

Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1980)

“La santé mentale des femmes et le contexte québécois.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé mentale des femmes et le contexte québécois”.

Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5^e colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 5-9. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.



Courriel : louise.guyon@inspq.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5’’ x 11’’)

Édition numérique réalisée le 21 février 2009, revue et corrigée le 15 février 2011 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"La santé mentale des femmes et le contexte québécois".



Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5^e colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 5-9. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.

Table des matières

[Summary](#)

[Introduction](#)

[Des changements radicaux](#)

[Une nouvelle variable](#) : la médicalisation

[Un apprentissage illusoire](#)

[La définition de la santé mentale](#)

[Une réponse médicale](#)

[Conclusion](#)

[Références](#)

[Tableau I.](#) Quelques indicateurs de l'évolution démographique et sociale de la femme au Québec.

[Tableau II.](#) Principales méthodes contraceptives au Québec, en 1976

[Tableau III.](#) Utilisation de la technologie en obstétrique, au Québec, 1979

[Tableau IV.](#) Nombre de sismothérapies au Québec, 1975 à 1977

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé mentale des femmes et le contexte québécois”.

Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5^e colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 5-9. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.

SUMMARY

After outlining the radical changes undergone by the Quebecoise (longer life-expectancy, drop in birthrate, growing urbanization, increase in divorces and a greater participation in the work force) the author shows another important change : the medicalization of natural phenomena (v. g. menopause) for the woman. The author also shows that the education of the younger girl has not evolved at the same rate as social evolution and that women are thus in conflict with their environment. The author then discusses the mental health of women, the differential treatments for them, and the possible causes for their mental problems.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

L'objectif de cet article est de susciter une réflexion sur la santé mentale des femmes québécoises dans le contexte de leur vécu depuis le début de ce siècle. Empruntant le langage des sciences humaines, il sera tantôt descriptif, tantôt interrogatif. S'il faut lui chercher un biais, on le trouvera dans le parti-pris évident à considérer la réalité des femmes à travers celles qui la vivent.

DES CHANGEMENTS RADICAUX

[Retour à la table des matières](#)

Depuis le début du siècle, la vie de la femme québécoise s'est radicalement transformée. Au départ, femme rurale parfaitement intégrée à son milieu, elle y jouait un rôle économique et social clairement défini et institutionnalisé. Elle était la mère, l'épouse, la collaboratrice et ces trois fonctions la définissaient presque entièrement.

Aujourd'hui, elle se retrouve en milieu urbain, engagée dans un processus de redéfinition de ses fonctions et à la recherche d'un nouveau statut difficile à acquérir, puisque tant de choses ont changé depuis.

Sur le plan démographique, la vie de la québécoise s'est beaucoup allongée : entre 1931 et 1980, l'espérance de vie à la naissance est passée de 57,8 ans à 76 ans, ce qui signifie un gain de 18,2 années (tableau I). L'homme a cependant suivi cette évolution à un rythme plus lent, puisqu'il meurt huit années plus tôt que sa compagne.

Parallèlement à l'allongement de sa vie, la femme a connu une baisse radicale de sa fécondité, particulièrement au début des années soixante. L'indice synthétique de fécondité qui était de 5,4 en 1911, se chiffre aujourd'hui à 1,8 (tableau I). L'enquête d'Henripin et Lapierre (1976) a mis de plus en plus en lumière l'intention des femmes de restreindre leur famille à un ou deux enfants, en moyenne.

Enfin, phénomène relativement récent, le divorce est maintenant une réalité qui redéfinit la vie des couples. Au Québec, un mariage sur trois se termine par un divorce et cette éventualité sera d'autant plus forte que les conjoints se seront mariés plus jeunes (Roy, L., 1976) (tableau I).

Sur le plan social, les transformations ont été tout aussi radicales, tout aussi significatives. L'urbanisation semble avoir été le moteur de plusieurs de ces changements (tableau 1). Elle a très certainement contribué à la baisse du statut de la mère-épouse-collaboratrice en l'isolant à l'intérieur de la famille nucléaire stricte, et en la privant de toute activité importante de production. Les compétences qu'elle avait développées en milieu rural ne lui sont d'aucune utilité à la ville. En mê-

me temps, ce nouveau milieu lui offre des possibilités réduites d'en acquérir de nouvelles.

Tableau I
*Quelques indicateurs de l'évolution démographique et sociale
de la femme au Québec*

[Retour à la table des matières](#)

1. Augmentation de l'espérance de vie à la naissance

1931	57,8 ans
1980	76 ans

2. Baisse de la fécondité

1911	5,4 enfants
1977	1,8 enfants

3. Augmentation des divorcées

1900	Nil
1980	mariage sur 3

4. Urbanisation

1901	36,1%
1980	80%

5. Participation au marché du travail

1911	21,6%
1978	44%

Avec l'urbanisation, et surtout depuis la dernière guerre mondiale, le nombre de femmes sur le marché du travail a considérablement augmenté. De 1911 à 1978, le pourcentage de femmes actives hors du foyer est passé de 22% à 44% (tableau I). La plupart de ces femmes se retrouvent dans le secteur tertiaire, avec des salaires inférieurs à ceux des hommes. Leur taux de chômage est élevé et elles sont relativement peu syndicalisées (Centre de Recherche et de Statistiques, 1980).

La pauvreté est un phénomène qui s'accroît chez les femmes, particulièrement chez les ménagères. Au Canada, 66% des veuves âgées de 65 ans et plus

vivent sous le seuil de la pauvreté (Conseil national du Bien-Être social, 1979). De plus, une récente étude sur le divorce au Québec montre que, sur les 38% des divorcées qui obtiennent une ordonnance de pension alimentaire, seulement 40% d'entre elles la reçoivent effectivement. Et pourtant, elles se voient confier la garde des enfants dans 86% des cas (Devost, R, 1979).

En résumé, il n'y a pas si longtemps, la femme québécoise vivait moins longtemps et la presque totalité de sa vie adulte était circonscrite à l'intérieur du mariage et de la maternité. Aujourd'hui, sa vie s'étend sur une période plus longue, mais la baisse de la fécondité, le divorce et le veuvage ont considérablement transformé sa vie. La pauvreté et la solitude sont enfin souvent l'aboutissement de sa carrière.

UNE NOUVELLE VARIABLE : LA MÉDICALISATION

[Retour à la table des matières](#)

La consommation, par les femmes, de la production médicale ne surprend plus personne aujourd'hui. Tout se passe comme si c'était une chose normale et peu inquiétante et qu'on ne préférerait pas fouiller trop à fond l'origine de cette situation.

Pourtant, les enquêtes de santé nous apprennent qu'avant quinze ans, les hommes consomment davantage les services de santé et les médicaments. Par la suite, les femmes prendront définitivement la relève. Or, l'adolescente entre justement à quinze ans dans le monde médical avec la contraception.

Tableau II
Principales méthodes contraceptives au Québec, en 1976

[Retour à la table des matières](#)

Ligatures des trompes	27,7%
Pilule anovulante	24,8%
Abstinence périodique	9,1%
Vasectomie	8,6%
Stérilet	7,3%
Condom	7,0%
Méthode sympto-thermique	4,2%
Retrait	3,6%
Autres	7,7%
Total	100,00%

Source : étude de Lapierre et Gratton, 1976.

La contraception demeure au Québec, en majorité le domaine des femmes et se caractérise par l'utilisation de méthodes « médicales » (La, stérilisation, la pilule et le stérilet constituent 60% de l'ensemble des moyens contraceptifs) (tableau II).

La médicalisation se poursuit avec la maternité qui est devenue au cours de ce siècle une véritable « maladie ».

En 1980, malgré une forte diminution des grossesses à risques ¹, la technique obstétricale est devenue omniprésente dans le processus d'enfantement (tableau 3). Dans les hôpitaux québécois, près de 90% des accouchements se font à l'aide d'une technique médicale.

¹ Depuis vingt ans on assiste à une baisse radicale des grossesses chez les femmes de plus de 35 ans, de même qu'à une quasi disparition des glandes multipares.

Tableau III*Utilisation de la technologie en obstétrique, au Québec, 1979*[Retour à la table des matières](#)

Césariennes	13,4%
Anesthésies péridurales	28,7%
Anesthésies locales	59,4%
Forceps	17,3%
Épisiotomies	82,5%
Monitoring foetal	15,1%

Source : compilations effectuées au Service des études épidémiologiques, M.A.S.

Si la technologie s'est révélée fort utile dans les cas critiques, son utilisation systématique pour tous les accouchements aboutit à une déshumanisation complète de l'événement, l'accent étant porté sur le « médical ». La femme se voit privée de tout contrôle sur un des événements les plus importants de sa vie ; contrainte d'y jouer un rôle passif, elle s'en remet (comme pour la contraception) à l'expertise professionnelle.

Avec la ménopause le processus se poursuit. Phénomène normal dans le cycle de vie de la femme, la ménopause est pourtant considérée par la société et vécue par la femme comme un drame personnel et une déchéance physique. Dans une société qui voit d'abord la femme comme reproductrice, la fin de la fécondité signifie la mise à la retraite brutale et irréversible. Fermant les yeux sur le contexte social spécifique qui entoure la vie de la femme de cinquante ans (départ des enfants, absence du mari, etc...), tout a été mis sur le compte du « biologique » et la ménopause a été médicalisée. La grande majorité des femmes consomment, pendant la période pérимénopause, des hormones, parfois additionnées de psychotropes.

L'emprise du monde médical sur des événements naturels de la vie des femmes les place dans une relation de dépendance et de passivité envers le professionnel. Le contrôle qu'elles exercent sur leur propre corps devient alors de plus en plus restreint.

UN APPRENTISSAGE ILLUSOIRE

[Retour à la table des matières](#)

Tous ces changements auront des effets importants sur la santé mentale des femmes, particulièrement dans un contexte où leur socialisation n'a pas suivi le même rythme. L'éducation des filles au Québec a peu changé depuis le début du siècle : elle est fonction de la différenciation sexuelle des rôles réservés aux hommes et aux femmes adultes, tels que définis depuis des siècles. La petite fille est formée à devenir une épouse, une mère, une ménagère ; le petit garçon deviendra un travailleur et un chef de famille. Ceci implique que chacun d'entre eux devra développer les qualifications nécessaires à ces rôles, indépendamment de ses aptitudes et de ses goûts personnels.

Renforcée par l'école et les médias, cette éducation familiale orientera les femmes vers la passivité, l'émotivité, la douceur, la générosité et l'obligation de se préoccuper des autres avant soi-même (Simard, R., 1979). Ce sont des outils bien peu adaptés à cette vie nouvelle qu'elle devra assumer aujourd'hui. Dans un monde qui valorise les qualités dites masculines, cette éducation aboutit bien souvent à l'auto-dévaluation, à la perte de l'estime de soi et au sentiment d'impuissance, caractéristiques retrouvées dans la dépression (Simard, R., 1979).

Quel que soit le choix que la femme fera par la suite, il y aura conflit. Celle qui décide, conformément à son éducation, d'orienter son entière activité vers son foyer, ses enfants et son conjoint fera inévitablement la découverte que ce rôle est assez limité aujourd'hui, et qu'il a surtout perdu son antique valorisation. Celle qui choisit le marché du travail se trouve aux prises avec un monde peu préparé à l'intégrer à part entière. Soumise aux pressions sociales qui lui rappellent son rôle traditionnel, elle tente alors de satisfaire les exigences d'une double tâche, et elle développera sans cesse de la culpabilité suite aux échecs inévitables qui surgissent et qui lui sont entièrement imputés.

Lorsque nous voulons parler de la santé mentale des femmes, il faut considérer cette toile de fond. Ces dernières vivent actuellement de façon aiguë un profond conflit entre des valeurs traditionnelles, qu'elles ne peuvent plus assumer, et un nouveau système socio-économique qui se bâtit péniblement.

LA DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE

[Retour à la table des matières](#)

Nous possédons actuellement peu d'indicateurs sur la santé mentale des femmes au Québec. Les statistiques de consommation en particulier ont alerté les chercheurs et servent encore de point de départ aux hypothèses de travail. Par exemple, nous savons que deux fois plus de femmes que d'hommes reçoivent des traitements psychiatriques en cabinet privé (R.A.M.Q., 1978). La plupart de ces traitements sont donnés par des omnipraticiens et donnent lieu à un minimum de références à des soins spécialisés.

Les enquêtes de santé auprès de la population nous apprennent que les femmes beaucoup plus que les hommes déclarent des symptômes tant au niveau de la santé physique que mentale (Engelsman, 1977, Guy, 1973, Seimiatycki, 1972). Comment expliquer une telle situation ? Les femmes sont-elles intrinsèquement plus fragiles mentalement ou émotivement que les hommes ? Gove et Tudor (1973) ont émis l'hypothèse que les conflits de rôles vécus présentement par les femmes seraient à l'origine de l'augmentation de l'incidence de leurs troubles émotifs. D'un autre côté, Phillips et Segal (1969) affirment que le comportement des femmes relatif à leur rôle traditionnel (c'est-à-dire, passive, émotive, dépendante) leur permet d'exprimer leurs angoisses et de rechercher de l'aide. De toutes façons il n'existe pas de réponse univoque à la question ; l'analyse des facteurs environnementaux nous offre une avenue non négligeable qu'il faudra développer au cours des prochaines années.

Les femmes qui consultent beaucoup en santé mentale et qui expriment davantage leurs angoisses n'ont cependant pas le pouvoir de déclarer leur maladie officiellement, de lui donner un nom. Ceci est le privilège du thérapeute. Le thérapeute décide entre la normalité et la pathologie ; il détient le monopole sur la détermination de ce qu'est la maladie et ce que doivent faire les gens qu'ils ont déclarés malades. Comment ces thérapeutes percevront-ils les femmes qui se présentent à eux avec leurs conflits de rôles, avec leur comportement s'éloignant sans cesse des normes traditionnelles et avec leur déviance face aux rôles sexuels ?

La théorie freudienne a trop souvent contribué à confiner la femme à son rôle de nourricière et à considérer ses symptômes (fatigue, dépression chronique, complexe d'infériorité) comme des expressions hystériques et névrotiques associées à un rejet de la féminité (Chessler, P., 1973).

L'étude de Broverman (1970) a démontré que les intervenants en santé mentale partageaient, avec la société dont ils sont issus, les mêmes préjugés sur la santé mentale des hommes et des femmes. Pour eux, si l'adulte « sain » et l'homme « sain » sont caractérisés par l'indépendance, l'agressivité, l'objectivité, l'esprit de compétition, l'autonomie etc., la femme « saine » par contre se doit d'être soumise, influençable, subjective, émotive, passive, etc...

Cette attitude peut être dangereuse, car au lieu d'encourager les hommes et les femmes à réaliser leur potentiel individuel, ces thérapeutes mettent l'accent sur l'ajustement à des rôles sexuels restrictifs.

UNE RÉPONSE MÉDICALE

[Retour à la table des matières](#)

Les disparités continuent lorsqu'il s'agit du traitement. Au Québec, les femmes semblent surtraitées et surmédicamentées. Elles reçoivent deux fois plus d'électrochocs que les hommes (tableau IV).

Tableau IV
Nombre de sismothérapies au Québec, 1975 à 1977

[Retour à la table des matières](#)

	1975	1976	1977
Hommes	9 564	7 728	7 009
Femmes	18 056	13 275	11 447
F/H	1,9	1,7	1,6

Source : Fichier R.A.M.Q.

Pourquoi leur applique-t-on de préférence ce traitement alors qu'elles ne sont pas plus nombreuses que les hommes en institution ? Pourquoi un si grand nombre de très jeunes femmes reçoivent-elles un traitement qui devrait être réservé à des groupes d'âges plus avancés (réservé selon les critères au diagnostic « mélancolie d'involution » retrouvé en majorité chez les personnes de 55 ans et plus). Pourquoi, également, existe-t-il une si grande disparité régionale dans l'utilisation de la sismothérapie ?

La consommation de psychotropes demeure l'apanage des femmes. Dans l'enquête de Marinier (1980) à Montréal, près de 30% des femmes interrogées admettaient avoir fait usage de psychotropes au cours des douze derniers mois. Par le programme de médicaments gratuits de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (1979), nous apprenons que les femmes bénéficiaires de l'aide sociale reçoivent annuellement 4,5 prescriptions de médicaments du système nerveux central, contre 3,4 chez les hommes. Pour la population âgée de 65 ans et plus, ces proportions passent à 6,2 chez les femmes et à 4,0 chez les hommes.

Toutes ces données sont incomplètes et mériteraient une analyse plus poussée. Toutefois elles mettent en lumière une situation particulière. Les femmes, plus que les hommes, se plaignent de problèmes émotifs et sont portées à rechercher de l'aide. Par contre, les hommes et les femmes sont hospitalisés dans les mêmes proportions pour des problèmes graves de santé mentale. Les femmes y séjournent toutefois plus longtemps et y reçoivent des traitements plus radicaux. Enfin, un plus grand nombre de femmes est traité à l'externe et est surmédicamenté..

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

La santé mentale des femmes comporte plusieurs aspects. Considérée à partir des statistiques de consommation, elle offre un aspect fort négatif, une image pathologique inquiétante. Vue à travers le prisme du monde médical, elle s'entoure de biais et de stéréotypes qui la définissent et la jugent. La vision des femmes sur elles-mêmes est obscure, inquiète et attentive à l'opinion des autres.

Il importe enfin de souligner l'impact qu'a pu avoir sur la vie des femmes toute une histoire de changements et de bouleversements qui n'ont pas encore abouti à un nouvel équilibre. Tant que les femmes n'auront pas réussi à se redéfinir entièrement, tant que la société (et les thérapeutes) continueront à les considérer comme « autres », les mêmes problèmes ressurgiront.

Et pourtant il faut faire la part des choses. De tous temps il y eut et il y aura des personnes aux prises avec des problèmes profonds quelle que soit la réalité sociale. Pour ceux-là, la science thérapeutique demeure la ressource fondamentale. Ce qu'il faut éviter, c'est de tout faire dépendre d'elle, de lui donner l'immense responsabilité du bonheur de chaque individu.

RÉFÉRENCES

[Retour à la table des matières](#)

BROVERMAN, I., M. BROVERMAN, et F. CLARKSON, 1970, Sex-role stereotypes and Clinical judgments of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 34, no 1.

CHESSLER, P. 1973, *Women and Madness*, Avon, New York.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, 1979, *la Femme et la pauvreté*, Ottawa.

DEVOST, R., 1979, les Ordonnances de pension alimentaire et les Jugements de séparation ou de divorce, Document de travail, ministère des Affaires sociales, direction de la Sécurité du Revenu.

ENGELSMAN, F., H.B.M. MURPHY, R. PRINCE, et H. DEMERS, 1977, Variations in responses to a symptom checklist by age, sex, residence and ethnicity, *Social Psychiatry*, 7.

GUY, TOUSIGNANT et LAFOREST, 1973, Prévalence des cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 64.

LAPIERRE, E., N. GRATTON, et J. HENRIPIN, 1978, *Fécondité au Québec, Enquête-rappel 1976*, Université de Montréal.

MARINIER, R., 1980, Influences of clients sex and aggression on prescriptions of medication, miméographie, 75 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, 1978, Statistiques annuelles.

ROY, L., 1978, le Divorce au Québec. Évolution récente, Ministère des Affaires sociales.

SEIMIATYCKI, J., et al., 1972, la Condition de vie et de santé. Un rapport préparé pour la clinique communautaire de Pointe St-Charles, Montréal.

SIMARD, R. et L. MALLETTE, 1979, Va te faire soigner, t'es malade, Vidéo, Centre Louis-Hyppolite Lafontaine.

Fin du texte