travail sont prioritaires et nécessaires au bien-être à long terme. Par contre, l'ensemble des facteurs qui leur sont reliés (notamment en termes de temps, de ressources financières, de surmenage et d'épuisement) contraint les pratiques de santé et les place au second plan.

Le fardeau des responsabilités familiales

Les femmes cheffes de familles monoparentales ploient sous le fardeau des responsabilités familiales. Les tâches nécessaires au bon fonctionnement de la famille sont trop nombreuses pour une seule personne. De fait, la période d'adaptation à la vie en monoparentalité se présente comme étant particulièrement cruciale. Les femmes estiment que les premiers temps après la séparation sont les plus ardues. Cette période semble vouée à l'organisation et à la gestion des différentes composantes de leur vie. Le nombre d'enfants est aussi un facteur clé dans la quête de l'harmonisation des besoins des membres de la famille. Pour Sissi et Kiao, qui ont chacune cinq enfants, l'atteinte de l'équilibre est plus difficile. Le travail à l'extérieur et l'éducation sont d'autres facteurs qui contribuent à la surcharge. Les devoirs et les leçons des enfants sont aussi ressortis comme des tâches quotidiennes qui nécessitent un effort considérable de la part des mères. Une chose est claire dans les résultats, c'est que les femmes considèrent les besoins de leurs enfants avant les leur. Elles conviennent que la monoparentalité n'offre pas grand espace pour leur propre actualisation. Certaines femmes ont indiqué à cet égard que pendant la période d'union, leur conjoint constituait une tâche supplémentaire pour elles, mais qu'il prenait tout de même quelques responsabilités associées aux enfants. Par exemple sur le plan de la garde et des loisirs.

Pour l'ensemble des femmes, c'est la gestion des responsabilités familiales qui occasionne le plus de difficulté dans leur vie. Plus précisément ce sont les obligations à court terme (i.e., soins aux enfants, tâches ménagères) et la planification à long terme (i.e., éducation et emploi) qui restreignent leur liberté. Mimi représente bien les autres participantes à cet effet:

C'est moi qui fais tout, toute seule. « Qu'est-ce qu'on mange? » Toutes les règles dans la maison, c'est tout moi qui décide, il n'y a personne pour m'aider, pour me supporter

là-dedans. Mon petit fait bien des crises, c'est sûr qu'il n'y a personne qui va venir de l'avant pour m'aider. C'est pas facile. Des crises d'une demi-heure de temps, des bonnes crises, là!

Dans la même veine, ce long témoignage de Sissi au sujet de l'horaire d'une journée typique démontre à quel point la marge de manoeuvre est limitée en ce qui a trait aux diverses activités personnelles:

Elles donnent trop, elles se donnent trop, elles s'épuisent. Est-ce que tu as déjà pensé à ce qu'elles font? Je m'en vais sur le marché du travail, j'ai cinq enfants. Ça part à six heures du matin . . . mais il faut que j'aïlle mener mes enfants. Je pars, je m'en vais mener les enfants, je vais chercher la personne, on se rend à notre école . . . il faut que je fasse mon lunch pour dîner à la cafétéria . . . puis là, je fais le lunch à mes enfants ou je leur donne des sous pour qu'ils aillent manger. Tu viens un moment donné que tu en as tellement donné que tu tombes sur le sofa puis veux, veux pas, tu tombes endormie, t'es fatiguée, tu es brûlée... quand je fais du covotage, je ne reviens pas avant 5 heures. À 5 heures, il faut que j'aïlle chercher les enfants, il faut que je fasse le souper. Il faut que les enfants soupent à 6 heures, 6 heures 15, 6 heures 30, 6 heures 45, même 7 heures, ils ont mangé. Là, ils veulent relaxer un petit peu. Toi, tu ramasses la table, tu mets ça dans le lave-vaisselle, je suis chanceuse, j'ai un lave-vaisselle Là tu dis: « bon, les enfants, c'est l'heure du bain » À 7 heures il faut que j'en aies un de couché. Il faut que tu t'arranges qu'à 6 heures 45, il a fini de manger, il faut que je le serve le premier. Aussitôt qu'il a fini de manger, je le mets dans le bain, je le lave pendant que les autres sont en train de manger. Lui, il faut qu'il soit couché. Parce que moi, j'en avais un à 7 heures, un à 7 heures 30, un à 8 heures, un à 8 heures 30 puis l'autre, à 9 heures. Ensuite, tu avais le bain de l'autre. Les autres se lavaient et je passais la balayeuse, il y a mon ménage dans tout ça! Il faut que je fasse mon lavage. Puis là, il y a moi. J'ai tu eues le temps de manger dans tout ça, tu penses? Non! Moi je mange quand? À 11 heures 30 du soir. Puis je vais manger quoi? Pas grand chose! Souvent, j'ai même pas faim Je vais laver mon enfant pendant que je mange . . . je fais mon ménage, je fais ma balayeuse, j'étudie mon cours. Ce que je m'aperçois, c'est qu'il est rendu 11 heures 30, je m'en vais me coucher. Mon souper est là le lendemain matin et je le donne au chien parce qu'il n'est plus bon. C'est ça la vie d'une monoparentale. Le lendemain, tu recommences. Puis la fin de semaine, qu'est-ce que je fais? Lavage, ménage. L'hiver: pelletage. L'été: c'est tondre le gazon, tu fais tout, toute seule . . . tu vois à tout, il faut que tu surveilles les enfants parce qu'ils veulent se baigner. C'est vraiment la course, je dirais que j'ai couru. C'est pour ça que j'en ai mis chez leur père, parce que j'étais tannée de courir, je commençais à avoir la langue basse.

Les femmes doivent aussi prodiguer les soins affectifs à leurs enfants. La déstabilisation et les effets de la séparation peuvent affecter aussi les enfants. Kim estime que d'assurer la stabilité émotionnelle de la famille requiert beaucoup d'énergie:

Au niveau des responsabilités, ça fait beaucoup de choses à gérer, à faire, c'est beaucoup d'organisation à mettre là-dedans, le support aux enfants. Moindrement qu'il y a une petite affaire, une frustration, il faut les aider à voir ce qui ne va pas. Ça fait beaucoup de choses à penser, il faut penser à soi, il faut mettre de l'ordre puis, les enfants, il faut les ramasser dans tout ça, pour qu'ils puissent traverser, sans qu'ils soient affectés plus qu'il le faut.

Les responsabilités familiales sont perçues comme étant obligatoires. Elles occupent une grande partie de l'horaire quotidien des mères, laissant peu de temps et de force pour leurs activités personnelles. Plusieurs facteurs viendront influencer les responsabilités, par exemple, le nombre d'enfants à charge, le support de l'ex-conjoint, le support du milieu et la présence d'un emploi rémunéré. Même si les participantes ont noté que la période d'adaptation à la monoparentalité était la plus éprouvante, les effets de la surcharge (e.g., la fatigue, l'épuisement) sont toujours présents. Il ressort clairement des entretiens que les capacités corporelles des femmes et le peu de temps libre dont elles disposent limitent leurs pratiques d'activité physique et de loisir.

Les conflits avec l'ex-conjoint

Les ex-conjoints sont aussi perçus comme des contraintes par les femmes cheffes de familles monoparentales. La désunion ne signifie pas la disparition totale des rapports avec l'ex-conjoint, puisque les enfants deviennent l'élément principal d'obligation de maintenir la communication. Toutefois, ils ne sont pas les seuls motifs de cette communication. Selon les participantes, sauf pour Mélanie, le sentiment d'être un peu sous le contrôle de leur ex-conjoint

est toujours présent dans leur vie. Les relations et la communication avec l'ex-conjoint ont été et demeurent malsaines, s'inscrivant ainsi dans la continuité de l'histoire de leur couple.

Certains passages indiquent à quel point le passé des mères affecte leur santé mentale et leurs futures relations avec des hommes. D'autres témoignages décrivent plutôt que les relations présentes avec l'ex-conjoint nuisent à leur développement personnel et à l'équilibre familial. Les relations avec l'ex-conjoint sont caractérisées, entre autres, par diverses formes de violence, de harcèlement et l'irresponsabilité des pères au plan familial. Les conflits ne prédisposent pas les femmes cheffes de familles monoparentales à un mode de vie caractérisé par des activités de valorisation personnelle. Malgré les différentes histoires de vie, les situations de dépendance et de soumission face à l'ex-conjoint ont été vécues de façon similaire par les femmes séparées.

Harcèlement et violence

Le harcèlement et la violence sont des phénomènes multidimensionnels qui se présentent dans un ensemble plus large de stratégies de contrôle et de domination des mères. Les formes de violence et de harcèlement enveniment les relations avec l'ex-conjoint. Certaines participantes ont indiqué qu'elles préfèrent l'indépendance vis-à-vis de leur ex-conjoint et la charge totale des enfants plutôt qu'au renouement des liens avec le père même si elles estiment que leur faible revenu et leur situation familiale limitent considérablement leur marge de manoeuvre. Le témoignage suivant illustre bien l'environnement de ces mères et aide à comprendre les décisions prises envers leur ex-conjoint:

Pour moi, mes enfants, qu'ils aient de la misère avec des problèmes financiers, c'est moins dur sur eux-mêmes ou qu'ils voient leur mère fatiguée, c'est moins pire que de voir leur mère qui vient de manger un coup de poing sur la gueule! (Sissi)

D'autres comportements violents ont aussi été présentés. Dans plusieurs cas, les femmes ont rapporté que les conjoints détruisaient des objets sans toutefois les agresser physiquement. Ces scènes violentes étaient intégrées avec d'autres formes de violence et contribuaient à créer un climat de peur et de soumission qui envenimait la relation avec l'ex-conjoint ainsi que l'environnement familial. De plus, la violence psychologique a été mentionnées comme technique de contrôle et comme stratégie pour alimenter la peur. Les femmes mentionnent que cette violence a un impact considérable sur leur santé mentale et sur leurs pratiques de santé.

Il y a beaucoup de mesquinerie et des choses méchantes. Pour Noël, il m'envoyait un bas dans un sac, pas l'autre, puis des commentaires chaque fois que des enfants arrivent... ça se moque... « mauvaise mère », « mère qui n'aime pas ses enfants » tout le temps quelque chose comme ça, pour me rabaisser. Ça se poursuit encore, ça, c'est certain. (Kim)

Je n'avais pas de confiance en moi. Mon ex passait son temps à me dire que j'étais une « loser », que j'étais une « suiveuse »... je me sentais comme un gros zéro. Je ne valais pas de la marde; moi puis la chaise d'à côté, c'était la même chose. Il disait « moi, je suis un gagnant puis toi, tu es une perdante, moi, je suis un meneur puis toi, une suiveuse » Je me disais: « oui, c'est vrai ». Oui, je croyais à ça, moi. (Mimi)

Contrôle économique

Selon les participantes, le partage des ressources financières est également un terrain propice aux stratégies de contrôle de la part des ex-conjoints. Les enjeux d'après la rupture sont toutefois différents des enjeux présents avant la rupture. Avant la rupture, les participantes ont indiqué que le contrôle est davantage orienté vers la limitation de la liberté d'agir et de dépenser des femmes. Après la rupture, le jeu du contrôle financier demeure mais les mères estiment que leurs besoins primaires et ceux de leurs enfants sont davantage menacés. Quoiqu'elles reçoivent un support de l'État, les femmes continuent à être partiellement

dépendantes de leur ex-conjoint. Conséquemment, le contrôle de l'ex-conjoint est toujours mis en oeuvre par sa contribution ou non au revenu de la mère. Kiao, Kim et Mimi estiment que le support financier de leur ex-conjoint peut grandement influencer le niveau de bien-être des enfants.

J'ai dit: « il faut que tu m'aides à payer la maison pour les enfants ». Il dit: « je te donne pas une cenne, pas une crise de cenne ». (Kiao)

Au lieu de vendre la maison puis de m'en parler, il a fait son petit coup par en arrière puis il a fait faillite . . . il fallait que je paye ses dettes. Il s'endettait beaucoup en fin de compte, tu t'aperçois que tu n'as pas de sous pour toi-même. (Kim)

Il fallait tout le temps que je quête Lui, il dit qu'il n'a pas d'argent ça fait 10 mois qu'il me doit de l'argent mais il ne m'en donne pas parce qu'on n'a pas encore passé définitivement en cour. (Mimi)

Bref, la rupture ne permet pas d'échapper totalement au besoin d'aide financière de la part de l'ex-conjoint. Les liens financiers continuent d'entretenir une certaine relation de contrôle qui a des effets négatifs sur la santé mentale des femmes.

Irresponsabilités paternelles

Les participantes ont mentionné à plusieurs reprises que leurs ex-conjoints manquent à leurs responsabilités quant à la garde des enfants. Seulement Tina a obtenu la garde partagée. Pour les autres, l'ex-conjoint permet un répit occasionnel ou encore il est décédé ou n'est pas présent dans leur vie familiale. L'ex-conjoint de Mimi est déménagé dans une autre ville et il voit très occasionnellement son enfant. Pour Kim, l'ex-conjoint est disparu pendant plusieurs mois après la rupture et prend rarement ses responsabilités parentales. De plus, elle a mentionné que les conflits au niveau du partage des responsabilités familiales sont encore à l'origine de disputes.

Il ne prend pas ses responsabilités . . . ça, c'est une grosse chose, puis pas d'aide avec les enfants. On s'est laissé puis pas de mot pour six mois. Il n'est pas venu les voir du tout du tout, du tout. On s'est senti abandonnés Deux fois, j'ai été en cour justement pour qu'il prenne ses responsabilités pour voir les enfants . . . quand on a un jugement sur lequel on se base, puis tout est réglé en cour, lui, il joue avec les dates. Ça devient fatigant . . . c'est quand même un bon père . . . mais c'est juste qu'il ne prend pas ses responsabilités. C'est juste un peu difficile, ça. (Kim)

La majorité des femmes considèrent que dans les présentes conditions, leur ex-conjoint est une influence négative dans leur vie. Elles estiment que ses contributions financières et humaines au soutien de la famille ne sont pas suffisantes et ne leur donnent pas la liberté de s'épanouir. Les entretiens ont été parsemés de passages qui évoquent les injustices relatives aux responsabilités parentales.

Les politiques sociales déficientes

L'ensemble des femmes a porté un regard critique sur les politiques sociales qui les affectent. Les passages ci-dessous constituent des exemples patents des perceptions qu'ont les femmes de l'étude en regard de divers secteurs: (a) la fiscalité, (b) l'éducation, (c) l'assurance-médicaments, (d) l'aide sociale et (e) la garde des enfants. En général, elles estiment que les politiques ne sont pas adaptées aux réalités des femmes, en particulier celles des femmes cheffes de familles monoparentales. Selon les participantes, ces politiques briment indirectement leur accès aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir, dans la mesure où elles les conservent dans des situations socio-économiques précaires.

Si je tombe malade, je n'ai aucun revenu. Ils [les gouvernements] donnent aucun appui. Il faut penser que les femmes ont des enfants; les deux subissent les conséquences (Kiao)

Être plus à l'écoute des femmes. Des fois, j'ai la sensation qu'ils disent: « écoute là, t'as fait telle affaire, puis j'en ai assez de toi! » C'est simplement d'être un peu plus à l'écoute Des fois, on dirait qu'on est des chiens pour eux. Il y a des gens qui vont par la porte en arrière et ils vont avoir un travail en même temps Les femmes qui

sont seules, c'est eux qui en ont vraiment besoin, elles ne peuvent pas travailler en même temps. Bien souvent, quand on ne travaille pas, on est comme des numéros. (Kim)

L'aide sociale a été ambitionnée dans le passé, il y en a qui en ont abusé dans le passé. C'est rendu qu'ils veulent serrer la chose pour éliminer ceux qui sont là pour rien. Mais qui paie? C'est ceux qui en ont plus besoin puis moi, je considère que les monoparentales comme étant les personnes qui en ont le plus besoin. (Sissi)

Au niveau de la fiscalité, les femmes qui ont un travail rémunéré trouvent que les barèmes de taxation sont trop élevés. Par exemple, elle mentionnent que lorsque leur salaire augmente modérément, elles se voient couper l'accès à certains programmes de financement. Pour l'ensemble des femmes, la diminution ou le retrait systématique des sources de leur revenu (e.g., salaire, aide sociale, allocation familiale, paiement de support) nuit à leur qualité de vie et limite leur marge de manoeuvre quant à la pratique d'activités personnelles. Kiao, Sissi et Tina expriment leur frustration à l'égard de telles politiques fiscales:

Pour l'argent alimentaire, des fois, ils [les gouvernements] donnent 50 dollars, mais après ils veulent le revenu d'impôt . . . c'est pas la peine de me le donner le 50 dollars . . . ils donnent à droite puis à gauche, ils tirent. (Kiao)

Ne pas donner d'une poche et de retirer de l'autre. Ils [les gouvernements] ont augmenté les allocations familiales mais ils ont baissé l'aide sociale. (Sissi)

L'an passé, j'ai commencé à travailler. Il y avait un programme qui s'appelait APPORT, c'est pour aider les familles monoparentales à faible revenu . . . mon salaire a augmenté à 20 000 dollars pile, ils [les gouvernements] m'ont coupé l'aide. Pourtant entre ce que je gagnais avant et puis le 20 000 dollars, il n'y avait pas beaucoup de différence. Puis un moment donné aussi ils ont coupé dans l'allocation familiale. (Tina)

Au niveau de l'éducation, c'est surtout Louise et Sissi qui ont offert des commentaires. C'est l'accès à l'éducation, le choix limité des programmes scolaires subventionnés par l'aide sociale et l'accès aux prêts et bourses qui ressortent le plus de leur discours. Face à l'obligation sociale de l'obtention d'un emploi rémunéré, Louise et Sissi critiquent le système scolaire:

Je suis venue ici comme réfugiée, je dois attendre pour avoir le statut puis, après, tu dois attendre d'avoir la résidence pour commencer à étudier ou pour faire quelque chose. (Louise)

Il faut être sur l'aide sociale pendant deux ans avant qu'on se fasse payer des cours. Moi, je leur ai dit: « c'est ça, dans deux ans je vais avoir un cordon qui va me traîner comme tout le monde, puis ça me tentera plus de travailler ». (Sissi)

Au niveau de l'assurance-médicament, Mimi et Tina dénoncent les changements apportés aux politiques de remboursement. Ces politiques, de par leur nature, affectent davantage la santé des mères que celle de leurs enfants:

Avant, tout était couvert. Tous les médicaments étaient payés. À cette heure, pour les enfants, c'est payé, mais pour nous autres, t'as une franchise de 8 dollars et quelques par mois à payer puis, après, tu as un pourcentage à payer. (Mimi)

Côté médicament, ça ne va pas du tout. Juste ce mois-ci, j'ai dépensé 150 dollars de médicaments. Alors il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans, on s'en sort pas. (Tina)

Au niveau de l'aide sociale, les femmes qui sont prestataires dénoncent toutes le manque de ressources. Kim et Mélanie estiment que le montant des prestations d'aide sociale est insuffisant. Dans la même veine, Mimi traite davantage du manque de financement pour payer le loyer.

Il manque environ 100 dollars par mois certain! Des collations, ils en manquent des fois. Ça, c'est la nourriture puis on n'a même pas d'activité là-dedans Ils [les gouvernements] pourraient regarder les factures pour voir qu'il reste 100 dollars pour la nourriture. (Kim)

À la place de dépenser de l'argent ailleurs, ils [les gouvernements] pourraient en donner plus aux femmes... ça nous donnerait un bon coup de main... avec tout ce qu'on a, on n'a pas « grand'chose » pour vivre. (Mélanie)

Il faudrait qu'ils commencent à être réalistes pour ce qu'ils nous donnent sur l'aide sociale quand tu as un enfant Les loyers ordinaires, là, moi, je reste dans une co-op, c'est subventionné, sans ça, je ne pourrais pas. Les HLM, ils n'y en a pas une pile.

Puis il faut que t'attendes, t'attendes, t'attendes. Il n'y en a pas assez de logements comme ça, pour ceux qui sont sur l'aide sociale. (Mimi)

Peu de femmes ont critiqué les politiques de garde des enfants. Mimi est la seule qui a commenté et n'a eu que de bons commentaires. Les frais de garde de son enfant étaient couverts à 100 pour cent. Pour Tina, ce sont les batailles juridiques des deux dernières années avec son ex-conjoint au sujet de la garde des enfants qu'elle trouve épuisante. De plus, elle se trouve impuissante quant à tout recours à la justice compte-tenu de la piètre qualité des avocats qui lui sont offerts et la longue période d'attente pour obtenir leurs services.

Les femmes interviewées vivent la plupart de temps dans des conditions économiques précaires et ont donc recours à des services publics. Leurs critiques les plus vives ont porté sur leur faible revenu, ce qui les empêche de combler leurs besoins personnels et ceux de leur famille, et sur les politiques sociales qui ne leur offrent pas la possibilité de s'adonner à des pratiques de santé, d'activité physique et de loisir.

Les éléments répressifs de l'environnement social

Certains éléments de l'environnement social agissent aussi comme contraintes au bien-être des femmes cheffes de familles monoparentales. Plusieurs valeurs sociales ont été identifiées par les femmes comme étant des facteurs limitant leur participation à certaines activités physiques et de loisir. Entre autres, les femmes ont parlé dans leurs propres termes: (a) de la méritocratie, (b) du culte du mariage, (c) des normes sociales sexistes (d) des normes sociales hétérosexistes, (e) de la discrimination raciale et des obstacles à l'intégration et (f) de la violence. Toutefois, il est important de noter que certains éléments de l'environnement social ont des impacts plus directs sur les activités, notamment par des mécanismes d'exclusion sociale.

La méritocratie

La méritocratie est une des valeurs qui a émergé des textes des entretiens. Cette idéologie semble perçue en relation avec le fait d'être prestataire de l'aide sociale. Kiao et Tina, les deux seules mères de l'étude qui avaient un travail rémunéré, n'ont pas discuté de cette réalité. Les autres femmes considèrent que le fait d'être prestataire de l'aide sociale et le fait d'être dépendante économiquement de l'État sont socialement associés à un échec personnel. Dans une telle société méritocratique, le retour au travail est donc considéré comme essentiel pour rehausser leur estime d'elles-mêmes.

Pour moi, le fait d'être sur l'aide sociale, c'est quelque chose. J'ai souvent travaillé, mais ça me gêne beaucoup, beaucoup, beaucoup, ah oui, beaucoup, beaucoup. Je me dis, j'ai tellement hâte de me placer Le fait d'être considérée aux dépens de la société, je pense que c'est quelque chose avec laquelle j'ai bien de la difficulté. Souvent, il y a des gens qui te considèrent dans des classes beaucoup, beaucoup plus basses. Eux ont beaucoup plus de choses; des fois on est encore mal vu. (Kim)

Moi, ce qui me dérange beaucoup, c'est quand les gens disent: « elle est bien, elle est sur le B.S. » Ça, ça me dérange beaucoup. Parce que je suis une femme qui n'est pas bien sûr l'aide sociale. Si c'était rien que pour moi, c'est sûr que je ne serais pas sur l'aide sociale. (Sissi)

Le statut de bénéficiaire de l'aide sociale crée une perception négative de soi. Par contre, le discours de ces mères aura permis d'établir que cette insertion à tout prix dans le marché du travail a, à court terme, des impacts négatifs sur les pratiques de santé, d'activité physique et de loisir (voir la section sur « les limites reliées à l'éducation et à l'emploi »).

Le culte du mariage et de la maternité

Le culte du mariage hétérosexuel demeure fortement ancré dans les valeurs des participantes. La rupture occasionne bien plus qu'une séparation avec le conjoint. Elle semble aussi nourrir les stéréotypes d'une « mauvaise mère » et d'une « mauvaise épouse ». De plus,

les idéaux romanesques de la famille unie ont été fracassés aux yeux des parents, enfants, grands-parents, membres de la communauté ethnique et amies. Le culte du mariage implique donc des conséquences négatives sur le bien-être et l'estime de soi. Les femmes cheffes de familles monoparentales ont mentionné une obligation de survaloriser les enfants, souvent à leurs dépens, ne réalisant pas leurs besoins personnels. Kim et Sissi expliquent leurs difficultés associées à la symbolique de la désunion. Dans le cas de Sissi, l'impact du culte du mariage est d'autant plus marqué étant donné son orientation sexuelle.

Disons que c'est le fait de vivre avec des principes, un père, une mère, les principes que mes parents m'ont appris . . . on a grandi dans ça. Dans le fond, je sais que ça ne va pas changer . . . j'étais trop attachée à des choses impossibles. (Kim)

À tous les ans, je me disais: « je vais réussir mon mariage, je ne me suis pas mariée pour le fun ». Il y a une personne qui m'a dit que c'est pour ça que je n'avais jamais un sourire réel . . . J'avais quand même un sentiment de culpabilité, c'est comme si j'avais manqué ma vie, je me sentais bien déchirée. (Sissi)

Pour Mimi, c'est au niveau du regard des autres, notamment celui de ses parents et grands-parents, que l'imposition d'obligations maternelles se fait sentir:

Des fois, ça me choque un peu, les idées préconçues que lorsque tu as un enfant, il ne faudrait pas que tu aies de fun. Il ne faudrait pas que tu sortes prendre du temps pour toi, tu n'es pas une bonne mère. Ta vie, il faudrait qu'elle soit centrée rien que sur eux autres [les enfants] . . . Il y a du monde, ils te regardent en voulant dire « elle n'est pas responsable ». Ils te font dire que tu n'es pas responsable . . . C'est du non-dit, ils te font sentir comme... ils te regardent en voulant dire « voyons! »

Bref, l'image de soi est attaquée et les participantes ressentent les pressions exercées par le regards des autres dans le but d'assurer le bien-être de la familiale.

Les normes sociales sexistes

Peu de femmes se sont exprimées spécifiquement sur leur environnement sexiste. Elles ont toutefois mentionné des injustices subies en tant que femme et mère cheffe de famille monoparentale. La présence d'une différence homme-femme était palpable dans le discours de toutes les participantes qui estimaient que la condition générale du père est plus avantageuse que celle de la mère à presque tous les égards. Elles mentionnent plusieurs différences (i.e., notamment au niveau des responsabilités familiales et du support financier) qui ont des répercussions indirectes sur la diminution de leur participation à des pratiques d'activité physique et de loisir. Kiao, a travaillé avec des groupes de femmes, estime que la majorité des hommes en monoparentalité ne vivent pas les conditions précaires que vivent leur contrepartie féminine:

Les hommes, ils n'ont pas les enfants. Tu en as vu ici? Est-ce que tu as déjà vu un homme avec cinq enfants?

Pour Mimi, c'est au niveau des responsabilités familiales et du support financier que les injustices sont les plus apparentes:

Il fait ce qu'il veut, quand il veut. Il n'est jamais chez lui; il est tout le temps parti... lui, il dit qu'il n'a pas d'argent. Je lui dis: « écoute, c'est toi qui est parti à Montréal. Si ton intérêt c'était de t'occuper de ton petit, tu serais resté ici, tu ne serais pas parti loin de même. Tu le savais qu'en allant là, ça coûte de l'argent ».

Toutes les femmes, mise à part Mélanie, estiment que des éléments du système social (e.g., aide sociale, aide juridique, allocations familiales) ne sont pas adaptés aux besoins des femmes et des mères. Tina et Kiao ont mentionné leur déception en ce qui concerne certaines causes féministes.

La fille qui travaillait à l'immigration [en Afrique], elle m'a dit: « tu vas être bien là-bas, au Canada, il y a le mouvement féministe ». C'est pas suffisant! (Tina)

Il y a deux ans passés, on a marché jusqu'à Québec, les femmes, la marche du Pain et des Roses. Ils [les gouvernements] n'ont rien aidé pour les femmes. Qu'est-ce que tu veux, ce n'est pas la peine qu'on crie, qu'on crie et qu'on crie: on n'a rien! On crie partout. (Kiao)

Les témoignages démontrent que certaines d'entres-elles considèrent qu'elles ont un environnement qui favorise les pères, ce qui exclut la voix des mères et affecte directement leur bien-être.

Les normes sociales hétérosexistes

Sissi a été la seule à discuter de son homosexualité et, de façon indirecte, de l'hétérosexisme. Elle estime que les gens de son entourage n'ont pas le respect qui lui serait nécessaire pour une saine intégration dans sa communauté. Elle se croit doublement jugée, à cause de son orientation sexuelle et de sa dépendance à l'égard de l'aide sociale. Le milieu rural dans lequel elle habite ne favorise pas la possibilité de bâtir un réseau du support social adéquat et offre peu de services aux personnes gaies. De plus, elle mentionne que les activités de nature sociale (e.g., danse) sont parmi celles qui sont les plus accessibles et convoitées dans sa communauté. Cette tièdure des résidents et résidentes à son égard, contribue à son retrait progressif de ce type d'activité.

Je me sens très mal avec les gens. Parfois, j'ai encore de la difficulté avec ça, je me sens jugée, même avant qu'ils me jugent, les gens ne le savent pas, c'est pas marqué dans mon visage... ce qui me choque, c'est qu'il faut toujours vivre cachée. Les gens ont des jugements, puis c'est juste des préjugés, puis ces préjugés-là me chiffonnent. Des fois, j'aurais le goût d'aller à une place où je ne suis pas connue. Il y a des gens qui me parlent [dans les discothèques] en pleine face puis tu entends chuchoter: « tu ne sais pas la meilleure, elle a eu cinq enfants puis elle a couché avec une femme, c'est parce qu'elle n'a pas été bien baisée ». Ça, c'est vraiment déplaisant pour une gaine, mais c'est le fameux contexte des hommes qui croient que parce qu'une femme est gaine, elle n'a pas été bien baisée. (Sissi)

Dans ce cas, Sissi cible l'hétérosexisme comme une dynamique d'exclusion sociale. La perception de soi et le sentiment de non-appartenance sont des éléments mentionnés qui ont contribué à la baisse de fréquence de ses activités sociales. Finalement, Sissi relève la déficience des services sociaux orientés vers le support des lesbiennes.

Les obstacles à l'intégration

Les trois femmes d'origine asiatique ou africaine ont amplement identifié des difficultés qu'elles avaient à s'intégrer à leur terre d'accueil. Deux idées principales sont ressorties des entretiens, soit les relations avec la culture québécoise et les relations avec leur communauté ethnique respective. Les conséquences de ces difficultés affectent principalement leurs relations sociales et l'accessibilité aux services sociaux; ces deux éléments mentionnés par les mères immigrantes influencent leurs pratiques d'activité physique et de loisir. Ces éléments affectent négativement la propension des mères à s'intégrer dans la communauté d'accueil et à participer aux activités qui leur sont offertes.

Les trois femmes ont estimé ne pas avoir de problème sérieux d'intégration au pays d'accueil. Elles ont toutes mentionné l'attention particulière portée aux femmes cheffes de familles monoparentales. Des enjeux entourant le racisme et l'ethnocentrisme ont été présentés et ont résulté en un bilan particulièrement positif des relations avec les Québécoises et les Québécois ainsi qu'avec le gouvernements. Toutefois, certains éléments d'injustice relative à la « race » ont pu être relevés. Par exemple, pour Louise ce sont les problèmes de communication qui nuisent à son intégration.

Avant, c'était l'accent, je ne comprenais rien. Ce qui me gêne en ce moment, c'est que je ne me sens pas encore à l'aise avec les Québécoises. Des fois, quand je parle, je sens que je me réserve, je ne sais pas pourquoi, ça arrive comme ça. Je ne me sens pas à

l'aise de leur parler comme je parle avec les femmes rwandaises Pour le moment, je ne connais pas beaucoup de Québécois, même quand vous nous connaissez, vous nous parlez pas assez souvent, il n'y a pas une bonne communication Par exemple, j'aimerais aller patiner, mais je ne connais pas personne, je ne sais même pas comment on le fait.

De plus, les conflits avec les membres de leur propre communauté ethnique ont été mentionnés comme contraintes dans leur vie. Kiao et Tina estiment que ce sont les stéréotypes sur les familles monoparentales qui nuisent le plus à l'intégration et au support de leurs consœurs et confrères.

Moi, je n'ai pas beaucoup de collaboration des femmes des autres ethnies. Parce que, pour les femmes ethniques, c'est très difficile d'accepter les femmes qui envoient leur mari de la maison Je n'ai pas osé en parler à mes autres amis asiatiques parce qu'ils vont se moquer de moi: « Ah, tu es folle, tu ne pourras jamais vivre avec cinq enfants toute seule ». (Kiao)

La société d'accueil, là, il n'y a pas de problème, au contraire, quand tu es monoparentale, on cherche toujours à nous aider. Mais dans ma communauté à moi, je suis devenue un problème Les femmes mariées s'accrochent beaucoup à leurs maris. Il n'y a pas beaucoup d'entraide: « t'as cherché tes problèmes, reste dans ton coin! » C'est ça ma communauté . . . avant, j'avais mon conjoint et les femmes se sentaient plus en sécurité. (Tina)

Louise a le statut de réfugiée. Les conflits inter-ethniques qui ont marqué son pays d'origine se transposent en partie au Canada. De plus, comme nouvelle arrivante, la période d'adaptation l'a placée dans une position de dépendance qui la rend plus vulnérable au point de vue économique et social.

Ça ne va pas bien. Il y a beaucoup de tension. Surtout ici, il y a plus de tension ici . . . il faut que tu fasses attention quand tu rencontres quelqu'un de l'autre ethnie; tu ne lui parles pas . . . quand j'habitais avec mes belles sœurs, c'est la première fois que j'habitais seule . . . je ne connaissais personne ici. Je n'avais pas d'amie Je ne connaissais que mes belles sœurs. Je ne pouvais même pas m'exprimer . . . je gardais les enfants, je ne connaissais rien, je croyais que la vie était comme ça, je croyais que le Canada était comme ça.

L'ensemble des problèmes d'intégration ont eu pour effet de tenir les femmes à l'écart des réseaux sociaux ce qui affecte leur participation à diverses activités.

La violence

Comme dernier aspect répressif de l'environnement social, il faut souligner le sentiment d'insécurité que vivent les femmes; un sentiment associé au problème de la violence contre les femmes, une sentiment qui contribue à isoler les femmes dans leur demeure. Tina et Sissi ont été les seules à mentionner le manque de sécurité dans leur quartier. Elles ont suggéré que cette insécurité amène les femmes à prendre des mesures qui briment leur liberté et qui affectent leur bien-être. Tina habite la périphérie d'un quartier défavorisé. Elle croit que l'éclairage inadéquat, la mauvaise réputation du quartier et les différentes altercations avec des hommes dont elle a été témoins, mettent sa sécurité en péril lors de ses promenades en soirée. Elle préfère maintenant éviter ces lieux et ne pas s'adonner à la marche, une activité qui lui plaisait et qui paraissait pourtant accessible.

Je me suis faite arrêter deux fois [sur la rue], parce que c'est quand même là que je marche Les gens pensent que c'est automatique, les femmes qui marchent seules dans ce coin-là, elles font du trottoir. Pas juste sur [cette rue], mais toutes les rues parallèles, les gens ont du culot. Il y a en a un, une fois, qui s'est arrêté un moment devant moi et il a ouvert sa porte . . . les gens me disaient: « il ne faut plus marcher là », mais c'est mon coin! Si tu veux aller à quelque part, il faut que tu passes pas là, alors ça, ça me décourage beaucoup. (Tina)

De plus, Sissi s'est procuré un système de verrouillage de maison pour maximiser sa sécurité. En réponse à ces réalités, il n'est pas étonnant que quelques participantes préfèrent demeurer à l'intérieur. Bien sûr, un tel environnement social a un impact important sur la vie des mères, notamment sur leur isolement dans la communauté. En retour, cet impact agit au niveau de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la perception du système de support social

et la sécurité; des éléments qui influencent négativement la participation des mères à des activités physiques et de loisir.

Conclusion

Dans ce chapitre, les participantes ont identifié plusieurs contraintes à leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir: (a) les limites reliées à l'éducation et à l'emploi, (b) le fardeau des responsabilités familiales, (c) les conflits avec l'ex-conjoint, (d) les politiques sociales déficientes et (e) les éléments répressifs de l'environnement social. Plus précisément, les participantes ont mentionné que les facteurs tels que les compromis associés au retour aux études et à un emploi rémunéré, les conditions de travail inadaptées, les responsabilités excessives de la mère, les relations malsaines avec l'ex-conjoint, le manque de support parental et économique de l'ex-conjoint, les divers stéréotypes relatifs à l'aide sociale et à la monoparentalité ainsi que les implications du sexisme, de l'hétérosexisme, du culte du mariage, d'intégration et de la violence, limitent les opportunités et réduisent la qualité de l'expérience des diverses pratiques de santé, d'activité physique et de loisir.

Les témoignages des participantes ne divergent pas significativement des tendances exprimées dans les études antérieures. En ce qui a trait au travail et à l'éducation, la plupart des écrits place les femmes cheffes de familles monoparentales dans des conditions plus vulnérables que le reste de la population (Benningoff-Jeanerrat et al., 1996; Blank, 1997; McLanahan et al., 1989; Schein, 1995; Thomas 1994a). Le manque de temps, la garde des enfants, le manque d'avantages sociaux, les faibles salaires, l'insécurité d'emploi et la difficulté d'accès à l'éducation sont des points communs à cette étude et à celles présentées antérieurement (e.g., Donnelly et al., 1996). Ces contraintes sont vues comme nuisant aux pratiques de santé des mères (e.g., Laberge, 1992; Shaw, 1986).

En ce qui a trait aux responsabilités familiales, les participantes ont mentionné qu'elles sont prioritaires et elles repoussent donc leurs pratiques de santé au second plan. Cette priorisation est un résultat présent aussi dans les études de Henderson et al., (1991, 1991b) et de Benningoff-Jeanerrat (1996) qui estiment que les femmes cheffes de familles monoparentales sont particulièrement désavantagées à cet égard. De plus, elles ajoutent que les responsabilités familiales sont accrues en fonction du nombre et de la présence de jeunes enfants, ce qui concorde avec l'étude de Loveland-Cherry (1986).

Le fait que l'ex-conjoint, perçu comme une contrainte aux pratiques de santé, a peu été explicité dans les écrits antérieurs. Toutefois, plus globalement, Duffy (1995) et Jutras et al., (1994) estiment respectivement que la relation tendue avec l'ex-conjoint constitue un obstacle à la santé et au bien-être des femmes cheffes de familles monoparentales. De plus, Benningoff-Jeanerrat (1996) a discuté de la thèse du « conjoint fardeau » mais n'en a pas tiré de conclusion significative dans le cas de la monoparentalité. La nature de la présente étude ne permet pas de juger de l'intensité de l'impact de l'ex-conjoint, mais elle permet de signaler son influence sur la vie des mères et sur les pratiques de santé, d'activité physique et de loisir.

Les participantes ont aussi décrit comment certaines politiques sociales sont inadaptées et contribuent à leur appauvrissement financier. Ceci concorde avec l'étude de Donnelly et son collègue., (1996) qui porte sur les diverses contraintes à la vie active. Ces auteurs estiment que plusieurs politiques sociales ne sont pas inclusives et ne respectent pas la diversité de la population, ne répondant pas entièrement aux besoins de certaines populations plus vulnérables.

Enfin, plusieurs aspects de l'environnement social, tels que le culte du mariage, le sexisme, le racisme et la violence ont été signalés dans les études antérieures (Benningoff-

Jeanerrat, 1996; Donnelly et al., 1996; Laberge, 1992; Henderson et al., 1991a). Ces études arrivent à des conclusions qui s'apparentent aux discours des participantes de la présente étude. Les contraintes mentionnées par les participantes créent un climat qui exclut progressivement la possibilité des pratiques de santé. Cette exclusion fait partie intégrante des finalités de l'étude de Janzen et al., (1995), qui identifient l'interaction sociale et le support social comme déterminants importants des pratiques de santé. L'étude de Bolla et ses collègues (1991) est la plus complète à cet égard; son caractère quantitatif a permis de hiérarchiser plusieurs types de contrainte associés à un grand nombre de femmes mais sans en approfondir ou en générer de nouvelles. L'étude de Donnelly et son collègue (1996) présente aussi de nombreux aspects pertinents par rapport aux contraintes à un mode de vie actif. Son caractère théorique présente plusieurs facteurs qui contribuent aux inégalités sociales ainsi que les contraintes en ce qui a trait aux pratiques d'activité physique et de loisir. La présente étude se différencie principalement de ces deux dernières études, dans la mesure où elle est de nature exploratoire, qualitative et centrée sur la réalité de quelques femmes cheffes de familles monoparentales puisqu'elle tente d'identifier les sources profondes des différentes contraintes et manifestations des contraintes aux pratiques de santé.

CHAPITRE VIII

LES MANIFESTATIONS DES CONTRAINTES

Les participantes ont discuté des contraintes indirectes à leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. Ces contraintes étaient associées à l'éducation et l'emploi, l'ex-conjoint, les responsabilités familiales, les politiques sociales et l'environnement social. Mais comment ces contraintes se manifestent-elles dans la vie quotidienne des femmes? Autrement dit, quels sont les éléments qui ont une influence directe sur les femmes cheffes de familles monoparentales et leurs pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. L'analyse des textes des entretiens a permis d'identifier quatre « manifestations des contraintes »: (a) le manque de temps, (b) le manque de ressource financière, (c) l'intériorisation « forcée » de l'éthique du soin et (d) le surmenage et l'épuisement.

Le manque de temps

La notion de temps libre a été explorée lors des entretiens et le manque de temps s'est avéré une manifestation majeure de certaines des contraintes mentionnées par les participantes. Les femmes se sont toutes exprimées sur ce point et ont particulièrement traité du manque de support quant aux responsabilités familiales. La perspective de Sissi représente bien la pensée des autres participantes en ce qui a trait au besoin de temps et à la gestion de temps personnel: « Ce n'est pas des journées de 24 heures qu'il me faudrait, mais des journées de 48 puis de 60 heures. Soixante heures, ça serait pas pire [rire] ». Le temps libre est un luxe recherché et bien apprécié. Il est aussi perçu comme un espace idéal pour la mise en oeuvre de loisirs personnels. Plusieurs participantes ont signalé un intérêt pour la pratique de l'activité physique, mais ont également rapporté ne pas pouvoir se la permettre faute de temps disponible.

J'aimerais bien m'offrir du loisir, mais je ne peux pas vraiment me le permettre. J'aimerais bien aller dans un gymnase pour faire de la danse . . . d'un côté, ça me permettrait de relaxer, puis pour la forme physique aussi. J'aimerais bien ça mais je ne peux pas, le temps me manque. (Tina)

On retrouve toutefois des périodes de temps libre dans la vie des participantes. Pour certaines, ces périodes sont quotidiennes et pour d'autres, elles sont hebdomadaires ou bimensuelles. Kim a mentionné s'être donnée des périodes plus fixes de temps libre mais elle estime qu'elle ne peut pas combler toutes ses attentes.

Je prends 20 minutes le soir pour faire une petite méditation. C'est surtout avant le coucher que je prends le temps pour moi . . . il y a tellement de choses à faire, mais je ne peux pas les faire. Ce n'est pas que je veux pas, mais ça vient que les choses s'accumulent. C'est pas comme si je n'avais rien à faire; j'ai plein de projets dans ma tête. C'est juste qu'un moment donné, les journées passent vite, t'as pas suffisamment d'une journée. (Kim)

Pour les autres participantes, les ex-conjoints, les parents et les services sociaux offrent un répit aux familles en contribuant occasionnellement à la garde des enfants, libérant ainsi les mères de certaines de leurs obligations. Ces périodes de répit sont réservées principalement à deux activités: les activités de rattrapage des travaux domestiques et scolaires et, plus modestement, les activités relatives aux loisirs et aux activités physiques. Ce choix d'activités semble être basé sur des prémisses autres que celles associées au « libre choix ». Comme le démontrent les extraits suivants, les périodes où il y a du temps libre ne peuvent pas toujours être consacrées aux pratiques d'activité physique et de loisir. D'autres activités sont prioritaires et occupent une large portion du temps libre des participantes. Toutefois, elles estiment que ces moments de répit offrent plus d'occasions pour la pratique d'activités personnelles.

Pendant que mon fils est à la garderie, je ne prends pas ce temps pour m'occuper de moi. C'est pour faire mes études, faire les épiceries et pour faire le ménage. (Louise)

On n'a pas beaucoup de temps pour soi-même. On n'a pas le temps d'être malade, on n'a pas le temps de penser à nos loisirs. Regarde la maison: je n'ai même pas le temps de faire le ménage. Dès que j'ai du temps libre, je m'occupe de mon intérieur, puis à me reposer. (Tina)

La pratique des activités physiques et de loisir est minime pour ces femmes cheffes de familles monoparentales. Elles prennent les moments disponibles, après l'accomplissement des tâches perçues comme prioritaires, pour satisfaire principalement leur besoin de relaxation ou d'interaction sociale avec les amies. Ces activités nécessitent peu d'organisation et peuvent être mises en oeuvre spontanément.

Après le souper, quand je travaille le jour, je regarde la télévision avec ma tasse de thé, personne ne me dérange, je regarde un film . . . (Kiao)

Dans le jour, je suis toute seule mais je ne suis pas vraiment libre. Les midis, c'est le fun. On jase, on jase et on a du fun... on trouve toujours que les dîners ne sont pas assez longs [rire]. (Mimi)

Aller prendre des marches, ça faisait longtemps . . . j'y vais un peu plus souvent, peut-être deux fois par mois. C'est pas comme avant; c'était à tous les jours. (Sissi)

Tu n'as pas le temps. Tu ne peux plus dire: « ah je vais faire un tour à telle place ». Parce que le petit est couché . . . tu es pognée dans la maison. Tu ne peux pas aller prendre un café chez une amie . . . le petit se couche à huit heures, le reste de la veillée, c'est pour moi. (Mimi)

Le temps libre est perçu comme un préalable aux pratiques d'activité physique et de loisir. Les tâches et les responsabilités familiales (e.g., soins aux enfants, tâches domestiques) occupent toutefois une grande part du temps libre. Le travail et l'éducation occupent la plus grande portion des activités quotidiennes et ils sont perçus comme étant prioritaires. Si les femmes mentionnent la présence des pratiques d'activité physique et de loisir dans leur temps libre, ce dernier est cependant occupé principalement par des activités de relaxation (e.g., lecture, télévision, repos) ou par des activités sociales (e.g., rencontre avec des amies).

Le manque de ressource financière

Le manque de ressources financières, tout comme le manque de temps, est un facteur clé dans la décision de s'impliquer ou non dans des activités personnelles. Les femmes dont le revenu provenait d'un emploi rémunéré (i.e., Kiao et Tina) avaient un revenu plus élevé et avaient une marge de manoeuvre plus grande quant à leurs pratiques de santé que celles qui étaient prestataires de l'aide sociale et dont le revenu était plus bas. L'insuffisance du revenu pour combler les dépenses obligatoires a été vivement exprimée par les participantes. À ce sujet, le manque d'éducation, les piètres conditions de travail, les revenus d'assistance sociale insuffisants et les politiques sociales non adaptées aux besoins des mères ont été relevés comme des causes du faible revenu des femmes cheffes de familles monoparentales. Au niveau des dépenses, le coût de la vie, le coût de la garde des enfants, les dépenses associées à l'équipement sportif ou de loisir, les dépenses associées aux frais d'entrée à des centres de conditionnement physique ou à des cours d'activités de loisir se présentent tous comme des obstacles aux pratiques d'activité physique, de loisir, de nutrition et de soins de santé. Pour bien comprendre la situation des femmes participantes, il est important de saisir l'état de leur condition économique.

Les femmes de l'étude vivent ou ont déjà vécu dans des situations de grande pauvreté. Elles racontent que leur revenu, qu'il provienne de l'aide sociale ou d'un emploi rémunéré, ne convient pas aux besoins de leur famille. L'importance qu'elles accordent à leur santé et au bien-être des membres de leur famille aux dépens d'elles-mêmes devient la clé de la compréhension de la problématique des pratiques de santé et d'activité physique chez les familles monoparentales vivant en situation de pauvreté. Les passages tirés des entretiens de Kiao, Kim et Sissi contribuent à démontrer à quel point le manque de ressource financière

affecte la vie des mères tant au plan des inquiétudes qu'au plan de la priorité accordée aux enfants dans l'allocation des dépenses.

Les femmes monoparentales vivent dans le stress; elles ont toujours peur de ne pas avoir assez d'argent pour toute la famille. Un seul revenu, c'est inquiétant. Si elles tombent malades, il n'y a aucun salaire chez eux. Il faut que tu demandes de l'aide sociale. Si tu demandes de l'assurance-chômage, il faut que tu attendes de 6 à 8 semaines. Et les enfants? Si j'étais toute seule Je n'avais pas peur, moi, mais avec 5 enfants, qu'est-ce que tu penses? Si je tombe malade, je n'ai aucun revenu. (Kiao)

Coté gardienne, c'est assez coûteux: elles chargent 3 dollars de l'heure. Même si c'est drôle à dire, je ne peux pas me permettre ça du tout, parce que c'est, comme, très serré. J'en ai assez pour les factures et la nourriture. Ça, ça passe avant. Même ma soeur, elle me passe du linge, on fait des échanges. Je ne peux pas me permettre d'acheter du linge, c'est trop serré. Ça fait trois ans que j'en ai pas acheté. (Kim)

Financièrement, je suis sur l'aide sociale. J'ai pas les revenus suffisants avec l'aide sociale et les allocations [pour] voir au bien-être de mes enfants comme il le serait normalement avec un couple. (Sissi)

Les participantes marchent sur une corde raide en ce qui a trait à leur condition économique. La moindre dépense inattendue occasionne des déséquilibres importants dans les besoins de leur famille (i.e., éducation des enfants, qualité de l'alimentation, réparation à la voiture, restriction des activités, habillement). Ces restrictions peuvent être de longue durée pour celles qui dépendent de l'aide sociale ou qui ont des dettes accumulées, et peuvent être de plus courte durée pour celles qui ont un emploi rémunéré ou qui ont du soutien en ce qui concerne la garde des enfants. Les conditions économiques précaires obligent une gestion serrée des ressources et une multitude de compromis. Ces compromis se traduisent par des coupures dans les activités ou les biens « non-essentiels » et ils se manifestent davantage sur le plan des besoins des mères.

L'équipement relatif aux pratiques de santé est souvent dispendieux. Conséquemment, les mères qui veulent pratiquer une activité seule ou avec leurs enfants sont limitées par cet

obstacle. L'achat de l'équipement nécessaire à un seul sport demeure risqué pour l'équilibre financier de la famille. Il est clair que les mères n'investissent pas dans ce qu'elles perçoivent être un luxe car elles pourraient mettre en péril les besoins de leur famille. Plusieurs femmes se sont exprimées au sujet de l'impact de leur condition économique sur leurs pratiques d'activité physique et de santé. En résumé, les coûts potentiels leur paraissent trop élevés par rapport aux bénéfices qu'elles en retireraient.

Je me promène un peu ici. À cause de l'argent, on fait des budgets juste. Ici, si tu penses un peu, si tu achètes des habits neufs, tu es finie pour le mois. On ne peut pas s'acheter des patins non plus. Parce que c'est des choses de luxe, c'est 60 dollars. On ne peut pas aller à la piscine non plus, 300 dollars pour être membre. C'est de l'argent, je te dis, le temps c'est important, mais l'argent c'est très important. C'est stressant, c'est déprimant des fois. Regarde, des fois je voulais aller au cinéma: le mardi ça coûte 5 dollars, si tu vas les jours ordinaires c'est 8 dollars . . . C'est beaucoup pour nous, comprends-tu? (Kiao)

Disons que je ne peux pas me permettre d'en faire. En ce moment, il y a plein de petites choses à payer. Financièrement, ça a été très pénible pendant trois ans. Je fais juste commencer à me replacer. Mais encore, mon loyer, ça peut augmenter jusqu'à 500 dollars avec l'électricité; c'est beaucoup! Ça fait que je ne peux pas me le permettre. Ça, c'est choquant. Au mois de décembre, j'ai eu beaucoup d'invitations à beaucoup d'endroits. Deux « parties » de Noël. J'ai une amie qui m'a invité au Casino mais je me suis dit: « je ne peux pas le faire, je n'ai pas les sous ». Ça, c'est choquant! Là, au mois de décembre, on n'a pas les moyens, même au restaurant... parce que c'est dispendieux. C'est des choses comme ça qui nous aident pas, c'est « platte », on dirait qu'on aimerait ça suivre les autres. (Kim)

Il faut que tu apprennes à gérer ton budget autrement. Tu ne peux pas te permettre de ne plus avoir des couches et du lait. (Mimi)

Je sors une ou deux fois par mois. Mais souvent, le lendemain, j'ai une peine parce que l'argent, je l'ai dépensé. Je ne suis pas une grosse dépensière, je vais plutôt pour bouger et danser. Non, les bars ne font pas fortune avec moi. Souvent, je fais le taxi, donc ils me vendent plutôt du café. (Sissi)

Les dépenses occasionnées par les enfants doivent aussi être prises en compte dans la problématique des ressources financières et de l'accès aux activités physiques et de loisir.

Mimi et Sissi discutent des dépenses relatives à leurs enfants:

Il y a aussi le bicycle, mais là, ça prend un siège pour mettre le petit dedans, ça coûte de l'argent. Depuis que le petit est au monde, je n'ai pas fait de bicycle. Seulement le siège, c'est 60 dollars. Comme je dis, « no money, no candy » [rire]. Pas d'argent, t'as pas grand-chose . . . ça, c'est seulement pour une activité. (Mimi)

Mes enfants nuisent aussi... Si je veux aller faire une activité, il faut que je paie une gardienne, c'est automatique, ça fait des coûts supplémentaires. Ce n'est pas des petits coûts, c'est des gros coûts. C'est sûr que je ne peux pas faire de l'éducation physique quatre fois par semaine; ça va me coûter 80 dollars seulement en gardienne, c'est impensable! (Sissi)

Les faibles revenus limitent la participation des participantes de l'étude à de nouvelles activités qui apparaissent plus enrichissantes, plus intéressantes (e.g., Altergott et al., 1993; Harrigton et al., 1992) Cela n'empêche pas la pratique de certaines activités. Elles ont mentionné que la pratique d'activités physiques et de loisir était possible. Elles ont identifié des activités telles que la lecture à la bibliothèque, les marches, le conditionnement physique à la maison, les sorties au musée et la location de films sur vidéos. Toutefois, ces activités ne conviennent pas nécessairement à leurs besoins, c'est-à-dire les besoins de rencontre sociale et de sortie dans un environnement adulte. Elles désirent varier leurs sorties et s'épanouir davantage dans leur temps libre. Les témoignages de Kim et Mimi démontrent l'insatisfaction relative aux barrières économiques à diverses activités.

On fait des choses peu coûteuses . . . je fais beaucoup de choses pas chères . . . mais des fois, on dirait qu'il y a bien des choses, des activités sportives qui demandent des sous, qui demandent de l'équipement. Il y a bien des choses que j'aimerais faire mais je n'ai pas les sous. Comme des raquettes, des choses comme ça. C'est surtout à cause des sous et de l'équipement que j'aimerais avoir pour me lancer dans d'autres choses, un vélo et des raquettes (Kim)

Point de vue physique, je pourrais faire des activités, j'aimerais aller dans un gym, mais « crime », ça coûte cher! Il y a des places que c'est 25 \$ par mois, c'est pas donné! J'aime ça au boutte faire des haltères mais je n'ai pas d'argent. Il y a des

affaires que j'aime. Le ski alpin, ça je trippe là-dessus, mais ça coûte une « méchante beurrée »! (Mimi)

Les pratiques quotidiennes des femmes sont dépendantes de leurs ressources financières. Elles veulent vivre une vie à l'image de celles de leurs consœurs plus fortunées et sortir de leur routine quotidienne. Leurs paroles laissent transparaître un mode de vie caractérisé par l'uniformité des pratiques et contraint par leur faible pouvoir de consommation. Les passages suivants représentent bien l'idée des ressources financières nécessaires à l'épanouissement par le biais d'activités physiques et de loisir:

Maintenant, c'est pire qu'il y a 20 ans passés. Avant, ce n'était pas comme ça la vie au Canada. Il n'y a aucune activité gratuite ici. Si tu veux aller apprendre à danser, ça coûte 40 dollars par session Si tu voyages à Ottawa, tu es obligée d'avoir la voiture et puis si on va travailler, il faut que tu amènes ton lunch, il n'y a aucune chose qu'on peut se payer. (Kiao)

C'est toujours la même chose. Si t'as pas beaucoup d'argent, tu ne peux pas sortir, surtout celles qui ont deux puis trois petits Tu sais, avec de l'argent, tu peux faire bien des affaires. Avec tout ce qu'on a, on n'a pas gros, on n'a pas grand'chose pour vivre. Tu ne peux pas faire de grandes sorties, tu ne peux pas faire grand'chose. (Mélanie)

J'aimerais bien en faire des activités puis des affaires, mais c'est toujours l'argent qui manque, qu'il n'y a pas C'est rendu bien ordinaire d'avoir un vidéo chez vous, mais là, il a brisé, puis j'ai pas d'argent pour le réparer. Donc: « le petit, tu ne peux pas écouter tes cassettes vidéos parce que le vidéo est brisé ». J'ai un lecteur de disques laser mais je n'ai pas de système de son pour brancher mon lecteur laser. J'ai 75 disques mais je n'ai pas d'argent pour m'acheter un système de son. Donc, j'en écoute pas, ils sont là puis ils attendent. Même rien que ça, je ne suis pas capable. Donc, penses-tu que j'ai l'argent pour faire un petit voyage avec [mon] petit à quelque part? Il y en a pas: « Reste toute seule chez vous, reste chez vous!» (Mimi)

En résumé, les conditions économiques précaires des femmes cheffes de familles monoparentales ont un impact négatif sur la fréquence et la qualité des pratiques de santé. Malgré une gestion rigoureuse de leurs ressources financières, les mères estiment qu'elles ne peuvent compromettre l'équilibre économique de leur famille. Le coût élevé relatif aux

activités condamne ces mères à une fréquence faible et peu variée dans les pratiques d'activité physique et de loisir.

L'intériorisation « forcée » de l'éthique du soin

Les participantes étaient habiles dans l'identification des conséquences du manque de temps et de ressource financière sur leurs pratiques de santé. Toutefois, elles ont semblé moins confortables lorsqu'elles ont abordé la question de l'impact de la sollicitude à l'égard de leurs enfants sur leurs pratiques de santé.

En fait, de l'ensemble des entretiens s'est dégagé un système de valeurs qui ressemble au concept de l' « éthique du soin », un concepts fréquemment utilisé dans les écrits antérieurs (e.g., Harrington et al. 1995; Henderson et al. 1991b). Dans la présente étude, il est clair que l'éthique du soin en est une qui est socialement véhiculée par un système de pouvoir patriarcal qui fait la promotion de rôles stéréotypés associés à une notion conservatrice de ce que représente « la mère », c'est-à-dire, celle qui est à la fois (a) dispensatrice de soins et (b) responsable du bien-être de ses enfants. Les participantes de l'étude sont dispensatrices dans le sens que ce sont elles qui prodiguent les soins de santé et qui assurent les pratiques d'activité physique et de loisir aux membres de leur famille. Elles sont responsables du bien-être dans le sens que ce sont elles qui assument les coûts sociaux et personnels des soins qui sont apportés et des pratiques qui sont facilitées. L'éthique du soin semble assez bien intériorisée, mais elle semble aussi avoir été intériorisée de façon forcée. C'est la force des choses, la force de la situation de monoparentalité qui fait que les femmes adhèrent à cette éthique. Que l'intériorisation soit forcée est peut-être le mieux compris par la réalisation que ces mères sont aussi critiquée face à leurs propres attitudes et valeurs.

La mère dispensatrice de soins

Les mères ont toutes souligné l'importance qu'elles accordent au fait de prodiguer les soins nécessaires à la bonne santé de leurs enfants. La plupart des pratiques d'activité physique et de loisir qu'elles entreprennent le sont en fonction des besoins des enfants. Ce court extrait de l'entretien avec Mélanie est un bon exemple de l'attitude des mères lors des sorties avec les enfants:

Des fois, je ne mettrai pas mes patins, des fois je vais les mettre. C'est plus pour la petite; elle aime ça patiner.

Les participantes ont aussi discuté d'une forme d'injustice, celle de la démesure existant entre les soins qu'elles apportent à leurs enfants et ceux qu'elles se donnent. Elles étaient conscientes du fait que leurs enfants nuisent souvent à leurs propres pratiques de santé mais n'entrevoient pas de solution durable à ce problème. Paradoxalement, les participantes ont signalé que leurs enfants se trouvent aussi à être des incitateurs à leurs pratiques. Les femmes qui n'avaient pas la garde partagée ont avancé quelques solutions partielles qui leur permettaient de s'épanouir, par exemple comme développer des activités hybrides et avoir recours à des services de garde gratuits. L'éthique du soin occasionne donc des conflits chez les mères. Elles se disent prises avec le problème de vouloir conserver la même qualité de vie (i.e., au niveau des pratiques de santé) que lorsqu'elles étaient en union, mais avec le fardeau des responsabilités familiales additionnelles. Ces femmes ont estimé que dans cet effort de continuité, elles compromettent leurs besoins personnels afin de continuer à combler ceux de leurs enfants. Elles sont critiques à cet effet puisqu'elles sont conscientes que c'est à ce moment qu'apparaissent des pathologies telles que le surmenage et l'épuisement. Voici deux passages tirés des entretiens avec Kim et Sissi qui illustrent bien comment les enfants occupent une

grande part d'attention des mères au détriment de leur santé personnelle.

Je passais mon temps avec les enfants, je passais plus de temps avec les enfants, je ne pouvais m'occuper davantage de moi, je me suis oubliée. (Kim)

Le médecin, pour moi, je n'allais pas voir ça. Pour les enfants O.K., mais pas pour moi. Je n'avais pas le temps, parce que moi il fallait que je vois à me trouver un emploi. (Sissi)

La mère responsable du bien-être de ses enfants

Les mères disent ressentir l'entière responsabilité de la santé, du bien-être, de l'éducation et de la sécurité de leurs enfants. De peur de ne pouvoir prendre à elles seules l'ensemble des ses responsabilités, certaines d'entre-elles mentionnent qu'elles vivent une inquiétude constante vis-à-vis de leurs enfants. Elles mentionnent les inquiétudes relatives à la santé, à l'état émotionnel et à la sécurité des enfants. Les diverses contraintes dans leur vie limitent la qualité des soins qu'elles peuvent accorder aux enfants et, conséquemment, les mères se culpabilisent face aux lacunes qu'elles perçoivent dans leur prise de responsabilités. Il va sans dire que les inquiétudes relatives aux besoins primaires de la famille sont prioritaires par rapport aux autres besoins tels que ceux touchant à la pratique d'activités physiques et de loisir. Par exemple, Kiao et Sissi manifestent leurs inquiétudes par rapport à leurs enfants. Dans le premier cas, Kiao croit que son travail ne lui permet pas d'obtenir une marge de manoeuvre en ce qui concerne la garde de ses enfants. Lorsque sa petite fille avait 6 ans, ses frères et soeurs sont devenus responsables de sa garde. Dans le deuxième cas, Sissi explique ses soucis liés au départ momentané de trois de ses fils chez leur père.

Ça, c'est une grande inquiétude pour moi lorsque je travaillais. Après l'école, vers 15 heures 30, je devais tout de suite appeler à la maison: « est-ce que les enfants sont arrivés puis tout ça? » (Kiao)

Ton corps dit: « il faut qu'ils s'en aillent » Mais ta tête dit: « oups, j'espère que j'ai pas perdu trois de mes enfants ». J'ai peur de perdre mes enfants. (Sissi)

Dans d'autres cas les inquiétudes sont relatives à l'éducation civique des enfants. Pour Kiao et Tina, par exemple, l'inquiétude vient du fait que le père manquant pourrait possiblement affecter le bon développement des jeunes.

J'ai peur que mes enfants tombent dans la drogue et l'alcool J'ai peur que, s'ils font ça, ils ne reconnaîtront plus la famille, ils volent, ils tuent J'ai peur de ça, moi. (Kiao)

Tout le temps qu'on était ensemble, il était tellement loin des enfants. J'aimais pas ça parce que j'ai des garçons. Je trouve que leur papa devrait donner un bon exemple. Il faut qu'ils se développent, ces enfants-là. (Tina)

Dans des cas plus critiques, lorsqu'un enfant est handicapé ou sérieusement malade, on croit que c'est l'équilibre entier de la famille qui est perturbé. Deux mères ont mentionné que moins il y a de ressources disponibles, plus l'équilibre de la famille est fragile et plus les soins diminuent en qualité. Par exemple, la tumeur au cerveau du fils aîné de Sissi a créé chez elle de sérieux problèmes de santé. Sissi a fait l'expérience d'un surmenage et eu des pensées suicidaires. Entre temps, les besoins de ses quatre autres enfants n'ont pas tous été comblés.

Mon plus vieux a eu une opération au cerveau. Ça a tout déclenché. Il faisait des crises épileptiques, on venait de savoir qu'il avait un cancer au cerveau, il fallait qu'il se fasse opérer d'urgence. Ils [les médecins] disaient qu'il n'y avait pas de danger, mais tu sais, une mère ça va toujours rester une mère Un moment donné, ils ont opéré Là, je suis allée voir l'enfant, puis ils m'ont dit: « tu reviendras le voir dans 2 heures » et puis là, je suis revenue puis: « non ». Puis là, je commence à paniquer: « où est mon fils? » Là, je me suis assise, puis elle m'a vu « shaker », elle m'a vu comme « down » puis je fixais. Puis elle a dit: « qu'est-ce qu'il y a »? Puis je lui ai dit: « fais quelque chose, je n'en peux plus, j'ai failli me jeter devant l'auto, si tu n'avais pas été là Puis c'est là que ça a été décidé que j'avais un « burn-out ». Ils ont dit: « t'es trop inquiète de tes enfants; si on t'enferme, ça va être pire ». Puis là, il m'ont envoyé au CLSC, j'ai rencontré un travailleur social (Sissi)

Bref, d'une part, les mères mentionnent qu'elles voient effectivement aux soins de leurs

enfants avant de voir à leurs propres besoins; d'autre part, elle estiment se sentir fortement responsabilisées face à une certaine éthique du soin qui englobe la dispense des soins à leurs enfants et l'responsabilité de leur bien-être. Le processus est bien sûr plus intense lorsque les enfants sont plus jeunes ou lorsqu'ils demandent des soins particuliers.

Le surmenage et l'épuisement

Dans le chapitre précédent, il a été fait état du très lourd fardeau des responsabilités familiales mentionné par les participantes. Une des manifestations claires de ce fardeau est le phénomène du surmenage et de l'épuisement des femmes cheffes de familles monoparentales. Plusieurs femmes ont en effet mentionné, lors des entretiens, les dépressions, l'épuisement, le stress et les sentiments associés à l'échec personnel. Par exemple, Sissi, Mimi et Tina ont exprimé comment leur bien-être est reliée à leurs obligations trop nombreuses et au manque de soutien.

C'est difficile financièrement, c'est difficile, physiquement et c'est même difficile émotionnellement, parce que tu es toujours seule avec les enfants. Ce qui est difficile, c'est de voir à ce que mes enfants aient tout ce [dont] ils ont besoin, d'aller à l'école, puis de penser à où je veux travailler, puis toujours être positive dans tout ça. (Sissi)

Du stress, il en a en masse [rire]! Les problèmes avec les enfants . . . les problèmes avec les ex, les procédures de divorce . . . (Mimi)

Si t'as pas les moyens pour te payer une gardienne . . . les enfants à temps plein, ce n'est pas un cadeau. Si tu es toute seule, je ne sais pas comment l'expliquer mais les enfants ont beaucoup de besoins puis, toi, il faut que tu répondes à ça. Tu es leur mère, tu es leur univers, surtout si l'enfant ne voit pas son père. C'est là qu'il faut qu'on soit beaucoup plus forte, c'est là que tombent beaucoup de femmes dans ces groupes, c'est là qu'il y a beaucoup de déprime. (Tina)

Le surmenage et l'épuisement causés par le trop loud fardeau des responsabilités familiales nuisent aux pratiques de santé des participantes. En fait, lorsque le temps le permet, celles-ci ont dit préférer se reposer et reprendre leur force.

Conclusion

Ce chapitre a porté sur les manifestations des diverses contraintes aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir des participantes. Le manque de temps et le manque de ressource financière sont particulièrement ressortis des entretiens comme des manifestations de contraintes significatives quant aux pratiques de santé des mères. Les passages ont révélé que ces deux types de manifestation sont préoccupantes pour les participantes. Ce constat confirme les conclusions des études antérieures qui touchent les contraintes financières (e.g., Benningoff-Jeanerat et al., 1996; Harrington, 1991; Laberge, 1992) et temporelles des mères (e.g., Altermatt et al., 1993; Harrington, 1995; Henderson, 1991a, 1991b).

Au niveau du manque de ressource financière, les participantes se sont dites diminuées par les politiques gouvernementales, les conditions de travail inadaptées, l'irresponsabilité de l'ex-conjoint et le manque de formation préalable à un emploi rémunéré. En ce qui a trait à la variable temporelle, les entretiens ont dévoilé deux réalités, soit le manque de temps (i.e., le déficit temporel) et le manque de temps personnel (i.e., la réappropriation du temps libre). Au moment des entretiens, toutes les participantes s'adonnaient à des occupations rémunérées ou éducationnelles à plein temps. Conséquemment, comme les participantes de l'étude de Benningoff-Jeanerat et ses collègues (1996), elles disposent de peu de temps libre et lorsque celui-ci existe, il se convertit en temps de travail domestique ou en soins aux enfants. En somme, les études concernant la variable temporelle décrivent bien la réalité des mères en général. Toutefois, en ce qui a trait aux femmes cheffes de familles monoparentales, peu d'études ont été réalisées par les chercheurs et chercheuses.

L'autre constat est que d'autres manifestations des contraintes telles que la réalisation d'une éthique du soin, le surmenage et l'épuisement agissaient de pair avec le manque de

ressource financière et le manque de temps. La réalisation d'une éthique du soin s'est présentée sous deux formes dans les entretiens, soit celle de la mère « dispensatrice de soins » et celle de la mère « responsable du bien-être des enfants ». Les études qui se sont attardées aux impacts de cette éthique (Altergott et al., 1993; Benningoff-Jeanerrat et al., 1996; Henderson et al., 1991b) discutent sensiblement des mêmes thèmes privilégié par les participantes lors des entretiens. Altergott et ses collègues (1993) et Benningoff-Jeanerrat et ses collègues (1996) estiment que les femmes cheffes de familles monoparentales sont plus affectées par cette éthique du soin, puisqu'elles doivent soutenir à elles seules les responsabilités familiales. Le discours des femmes de la présente étude ne démentit pas les conclusions des auteurs et auteures. Toutefois, il suggère le rôle crucial de l'ex-conjoint dans l'entretien des mythes sociaux associés au rôle maternel. En conséquence, les mères de la présente étude qui se sont séparées de leur conjoint ne se sentent pas légitimées de jouir de leur temps libre; elles considèrent plutôt les besoins de leurs enfants au détriment des leurs.

Le surmenage et l'épuisement sont aussi représentés dans les écrits comme des contraintes aux diverses pratiques de santé (Altergott et al., 1993; Benningoff-Jeanerat et al., 1996; Harrington, 1995; Harrington et al., 1992; Jackson, 1993; Laberge, 1992). Plusieurs études traitent ces deux contraintes comme des conséquences d'une surtâche associée aux responsabilités familiales. Ce résultat concorde avec celui de la présente étude. Rajoutons que les participantes ont aussi associé leur surmenage et leur épuisement à leur « état mental » qui provient, entre autres, d'une détresse personnelle, d'un stress, d'un découragement ou d'un manque de support social.

Enfin, les quatre manifestations des contraintes mentionnées par les participantes concordent avec les résultats des études antérieures qui ont abordé les pratiques d'activité

physique et de loisir des femmes, des mères et des femmes cheffes de familles monoparentales (e.g., Harrington et al., 1992; Benningoff-Jeanerat et al., 1996; Laberge, 1992;). Ces quatre manifestations nuisent aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir des femmes cheffes de familles monoparentales et sont symptomatiques d'événements qui ne favorisent pas leur épanouissement.

TROISIÈME PARTIE:
CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

CHAPITRE IX

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Le but de cette étude était de décrire et d'améliorer la compréhension de certains aspects relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique d'un groupe de femmes cheffes de familles monoparentales. Les écrits antécédents ont démontré que les pratiques de santé des individus sont tributaires de leurs conditions socio-économiques. En d'autres mots, les pratiques de santé sont variables d'une personne à l'autre selon ses conditions d'existence. En Amérique du Nord et plus spécifiquement au Québec, les femmes cheffes de familles monoparentales sont de plus en plus présentes dans la composition du tissu social depuis quelques décennies. Cette transformation des familles amène des changements sociaux importants et nécessitent une adaptation des systèmes sociaux existants. Parmi ces changements, notons celui de la féminisation de la pauvreté, qui apparaît central à la problématique de la santé des mères cheffes de familles monoparentales.

Dans plusieurs études, les pratiques de santé et d'activité physique sont conceptualisées comme un tout; une approche que la présente étude a privilégiée. Lorsque ces pratiques ont été étudiées chez les femmes cheffes de familles monoparentales, les auteurs et auteures ont estimé que ces mères ne réagissaient pas aux dynamiques sociétales de la même façon que leurs consoeurs qui vivent en union (Bolla et al., 1991; Bennigoff-Jeanerrat, 1996; Harrington et al., 1992; Laberge, 1992).

En ce qui concerne la présente étude, elle a favorisé une approche qualitative féministe. De plus, la vue de l'« intérieur » adoptée, entre autres, par la socio-phénoménologie, et l'aspect

descriptif et inclusif des techniques ethnographiques furent retenus pour la collecte et l'analyse des données. La forme narrative utilisée lors de la rédaction des résultats avait comme objectif de préserver l'authenticité du discours des participantes.

Suite à l'analyse des textes des entretiens, un certain nombre de thèmes majeurs ont fait leur émergence. Premièrement, les périodes menant à la monoparentalité, soit l'union et la rupture, se sont avérées importantes pour la compréhension de la situation présente des participantes. Les femmes mentionnent qu'elles sont plus heureuses présentement que lorsqu'elles étaient en union et ce, malgré leurs conditions de vie difficiles. La liberté acquise et la prise de contrôle de leur ressource financière après la rupture contribuent à leur bien-être. Par contre, d'autres éléments négatifs tels que la solitude, les fardeau des responsabilités familiales et les conditions économiques précaires nuisent à leur épanouissement personnel.

Deuxièmement, les participantes ont présenté une définition multidimensionnelle de la santé en précisant l'importance qu'elles accordent à la santé mentale. Elles ne nient pas l'importance de la santé physique mais la valorise moins que la santé mentale. De plus, elles estiment que les femmes cheffes de familles monoparentales, comme groupe, risquent d'être en moins bonne santé.

Troisièmement, les femmes ont parler de leurs pratiques de santé et d'activité physique. Ces pratiques se sont avérées être fortement associées à des activités de loisir n'ayant pas nécessairement de composante « activité physique ». Les femmes recherchent l'interaction sociale, l'amusement, la relaxation ainsi que plus de régularité dans leurs pratiques. De plus, elles disent rêver d'un mode de vie caractérisé par la détente et le plaisir en présence d'amis ou amies et de membres de leur famille. La présence d'enfants est ressortie comme une contrainte importante à leurs activités. Par contre, les mères valorisent la pratique d'activités

hybrides qui comblent partiellement leurs besoins. Leurs amies, leur ex-conjoint et leur parenté ont été présentés comme des facilitateurs à leurs pratiques de santé et les activités de nature sociale sont davantage recherchées. Enfin, les femmes ont indiqué que la monoparentalité laisse peu de place à la pratique d'activité physique et de loisir. Les participantes ont donc mentionné un écart important entre leurs pratiques de santé souhaitées et réelles.

Quatrièmement, les participantes ont mentionné plusieurs types de contraintes à leurs pratiques de santé et d'activité physique. En fait, cinq groupes de contraintes ont été identifiés. D'abord, des limites liées à l'éducation et à l'emploi ont été notées. Le manque de temps nécessaire aux responsabilités familiales, le manque de ressource financière pour la garde des enfants, la perte d'avantages sociaux et les revenus peu élevés ont été mentionnés comme des éléments relatifs à l'éducation et à l'emploi qui nuisent aux pratiques de santé. Ensuite, les participantes estiment que les responsabilités familiales affectent particulièrement les femmes cheffes de familles monoparentales. Elles ont dit favoriser les tâches associées à ces responsabilités au détriment de leurs besoins personnels, ce qui repousse leurs pratiques d'activité physique au second plan. De plus, les participantes ont signalé l'influence négative de leur ex-conjoint sur leur mode de vie, notamment à cause du manque de support au plan financier et au plan des responsabilités familiales. Ensuite, les participantes ont ciblé plusieurs politiques sociales qui affectent leur capacité à s'impliquer dans des activités physiques. Les politiques relatives à la fiscalité, à l'éducation, aux frais de garde des enfants, au revenu issu de l'aide sociale et à l'assurance médicament ont été critiquées. Enfin, plusieurs éléments de l'environnement social tels que la méritocratie, le culte de mariage, les normes sexistes, les normes hétérosexistes, la discrimination raciale et la violence, ont été discutés par les participantes et ont eu des impacts indirects et directs sur leur pratiques de santé et d'activité

physique.

Cinquièmement, les participantes ont identifié quatre manifestations des contraintes aux pratiques de santé et d'activité physique. En premier lieu, les participantes ont mentionné que le manque de temps nuit considérablement à leurs pratiques de santé. De fait, seulement quelques femmes avaient du temps libre sur une base quotidienne. Les responsabilités familiales, les obligations de l'emploi ou de l'éducation sont parmi les activités qui consomment le plus de temps, laissant peu de temps à leurs activités personnelles. En second lieu, les contraintes financières ont été mentionnées par chaque participante. Plus spécifiquement, les conditions de travail inadaptées à leurs besoins, les revenus d'assurance sociale insuffisants et les politiques sociales non adaptées aux besoins des mères ont été présentés comme variables importantes à la situation des mères. Elles stipulent que la gestion serrée des ressources pour maintenir l'équilibre de la famille les force à ne pas dépenser pour les activités physiques et de loisir. En troisième lieu, les participantes ont référé à une certaine éthique du soin dans le rapport qu'elles entretiennent avec leurs enfants. Elles disent ressentir l'obligation d'être l'unique dispensatrice de soins et d'être responsable du bonheur de leurs enfants; ce qui les place au second rang dans la famille. Enfin, les participantes ont mentionné que le surmenage et l'épuisement causés par de trop grandes responsabilités familiales nuisent à leurs pratiques de santé et d'activité physique dans la mesure où elles préfèrent se reposer lorsque le temps le permet.

En regard de l'ensemble des résultats, certaines conclusions d'ordre personnel peuvent être tirées. De façon générale, les femmes cheffes de familles monoparentales ne semblent pas être considérées comme un groupe cible dans les secteurs académiques et interventionnistes associés aux pratiques de santé, d'activité physique et de loisir. De fait, relativement au milieu

académique, aucune étude s'est penchée entièrement sur les pratiques de santé et d'activité physique des femmes cheffes de familles monoparentales. Ainsi, des enjeux importants qui touchent la monoparentalité n'ont pas été explorés. En ce qui concerne le milieu interventionniste, le discours dominant de responsabilisation et de prise en charge de sa santé, semble mésadapté aux réalités des femmes cheffes de familles monoparentales dépourvues de moyens. Par ailleurs, les instances municipales, provinciales et nationales qui se chargent de la promotion de la santé et de l'activité physique ne se penchent pas toujours sur les divers éléments directs et surtout indirects qui déterminent les pratiques de santé des femmes cheffes de familles monoparentales. À cet égard, l'étude des mécanismes d'exclusion semble particulièrement pertinente, notamment pour les femmes cheffes de familles monoparentales qui sont touchées par les enjeux associés à la violence contre les femmes, l'orientation sexuelle, la race et l'ethnicité.

En ce qui a trait à la présente étude, le cadre méthodologique a offert la latitude nécessaire à une certaine compréhension des enjeux qui touchent les pratiques de santé des femmes cheffes de familles monoparentales. Toutefois la portée des résultats est limitée aux sept participantes et toute extrapolation à d'autres femmes devrait être faite avec extrême prudence. Certains aspects auraient pu être explorés davantage, telles que la condition particulière du veuvage ou de l'homosexualité.

En somme, ce qui est présenté dans cette thèse est le fruit d'une analyse personnelle qui se veut représentative d'une réalité contextualisée et propre aux participantes de cette étude. Les témoignages des participantes auront certainement permis de mieux cerner les enjeux sociaux qui entourent les pratiques de santé et d'activité physique de certaines femmes cheffes de familles monoparentales. Par contre, beaucoup de pistes de recherche demeurent

inexplorées et devraient être suivies si les acteurs et actrices des milieux académiques et sociaux veulent contribuer à enrayer les injustices en matière de santé qui touchent les femmes cheffes de familles monoparentales.

Recommandations

À partir des résultats obtenus dans la présente étude, il est possible de faire certaines recommandations au milieu universitaire et au milieu communautaire. Les recommandations se veulent utiles pour les chercheurs et chercheuses de même que pour les professionnels et professionnelles oeuvrant dans le domaine de la santé des femmes cheffes de familles monoparentales.

Recommandations au milieu universitaire

- 1- Considérer davantage les femmes cheffes de familles monoparentales comme groupe distinct des autres mères dans les recherches qui portent sur les pratiques de santé et d'activité physique.
- 2- Étudier plus spécifiquement les rapports que les femmes cheffes de familles monoparentales entretiennent avec les pratiques de santé et d'activité physique.
- 3- Étudier les mécanismes sociaux de normalisation du discours répressif sur les femmes issues de milieux moins nantis et les femmes cheffes de familles monoparentales, plus particulièrement du discours sur ces femmes et leurs pratiques de santé.
- 4- Étudier l'impact des pratiques de santé et d'activité physique dans la vie quotidienne des femmes cheffes de familles monoparentales en utilisant un sous-échantillon de ces femmes qui ont réussi à inclure ces pratiques dans leur mode de vie.
- 5- Étendre les recherches aux femmes cheffes de familles monoparentales qui demeurent à l'extérieur des réseaux sociaux (e.g., les femmes cheffes de familles monoparentales des

milieux ruraux).

Recommandations au milieu communautaire

- 1- **Considérer les programmes relatifs aux pratiques d'activité physique comme partie intégrante d'un système de santé. Conséquemment, considérer la collaboration avec des professionnels et des professionnelles de l'activité physique dans les étapes de mise en oeuvre de ces pratiques, surtout pour les populations à risque.**
- 2- **Mettre sur pied un système de service de garde qui soit disponible et adapté aux besoins quotidiens de pratiques d'activité physique des femmes cheffes de familles monoparentales.**
- 3- **Fournir des alternatives aux femmes cheffes de familles monoparentales qui désirent poursuivre leurs études ou une carrière sans compromettre davantage la stabilité familiale et leurs besoins personnels en terme de pratiques d'activité physique.**
- 4- **Développer des stratégies pour offrir un répit aux mères, d'une part, en responsabilisant les pères dans leur devoir comme parent et, d'autre part, en offrant plus de support aux mères qui obtiennent la garde totale des enfants.**
- 5- **Maximiser le système de diffusion d'information relative aux programmes d'activité physique offerts aux populations moins fortunées.**
- 6- **Inciter les gouvernements à établir des campagnes de sensibilisation de la population face au soutien social des femmes cheffes de familles monoparentales et leurs besoins particuliers relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique.**
- 7- **Inciter la création: (a) d'environnements tels que des lieux de rencontre, des pistes cyclables et des sentiers de marche, sécuritaires et adaptés aux besoins des femmes et des mères et (b) de programmes sociaux qui garantissent un accès à diverses institutions**

sportives aux membres des familles monoparentales à faible revenu.

- 8- Lors de l'élaboration de stratégies de promotion à la vie active pour femmes cheffes de familles monoparentales, prendre note des différents obstacles relatifs (a) à l'inclusion sociale de certaines membres de groupes ethniques; (b) à l'inclusion sociale de certaines membres de la communauté lesbienne; (c) à l'inclusion sociale de certaines prestataires de l'aide sociale; (d) à la sécurité individuelle; (e) au manque de moyen de transport; (f) au faible revenu familial; (g) au nombre et à l'âge des enfants à charge; et (h) au manque de ressources humaine et matérielle des milieux ruraux.**

RÉFÉRENCES

Altergott, K. et Cornell McCreedy, C. (1993). Gender and family status across the life course: On five types of leisure. Loisir et Société, 16, 151-180.

Andersen, M. (1993). Studying across difference: Race, class and gender in qualitative research. Dans J. Stanfield I et R. Dennis (éd), Race and ethnicity in research methods (pp. 39-52). London: Sage.

Armstrong, L. (1995). Of « sluts » and « bastards »: A feminist decodes the child welfare debate. Monroe: Common Corage Press.

Baker, M. (1995). Canadian family policies: Cross national comparison. University of Toronto Press: Toronto.

Banfield, E. (1974). The heavenly city revisited. Toronto: Little Brown and Company.

Bannerji, H. (1995). Thinking through: Essays on feminism, marxism, and anti-racism. Toronto: Women's Press.

Beausoleil, N. (1998). Corps, santé, apparence et vieillissement dans les énoncés de femmes francophones de l'Ontario. Reflets, 4, 15-27.

Benninghoff-Jeannerat, F., Dijkstra-Schrage, M., Maystre, C. et Lalive d'Épinay, C. (1996). Travail, temps libre et domaine d'épanouissement chez les mères de famille: Comparaison entre les mères de famille monoparentales et biparentales. Loisir et Société, 19, 201-231.

Bialeschki, D. et Michener, S. (1994). Re-entering leisure: Transition within the role of motherhood. Journal of Leisure Research, 26, 57-74.

Bialeschki, D. et Henderson, K. (1986). Leisure in the common world of women.

Leisure Studies, 5, 299-308.

Blais, L. (1998). Pauvreté et santé mentale au féminin: l'étrangère à nos portes.

Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.

Blank, R. (1997). It takes a nation: A new agenda for fighting poverty. New York:

Russell Sage.

Blankenhorn, D. (1995). Fatherless America: Confronting our most urgent social problem. New-York: Basic Books.

Blum, L. et Deussen, T. (1996). Negotiating independent motherhood: Working-class African-American women talk about marriage and motherhood. Gender and Society, 10, 199-211.

Boivert, Y. (1998). L'analyse postmoderniste au delà de l'esthétisme discursif. Dans Y.Boivert (éd.) Postmodernité et sciences humaines: une notion pour comprendre notre temps (pp. 177-190). Québec: Liber.

Bolla, P., Dawson, D. et Harington, M. (1991). Women and leisure in Ontario: A study of the meaning of leisure, the experience of leisure and the barriers to enjoyment. Ministère du Tourisme et de la récréation de l'Ontario.

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. Annales: économie, société et civilisation, 27, 204-233.

Boutin, G. (1997). L'entretien de recherche qualitatif. Montréal: Presses de l'Université du Québec.

Brewer, R. (1997). Theorizing race, class, and gender: The new scholarship of black feminist intellectuals and black women's labour. Dans R. Hennessy et C. Ingraham (Eds.), Materialist feminism: A reader in class, difference, and women lives (pp. 236-258). London:

Routledge.

Burrell, G., Morgan, G. (1979). Sociological paradigms and organisational analysis: Elements of the sociological corporate life. London: Heinemann.

Carr, G. (1997a). Patriarchy. Dans M. Payne (éd.), A dictionary of cultural and critical theory (pp. 394-396). Malden: Blackwell.

Carr, G. (1997b). Race-class-gender analysis. Dans M. Payne (Éd.), A dictionary of cultural and critical theory (pp. 453-455). Malden, Massachusetts: Blackwell.

Chartrand, L. (1997, 15 octobre). Père manquant, famille manquée. L'Actualité, 18-22.

Chodorow, N. (1978). Mothering, male dominance and capitalism. Dans Z. Eisenstein (éd.), Capitalist patriarchy and the case for social feminism (pp. 83-87). New York: Monthly Review Press.

Cockerham, W., Rütten, A. et Abel, T. (1997). Conceptualizing health lifestyles: Moving beyond Weber. The Sociological Quarterly, 38, 321-342.

Cole, M. (1997). Patriarchy. Dans M. Payne (éd.), A dictionary of cultural and critical theory (pp. 349-453). Malden, Massachusetts: Blackwell.

Conseil du statut de la femme (1995). Portrait socioéconomique des femmes de l'Outaouais. Bibliothèque nationale des femmes.

Conseil du statut de la femme (1994) Coup d'oeil: quelques statistiques sur les femmes et la pauvreté, Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Conseil national du bien-être social du Canada (1990). La femme et la pauvreté, dix ans plus tard. Ministère des approvisionnement et des services canada 1990. Ottawa: Conseil national du bien-être social.

Conseil national du bien-être, (1994). Profil de la pauvreté, 1992. Ottawa: Ministère

des approvisionnement et des services du Canada.

Crompton, S. (1995). Travail et faible revenu, Perspective, 2, 14-16.

Crompton, S. (1994). Les difficultés des mères seules sur le marché du travail, Perspective, 2, 25-30.

Dawson, D. (1988). The rational subordination of women's leisure under patriarchal capitalism. Loisir et Société, 11, 397-411.

Dawson, D. (1988). Social class in leisure: Reproduction and resistance. Leisure Sciences, 10, 193-202.

Dandurand, R. (1994a). Femmes et familles: sous le signe du paradoxe. Recherches féministes, 7, 1-22.

Dandurand, R. (1994b). Divorce et nouvelle monoparentalité. Dans F, Dumont et S. Langlois (éds.) Traité des problèmes sociaux, (pp. 519-544). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

Dandurand, R. et Ouelette, F-R. (1995). Famille état et structuration d'un champ familiale, Sociologie et société, (27), 103-119.

DeKoninck, M., Saillant, F. et Dunningan, L. (1983). Essai sur la santé des femmes. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Deslauriers, J-P. (1991). Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: McGraw-Hill.

Deveault, M. (1990). Talking and listening from women's standpoint: Feminist strategies for interviewing and analysis. Social Problems, 37, 96-116.

Devereaux, M. et Lindsay, C. (1993). Les mères seules et le marché du travail. Perspectives, printemps, 9-14.

Donnelly, P. et Harvey, J., (1996) Overcoming systemic barriers to access in active living. Rapport préparé pour Condition physique Canada.

Duffy, M. (1995). Factors influencing health behaviors of divorced women with children. Journal of Divorce and Remarriage, 22, 1-12.

Eisenstein, Z. (1978). Developing a theory of capitalist patriarchy and social feminism. Dans Z. Eisenstein (éd.), Capitalist patriarchy and the case for social feminism (pp. 5-41). New-York: Monthly Review Press.

Eisenstein, Z. (1984). Feminism and sexual equality: Crisis in liberal America. New York: Monthly Review Press.

Elias, N. et Dunning, E. (1986). Leisure in the spare time spectrum. Dans N. Elias et E. Dunning (éds.) Quest for excitement: Sport and leisure in the civilizing process (pp. 91-126). Blackwell: Cambridge.

Evans, R., Barer et M., Marmor, T. (Eds.). (1994). Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter.

Fahlberg, L., Poulin, A., Girdano, D. et Dusek, D. (1991). Empowerment as an emerging approach in health education. Journal of Health Education, 22, 185-193.

Frisby, W., Crawford, S. et Dorer, T. (1997). Reflection on participatory action research: The case of low-income women accessing local physical activity services. Journal of Sport Management, 11, 8-28.

Galarnau, D. et Sturrock, J. (1997). Revenu familial après la séparation, Perspective, été, 21-27.

German, L. (1997). Theories of the family. Dans R. Hennessy et C. Ingraham (Eds.), Materialist feminism: A reader in class, difference, and women lives (pp.147-162). London:

Routledge.

Green, E., Hebron, S. et Woodward, D. (1992). Women in leisure, what leisure?

London: Macmillan Education.

Gringlas, M. et Weinraub, M. (1995). The more things change... Single parenting revisited. Journal of Family Issues, 16, 29-52.

Gunderson, M. et Muszynski, L. (1990). Vivre ou survivre?: Les femmes, le travail et la pauvreté. Ottawa: Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Guyon, L. (1990). Quand les femmes parlent de leur santé. Québec: Gouvernement du Québec.

Guyon, L. (1991). La perception qu'ont les femmes de leur état de santé ou la face cachée du diagnostic. Dans A. Quéniard (éd.), Femmes et santé: aspects psychosociaux, 35-47. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

Guyot, J.-C. (1995). Démocratie, santé et protection sociale. Sociologie Santé, 12

Hale, S. (1995). Controversies in sociology: A Canadian introduction. Toronto: Copp Clark.

Hanson, S. (1986). Healthy single parent families. Family Relations, 35, 125-132.

Harding, S. (1998). Can men be subjects of feminist thought? Dans T. Digby (éd.) Men doing feminism (pp. 171-196). New York: Routledge.

Harding, S. (1991). Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women lives. New York: Cornell University Press.

Harrington, M. (1991). Time after work: Constraints on the leisure of working women. Loisir et Société, 14, 115-132.

Harrington, M., Dawson D. et Bolla, P. (1992). Objective and subjective constraints

on women's enjoyment of leisure. Loisir et Société, 15, 203-221.

Harrington, M. et Dawson, D. (1995). Who has it best? Women's labor force participation, perception of leisure and constraints to enjoyment of leisure. Journal of Leisure Research, 27, 4-24.

Henderson, K. et Dialeschi, D. (1991a). A sense of entitlement to leisure as constraint and empowerment for women. Leisure Science, 13, 51-65.

Henderson, K. et Allen, K. (1991b). The ethic of care: Leisure possibilities and constraints for women. Loisir et Société, 14, 97-113.

Hertzman, C., Franks, J. et Evans, R. (1994). Heterogeneties in health and status and the determinants of population health. Dans R.G. Evans, M.L. Barer et T.R Marmor (éds.), Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of population (pp. 67-93). New York: Aldine de Gruyter.

Hoffman, A. (1995). Women s access to sport and physical activity. Avante, 1, 77-93.

Jackson, A. (1993). Black, single, working mothers in poverty: Preferences for employment, well-being, and perceptions of preschool-age children. Social Work, 38, 26-34.

Janzen, W. et O'Brien Cousin., S. (1995). "I do" or "don't": Marriage, women, and physical activity throughout the lifespan. Journal of Women and Aging, 7, 55-71.

Jary, D. et Jary, J. (1995). Dictionary of sociology. Glasgow: Harper Collins.

Jutras, S. et Dandurand, R. (1994). Monoparentalité et santé: Problème de santé et mobilisation des ressources d'assistance suite à la désunion. Journal of international psychology, (29), 1-17.

Kahane, D. (1998). Male feminism as oxymoron. Dans T. Digby (éd.), Men doing feminism (pp. 197-212). New York: Routledge.

Kimmel, M. (1998). Who's afraid of men doing feminism? Dans T. Digby (éd.), Men doing feminism (pp. 57-68). New York: Routledge.

Laberge, S. (1995). Sport et activité physique: Mode d'aliénation et pratiques émancipatoires. Sociologie et Société, 27, 53-74.

Laberge, S. (1992). Pratique d'activités physiques et sportives chez les femmes sur le marché du travail et au foyer: des conditions d'existence qui font la différence. Sociologie et Société, 15, 245-271.

Laberge, S., et Sankoff, D. (1988). Activité physique et habitus corporels et styles de vie Dans Harvey, J. et Cantelon, H. (éds), Sport et pouvoir: les enjeux sociaux au Canada (277-299). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa

Laberge, S. (1983). L'activité physique chez les femmes: Des conditions d'existence qui font la différence. Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 4, 31-34.

Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, L-H Groulx, J-P Deslauriers, A. Laperrière et R. Mayer (éds.), La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 309-341). Gaëtan Morin: Boucherville.

Lippman, A. (1998). The politics of health: Geneticization versus health promotion. Dans S. Sherwin (éd.) The politics of women health: Exploring agency and autonomy (pp. 64-82), Philadelphie: Temple University Press.

Lock, M. (1998). Situating women in the politics of health. Dans S. Sherwin (éd.), The politics of women health: Exploring agency and autonomy (pp. 48-64), Philadelphie: Temple University Press.

Loveland-Cherry, C. (1986). Physical health practices in single parent and two parent

families. Family Relations, 35, 133-139.

Lyotard, J-F. (1979). La condition postmoderne. Paris: Minuit.

Mafessoli, M. (1998). De la « postmédiévalité » à la « postmodernité ». Dans Y. Boivers (éd), Postmodernité et sciences humaines: une notion pour comprendre notre temps (pp. 9-21). Québec: Liber.

Maracle, L. (1993). Racism, sexism and patriarchy. Dans H. Bannerji (éd.), Returning the gaze: Essays on racism, feminism and politics. Toronto: Sister Vision Press.

Marmor, T., Barer, M. et Evans, R. (1994). The determinant of a population's health: What can be done to improve a democratic nation's health status? Dans R. Evans, M. Barer et F. Marmor (éds.), Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of populations. (pp. 217-230). New York: Aldine de Gruyter

Mauldin, T. et Meeks, C. (1990). Time allocation of one- and two-parent families. Lifestyles: Family and Economic issues, 11, 53-69.

McLanahan, S. et Booth, K. (1989). Mother-only families: Problems, prospects, and politics. Journal of Marriage and the Family, 51, 557-577.

Ministère de la Santé et des services sociaux (1992). La santé des femmes démunies: Mieux comprendre pour mieux intervenir. Préparé par le service à la condition féminine, Lise Dunnigan et Nicole Gravel. Gouvernement du Québec, Bibliothèque Nationale du Québec, novembre 1992.

Mitchinson, W. (1998). Agency, diversity and constraint: Women and Their Physicians, Canada, 1850-1950. Dans S. Sherwin (éd.), The politics of women health: Exploring agency and autonomy (pp. 64--79), Philadelphie: Temple University Press

Mies, M. (1997). Colonization and housewifisation. Dans R. Hennessy et C. Ingraham

(Eds.), Materialist feminism: A reader in class, difference, and women's lives. New York: Routledge.

Morgan, K. (1998). Contested bodies, contested knowledges: Women, health and the politics of medicalization. Dans S. Sherwin (éd.), The politics of women health: Exploring agency and autonomy (pp. 83-121), Philadelphie: Temple University Press.

Nuccio, K. et Sands, R. (1992). Using postmodern feminist theory to deconstruct "phallacies" of poverty. Affilia, 7, 26-48.

Paquet, G. (1989). Santé et inégalités sociales: un problème de distance culturelle. Québec: Institut québécois de la recherche sur la culture.

Polakow, V. (1993). Lives on the edge: Single mothers and their children in the other America. Chicago: Chicago University Press.

Polakow, V. (1997) Family, policy, welfare and single mothers in the U.S. Early Education and Development, 8, 245-264.

Popay, J. et Jones, G. (1990). Patterns of health and illness amongst lone parents. Journal of Social Politics, 19, 499-534.

Quéniart, A. (1991). Femmes et santé: aspects psychosociaux. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

Rail, G (1998). Introduction. In Rail, G.,(Ed.), Sport and post-modern times (pp.1-5). Albany, NY: SUNY Press.

Rank, R. (1994). Living on the edge: The realities of welfare in America. New York: Columbia University Press.

Reekie, G. (1996). Single parents and social scientist: Towards a discourse analysis of contemporary social "problem". Australian Journal of Social Issues, 31, 327-339.

Renaud, M. (1994). Expliquer l'inexpliqué: l'environnement comme facteur clé de la santé. Interface, mars-avril, 15-25.

Ristock, J. et Pennell, J. (1996). Community research as empowerment: Feminist links, postmodern interruptions. Toronto: Oxford University Press.

Rubin, H. et Rubin, I. (1995). Qualitative interviewing: The art of hearing data. London: Sage.

Saillant, F. (1985). Le mouvement pour la santé des femmes. Dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds.), Traité d anthropologie médicale: l institution de la santé et de la maladie. Montréal: Presses de l Université du Québec.

Sands, R. et Nuccio, K. (1992). Postmodern feminist theory and social work. Social Work, 37, 489-494.

Sands, R. et Nuccio, K. (1989). Mother-headed families: A feminist perspective. Affilia, 4, 25-41.

Santé Canada (1996). Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population: Ontario: Santé Canada.

Santé Québec (1998). Rapport annuel 1998 santé de la population: les inégalités sociales de la santé. Direction de la santé publique de Montréal-centre, Montréal: Bibliothèque nationale du Québec et du Canada.

Santé Québec (1995a). Rapport de l enquête sociale et de la santé 1992, 1993. Volume 1. Sous la direction de C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard, M. Levasseur. Gouvernement du Québec. Bibliothèque nationale du Québec et du Canada: Montréal

Santé Québec (1995b). Rapport de l enquête sociale et de la santé 1992, 1993. Volume 2. Sous la direction de C. Bellerose, C. Lavallée, J. Camirand, P. Caris.

Gouvernement du Québec. Bibliothèque nationale du Québec et du Canada: Montréal

Scott, H. (1984). Working your way to the bottom: The feminization of poverty.

Boston: Pandora Press.

Sharpe, P. et Mezoff, J., (1995). Beliefs about diet and health: Qualitative interviews with low income older women in rural south. Journal of Women and Aging, 7, 5-19.

Shaw, S. (1994). Gender, leisure, and constraint: Towards a framework for the analysis of women's leisure. Journal of Leisure Research, 26, 8-22.

Schein, V. (1995) Working from the margins: Voices of mothers in poverty. Ithaca, N.Y.: IRL Press.

Sherwin, S. (1998). The politics of women's health: Exploring agency and autonomy. Philadelphie: Temple University Press.

Sirard, G., Bélanger, C., Beaugard, C., Gagnon, S. et Veillette, D. (1986). Des mères seules, seules, seules: une étude sur la situation des femmes cheffes de familles monoparentales au Centre Sud de Montréal. Montréal: Bibliothèque nationale du Québec/Canada.

Sloane, E. (1993). Biology of Women (3ième ed.) Albany: Delmar.

Statistique Canada (1998a). Familles de recensement dans les ménages privés selon la structure familiale, recensement 1991 et de 1996. Recheché le 20 mars 1998, retiré du World Wide Web: http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Families/famil51a_f.htm

Statistique Canada (1998b). Le Canada en statistiques - revenu annuel moyen après impôts. Recheché le 20 mars 1998, du World Wide Web:

http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Families/famil21_f.htm

Statistiques Canada (1998c). Nombre de familles de recensement et revenu moyen de la famille en dollars constant (1995) selon la structure de la famille. Canada, 1990 et

1995-données-échantillons (20%). Rechercher le 26 août 1998, du World Wide

Web: www.statcan.ca/Francais/census96/may12/+5can_f.htm.

Statistique Canada (1992a). Étude nationale sur la garde des enfants canadiens: perspectives des provinces et territoires vol. II. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Statistiques Canada (1992b). Les familles monoparentales au Canada. Ottawa: Bibliothèque Nationale du Canada.

Statistiques et Ressources Humaines Canada. (1997). Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes: les changements dans l'environnement familial. Ottawa: Bibliothèque nationale du Canada.

Sykes, H. (1998). Teaching bodies, learning desires: Feminist post-structural life histories of heterosexual and lesbian physical education teachers in western Canada. Thèse doctorale non-publiée, University of British Columbia, Vancouver.

Thomas, S. (1994a). Gender and poverty. New York: Garland Publishing.

Thomas, S. (1994b). From the culture of poverty to the culture of single motherhood: The new poverty paradigm. Women & Politics, 14, 65-97.

Tirone, S. et Shaw, S. (1996). At the center of their lives: Indo Canadian women, their families and leisure. Journal of Leisure Research, 29, 225-244.

UNESCO (1978) Charte de l'activité physique et sportive. Lausanne: Organisation des Nations Unies.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services.

Williams, S. (1995). Theorising class, health and lifestyle, can Bourdieu Help us? Sociology of Health and Illness: A journal of Medical Sociology, (17), 577-604.

ANNEXE A

Protocole d'entretien (partie A)

Nom: _____ Pseudonyme: _____

1. Âge: _____ Race/Ethnicité: _____ Langue Maternelle: _____

2. Nombre/Sexe des enfants: _____

Âge des enfant(s): _____

3. S'il y a garde partagée: _____

a) Temps passé avec la mère: _____

b) Temps passé avec le/les père(s): _____

4. Histoire du/des couple(s) s'il y a lieu: _____

5. Expérience de travail: _____

6. a) Source du revenu: _____

b) Depuis combien de temps? _____

c) Revenu (Total annuel): _____

7. Scolarité complétée: _____

8. Travail du père: _____

9. Revenu du père: _____

10. Argent reçu du père s'il y a lieu (par année): _____

11. Présence de la famille de la mère: _____

12. Revenu annuel total de la famille de la mère: _____

13. Aide extérieure d'un parent, d'un ami ou d'une amie: _____

14 a) Lieu de résidence (rural/urbain/banlieue): _____

b) Depuis combien de temps: _____

c) Voiture O/N: _____

15. Membre d'une association: _____

Autres: _____

Protocole d'entretien (partie B)

Voici une liste de questions ouvertes qui serviront lors des entretiens. Les questions ne seront pas nécessairement toutes posées et elles ne seront pas nécessairement posées dans l'ordre ci-dessous.

1. Comment c'est d'être femme cheffe de famille monoparentale aujourd'hui?
2. Est-ce que ton mode de vie a changé depuis que tu es femme monoparentale? Comment?
3. Qu'est-ce que tu trouves le plus dur en tant que femme cheffe de famille monoparentale?
4. Qu'est-ce qui te dérange le plus parmi les choses que les gens disent des femmes cheffes de familles monoparentales?
5. Penses-tu qu'un père cheffe de famille monoparentale vit la même chose que toi? Pourquoi?
6. Qu'est-ce qui te crée le plus de problèmes dans ta vie de femme cheffe de famille monoparentale?
7. Qu'est-ce qui te fait le plus de bien? Qu'est-ce qui est bon dans ta vie de femme cheffe de famille monoparentale?
8. On va changer un peu de sujet maintenant, on va aborder le thème de la santé. Crois-tu que c'est important la santé? Pourquoi?
9. Comment définis-tu la santé?
10. Est-ce que tu penses que tu es en bonne santé? Pourquoi?
11. Qu'est-ce qui t'aide à être en bonne santé?
12. Qu'est-ce qui t'empêche d'être en meilleure santé?
13. Quand on entend parler de « bien-être », qu'est-ce que ça veut dire pour toi?
14. Est-ce que tu penses que tu es heureuse? Pourquoi?
15. Qu'est-ce qui aide à ta santé mentale? Qu'est-ce qui nuit?
16. Est-ce que tu as du temps libre, du temps juste pour toi?
17. Qu'est-ce que tu aimes faire dans tes temps libres?
18. Est-ce que les sports ou les activités physiques font partie de ta vie? Pourquoi?
19. Pourquoi?
20. Quels sont les obstacles à la pratique d'activité physique?
21. Qu'est-ce qui fait que tu ne fais pas d'activité physique, pourquoi?
22. Si t'avais du temps et de l'argent, est-ce qu'il y a d'autres activités que t'aimerais faire? Pourquoi?
23. Qu'est-ce qui fait que tu commencerais à faire de l'activité physique?
24. Quelles sont les plus grosses barrières à ta pratique de l'activité physique?
25. Si tu pouvais me décrire ta vie de rêve, comment ce serait en général, ta santé?
26. Penses-tu que ces rêves sont réalisables? Pourquoi?
27. Comment vois-tu ton futur par rapport à ta santé? Par rapport à l'activité physique?
28. Si tu pouvais mettre le doigt sur les personnes ou les choses de ta vie qui aident à ta santé physique, ce serait quoi? Ta santé mentale?
29. Si tu pouvais mettre le doigt sur les personnes ou les choses de ta vie qui nuisent à ta santé physique, ce serait quoi? Ta santé mentale?
30. Juste comme ça, crois-tu que les femmes cheffes de familles monoparentales sont moins en santé que les autres femmes? Est-ce qu'elles ont moins de loisir?
31. Est-ce que tu parles souvent de ces choses-là avec d'autres femmes cheffes de familles monoparentales?
32. Est-ce qu'il y a des endroits dans ton quartier où tu peux aller faire des activités?
33. Si tu pouvais parler à un politicien ou une politicienne au sujet de la santé des femmes cheffes de familles monoparentales, quelles suggestions tu lui ferais?

ANNEXE B



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de l'activité physique

Faculty of Health Sciences
School of Human Kinetics

Lettre d'information

« Femmes cheffes de familles monoparentales, santé et activité physique »

Chère participante,

Cette lettre vous informe d'une étude qui porte sur la santé des femmes cheffes de familles monoparentales à laquelle j'aimerais que vous participiez. La recherche s'inscrit dans le cadre des exigences d'un diplôme de maîtrise à l'Université d'Ottawa. Elle a comme but de décrire et d'améliorer la compréhension des aspects relatifs à la santé des femmes cheffes de familles monoparentales. Pour cette étude j'aimerais vous recontrer pour une période de 60 à 90 minutes afin de discuter d'enjeux qui se rapportent à votre santé. La rencontre sera divisée en deux parties. La première partie consistera à répondre à une quinzaine de questions courtes de nature démographique. La deuxième partie consistera à discuter de divers aspects qui affectent votre santé en tant que femme cheffe de famille monoparentale. Le formulaire de consentement ci-joint vous demande de me donner la permission de vous interviewer et d'enregistrer l'entrevue.

Je ne travaille pour aucune agence et ce que vous me direz ne sera pas rapporté à aucune agence sociale. Toutefois, j'aimerais entendre vos expériences et perceptions et parfois j'aurai besoin d'utiliser vos mots exacts. Si vous décidez de participer à l'étude, vous avez ma certitude quant à la confidentialité des résultats. Seulement le chercheur aura accès aux notes et à l'enregistrement de l'entrevue. Je vous assure l'anonymat. Je n'utiliserai jamais votre nom ou des caractéristiques personnelles qui pourraient vous identifier. Vous serez identifiée par un nom fictif que vous aurez préalablement choisi.

Il est possible que certaines questions, de par leur nature personnelle, amènent un malaise ou inconfort. S'il y a des questions auxquelles vous ne voulez pas répondre, n'hésitez pas à me le signaler. Je suis seulement intéressé aux expériences que vous voulez partager avec moi. Vous pouvez refuser de répondre à toutes les questions que vous jugerez inconfortables et vous pourrez cesser l'entrevue à tout moment sans avoir de complication ou de représaille.

Après notre rencontre, je transcrirai notre entretien et vous ferai parvenir le texte de notre entretien pour que vous puissiez vérifier s'il est bien représentatif de notre entrevue. De plus, vers la fin de l'étude, une rencontre sera prévue afin de partager avec les participantes de l'étude mes interprétations des résultats et vous aurez alors le loisir, toutes ensemble, de commenter et discuter des résultats et de faire valoir vos objections, si vous en avez. Ces dernières seront prises en compte dans la version finale du chapitre des résultats de l'étude. J'espère que les résultats permettront aux intéressés de comprendre davantage la vie et la santé des femmes en situation de monoparentalité. J'écrirai les résultats de la recherche dans une thèse de maîtrise et vous ferai parvenir un court résumé des résultats de la recherche.

Un court résumé des résultats de la recherche vous sera remis une fois la thèse approuvée par le comité de thèse. J'espère que ce résumé vous permettra d'en savoir davantage au sujet de la santé des femmes cheffes de familles monoparentales.

Pour plus de renseignements au sujet de l'entrevue ou de la recherche, veuillez communiquer avec moi ou avec ma directrice de thèse, Madame Geneviève Rail. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de cette étude, vous pouvez vous adresser au professeur J. Roger Proulx. Celui-ci n'est pas associé à cette recherche.
Bien à vous,

Alexandre Dumas, B.Sc.

Étudiant-chercheur

M. Alexandre Dumas, B.Sc.
École des sciences de l'activité physique
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario
K1N 6N5
Tél : (613) 562-5800 poste 4281

Directrice de thèse

Mme. Geneviève Rail Ph.D
École des sciences de l'activité physique
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario
K1N 6N5
Tél : (613) 562-5800 poste 4257 ou 4281

Président du Comité d'Éthique en Recherche Chez l'Humain

M. Roger Proulx, Ph.D.
Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario
K1N 6N5
Tél : (613) 562-5800 poste 4251.

ANNEXE C



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de l'activité physique

Faculty of Health Sciences
School of Human Kinetics

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À UNE ENTREVUE

Je, _____, accepte de participer à un projet de recherche effectué par Alexandre Dumas de l'École des sciences de l'activité physique de l'Université d'Ottawa. Je permet l'enregistrement auditif de l'entrevue de la recherche.

But de la recherche

Le but de la présente étude vise principalement à décrire, analyser et améliorer la compréhension de certains aspects relatifs aux pratiques de santé et d'activité physique des femmes cheffes de familles monoparentales.

Procédure

La procédure pour les participantes est de prendre part à une entrevue effectuée par le chercheur. Au cours de l'entrevue, deux types de questions seront posées. Le premier type regroupe des questions de nature démographique à réponses courtes. Le deuxième type regroupe des questions à réponses ouvertes, les participantes seront invitées à discuter de leurs sentiments, perceptions, opinions et expériences en ce qui concerne leur santé en tant que mère célibataire. L'entrevue sera d'une durée de 60 à 90 minutes.

Consentement

J'atteste que la nature et le but de ma participation au sein de cette étude m'ont été expliqués à fond. Alexandre Dumas sera disponible pour répondre à toutes les questions concernant les procédures à suivre. J'ai été informé de la possibilité de rapporter tout incident en violation de mon bien-être au Comité d'éthique en recherche chez l'humain de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

Je comprends que j'ai le droit de retirer ma participation de l'étude en tout temps et que tout enregistrement relatif à ma participation sera effacé immédiatement après cette demande. Je comprends que tout matériel recueilli à la suite de ma participation demeurera confidentiel et sera utilisé uniquement pour les fins de cette recherche par des professionnel(le)s responsables. Je comprends que le matériel recueilli sera analysé individuellement et ensuite regroupé par thème. Tous les détails qui pourront mener à mon identification seront éliminés des citations. Sachant que mon anonymat sera respecté en tout temps, je consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je peux refuser de répondre à toute question que je juge trop personnelle ou inacceptable. L'étude à laquelle je participe contribuera à la compréhension de la vie et de la santé des femmes en situation de monoparentalité. Les résultats de la recherche seront écrits dans une thèse de maîtrise et ils me seront fournis sous forme d'un court résumé. Je peux adresser tout commentaire ou question à Alexandre Dumas, à Mme. Geneviève Rail, superviseuse du projet, ou à M. Roger Proulx, Président du Comité d'éthique de déontologie. Une copie du formulaire signée me sera remise par le chercheur.

Signature de la participante

Date

Alexandre Dumas
Mme. Geneviève Rail
École de sciences de l'activité physique
Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4257 ou 4281

M. Roger Proulx, Président
Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4251

125, rue Université C.P. 450, Succ. A
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

125 University St., P.O. Box 450, Str. A
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

(613) 562-5852 • Téléc./Fax (613) 562-5149

ANNEXE D



Université d'Ottawa · University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean



Le 28 septembre 1998

Étudiant Alexandre Dumas
Professeure Geneviève Rail
École des sciences de l'activité physique
Faculté des sciences de la santé
125 Université, Pavillon Montpetit
INTRA

Objet : **Le projet intitulé --**
"Femmes cheffes de familles monoparentales, santé, loisir et activité physique"

Cher étudiant, chère professeure,

Je suis heureux de vous annoncer que le *Comité d'éthique en recherche chez l'humain de la Faculté des sciences de la santé (CÉRCH)* a jugé que le projet en titre est conforme aux exigences éthiques de l'Université et est approuvé sous la **Catégorie 1A**.

Vous trouverez ci-joint la copie du certificat du Comité de déontologie vous autorisant à poursuivre ce projet.

L'autorisation du Comité est valide pour une durée d'un an, à compter de la date de la signature du rapport. J'aimerais aussi vous rappeler que, conformément aux règlements internes du CDRÊH, vous devez aviser le Comité de toute modification importante au projet.

Veillez agréer, cher étudiant, chère professeure, tous nos vœux de succès dans la conduite de votre projet.

Le président du Comité,

J. Roger Proulx, Ph.D.

c.c: **André Filion**
Daniel Lefebvre

451, ch. Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Canada

451 Smyth Rd.
Ottawa, Ontario K1H 8M5 Canada

(613) 562-5432 • Téléc./Fax (613) 562-5437



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean



CERTIFICATION INSTITUTIONNELLE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE EN RECHERCHE CHEZ L'HUMAIN FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Le Comité d'éthique en recherche chez l'humain de la Faculté des sciences de la santé, mandaté à cette fin par l'Université d'Ottawa certifie avoir étudié le projet soumis par l'étudiant Alexandre Dumas et la professeure Geneviève Rail de l'École des sciences de l'activité physique pour le projet intitulé "Femmes cheffes de familles monoparentales, santé, loisir et activité physique". Le comité confirme que ce projet répond entièrement aux normes déontologiques à un niveau de catégorie 1A.

COMPOSITION DU COMITÉ

<u>Nom (Optionnel)</u>	<u>Poste occupé</u>	<u>Département ou discipline</u>
Victor Boucher	Professeur	Programme d'audiologie et d'orthophonie
Claire-Jehanne Dubouloz	Professeure	Programme d'ergothérapie
Roch Paquin	Membre affilié	
J. Roger Proulx	Président	Comité de déontologie
Jocelyne Tourigny	Professeure	École des sciences infirmières
François Tremblay	Professeur	Programme de physiothérapie

SIGNATURE

01/10/98

Date

Président du comité de déontologie - J. Roger Proulx, Ph.D.