Document generated on 08/19/2024 5:16 p.m.

Santé mentale au Québec

Le mouvement féministe et la santé mentale : que reste-t-il de nos amours?

Louise Guyon and Louise Nadeau

Volume 15, Number 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031539ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031539ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Guyon, L. & Nadeau, L. (1990). Le mouvement féministe et la santé mentale : que reste-t-il de nos amours? *Santé mentale au Québec*, *15*(1), 7–28. https://doi.org/10.7202/031539ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1990, XV, 1, 7-28

Éditorial

Le mouvement féministe et la santé mentale : que reste-t-il de nos amours ?

*Louise Guyon**
*Louise Nadeau**

Il y a dix ans, en 1979, la revue *Santé mentale au Québec* publiait un numéro spécial consacré aux femmes et à leur santé mentale. Cette question faisait alors l'objet d'un débat de fond dans la société québécoise. En 1980, dans un colloque sur le thème de : *Les Femmes et la Folie*, plus de mille femmes — professionnelles, enseignantes, chercheures, intervenantes — se réunissaient à Montréal pour réfléchir et discuter de leur situation face à la médecine, à la psychiatrie et au système de soins et de services au Québec. L'essentiel de ce débat a été publié dans la revue *Les Femmes et la folie* au cours de la même année (Cosame, 1980).

Au tournant des années 80, pendant que les colloques et les écrits sur la santé mentale des femmes se multipliaient, on assistait à l'émergence de groupes et de collectifs qui offraient aux femmes des nouvelles formes de thérapie et d'assistance. Celles-ci remettaient en question les méthodes traditionnelles et proposaient une approche plus pragmatique, axée sur la spécificité féminine et le contexte socio-politique dans lequel se vivait la souffrance. Cette remarquable complicité entre la réflexion et l'action avait alors pris de court les tenants de la médecine traditionnelle et les responsables des systèmes étatiques et professionnels. Qu'on ait été pour ou contre, il était alors à peu près impossible d'invoquer l'ignorance face à ce qui se passait.

Si, en 1980, le modèle bio-médical s'est vu interpellé dans certains milieux universitaires ou de gauche, créant ainsi quelques vagues au sein de l'establishment médical, le mouvement des femmes a, par comparaison, fait figure de raz-de-marée. Avides d'informations sur l'état de situation en santé mentale et, surtout, voulant comprendre le jeu de scène dans lequel, trop lontemps, nous n'avions été que des marionnettes, nous ne pûmes que constater la rareté et la pauvreté des données disponibles. Les éléments factuels dont nous disposions alors sur l'organisation des services et la consommation des soins nous permit néanmoins de formuler les grandes questions qui alimentèrent le débat.

* Louise Guyon est coordonnatrice de projets Santé Québec. Louise Nadeau est responsable du certificat en Toxicomanies, Faculté de l'Éducation permanente, Université de Montréal.

Comment qualifier aujourd'hui ce mouvement : révolution, idéologie passagère, nouvelle vague ? Coup de barre ou changement de cap ? Dix années sont passées et le temps est venu de jeter un regard en arrière et de faire le point sur cette période et sur celle que nous vivons présentement. Certes, le mouvement des femmes en santé mentale est devenu moins flamboyant et moins visible. Il apparaît aujourd'hui plus dispersé. D'autres tribunes se sont élevées, accaparant le temps des femmes et l'attention des médias. Le contexte socio-politique a aussi connu ses aléas... Que reste-t-il de nos amours ?

Ce numéro de *Santé mentale au Québec* reprend les grandes questions qui étaient à l'ordre du jour au début des années 1980. Pour ce faire, nous avons choisi de les situer dans le cadre idéologique qui a présidé à leur émergence et de suivre leur cheminement en parallèlle à l'évolution des idées et des événements de la dernière décennie au Québec. Ainsi, nous sera-t-il possible d'évaluer une certaine « mise à l'épreuve » des propositions qui avaient été élaborées et mises de l'avant dans un contexte de féminisme militant. Pour les auteurs des différents articles, le défi a été double : faire le point sur ce qui a subi l'épreuve du temps sans être fondamentalement remis en question ; identifier ce qui s'est modifié au cours des dix dernières années. En bout de piste, la réflexion devra se déplacer vers les prochaines configurations. On s'interrogera sur les perspectives d'avenir : que sera, en l'an 2000, le mouvement de pensée et d'action des femmes en santé mentale et où en seront les nouvelles générations ?

Le mouvement féministe en santé mentale

Opérons un recul dans le temps. Nous sommes au Québec, au début des années 1970. En France, il y a eu Mai 68 et, chez nous, Octobre 70. La génération du « baby boom » fête ses 20 ans. Les artisans de la Révolution tranquille et une nouvelle génération de technocrates masculins ont remis au pouvoir le Parti libéral. Les lieux de culte sont désertés par les catholiques et le pouvoir de l'Église s'effondre : une chute d'autant plus grande que cette institution disposait d'un pouvoir presque hégémonique. Tout est en ébullition : le mouvement syndical est devenu une force sociale prépondérante ; les groupes de militants de gauche semblent partout présents ; Marx entre dans nos universités parfois, semble-t-il, en substitution directe à St-Thomas ; et le Québec connaît une abondance économique sans précédent. Tout semble bouger en même temps, ce qui donne l'impression d'une transformation presque subite de la société bien que cette Révolution tranquille ait été préparée de longue main, comme en conviennent aujourd'hui de nombreux historiens.

Le tournant des années 70

C'est dans ce contexte que la question des femmes est mise sur le tapis. Il est difficile de dater le début des revendications des femmes. Ce serait présomptueux et d'ailleurs inexact de croire que le féminisme a

commencé au 20e siècle, pis encore dans les années soixante-dix. Il en va du statut de la femme comme de la démocratie : sa douloureuse émergence se poursuit depuis des siècles, avec des avances et des reculs, selon les époques et les sociétés. Vingt ans plus tard cependant, il nous semble que trois types de circonstances semblent avoir été déterminantes dans la constitution du mouvement féministe en santé mentale dans les années 1970.

Premièrement, la mise sur le marché de la pilule contraceptive au début des années soixante est venue bouleverser la condition des femmes. Pour la première fois depuis la nuit des temps, les femmes elles-mêmes pouvaient facilement contrôler les naissances [1]. L'accès généralisé à la contraception transformait les règles qui avaient, depuis toujours, présidé aux rapports sexuels entre les hommes et les femmes. Les femmes pouvaient maintenant faire l'amour sans risquer la grossesse et, par là même, sans risquer la stigmatisation sociale d'une grossesse illégitime. En une décennie la norme séculaire qui voulait que les femmes arrivent vierges au mariage s'est modifiée, de même que celle qui voulait qu'une femme n'ait qu'un seul partenaire sexuel, son époux. Des jeunes couples ont commencé à vivre « en concubinage », par choix.

En contrepartie, il nous semble que s'est établie dans certains milieux la norme selon laquelle les femmes devait prendre des anovulants, comme si la stérilité artificielle des femmes était devenue un état naturel. Aujourd'hui, on constate, comme l'indique le texte de De Koninck, que cette « révolution sexuelle » a eu d'autres conséquences. On a pu être témoin d'une sorte de contrainte liée à l'activité sexuelle, particulièrement chez les adolescentes : cette nouvelle disponibilité biologique les pousserait trop souvent à s'engager dans une intimité sexuelle malgré l'absence de désir.

Deuxièmement, durant les années soixante-dix, divers mouvements sociaux se sont organisés pour faire entendre une voix sur la base idéologique du marxisme. Il n'entre pas dans le cadre de cet éditorial de faire le point sur l'histoire des mouvements de gauche au Québec dans les années soixante-dix. Il est cependant important de rappeler que plusieurs femmes de cette nouvelle génération de féministes avaient tout d'abord milité dans des mouvements de gauche avant de se regrouper entre femmes. C'est le cas de plusieurs qui gravitaient autour du Front de libération des femmes (Collectif Clio, 1982). Ce phénomène n'était d'ailleurs pas particulier au Québec : il s'est retrouvé aux États-Unis et dans plusieurs pays d'Europe, notamment en France et en Italie.

Le concept marxiste d'oppression d'une classe par une autre, transposé à la question des femmes, a mis en lumière une autre oppression : celle du patriarcat, qui traverse toutes les classes sociales traditionnellement définies. Cette observation provoqua d'ailleurs un chambardement majeur dans la théorie marxiste elle-même. C'est ainsi que des militantes de cette époque, gardant du marxisme une vision manichéenne, ont connu bien des tiraillements en cherchant à dégager ce qui, dans les conditions réelles de la vie des femmes, relevait des tensions entre la bourgeoisie et le prolétariat

ou des tensions entre hommes et femmes. Par la suite, les militantes et les théoriciennes en viendront à reconnaître les deux plans d'oppression et à jouer avec les deux dans leurs analyses des réalités multiples de la vie individuelle ou collective des femmes [2].

Troisièmement, l'univers de la santé mentale fut marqué par l'anti-psychiatrie. Les travaux des anglais Laing et Esterson (1964 ; 1967) ainsi que de Cooper (1967) remettaient en question la nature même du rapport médecin/patient. Au Québec, on a lu les travaux de Laing et de Cooper, mais aussi ce livre d'une « patiente » de Berke, Mary Barnes, intitulé *Le voyage à travers la Folie*. Ce mouvement dénoncait la violence de la psychiatrie comme instrument de répression sociale. Le traitement fut interprété non comme une tentative de guérison mais comme une façon de récupérer les sujets déviants au nom de la société : il s'agissait, selon la formule décapante de Foucault, de surveiller et de punir (1975). Ces idées furent reprises par Friedrich (1970), par Szasz (1970), puis des synthèses, toujours actuelles, ont été réalisées par Conrad et Schneider (1980) et, au Québec, par Bozzini, Renaud, Gaucher et Llambias-Wolff (1981). Le savoir médical était perçu comme voulant imposer un modèle à la santé mentale, dans une société aliénée par le rendement et le profit.

En 1973, dans son livre *Les femmes et la folie*, Phyllis Chesler (1972) met de l'avant des idées qui ne sont pas sans rappeler celles qu'avançait l'anti-psychiatrie : la critique de la relation médecin/patient et celle de la notion du normal et du pathologique en psychiatrie sont mises au féminin, en précisant que la folie des femmes est une stratégie adaptative, logique et cohérente face aux contraintes de rôles subies par les femmes dans une société où elles sont au service des hommes.

Pour les fins de ce numéro, nous situerons le début de la période qui nous préoccupe en 1969, avec la publication de *Sexual Politics* de Kate Millett. Il est intéressant de se rappeler que ce livre était à la fois la thèse de doctorat d'une étudiante de l'Université Columbia, à New York, thèse dirigée par un universitaire spécialiste de la littérature pornographique de l'ère victorienne, — et le fruit de discussions d'un groupe de conscientisation de femmes de cette même université. Il devait par la suite servir de document de réflexion pour d'autre groupes de conscientisation qui furent nombreux à se constituer en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord. D'autres femmes ou des collectifs ont à leur tour publié travaux et réflexions, dont l'influence fut déterminante sur les idées véhiculées par le mouvement féministe en santé mentale. On pense aux travaux de Firestone (1970), de Greer (1970), de Morgan (1970) de Gornick et Moran (1971), de Chesler (1972), de Belotti (1973), de Jean (1974), de Franks et Burtle (1974), de Arkinson (1974), de Brownmiller (1976), de Bersianik (1976), de Hite (1976) et de Rich (1976). Il faut cependant se rappeler que le livre de référence sur la question des femmes, *Le deuxième Sexe*, avait été publié dès 1949 par Simone de Beauvoir alors qu'en 1954, aux États-Unis, Friedman publie *The Feminine Mystique*, appelé à devenir un best-seller

en Amérique du Nord. Ces travaux, et d'autres encore, ont constitué un corpus qui, à l'instar des écrits de Diderot, de Montesquieu, de Voltaire et des pamphlétaires du 18e siècle avant la Révolution française, ont forgé les assises de ce que plusieurs ont nommé, fort à propos, la Révolution féministe.

La spécificité de la psychologie féminine

Les premières réflexions sur la psychologie des femmes nous ont amenées à réfléchir à la socialisation à laquelle nous avions été soumises. Il se dégageait du travail de l'Italienne Belotti (1973) l'idée générale que la socialisation des femmes, dans l'enfance et dans l'adolescence, constituait une répétition générale de la vie adulte. En 1981, Roxane Simard résumait la question ainsi :

> La socialisation des filles est un processus à travers lequel se fait l'apprentissage des rôles de femmes : rôle d'objet, rôle de victime, rôle de malade. Au terme de leur éducation, les filles devenues femmes peuvent facilement glisser de la passivité vers l'inactivité, de la dépendance vers la phobie, de la culpabilité vers la folie. (p. 95)

Cette réflexion sur la socialisation a débouché sur une autre concernant les contraintes du rôle féminin. On parlait alors de service domestique, maternel, sexuel et émotionnel. Il était relativement facile de faire le constat de la prépondérance du service domestique dans la vie des femmes. Le mot d'ordre : « ménagère d'abord » collait à une réalité par trop familière.

Le service maternel pouvait aussi être décrit avec acuité. Bourdonnaient encore à nos oreilles les chuchotements des confessionnaux, où les prêtres culpabilisaient les femmes qui semblaient « empêcher » la famille parce qu'elles n'avaient pas eu de grossesse au cours de la dernière année, et où les épouses contrites promettaient dorénavant de se soumettre aux prescriptions de l'Église.

En ce qui a trait à la sexualité, le rapport Hite (1976) avait rendu publique une information qui allait bouleverser la vie intime de plusieurs couples : seulement 26 % des femmes affirmaient arriver à l'orgasme lors de la pénétration. En fait, dix ans plus tôt, les travaux de Master et Johnson (1966) avaient invalidé l'idée de Freud qu'il y avait deux sortes d'orgasme : un orgasme vaginal, celui de la belle maturité hétérosexuelle, et l'orgasme clitoridien qui, à l'âge adulte, constitue la manifestation d'une régression infantile. Les travaux de Master et Johnson avaient établi qu'il n'y avait qu'un seul orgasme et que le clitoris en était seul responsable. Pour plusieurs femmes, faire de la pénétration la seule issue d'une relation sexuelle fut alors interprété comme un exercice du pouvoir masculin au lit, une façon d'avoir du plaisir qui convenait aux hommes mais qui laissait plusieurs femmes insatisfaites. En outre, il y avait cette rage au cœur au souvenir de toutes les femmes qui avaient été prises dans le lit conjugal sans ressentir de plaisir, résignées à devenir une fois de plus enceintes, dans un Québec tout proche et tout lointain où le taux de natalité était l'un des plus élevés

au monde. L'idée du viol conjugal faisait son chemin, et avec elle, la notion de la violence conjugale comme crime.

Cela dit, c'est la question du service émotionnel qui nous a le plus remuées comme intervenantes en santé mentale. En effet, le pattern d'interaction entre homme et femme, qui reproduisait à son tour notre rôle de servante, avait quelque chose d'insidieux puisque nous étions nous-mêmes, sans contrainte objective, les agentes actives de notre « répression ». Ainsi, il ressortait des travaux sur les patterns de communication entre les sexes (Fishman, 1978) que ce sont principalement les femmes qui, dans une conversation, posent les questions visant à s'informer du bien-être de l'autre. Ces travaux jetaient aussi de la lumière sur les rapports de couple hétérosexuel : lors des difficultés, un conflit entre les conjoints par exemple, ce sont les femmes qui prennent habituellement l'initiative d'introduire ce sujet de discussion dans la conversation. Plusieurs d'entre nous avions longtemps cru que nous étions les seules à nous être liées à des hommes inexpressifs, des hommes qui « ne parlaient pas » et que nous étions aussi les seules à devoir tirer des plans pour amener nos hommes à faire le point sur leur vie. Ce qui avait été interprété comme une idiosyncratie de nos vies intimes devenait un phénomène généralisé. Cette reconnaissance de l'inexpressivité masculine comme phénomène généralisé devait conduire à une analyse politique (Sattel, 1979) des patterns de communication des hommes. Ce silence des hommes fut alors interprété à l'intérieur du modèle moral, dans le registre du bien et du mal : l'inexpressivité masculine a été comprise comme une attitude oppressive et une stratégie de contrôle des hommes sur les femmes. Oui, le privé s'avérait authentiquement politique. Dans ce numéro cependant, cette prise de position est reprise par Chantal Perreault et par Danielle Julien et ses collaboratrices, qui examinent les conséquences néfastes de l'inexpressivité masculine pour la santé mentale et physique des hommes eux-mêmes

Plus notre regard se portait sur ce monde qui est nôtre, plus celui-ci nous apparaissait contrôlé par les hommes. À l'évidence, c'était un système patriarcal. Les normes et les valeurs servant à évaluer les femmes nous apparaissaient toutes tronquées. On disait les femmes inaptes au marché du travail ; certaines avaient entendu leur père dire que leur mère n'avait jamais travaillé. Pourtant, l'histoire des femmes révélait qu'elles avaient, de tout temps, pris des responsabilités. Nos mères étaient décrites comme les reines du foyer, les idées ayant trait à la supériorité morale des femmes nous étaient familières, mais le pouvoir des femmes s'arrêtait au seuil de leur maison. Plus exactement, au seuil de la maison de leur mari.

Dans ce jeu où les cartes gagnantes ne nous étaient jamais distribuées, cet idéal de femme parfaite qui nous avait été imposé apparaissait inatteignable. La double contrainte [3] régnait en maîtresse : il fallait être intelligente, mais pas trop, pour ne pas porter ombrage à un conjoint ou à un collègue de travail moins brillant ; être jolie, féminine, inspirant le désir sans être ouvertement sexuelle : — la « vraie » femme ne doit pas être provoquante

— ou, pis encore, se présenter comme une prostituée qui, elle, est un déchet social. La relation conflictuelle, et perpétuellement souffrante, que nous entretenions avec notre corps symbolisait la poursuite de cette inaccessible étoile : une même femme, parfaite en maillot de bain, est trop maigre au lit et, inversement, une femme trop dodue en maillot de bain, est parfaite au lit. Il est juste de dire que plusieurs d'entre nous se sont alors senties prises au piège, entre Charybde et Scylla, dans un système où il nous était impossible de gagner. Plus exactement, dans un système conçu pour nous tenir en échec.

Ces prises de conscience se sont révélées particulièrement douloureuses pour plusieurs militantes. Les unes se sont senties personnellement attaquées par le patriarcat ; d'autres, prises au piège dans un labyrinthe sans issue ; d'autres encore, mises en cause dans leur dignité et leur intégrité morale comme femmes. Certes, cette description de la réalité des femmes avait quelque chose de très menaçant. Conséquemment, plusieurs femmes se sont éloignées des groupes de militantes, parce qu'il leur apparaissait impossible de poursuivre en paix leur vie de couple et leur vie de famille tout en étant exposées à ces idées « anti-hommes ». D'autres ont essayé de modifier leurs relations avec leurs conjoints dans le sens d'une plus grande égalité : certains couples en ont fait un projet commun et ont réussi ; d'autres se sont séparées parce que les demandes des femmes ont été perçues comme excessives par les hommes, à moins que les moyens utilisés par celles-ci se soient avérés tellement réduits qu'elles se sont retrouvées seules face à cet « idéal » dans le couple. Une minorité enfin a estimé que les rapports entre les hommes et les femmes étaient un cul-de-sac et a établi une vie de couple avec une femme. *En Vol* de Kate Millett (1975) raconte justement la relation homosexuelle d'une femme qui, à travers le féminisme, est devenue lesbienne.

L'homosexualité féminine a été réinterprétée alors comme une stratégie de protestation, une réponse à l'oppression masculine. Être une femme lesbienne signifiait rompre avec ce que le monde masculin avait créé de plus odieux. Adrienne Rich, qui se présente comme une lesbienne féministe radicale, résume ce qui a constitué toute la force de la pensée féministe des années 70 et, aussi, toute sa redoutable radicalité :

> Les femmes n'ont créé ni les rapports de pouvoir entre les maîtres et les esclaves ni les mythologies servant à justifier la domination des hommes sur les femmes : qu'on pense aux affirmations selon lesquelles le maître, en raison de sa supériorité innée, « reçoit un appel de la nature » ou « de la destinée » pour exercer son pouvoir ; à l'idée selon laquelle lui seul est « rationnel » alors que l'Autre est sous le contrôle de l'émotion, comme un animal, et incarne les forces « obscures » et dangereuses de l'inconscient, d'où la nécessité d'exercer un contrôle sur lui ; à la notion selon laquelle les femmes et les esclaves sont des créatures sans âmes immortelles ; à la proposition selon laquelle les esclaves aiment vraiment leurs maîtres (comme les femmes aiment la violence sexuelle et l'humiliation), que les opprimés/es « acceptent » ou, même, sont satisfaits/es de leur sort jusqu'à ce que des

« agitateurs/trices étrangers » viennent induire chez eux/elles le mécontentement (Rich, 1978, 281-282) [4].

Même s'il comporte une indéniable réalité, ce discours des années soixante-dix peut paraître excessif en 1990. Cela dit, il faut garder en mémoire que, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité (de l'homme, devrait-on écrire), les femmes devenaient leur propre objet d'étude. Le patriarcat se présentait comme une forêt dense et impénétrable, dans laquelle quelques sentiers seulement avaient été battus. Pour aborder cet univers qui nous était étranger, voire hostile, nous avons, il est vrai, procédé à une coupe à blanc. La représentation du réel a été faite en noir et blanc, dans une première analyse qui laissait peu de place aux nuances. La coupe sélective allait venir au cours des années 80.

Les femmes en tant que patientes

Le recul que nous avons aujourd'hui permet de nous interroger, avec plus de sagesse, sur ce qui a pu susciter un tel enthousiasme pour la question de la santé au Québec à la fin des années soixante-dix. Il faut bien dire que cette question n'était pas d'un abord facile en comparaison du droit à l'avortement ou de l'égalité en emploi pour lesquels il existait des dossiers nets et bien consistants. Par ailleurs, en tant que clientèle majoritaire du système médical, les femmes se rendaient compte qu'elles avaient confié leur sort à des experts dont elles ne comprenaient pas le langage. Les femmes se sont mobilisées autour de la question de la santé parce que celle-ci prenait une grande place dans leur vie. Elles n'en mourraient pas toutes, mais toutes étaient atteintes, pour reprendre les vers de La Fontaine. Et non seulement elles, mais leurs proches, à travers les fonctions de reproductrices et de « gardiennes de la santé ».

Un des constats les plus amers que nous avons pu faire alors était celui de la perte de contrôle sur une réalité qui nous était spécifique (la reproduction, la compétence des gestes qui concernent la santé, la maladie, la vie et la mort). Plus encore, les femmes confiaient leur corps en pièces détachées. Comme il y avait les médecins du ventre et les médecins de l'âme, elles se sont mises à rêver de médecins des femmes, qui les considéreraient comme entités. Et elles se sont engagées dans la réalisation de ce rêve.

En ce qui a trait à la santé mentale, celle-ci était, et reste encore aujourd'hui, un domaine complexe et fuyant pour lequel il n'existe même pas de définition universelle. Nous pensons que la santé mentale a regroupé et mobilisé les femmes, d'abord parce que le discours à son propos s'ancrait parfaitement dans celui qui définissait la problématique sociale d'alors : un discours qui rejetait les chasses gardées des experts et qui proposait un modèle explicatif, à multiples facettes, qu'on qualifiait de global. Nous avons élargi la notion de santé mentale, de façon à déborder du champ de la maladie, suivant en cela les définitions proposées par certaines penseurs (Illich, 1975 ; Friedson, 1970).

À l'opposé du mouvement des femmes, qui supposait une identité fondamentale des sexes, contrecarrée par la seule socialisation, nous réclamions cette fois la spécificité féminine, à la fois pour la réhabiliter et pour en reprendre le contrôle. La santé mentale était perçue comme l'élément-clé de cette opération, l'élément intégrateur qui permettrait à ce corps dispersé de se reconstituer et de gérer sa destinée. Il faut dire que nous étions très justifiées d'adopter une attitude revendicatrice devant la réalité qui nous démontrait qu'une grande proportion de femmes, sinon la totalité, étaient considérées par les professionnels de la santé comme des mineures et traitées comme telles (Broverman et al.,1970). L'affrontement était inévitable.

Parce qu'elle était intimement liée au contrôle du corps, cette notion élargie de la santé mentale a facilement rejoint la collectivité. Les revendications des femmes se sont exprimées à travers une longue série de colloques : colloques nationaux et régionaux sur la santé mentale, sur la violence faite aux femmes et aux enfants, sur l'humanisation de l'accouchement, pour ne nommer que ceux-là. L'occasion était unique. Face à une représentation, pourtant minimale, des corpus juridique et médical, les femmes ont dressé la longue liste des raisons de leur oppression : le déni du viol ; le silence sur la violence domestique ; la prise en charge de la contraception et de la maternité par les experts médicaux ; la montée de la stérilisation et des nouvelles technologies de la reproduction, la médicalisation de toutes les étapes de la maturation sexuelle des femmes ; l'abus des médicaments prescrits [particulièrement des psychotropes — des tranquillisants mineurs surtout — et des hormones] ; l'établissement d'une relation expert/patiente jugée opprimante et, par là, moins efficace et, surtout, la présence quasi universelle du préjugé paternaliste, voire méprisant, envers les femmes. Les psychiatres surtout, les autres médecins ensuite, puis les avocats, les juges, les policiers se sont vus désignés comme les instruments privilégiés du contrôle exercé sur les femmes pour qu'elles restent à la place qui leur était traditionnellement désignée.

Ce « tir organisé » sur les représentants du contrôle social, malgré certains excès qu'on a pu lui imputer par la suite, a permis l'émergence d'une prise de conscience en profondeur des modes de pratiques en santé et en psychiatrie. Même si l'on n'a jamais voulu le nommer officiellement, ce mouvement a opéré une véritable révolution dans la façon de voir les problèmes et les souffrances des femmes et des hommes. L'idée que la santé mentale était sexuée, et qu'elle s'insérait dans une histoire et un contexte social où les femmes avaient joué le second rôle, était maintenant incontournable. Seuls quelques francs-tireurs irréductibles continueraient à promulguer les anciens diktats, en périphérie du mouvement déclenché par les femmes.

Ce mouvement était capital. Il ne faisait pas que constater la pensée sexiste des intervenants en santé mentale, il dénonçait les effets de cette pensée sur leur pratique. (Guyon et al., 1981). C'est donc vers une remise en cause des assises de l'intervention en santé mentale et de ses diverses

formes d'application que nous nous sommes engagées. Il fallait réviser la formation des soignants, les lieux et les moyens d'intervention, les relations patiente/expert et la définition de la maladie. Voilà ce qui ressortait de cette grande prise de conscience collective (G.R.A.F.S.,1983). L'article d'Evelyne Bergeron dresse ici le bilan d'une de ces expériences de thérapie féministe, auprès de femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

Le sexisme en thérapie

Constatant les liens organiques entre la souffrance des femmes qui présentaient des symptômes psychiatriques, les pressions sociales auxquelles elles étaient soumises et la socialisation qu'elles avaient subie, notre regard sur les sciences biologiques et du comportement devait en être radicalement modifié. L'analyse de Michèle Jean (1974) sur l'opposition au droit de vote des femmes, que l'on considérait comme contraire au « droit naturel » des femmes, trouvait un écho dans nos propres analyses sur la notion de normalité : ce qui avait été décrit comme les paradigmes innés, et donc immuables, de la psychologie des femmes était remis en question.

L'étude de Broverman (1970) est venue confirmer que, pour les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux, un homme et une femme en santé mentale n'avaient pas les mêmes caractéristiques. Il y avait adéquation, en santé mentale, entre la personne et l'homme sains, l'un et l'autre se caractérisant par l'indépendance, l'autonomie et la capacité d'être objectifs. Pour leur part, les femmes se distinguaient par une plus grande soumission, une plus grande dépendance, une plus grande vulnérabilité, une plus grande émotivité, une objectivité moindre, une plus grande préoccupation de leur apparence physique et une répulsion pour les mathématiques et les sciences. Oui, nous avons été en révolte contre cette définition de notre « nature » psychologique, contre cette représentation de nous-mêmes comme des psychés fondamentalement passives, dépendantes, masochistes narcissiques (Deutsh, 1944). Après la biologie, il fallait s'insurger contre le fait que la psychologie puisse être, elle aussi, la destinée.

Comme pour les idées de Freud sur la sexualité féminine (1925), il a été relativement facile de démontrer que Deutsh et la tradition psychiatrique avaient considéré comme inné ce qui, dans les faits, était culturel. Cependant, on ne pouvait effacer le tort incalculable que ces idées avaient fait, et feraient encore aux femmes en détresse. Avec du recul cependant, il nous semble que les attaques les plus percutantes de cette période ont été dirigées contre la conception du viol et contre la notion de mère schizophrénogénique.

Parmi tous les travaux de cette décennie, l'ouvrage de Susan Brownmiller (1976) sur le viol a été et demeure, pour nous, la somme. Dans un travail extrêmement élaboré, Brownmiller a montré que le viol n'est pas un acte qui relève du désir sexuel mais constitue l'expression du désir de domination d'un homme sur une femme, des hommes sur les femmes. L'argumentation était à ce point irréfutable que cette conception du viol

est aujourd'hui considérée comme un fait établi. En outre, cette œuvre fait aussi la démonstration de l'importance de la menace du viol dans le contrôle social des femmes, menace qui augmente la probabilité que les femmes gardent leur place, c'est-à-dire qu'elles restent à la maison, protégées par leur mari, ou qu'elles conservent sur le marché du travail leurs emplois de mère substitut, d'enseignante, d'infirmière, de secrétaire.

À partir de travaux de Brownmiller, de Chesler et du collectif de *Women in therapy* (Frank et Burtle, 1974), certaines intervenantes ou théoriciennes ont constaté, à leur tour, les liens organiques entre cette conception patriarcale du viol et l'interprétation psychanalytique qui en avait été faite. À partir de la notion du désir inconscient de la petite fille pour son père à l'œdipe, une certaine tradition analytique en était venue à laisser entendre que les victimes de viol puissent avoir souhaité, désiré et provoqué l'agression. Là se situe, quant à nous, l'un des fondements de toute l'opposition vindicative du mouvement des femmes à l'endroit de la psychanalyse. Que les tribunaux déforment les faits pour protéger les hommes contre les femmes, c'était injuste mais conséquent avec la justice (l'injustice ?) patriarcale. Cependant, qu'un système thérapeutique — particulièrement la psychanalyse, qui se targue d'être révolutionnaire et libératrice — ait mis de l'avant une interprétation du viol qui culpabilise la victime, voilà qui en a rendu plusieurs intraitables, dans tous les sens du terme ! Il est exact de dire que, nous autres femmes, nous avons parfois agi comme si nous avions été violentées. Peut-être n'avions-nous pas tort, maintenant que l'ensemble de la communauté des intervenants, de toutes obédiences, reconnaît la prévalence significative de l'inceste et des agressions sexuelles chez les femmes.

L'autre attaque, beaucoup plus spécialisée parce que l'incidence de l'autisme et de la schizophrénie est malgré tout assez faible, avait pour objet la mère schizophrénogénique. De nombreux chercheurs et cliniciens (voir Simard, 1981) avaient avancé que la schizophrénie trouvait son origine chez des mères qui, consciemment ou non, avaient eu des attitudes de rejet vis-à-vis de leur enfant. Or, même avant la publication de données démontrant l'importance de la vulnérabilité biologique dans ces formes de psychoses, plusieurs travaux indiquaient que ces affirmations étaient sans fondement. Il est intéressant de mentionner que Roxane Simard avait fait sa thèse de doctorat sur ce sujet et que c'est au cours de ce travail, commencé dans une perspective analytique traditionnelle, qu'elle a pris conscience de la très grande culpabilisation dont les femmes faisaient l'objet en psychiatrie.

Jusqu'à quel point ne trouvons-nous pas encore des vestiges de cette culpabilisation des mères dans le système psychiatrique ? Le soir du 13 décembre, à l'émission *Le point* de la télévision de Radio-Canada, alors qu'on avait peu d'information sur la tuerie de l'École Polytechnique qui venait de se produire, on a interviewé un psychiatre rattaché à l'Institut Philippe-Pinel. Il ne savait pas, au moment d'aller en ondes, s'il y avait

un, deux ou trois agresseurs mais était informé que les victimes étaient toutes des femmes. Se livrant ainsi publiquement à un test de Rorschach, il a affirmé que le ou les meurtriers avaient sûrement été abandonnés par leurs mères. Les faits devaient lui donner tort. Quelques jours plus tard, on apprenait que Marc Lépine avait effectivement été abandonné, mais par son père, et que celui-ci l'avait battu à plusieurs reprises. Sa mère, restée seule, était même allée en thérapie familiale avec ses enfants.

Par ses résultats, ce test projectif est malheureusement comparable à celui auquel s'est livré le Medical Psychiatric Committe qui était appelé à brosser le portrait, imaginaire, de celui qui, de juin 1962 à janvier 1964, avait étranglé 11 femmes à Boston (Brownmiller, 1976). L'étrangleur de Boston, selon ce comité, était sans doute un homosexuel habité par la haine d'une mère « douce, ordonnée, propre, compulsive, séductrice, punitive et contrôlante ». Forts de cet avis, les policiers bostoniens ne sont mis à la recherche « d'un homme impuissant portant une rage incontrôlable contre sa mère et toutes les femmes lui ressemblant. » La biographie d'Albert DeSalvo devait s'avérer toute autre. Il était très attaché à sa mère. Elle vivait encore, mais ne se distinguait ni par sa douceur, ni par son ordre, ni par ses attitudes contrôlantes. La rage incontrôlable de DeSalvo venait de son père qui l'avait battu régulièrement, lui, sa mère et les autres enfants. Ce père couchait avec des prostituées devant ses enfants, avait fracturé les doigts et cassé les dents de sa femme devant ses enfants encore et, lors de crises, mettait la maison à feu et à sang. Finalement, lorsqu'Albert avait huit ans, il avait abandonné sa famille[5]. La similitude des biographies laisse pantois...

La situation en 1990

À l'époque du colloque « les Femmes et la Folie », en 1980, nous étions profondément motivées par le désir de changer les choses. La passion qui agitait ce mouvement a parfois pu faire croire à une réaction aveugle ou à courte vue, dirigée contre un mandarinat jugé oppressant. Cette même passion a été le moteur d'une vague qui a profondément marqué le discours du milieu de la santé par la suite. On constate, en effet, que la prise en compte de la version des femmes est maintenant chose courante dans la définition des politiques et des actions, comme l'ont prouvé la Commission Rochon de 1987, et les Orientations du MSSS, en 1989. Quelle fut donc notre trajectoire au cours de la décennie qui a suivi cette saison de passion ? À la différence de 1980, nous avons maintenant un plus grand nombre d'informations pour expliquer la réalité. À partir des données provenant des enquêtes de santé, des statistiques de consommation, des monographies de santé et des listes de ressources disponibles, il est maintenant possible de dresser un portrait suffisamment étoffé de la situation des femmes et de leur santé.

À l'époque, l'absence de données sur le terrain faisait cruellement défaut pour évaluer la vision que les femmes avaient de leur santé et de

leur souffrance. Il nous fallait scruter à la loupe les relevés d'utilisation des services institutionnels, qui agissaient un peu comme les « compteurs » d'un flux de patients et qui s'appuyaient uniquement sur des diagnostics professionnels.

Aujourd'hui, ce vide est en bonne partie comblé avec la venue de nouvelles banques de données, constituées à partir d'enquêtes de santé. Ainsi, une enquête de santé générale, menée auprès de la population en 1987, l'enquête *Santé Québec*, démontre que les femmes déclarent plus de problèmes de santé, physique et mentale, que les hommes et ceci, à tous les âges, à partir de 15 ans ; tout comme en 1978, les femmes utilisent, plus que leurs vis-à-vis masculins, les soins et les services médicaux et consomment plus de médicaments, particulièrement des tranquillisants mineurs (Guyon, 1990). Nous nous entêtons à vivre plus longtemps que nos compagnons, en moyenne 7,4 années de plus, bien que cette victoire apparente s'accompagne, en moyenne, d'un plus grand nombre d'années d'incapacité : 10,8 ans chez les femmes, et 8,1 ans chez les hommes (*Et la santé, ça va ?* p.190). Force nous est de constater que ces renseignements plus détaillés nous ramènent brutalement aux constats de 1978 : les femmes ont avec la santé un rapport qui ne cesse d'être problématique.

Voyons de plus près l'analyse de l'enquête *Santé Québec*. À la suite de l'*Enquête Santé Canada* (1978), qui utilisait le *Health Opinion Survey* et une autre enquête menée par Ilfeld (1976) à Chicago, *Santé Québec* observe une plus grande représentativité des femmes au niveau élevé de détresse psychologique (16 % chez les hommes et 26 % chez les femmes), et cette différence entre les sexes est nettement significative. On retrouve aussi plus de détresse psychologique chez les personnes séparées ou divorcées, chez les moins nantis, les moins scolarisés, les personnes inactives pour raisons de santé, chez les chefs de famille monoparentale et, enfin, chez les personnes qui ont un état de santé plus détérioré. Rappelons que la même enquête établit que les femmes sont aussi plus pauvres, en moins bonne santé générale et constituent 87 % des chefs de famille monoparentale. [6] Bref, celles-ci sont confrontées plus souvent que les hommes à des situations que l'on sait associées à un plus grand risque de détresse psychologique.

Par contre, si les femmes manifestent plus de détresse psychologique que leurs compagnons, indépendamment de tout autre facteur, la situation de séparation, de divorce, de chômage ou d'exclusivité de la responsabilité familiale chez ces derniers semble contribuer significativement à les rapprocher des niveaux féminins (Guyon, 1990). Il en est de même pour d'autres situations, telles que l'expérience d'événements stressants au cours de la dernière année, les problèmes liés à l'alcool et l'insatisfaction face à la vie sociale. Ce sont là des facteurs que nous n'avions guère explorés dans les années soixante-dix, faute de données, et qui viennent nuancer les oppositions qui ressortaient à l'analyse des statistiques de consommation. Mais trêve d'illusions : quelle que soit la situation, les femmes ont toujours des

niveaux de détresse plus élevés que les hommes. Les choses, hélas, n'ont guère changé au royaume de la santé mentale !

Chez les femmes, il y a des états ou des situations qui ressortent plus fortement. Les adolescentes, entre 15 et 19 ans, semblent un groupe particulièrement à risque : « ...plus d'une adolescente sur trois (36 %) se situe au plus haut niveau de détresse psychologique, comparativement à 16 % pour les garçons du même âge et 26 % pour les femmes de 30 ans et plus (*Les jeunes adultes/Et la santé,ça va ?* 1988, p. 16). Fait alarmant, cette proportion passe à près de 50 % chez les adolescentes de milieux défavorisés. On est frappé également par l'association entre la détresse psychologique et la consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes femmes. Contrairement à leurs compagnons, pour qui la consommation de ces substances, un indice élevé de dépendance ou les deux ne semblent pas reliés à de la souffrance mentale[7], les adolescentes, dans le même cas, manifestent des niveaux élevés de détresse psychologique.

Le vieillissement semble particulièrement douloureux pour les femmes, puisque le tiers d'entre elles se retrouvent aux plus hauts niveaux de détresse psychologique, proportion qui grimpe à 45 % en milieu défavorisé. D'autre part, une femme âgée sur quatre a un indice élevé d'événements stressants.[8] En outre, une sur quatre a également reçu une ordonnance de tranquillisants mineurs ; en institution, cette proportion passe facilement à près de trois sur quatre (Guyon, 1990).

Comment interpréter le sens de ces relations ? Comment faire le tri dans toutes ces informations qui nous décrivent à la fois en pire et en meilleure santé que nos compagnons ? Et comment réagir au fait que, de notre propre aveu, nous semblons plus vulnérables à la souffrance psychologique ? Est-il possible que nous péchions maintenant par abondance de données ou, plutôt, que nous nous trouvions dans la situation inconfortable qui consiste à vouloir faire un casse-tête dont il manque des morceaux et pour lequel la photo repère n'existe pas ?

Devant des résultats qui semblent trahir la réalité, on sera tenté d'incriminer les instruments de cueillette de données. D'une part, les statistiques sur l'utilisation de services en santé mentale montrent une plus grande proportion de femmes que d'hommes, du moins en soins ambulatoires. Ce phénomène est généralement attribué à une plus grande facilité chez les femmes à rechercher de l'aide et à avouer leurs faiblesses et leurs souffrances (Cooperstock, 1971) ou, encore, par une tendance, des professionnels de la santé à diagnostiquer de nature « psychologique » tout comportement, chez les femmes, jugé déviant aux normes (Broverman, 1970). Cette explication serait confirmée par le fait que la plupart de ces « diagnostics » sont le fait d'omnipraticiens qui ne jugent pas nécessaire de référer leurs patientes à des spécialistes en santé mentale. D'autre part, un plus grand nombre d'hommes que de femmes sont hospitalisés pour des raisons de maladie mentale.

On pourra aussi arguer que les échelles de santé mentale utilisées sont basées sur des éléments qui sont plus sensibles aux problèmes exprimés par les femmes qu'à ceux exprimés par les hommes. Selon cette logique, la détresse psychologique, largement exploitée dans l'enquête *Santé Québec*, rendrait plus facilement compte de la dépression mineure et de la somatisation que des problèmes d'agressivité ou d'éthylisme qui sont plus prévalents chez les hommes. Une telle affirmation reste encore à prouver, mais elle nous incite à nous interroger sur la définition que nous faisons de la santé mentale et de la souffrance vécue par les hommes et par les femmes et, surtout, sur les formes que prennent ses manifestations. À contrario, il y a lieu de croire que les sondages sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues illicites sont biaisés dans le sens d'une plus grande visibilité des comportements masculins (travaux en cours, *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogue*, Statistique Canada, 1988).

Il est facile de reconnaître la maladie lorsqu'elle s'exprime par des manifestations d'agressivité, de comportement anti-social ou de problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. La société prend alors les moyens qu'elle juge appropriés, quelle qu'en soit l'efficacité, pour protéger les individus concernés et pour se protéger elle-même ; l'institutionnalisation, plus fréquente pour les hommes que pour les femmes, trouve alors sa justification la plus sûre. Quand elle se manifeste par le repli, la dépression, la perte de l'estime de soi ou la dépendance vis-à-vis des psychotropes, elle peut être plus facilement traitée « en douceur » ; elle peut être aussi plus facilement sous-estimée. Par ailleurs, comme l'inexpressivité et le silence constituent effectivement une difficulté majeure chez les hommes non délinquants, il tombe sous le sens que ces dimensions sont plus difficilement repérables par les questionnaires écrits utilisés dans les enquêtes.

En ce qui a trait aux femmes, on peut se réjouir du fait que les échelles actuelles mettent plus en évidence leurs problèmes, si tel est le cas. Elles nous permettent d'y puiser des éléments de connaissance et, surtout, de dépistage et d'intervention. Auparavant, on savait que les femmes cherchaient de l'aide : les intervenants et intervenantes faisaient état de la souffrance et de la détresse manifestées en consultation. Maintenant, les données épidémiologiques ont documenté les raisons et les circonstances de cette demande. Il reste cependant à dresser une cartographie plus précise des difficultés que rencontrent les hommes. [9] Ces données nous amènent à conclure, plus nettement encore que dans les années soixante-dix, que la santé psychologique est « sexuée », en ce qu'elle se manifeste différemment selon qu'on est une femme ou un homme. Ce qui nous paraît maintenant établi en intervention doit l'être aussi en recherche : il faudra perfectionner les instruments de cueillette de données, en sachant que nous nous heurtons à deux sociétés distinctes, pour utiliser un terme d'actualité (Guyon, 1990).

L'analyse des données de l'enquête Santé Québec nous apprend aussi que la souffrance des femmes est intimement liée aux liens qu'elles établissent avec les autres. La détresse se fait plus grande lorsque ces liens se brisent (décès, divorce, solitude) ou lors d'un déséquilibre (maladie d'un être cher). Cette relation nous est particulière, tout comme elle l'était pour nos mères et nos grand-mères, en dépit des changements socio-économiques que nous avons vécus. Pour les femmes, la santé semble signifier bien plus que la simple identification à un corps : elle se projette à travers un réseau de liens émotionnels avec les êtres chers.

Ainsi, pour la majorité des femmes du Québec, les questions les plus fondamentales restent celles qui sont reliées à l'affiliation et aux relations interpersonnelles (Gilligan, 1982) : les succès avec les amoureux, les conjoints et les enfants continuent d'être perçus comme le creuset de l'expérience humaine. Par exemple, il y a lieu de croire que les femmes hétérosexuelles passent plus de temps d'éveil à réfléchir à leur vie de couple que leurs partenaires. Elles semblent accorder plus d'importance que les hommes aux moments passés avec leurs partenaires, les plaintes les plus fréquentes de plusieurs femmes mariées en clinique étant l'absence du conjoint ou l'absence du conjoint par la pensée lorsqu'il est présent à la maison. On comprend, à analyser certaines histoires de cas (Nadeau, 1989 et sous presse) l'avidité avec laquelle les femmes lisent les romans dits à l'eau-de-rose (les romans Harlequin [10], par exemple), dont l'histoire raconte toujours le ravissement d'une femme par un homme, et la joie sinon l'extase que provoquent chez l'héroïne le désir et l'amour du héros pour elle. Plusieurs femmes continuent de croire que, pour avoir une image positive d'elles-mêmes, elles doivent acquérir et maintenir les relations interpersonnelles qu'elles valorisent. Bien qu'elles soient sur le marché du travail, l'émancipation socio-économique ne semble pas avoir modifié l'importance accordée aux valeurs traditionnellement privilégiées par les femmes, de sorte que le travail prend rarement le pas sur les relations avec le conjoint et avec les enfants. Il y a lieu de croire que cette définition d'elles-mêmes comme amoureuses et comme responsables du bon fonctionnement de la cellule familiale maintiendrait la fragilité des femmes face aux séparations et aux problèmes avec les enfants ; elle expliquerait aussi les indices de détresse plus élevés chez les femmes.

On sait aussi qu'en face de graves difficultés conjugales, plusieurs femmes s'estiment aux prises avec des situations que, subjectivement, elles jugent incontrôlables. C'est le cas de nombreuses femmes victimes de violence conjugale. Il arrive encore trop souvent qu'elles agissent comme si la situation était sans issue, comme si elles étaient obligées de subir la violence. Il semble aussi que certaines ne veulent pas remettre en question leur vie conjugale : elles agissent comme si elles pouvaient encore « sauver » leurs relations de couple et leur vie familiale. Cela dit, depuis 10 ans au moins, la séparation et le divorce constituent une réelle solution de rechange, lourde de conséquences matérielles, il est vrai, mais offrant souvent une vie plus satisfaisante.

En raison de cette détresse des femmes mais aussi de leur persistance à assumer leur rôle de protectrice de la santé, la recherche d'aide reste encore un geste majoritairement féminin. La décennie quatre-vingt a vu une montée sans précédent des thérapies destinées à soigner l'âme et le cœur des individus et, quelquefois, des couples ou des familles. Relié sans doute à des changements importants dans les modes de vie — pensons à l'entrée des femmes sur le marché du travail, à la préoccupation pour l'écologie et l'environnement, à l'importance accordée à la réussite économique et sociale, — cette course à la « relation d'aide » est également issue d'une prise de conscience que les problèmes d'ordre psychologique peuvent être circonscrits, et même qu'il est possible de les prévenir :

« Dans les bureaux feutrés des psychiatres, psychologues et autres thérapeutes, le long des couloirs pâles des cliniques hospitalières, des milliers de gens seuls ou en groupe, attendent pour se confier à une oreille professionnelle » (Arseneau, 1983).

Parmi eux, les femmes sont plus nombreuses. Elles sont à l'origine de la majorité des demandes de consultations en thérapie conjugale ou familiale ; elles le sont particulièrement dans le domaine privé, celui-là même qui connaît une telle expansion. Par contre, dans le secteur hospitalier, et surtout au niveau des urgences, ce sont les hommes qui constituent la clientèle majoritaire.

À l'époque des grands colloques nationaux et régionaux sur les femmes et la santé mentale et sur la violence domestique, une fois dissipée la stupeur face aux situations qui étaient dénoncées, nous avons souvent entendu cette phrase ... « *Vous devriez vous occuper des hommes et des enfants aussi !* » Bien plus, lors des assemblées délibérantes qui ont suivi ces grands événements, les (rares) hommes qui y participaient ont souvent cherché à attirer l'attention des femmes sur leur propre destin. Ce rappel du rôle de protectrice de la santé, sur les lieux-mêmes d'une prise de conscience essentiellement féministe, était lourde de signification. Si les femmes avaient compris que la réflexion qu'elles avaient entreprise était essentielle pour elle-mêmes, elles avaient, par contre, beaucoup plus de difficulté à vivre avec le sentiment *d'abandonner les autres...* Et pourtant cette étape était majeure : elle permettait l'émergence et la valorisation d'un discours féminin en même temps que l'élaboration de moyens d'action qui s'accorderaient avec lui. Plus que toute autre, cet apprentissage à l'autonomie, à *l'égoisme*, a permis que des changements.se fassent. Il est important de souligner que cette démarche ne s'est pas faite *contre* les hommes mais plutôt *sans* eux ; et si aujourd'hui des voix s'élèvent pour souligner la détresse des hommes, elles devront emprunter leurs mots, leur expérience et leur souffrance.

Que sont nos amours devenues ?

Il y a 10 ans, le mouvement des femmes et de la santé faisait montre d'une grande crainte face à l'éventuelle prise en charge de la santé mentale

des femmes par les experts. La réhabilitation toute récente de l'identité féminine nous paraissait mise en péril par un corpus de professionnels dont le langage s'accordait mal avec cette nouvelle image de soi, récemment retrouvée, et que nous apprenions à peine à aimer. Comment avons-nous pu passer si allègrement de ce discours défensif, face aux « psy », à l'habitude de la consultation thérapeutique ? Et comment, dans un autre secteur, avons-nous pu nous livrer, pieds et poings liés, aux médecins qui contrôlent les nouvelles technologies de la reproduction (voir De Koninck, dans ce numéro).

Certes, la question est sournoise. D'abord, ce ne sont pas toutes les femmes qui se sont mises à consulter. Et puis, nous avons peu de données sur la consultation privée. Mais nous savons qu'elle est constituée en majorité de femmes des classes moyennes et à l'aise, et parmi les plus scolarisées (Arseneau, 1983). Règle générale, ces femmes désirent une meilleure qualité de vie et sentent qu'elles en portent la responsabilité.

Quant aux femmes des classes défavorisées, elles se retrouvent, souvent par la force des choses, dans les bureaux des intervenants des services publics, particulièrement des travailleurs sociaux. Les résultats de l'enquête *Santé Québec* mettent en lumière le clivage entre les comportements des femmes des milieux favorisés, axés sur la prévention, et ceux des femmes moins nanties, caractérisés par la réponse aux nécessités du quotidien ou aux crises variées, engendrées par la pauvreté et la maladie.

Le discours de 1980 était passionné et généreux, comme l'avait été la décennie qui l'avait engendré. L'expansion des ressources avait permis l'élaboration de modèles d'analyse très globalisants, et l'abondance économique donnait de la cohérence à cette foi dans le changement. Les années qui ont suivi ont pesé lourdement sur cet espoir. Les revers économiques qu'ont connus nos sociétés, l'augmentation des divorces et des ruptures d'unions, la solitude de nombreuses femmes, dont plusieurs vivent seules avec leurs enfants, la visibilité croissante de la violence, la montée des maladies transmises sexuellement, l'insécurité face aux nouvelles technologies de la reproduction, la constatation que le salaire des femmes ne représente encore que 60 % de celui des hommes, la lente pénétration des femmes dans les postes de pouvoir, bref une longue « série noire » a modifié la perspective des années soixante-dix. Est-ce à dire qu'elle nous a aussi éloignées de nos objectifs et de notre réflexion commune ? Nous avons aujourd'hui le sentiment de nous être un peu éloignées les unes des autres et de l'avoir fait « sur la pointe des pieds ».

S'il est vrai que la démarche qui a suivi a été plus individualiste, comme d'ailleurs on se plaît à qualifier la décennie que l'on vient de traverser, il est vrai aussi que nous avons senti le besoin de nous ressourcer et d'améliorer nos connaissances tout autant que nos expertises. Certaines d'entre nous ont investi les champs d'action professionnels et politiques, d'autres sont allées chercher des expertises nouvelles, quelques-unes ont carrément abandonné la course. Mais il faut se rappeler que les fronts se

sont aussi multipliés et diversifiés : le mouvement des femmes s'est engagé simultanément dans la lutte contre la violence, dans l'amélioration des conditions entourant l'accouchement, dans la réflexion sur le pouvoir économique, dans la dénonciation de la pornographie, pour ne nommer que ceux-là. Il y a eu essoufflement, on le comprend bien, mais il s'est surtout produit une dispersion des énergies et des actions. Le mouvement des femmes et la santé mentale, qui avait réussi, au début de la décennie, à chapeauter plusieurs aspects de ce mouvement de réflexion qui nous réunissait, a cessé de jouer ce rôle de principe intégrateur. Tout s'est passé comme si, voulant déborder tout de suite vers l'action, nous avions mis en veilleuse la poursuite de cette réflexion commune. Que nous est-il resté des éléments qui la caractérisaient : accent mis sur l'autonomie, sur le contrôle de la destinée biologique et psychologique des femmes par elles-mêmes et sur la nécessité d'assumer une participation significative dans les champs décisionnels ? En un mot, le bilan de ces dix années est positif.

Si nous ne voulons, ni ne pouvons répondre à la question, puisque les articles qui suivent font ce bilan, les caractéristiques qui étaient les nôtres il y a dix ans demeurent : une plus grande sensibilité aux relations avec les autres, une tendance à assumer la charge émotive de notre entourage, une plus grande facilité à rechercher de l'aide professionnelle. Si ces choses-là n'ont pas changé, les façons de faire ont évolué.

Par ailleurs, à titre de participantes à un mouvement social qui a été significatif, il reste à se demander si, après avoir été un levier dans la prise de conscience qui s'est opérée dans le domaine de la santé mentale des femmes, cette action devait être limitée dans le temps. Aujourd'hui, a-t-elle encore une raison d'être ? Si oui, quel est son avenir ?

En 1990, il peut sembler démodé de vouloir rallumer le flambeau de la concertation et de la solidarité. Le terme « féminisme » semble être tombé en désuétude, et pourtant, il est mis en application dans le comportement même des femmes qui profitent quotidiennement des acquis des années soixante-dix et qui les considèrent comme allant de soi. Par ailleurs, les chiffres montrent que la réalité n'a pas toujours suivi le discours de ceux et celles qui voudraient croire que l'inégalité est chose du passé. Si, comme féministes de cette fameuse décennie, nous avons appris à resituer notre analyse dans un contexte plus élargi, à déborder du langage axé sur la seule victimisation, il nous faut constater, avec un certain désenchantement, que les tensions sont toujours présentes dans un grand nombre de secteurs.

La génération du mouvement des femmes et de la santé mentale aurait aimé laisser en héritage un territoire libre des contraintes et des souffrances qu'elle avait dénoncées. Dix ans plus tard, elle doit faire cette double constatation : d'un côté, les conditions de vie des femmes sont meilleures qu'avant ; de l'autre, les implications pour les générations qui suivent sont lourdes de conséquences. L'héritage s'est transformé en cheval de Troie, puisque les jeunes femmes ont en même temps à faire face à la réaction hostile à des changements impliquant l'ensemble de la société et

qui peuvent parfois prendre une forme tragique ; elles doivent aussi conserver une vigilance très serrée afin d'assurer la persistance des acquis gagnés par leurs aînées. L'exemple du drame de l'École polytechnique de Montréal, témoigne de la fragilité des nouveaux équilibres. Il en va de même de l'impuissance de notre société à adopter une position claire sur l'avortement. Sur cette question, les reculs enregistrés récemment dans d'autres pays, dont certains États américains, laissent de grandes inquiétudes quant à notre propre avenir.

Il reste à souligner que cette démarche des femmes au sujet de la santé mentale a été bénéfique. Celles qui y ont participé ont acquis une expérience unique et elles ont eu plaisir à le faire. Elle nous a permis surtout de nous situer dans une tradition de femmes qui ont contribué à transformer un peu la société dans laquelle nous vivons.

Notes

1. Il est bon de rappeler que c'est à partir de 1955, et non aux cours de la période dont nous parlons, que la natalité a diminué de façon marquée. Ce taux a baissé de 10 points de 1956 à 1966. En 1968, un sondage indique que seulement 12 % des femmes « se considèrent obligées en conscience de se soumettre aux conclusions de l'encyclique Humanae Vitae », qui condamnait l'usage de la pilule pour les catholiques (Collectif Clio, 1982, p. 464).
2. Nous sommes redevables à Judith Dufour, qui a fait des commentaires sur cette partie.
3. La notion de double contrainte est issue des travaux de Bateson et fait référence à l'existence de vœux contradictoires dans l'expression du message adressé à une personne, le sujet se trouvent ainsi placé dans une situation de conflit permanent. Pour Bateson (1957), le « double bind » contribue à l'étiologie des troubles mentaux, particulièrement de la schizophrénie.
4. Traduction des auteures et guillemets d'Adrienne Rich.
5. Nous sommes redevables à Rita Therrien, qui nous rappelé cet exemple rapporté par Susan Brownmiller.
6. La proportion des femmes en situation de monoparentalité est sans cesse croissante depuis 1951, ainsi qu'en témoignent les données des recensements canadiens.
7. Cette situation prévaut chez les adolescents mais pas chez les hommes adultes.
8. Indice développé dans l'enquête *Santé Québec*, à partir d'une liste de 11 événements considérés comme les plus à risque par la littérature scientifique et qui conjugue à la fois le nombre de ces événements au cours des 12 derniers mois et l'intensité du stress ressenti.
9. Particulièrement sur ce que l'on définit actuellement chez eux comme une répugnance, ou un manque d'expérience, à exprimer leurs sentiments et leurs émotions. On suppose aussi que cette « inaptitude » jouerait un rôle dans le développement de pathologies physiques et psychologiques, en même temps qu'elle contribuerait à retarder la recherche d'aide.
10. Une étude faite à partir d'un groupe de 40 femmes admises en traitement pour toxicomanie, a permis de constater que ce sont les échecs amoureux qui constituent les principaux agents déclencheurs de l'alcoolisation pathologique (Nadeau, 1989).

Références

ARKINSON, T., 1974, *Amazon Odyssey*, New York, Links.

ARSENEAU, J., 1983, Les utilisateurs et les utilisatrices, *Psychothérapies/Attention*, Québec, Québec Science Éditeur.

BARNES, M., BERKE, J., *Mary, Barnes : voyage à travers la folie*, Seuil, Paris.

BATESON, G. 1956, Toward a theory of schizophrenia, *Behavioral Sciences. 1*, 251-264.

DE BEAUVOIR, S., 1949, *Le deuxième sexe, Tome I et Tome II*, Paris, Gallimard.

BELOTTI, E.G., 1973, *Du côté des petites filles*, Paris, Éditions des femmes, 1974.

BERSIANIK, L., 1976, *L'Euguélionne*, Montréal, La Presse.

BOZZINI, L., RENAUD, M., GAUCHER, D., LLLAMBIAS-WOLFF, J., 1981, *Médecine et Société*, Montréal, Les Éditions St-Martin,

BROVERMAN, I.K., BROVERMAN, D.M., CLARKSON, F.E., ROSENKANZ, P.S., VOGEL, S.R., 1970, Sexual stereotypes and clinical jugdments of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1-7.

BROWNMILLER, S., 1975, *Against our Will : Men, Women and Rape*, New York, Simon and Shuster.

CHESLER, P., 1972, *Les femmes et la folie*, Paris, Payot.

COLLECTIF CLIO, 1982, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Quinze.

CONRAD, A., SCHEIDER, J.W., 1980, *Deviance and Medicalization*, St.Louis, C.V. Mosky.

Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, 1982, *Médicaments ou potions magiques ?* Québec, Gouvernement du Québec.

COOPER, D., 1967, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, 1970.

COOPERSTOCK, R., 1971, Sex differences in the use of mood-modifying drugs. An explanatory model, *Journal of Health and Social Behavior*, *12*, 238-244.

COSAME, 1980, Les actes du colloque, *Les Femmes et la Folie*, Montréal.

DEUTSCH, H., 1944, *La psychologie des femmes. Tome I : enfance et adolescence*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.

FIRESTONE, S., 1970, *The Dialectic of Sex : the Case for Feminist Revolution*, New York, William Morrow and Cy.

FISHMAN, P., 1978, Interaction : work women do, *Social Problems*, *25*, 397-406.

FRANKS, V., BURTLE, V., 1974, *Women in Therapy*, New York, Brunner Mazel.

FRIEDSON, E., 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row.

FREUD, S., 1925, Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes, *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France, 123-132.

FOUCAULT, M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

GILLIGAN, C., 1982, *In a Different Voice*, Cambridge (Mass), Harvard University Press.

GORNICK, V., MORAN, V, 1971, *Women in a Sexist Society*, New York, Basic Books.

GREER, G., 1970, *La femme eunuque*, Robert Laffont, Paris.

GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L., 1981, *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Stanké, 150 p.

GUYON, L., 1990, *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec, Les Publications du Québec.

HITE, S., 1976, *Le rapport Hite*, Paris, Laffont.

ILFELD, F.W., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, n° 39, 1215-1228.

ILLICH, I., 1975, *Némésis médicale*, Paris, Seuil,

JEAN, M., 1974, *Québécoises du 20e siècle*, Montréal, Le Jour.

LAING, R., 1967, *La politique de l'expérience*, Paris, 1969.

LAING, R. et ESTERSON, A., 1964, 1967, *L'équilibre mental, la folie et la famille*, Paris, 1971.

MASTER, W.H., JOHNSON, V.E., 1966, *Les réactions sexuelles*, Paris, Laffont, 1973.

MILLETT, K., 1969, *La politique du mâle*, Paris, Stock, 1971.

MILLETT, K., 1975, *En Vol*, Stock, 1971.

MORGAN, R., 1970, *Sisterhood is Powerfull*, New York, Random House,

NADEAU, L., 1989, L'étiologie sociale des problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'impact des difficultés de vie, *La Revue de l'alcoolisme*, *34*, 4, 245-262.

NADEAU, L., 1990, Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs, *La Revue canadienne des sciences du comportement*, (sous presse)

RICH, A., 1976, *Of Woman Born*, New York, Norton.

RICH, A., 1978, Disloyal to Civilization : Feminism, racism, gynephobia, *in On Lies, Secrets and Silence*, New York, Norton, 275-310.

Santé Québec, 1988, *« Et la santé, ça va ? »*, Québec, Les Publications du Québec.

SATTEL, J.W., 1979, *Male Inexpressiveness and Power*, Exposé à la Society for the Study of Social Problems, Boston.

SIMARD, R., 1981, Les femmes et la santé mentale : un vrai discours de folle in L., Guyon, R., Simard, L., Nadeau, Eds, *« Va te faire soigner, t'es malade ! »*, Montréal, Stanké, 55-59.

SZASZ, T., 1970, *Fabriquer la folie*, Paris, Payot, 1976.