

DES FEMMES PARLENT  
DE  
LEUR SANTÉ MENTALE  
AU MITAN DE LA VIE  
ET  
À LA MÉNOPAUSE

Étude exploratoire  
de besoins  
chez 12 femmes de 45 à 54 ans  
du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT FINAL

**Marjolaine Péloquin**

Recherche ayant bénéficié d'une subvention conjointe du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans le cadre d'un programme de subventions en santé publique

**Rimouski, mars 2009**



**SANTÉ MENTALE DES FEMMES AU MITAN DE LA VIE ET À LA MÉNOPAUSE  
RAPPORT FINAL**

**TABLE DES MATIÈRES**

Remerciements .....	1
Avant-propos et sommaire .....	3
<b>1. PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES</b>	
1.1 La fragilité psychologique de plusieurs femmes au mitan et à la ménopause.....	17
1.2 La recherche sur la santé mentale des femmes au mitan et à la ménopause.....	37
1.3 Objectifs de recherche.....	52
1.4 Perspectives théoriques et principaux concepts.....	53
<b>2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE</b>	
2.1 Choix de l'approche méthodologique .....	81
2.2 Choix des personnes à l'étude.....	83
2.3 Recrutement des participantes .....	87
2.4 Instruments de collecte.....	91
2.5 Déroulement de la recherche .....	96
2.6 Technique d'analyse privilégiée .....	97
2.7 Limites .....	102
<b>3. ANALYSE ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DES 12 QUESTIONNAIRES</b>	
3.1 Profil des 12 participantes .....	107
3.2 Portrait des principaux changements du mitan pour les 12 participantes.....	111
3.3 Portrait des principales difficultés psychologiques du mitan pour les 12 participantes .....	142
3.4 Portrait des principaux besoins d'intervention et de ressources pour les 12 participantes .....	191
<b>4. ANALYSE EN PROFONDEUR DES RÉSULTATS DE 7 ENTREVUES</b>	
4.1 Profil de 7 participantes .....	230
4.2 Principaux changements événementiels vécus par 7 participantes .....	233
4.3 Principales difficultés vécues par 7 participantes : leurs histoires de vie .....	248
4.4 Principaux besoins cognitifs, affectifs et spirituels de 7 participantes.....	295
<b>5. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS.</b>	
5.1 Vue d'ensemble des résultats.....	402
5.2 Discussion des résultats.....	428
5.3 Recommandations .....	456
Conclusion .....	467
Bibliographie .....	477
<b>Annexe : Liste résumée des 17 thématiques des 52 tableaux (données des 12 entrevues)</b>	
<b>Annexe au rapport final instruments de collecte</b>	

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

**Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette**

150, avenue Rouleau  
Rimouski (Québec) G5L 5T1  
Téléphone : 418 723-7851  
Télécopieur : 418 724-8632

**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

288, rue Pierre-Saindon  
Rimouski (Québec) G5L 9A8  
Téléphone 418 724-5231  
Télécopieur : 418 723-1597  
[www.agencesssbsl.gouv.qc.ca](http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca)

**Mars 2009**

**Révisé en novembre 2011**

**Auteur : Marjolaine Péloquin**

**Dépôt légal**

ISBN 978-2-923362-16-8  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009  
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

## Remerciements

Je remercie les personnes et les organismes du Bas Saint-Laurent qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche :

- les 12 femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire et de participer à une entrevue individuelle sur les territoires de Rimouski-Neigette, de Kamouraska et du Témiscouata;

- les six intervenantes du réseau de la santé et du réseau communautaire qui, à titre d'informatrices-clés, ont accepté de répondre au questionnaire et de participer à une entrevue individuelle sur ces mêmes territoires;

- le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent qui ont accordé la subvention de 42, 500 \$ ainsi que la Direction de la santé publique, plus particulièrement Lucie Chénard et Marie-Josée Papillon qui ont accompagné la mise en forme du projet à ses débuts et Jean-Pierre St-Cyr qui a assuré le suivi comme responsable du programme de subvention;

- le CLSC Rimouski-Neigette, responsable de l'administration du projet, et tout particulièrement les directrices et directeurs successifs du service de la santé mentale des adultes : Gérald Babin, Sylvie Sarrasin, France Lambert et Roland Gingras;

- le Comité de suivi de la recherche qui a été plus particulièrement présent lors des premières étapes: Sylvie Sarrasin du CLSC Rimouski-Neigette, Dre Renée Roussel du Réseau Santé Kamouraska et Nikole Dubois d'Antidote-Monde dans le Témiscouata;

- les équipes d'intervenantes et d'intervenants en santé mentale dans les CLSC de Rimouski-Neigette, de Kamouraska et du Témiscouata qui ont joué un rôle indispensable dans le recrutement des participantes;

- les professeurs-chercheurs en Sciences de l'Éducation à l'UQAR qui ont été consultés au niveau méthodologique à différents moments du parcours: Raynald Horth, Carol Landry et tout particulièrement Frédéric Deschenaux;
- Sylvie Sarrasin et Roland Gingras, membres de l'équipe actuelle de direction du CSSS de Rimouski-Neigette, de même que Suzelle Lambert, responsable du Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL, qui ont été consulté(e)s lors de l'élaboration des recommandations;
- les groupes de femmes qui ont collaboré à divers titres : La Maison des femmes de Rimouski, Antidote-Monde de Cabano et le Centre-Femmes La Passerelle du Kamouraska ainsi que la Table de concertation des groupes de femmes du BSL et le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes de l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL;
- Louise Tremblay et Nathalie Bérubé de l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL, Monique Bellavance et Nicole Goulet du Conseil du Statut de la Femme du BSL et Micheline Bonneau de l'UQAR pour leur aide ponctuelle;
- Justine Dubé pour la mise en page du questionnaire et le traitement des *verbatim* des entrevues, Sylvie Ouellet pour la mise en page du rapport et Diane Meunier pour son impression finale;
- Jacques Thériault pour son soutien et sa solidarité durant toutes les années de réalisation de ce projet de recherche.

Marjolaine Péloquin, responsable de la recherche,

Rimouski, 19 mars 2009.

## AVANT-PROPOS ET SOMMAIRE

Cette recherche donne la parole à 12 femmes de 45 à 54 ans qui vivent dans différents milieux de la région du Bas-Saint-Laurent et sur trois de ses territoires : Rimouski, Kamouraska, Témiscouata. Elle vise à identifier leurs principaux besoins de santé mentale à l'étape du mitan de la vie<sup>1</sup> et à la période de ménopause dans le but d'améliorer l'intervention en santé, particulièrement en santé mentale, auprès des femmes de ce groupe d'âge.

Ce rapport de recherche est l'aboutissement d'une intervention de formation qui s'est déroulée à Rimouski et à Mont-Joli durant les années 90. De 1994 à 1998 inclusivement, Marjolaine Péloquin a dispensé des cours, des conférences et des ateliers sur la santé des femmes au mitan de la vie. Durant cette période, elle a aussi collaboré à la Revue *Une véritable amie*, au Comité Ménopause du Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes (RQASF), et, notamment, au document *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie* (2004) publié par le RQASF.

La présente étude origine donc d'une action sur le terrain et a été conçue comme un outil pour l'action. De 1998 à 2000, Marjolaine Péloquin effectuait plusieurs démarches afin de sensibiliser notre milieu à la nécessité de répondre aux besoins d'information et de soutien perçus dans sa pratique chez plusieurs femmes qui vivent l'étape du mitan de la vie et la période de la ménopause. Ces démarches lui démontraient que les problématiques du mitan de la vie et de la ménopause étaient méconnues non seulement dans la population féminine mais

---

<sup>1</sup> La période du mitan de la vie est comprise entre l'âge de 35 ans et l'âge de 60 ou 65 ans, dépendamment des auteur(e)s. Pour la présente recherche, nous convenons que cette période recouvre la période de 35 à 65 ans.

aussi chez les intervenantes et les intervenants du réseau institutionnel de la santé et des réseaux communautaire et féministe. C'est ainsi que s'est imposée à la formatrice et chercheure la nécessité de documenter ce dossier, première étape incontournable avant de penser à une stratégie d'intervention mieux adaptée aux besoins spécifiques de ce groupe de femmes.

Après avoir franchi différentes étapes d'élaboration, de précision et de consultation, ce projet de recherche sur la santé mentale des femmes au mitan de la vie était accepté par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les premiers travaux se sont mis en branle en janvier 2002. Lors de l'étape de la préparation du projet de recherche, Marjolaine Péloquin a obtenu la collaboration de Gérald Babin, alors directeur des programmes aux adultes au CLSC Rimouski-Neigette, de Marie-Josée Papillon, de la Direction de la Santé publique du Bas-Saint-Laurent, de D<sup>re</sup> Renée Roussel du Kamouraska, membre du Comité de concertation en santé mentale du KRTB, et enfin de Nikole Dubois, conceptrice et coordonnatrice d'Antidote Monde au Témiscouata.

C'est en concertation avec cette équipe régionale qu'il a été décidé de consacrer ce projet d'étude aux besoins de santé **mentale** des femmes de 45 à 54 ans, qui étaient, à ce moment-là et au Québec en particulier, fort peu documentés en regard de la problématique du mitan de la vie et de la ménopause. En outre, ce choix s'appuyait sur un constat réalisé auprès des femmes de ce groupe d'âge côtoyées dans nos pratiques sur le terrain : les difficultés de santé éprouvées par les femmes de 45 à 54 ans en péri-ménopause semblaient non seulement tributaires de l'ensemble de la problématique du mitan de la vie mais ces difficultés, et par conséquent les besoins qui en



découlaient, paraissaient plus alarmants du côté de leur santé mentale.

Ces dernières observations ont été validées par les plus récentes données d'enquête dont fait état la problématique (chapitre1), notamment le taux élevé de la détresse psychologique manifesté par les femmes d'âge moyen en période de ménopause, – qui se rapproche de celui des jeunes femmes de 15 à 24 ans – de même que le taux *trois* fois plus élevé de dépression chez les femmes de 45 à 64 ans par rapport aux hommes du même âge et, enfin, le triste record du taux de suicide le plus élevé détenu par les femmes de 40 à 49 ans qui s'avère le plus élevé parmi tous les groupes d'âge de la population féminine québécoise et qui, **proportionnellement**, est également plus élevé que celui des hommes québécois dans le groupe plus large des 30-49 ans.

Pourtant, malgré les recommandations du *Bilan 2002-2007 du MSSS «Au féminin...à l'écoute de nos besoins»*, à savoir qu'il serait pertinent de désigner la population des femmes de 30 à 49 ans comme étant à risque de passage à l'acte suicidaire et d'en tenir compte lors de la mise en place d'activités liées au Plan d'action en santé mentale, aucune action préventive particulière n'existerait actuellement pour faire face à la problématique spécifique de la santé mentale dans cette population féminine des 30-49 ans, plus particulièrement chez les 40-49 ans<sup>2</sup>. Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* de même que dans le *Plan d'action 2003-2008 La stratégie québécoise d'action face au suicide «S'entraider pour la vie»*, cette catégorie de femmes n'est pas identifiée parmi les personnes à risque suicidaire élevé.

Remarquons au passage que le taux de suicide chez les aîné(e)s de notre région est le second plus

---

<sup>2</sup> Le soutien financier de \$400, 000 accordé le 10 septembre 2008 par le gouvernement québécois - le Ministère des Aînés - à l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP) pour un projet de prévention du suicide est destiné à la clientèle des 50 à 64 ans.

élevé au Québec, une autre donnée qui, à elle seule, justifierait la mise en place de mesures concrètes de prévention chez les femmes d'âge moyen du Bas-Saint-Laurent qui feront partie de la majorité de la population des aîné(e)s dans un avenir rapproché.

Les recommandations présentées à la fin de ce rapport de recherche – discutées en février 2009 avec Sylvie Sarrasin et Roland Gingras, membres de l'équipe de direction du CSSS Rimouski-Neigette, et Suzelle Lambert, de la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent - indiquent des pistes de recherche et d'intervention susceptibles de pallier aux lacunes et aux besoins que cette étude a identifiés en regard de la santé physique et plus particulièrement du bien-être psychologique des femmes d'âge moyen de notre région.

Enfin, parmi les nombreuses raisons qui incitaient à documenter la situation et les besoins de santé mentale des femmes au mitan de la vie et à la ménopause, figurait aussi le fait que la problématique du mitan de la vie ne semblait pas avoir été identifiée, dans les politiques gouvernementales, comme une problématique importante de santé mentale. En effet, lors de la préparation de ce projet de recherche, il a semblé non seulement que le vécu spécifique des femmes était encore insuffisamment pris en compte dans les services de santé mentale québécois mais aussi que la nouveauté de la recherche sur le mitan de la vie et le fait que ses résultats n'étaient pas encore beaucoup diffusés dans les divers lieux d'intervention étaient des raisons supplémentaires pour justifier la décision d'aller explorer cette question.

Le domaine de la recherche sur la santé des femmes (et des hommes) au mitan de la vie, - c'est à dire de 35 à 65 ans - est, effectivement, encore peu investigué de façon spécifique dans les

milieux de la santé où, jusqu'ici, la recherche et l'intervention se sont surtout concentrées sur les périodes de l'enfance, de l'adolescence et de la vieillesse. À la fin des années 90 et au début des années 2000 au Québec, on ne disposait donc que de très peu de données quantitatives et qualitatives sur les femmes d'âge moyen en période de ménopause.

Qu'en est-il à ce sujet au début de 2009 au moment du dépôt de ce rapport? Après une brève revue de littérature, il semble qu'aucune recherche scientifique québécoise ne se soit encore penchée sur le vécu psychologique des femmes au mitan de la vie et à la ménopause et n'ait recueilli la parole des principales concernées à ce sujet. De manière générale, la problématique du mitan de la vie continue d'être mal connue, voire ignorée, dans les services de santé mentale en regard de la santé des adultes, tout particulièrement pour les femmes de 45 à 54 ans qui traversent la période de la ménopause.

Force est donc de constater que les raisons qui ont justifié de documenter cette problématique - en la reliant à celle de la santé mentale - n'ont pas manqué et que la nécessité de ce travail exploratoire reste actuelle en 2009.

Voici le sommaire du présent rapport.

La problématique (chapitre 1) débute avec un portrait statistique qui illustre certains aspects préoccupants de la santé psychologique d'un nombre important de Québécoises – plus particulièrement dans le Bas-Saint-Laurent - qui traversent le mitan de la vie et la transition ménopausique. Elle fait ensuite état des lacunes de la recherche et de la nécessité de situer et de documenter la santé psychologique des femmes à la ménopause à partir de leur parole et de leur

vécu et en lien avec la problématique du mitan. Cet état de la question débouche sur les objectifs de la recherche : **dresser un portrait de situation et identifier les principaux besoins de santé mentale de femmes de 45-54 ans qui vivent l'étape du mitan de la vie durant la période de la ménopause.** Les perspectives théoriques et les principaux concepts sont présentés de manière synthétique à partir d'un document plus élaboré réalisé par la chercheuse à l'été 2002 et qui avait été présenté aux membres du Comité de suivi de la recherche<sup>3</sup>. Y sont décrites les principales balises conceptuelles de la santé et de la santé mentale développées notamment par l'approche féministe dont la pertinence en sciences sociales n'est plus à prouver.

La recherche féministe contemporaine a démontré à quel point la santé et la notion de santé sont «genrées» ou profondément marquées par les différences selon le genre ou le sexe. L'approche de genre ou l'analyse différenciée selon les sexes est adoptée depuis 1997 par le gouvernement québécois et se propose de tenir compte de la spécificité des sexes dans les analyses, tant en santé que dans d'autres domaines.

Comme le souligne Karen R. Grant (2002), «il existe de nombreuses recherches qui démontrent l'importance des sexes comme un déterminant de la santé»<sup>4</sup>. Cela signifie que dans la perspective féministe, les expériences de santé de même que la notion de santé reflètent les rapports sociaux de sexe ou de genre ainsi que les normes androcentriques<sup>5</sup> présentes dans la société contemporaine. En outre, comme le remarquent Poupart et al (1998), la recherche

---

<sup>3</sup> Ce Comité était alors composé de Sylvie Sarrasin, directrice de la santé mentale des adultes du CLSC Rimouski-Neigette à cette époque, Dre Renée Roussel du Réseau Santé Kamouraska et Nikole Dubois d'Antidote-Monde dans le Témiscouata.

<sup>4</sup> Grant (2002) renvoie à : L.Doyal, «Gender equity in health : Debates and dilemmas» dans *Social Science and Medicine*, 2000, vol 51, p. 931-939; «Sex, gender and health: The need for a new approach», dans *British Medical Journal*, 2001, vol. 323, p. 1061-1063.

<sup>5</sup> Michèle Ollivier et Manon Tremblay (2000) ont défini et décrit l'androcentrisme en sciences humaines et sociales.

féministe «oblige à tenir compte de situations longtemps occultées, comme la division sociale entre les sexes, la violence faite aux femmes, le sexisme et le travail invisible des femmes comme aidantes» auxquelles nous pourrions ajouter le travail invisible de la production domestique dans le cadre du couple et de la famille.

Du point de vue de la stratégie méthodologique (chapitre 2), cette recherche est exploratoire et utilise une approche qualitative et féministe. La démarche scientifique de la recherche se situe donc dans le paradigme interprétatif et la méthodologie qualitative. L'enquête a été réalisée avec un échantillon composé de 12 femmes répondant à trois critères principaux : avoir entre 45 et 54 ans inclusivement, être pré-ménopausée ou ménopausée depuis un an et plus, avoir connu, dans les cinq à dix dernières années, au moins une des difficultés de santé mentale suivantes : détresse psychologique, dépression (dépression majeure), dépendance (soit aux tranquillisants soit à l'alcool).

La collecte de données auprès des 12 femmes sélectionnées a été effectuée au printemps et à l'été 2003 au moyen d'un questionnaire et d'une entrevue semi-structurée respectivement d'une durée de deux heures. Le contenu des outils de cueillette était extrêmement dense, quantitativement et qualitativement, exigeant des participantes qu'elles réfléchissent sur toute leur histoire de vie, à partir des ancrages thématiques situées dans la période du mitan.

Les canevas du questionnaire et de l'entrevue abordaient les thèmes suivants<sup>6</sup> :

- 1- Conceptions du mitan et de la ménopause<sup>7</sup>.
- 2- Changements du mitan.
- 3- Difficultés psychologiques du mitan.
- 4- Situations difficiles reliées aux changements du mitan.
- 5- Besoins personnels (cognitifs, affectifs, spirituels) et besoins collectifs d'interventions et de ressources.

Les instruments de cueillette ont été bâtis à partir de points de repères conceptuels intégrant trois perspectives de la santé : féministe, holistique/globale/systémique<sup>8</sup> et andragogique (dans une vision de l'éducation des adultes). Il est important de mentionner que les perspectives théoriques de la recherche étant holistiques et globales, les difficultés et les besoins d'ordre physique et d'ordre social des femmes y sont aussi pris en compte pour comprendre leur santé mentale (individuelle) à l'étape du mitan. En outre, l'approche systémique permet de rendre compte des relations entre la santé des femmes et le contexte historique, social et culturel du Québec contemporain et elle se préoccupe de la santé sociale.

Dans une recherche qualitative, la taille de l'échantillon perd de son importance. Comme le dit Louise Blais (1998) : «On ne cherche pas à étendre des données à l'ensemble de la population, mais à voir, à travers des voix individuelles, ce qui se dit sur le champ social» à propos d'une

---

<sup>6</sup> Il est peut-être utile de préciser que les canevas du questionnaire et de l'entrevue abordaient des thèmes identiques que chacun ne traitait pas dans le même ordre; de plus, le thème de la dimension spirituelle a fait l'objet d'un thème à part dans le canevas d'entrevue.

<sup>7</sup> Les données recueillies sur cette thématique ne sont pas analysées dans le présent rapport pour les raisons expliquées au chapitre 2 en 2.5.

<sup>8</sup> Les perspectives holistique/globale/systémique de la santé et de la santé mentale sont parfois confondues. Voir les explications dans la section 1.4 du chapitre 1.

problématique donnée. Pour satisfaire aux objectifs, nous avons sélectionné un échantillon de 12 femmes qui soit le plus diversifié possible. Bien que la représentativité statistique ne soit pas pertinente en recherche qualitative où il s'agit plutôt de représenter une diversité de situations en regard de l'objet d'étude, nous avons pu constater que le groupe de femmes retenues était assez représentatif de l'ensemble de la population féminine régionale. Mais il faut se garder d'interpréter les résultats de cette recherche dans une logique quantitative : ils indiquent des tendances et permettent d'entendre ce qui se vit et se dit chez les Bas-laurentiennes à propos des difficultés et des besoins de santé mentale au mitan et à la ménopause. Ce que notre étude se proposait avant tout, c'était de permettre à des femmes d'exprimer leurs opinions et de communiquer leurs expériences vécues du mitan de la vie et de la ménopause.

L'approche féministe s'est concrétisée dans notre démarche de différentes façons. Elle s'est d'abord exprimée à travers un choix de thèmes effectué à partir de constats réalisés dans notre pratique, sur le terrain, à partir, donc, d'une vision et d'une expérience fondées sur celles des femmes, et non sur l'approche d'experts, médicaux ou autres. Si des points de repères conceptuels provisoires étaient présents en amont de la recherche, il s'agissait principalement de balises féministes vérifiées par des recherches *pour* et *avec* des femmes. D'autres balises – notamment pour une définition des notions de détresse, de dépression et de dépendance – utilisées dans le réseau de la santé et appartenant à l'approche systémique (holiste et globale) ont servi de repères conceptuels à l'étape du recrutement. Mais toutes ces balises étaient constamment remises en question en fonction de la parole des 12 femmes bas-laurentiennes rencontrées : elles éclairaient leur parole mais ne s'y substituaient pas. L'approche féministe s'est non seulement concrétisée dans la confection des outils mais aussi dans l'organisation de la

recherche, dans la cueillette d'information et, bien sûr, dans l'analyse et dans la discussion des résultats.

L'organisation de la recherche s'est déroulée dans le respect des normes éthiques propres à la recherche qualitative féministe, qui ont d'ailleurs entraîné une modification de la stratégie méthodologique de départ, comme il est expliqué au chapitre 2. Par ailleurs, la recherche s'est appuyée sur la perception des femmes quant à leur santé et non sur des diagnostics médicaux. Il s'agissait pour nous de connaître la réalité des femmes telle qu'elles-mêmes l'avaient perçue et vécue et non telle qu'elle avait été interprétée par des experts.

Dans la cueillette d'information, la chercheuse n'a donc pas voulu jouer le rôle d'experte froide et distanciée; elle s'est située dans une écoute empathique, solidaire et égalitaire avec les femmes participantes. Comme l'expliquent Michèle Ollivier et Manon Tremblay (2000), l'approche féministe en recherche est soucieuse de concilier les dimensions de l'objectivité et de la subjectivité, sollicite l'engagement de la chercheuse et se veut créatrice d'*empowerment* pour les femmes participantes; cette approche refuse notamment des façons de faire qui risquent de maintenir les femmes dans le silence, l'isolement et la dévalorisation, bref «de reproduire vis à vis des femmes des rapports inégalitaires» (Bouchard, 1986) et, de cette façon, de gommer leur perception de la réalité.

Les outils de cueillette ont été conçus et l'entrevue a été menée de manière à ce que la participante acquiert une conscience de ses forces et de ses ressources et qu'elle en retire une valorisation de son expérience ainsi que des outils d'*empowerment*. La force de changement



contenue dans ce type d'approche alliée à une écoute empathique ont permis aux femmes qui ont participé à notre étude non seulement de réaliser un bilan riche et éclairant de leur vie mais aussi de vivre une expérience valorisante. Toutes les participantes sans exception ont confié à la chercheuse que l'expérience du questionnaire et de l'entrevue les avait enrichies et leur avait donné des outils pour mieux se connaître et pour faire le point sur leur vie. Bien que ces femmes venaient de parler des plus grandes épreuves de leur vie, nous observions qu'elles sortaient de l'entrevue dans un état psychologique extrêmement positif. Cet extrait du Bilan des entrevues, effectuée par la chercheuse dans son journal de bord, le 4 juillet 2003, en témoigne :

Ce qui m'a frappée, c'est que les femmes sortaient de l'entrevue «peppées» et avec le sourire. Elles étaient surprises. Elles ne s'attendaient pas à ça, disaient-elles. Elles ne s'attendaient pas à parler de leur «vraie» vie concrète, de leur «vrai» vécu. Elles s'attendaient à des choses «mentales», «intellectuelles», «abstraites». L'une a même dit que nos deux rencontres lui avaient plus apporté qu'un an de psychothérapie. Elles ont aimé être valorisées, validées et que nous parlions de leurs forces et de leurs ressources.

En outre, toutes les participantes avaient aussi pris conscience qu'il était important pour elles de participer à cette recherche : elles espéraient contribuer ainsi à d'éventuelles retombées positives de cette recherche pour les femmes qui traversent l'étape du mitan et la période de la ménopause.

Quant à l'analyse des données, elle a été effectuée avec beaucoup de rigueur et de respect afin que tout, dans la parole de ces femmes, les convergences comme les divergences, les points de vue majoritaires, minoritaires et unanimes, soient pris en compte et que l'étude puisse inclure de nouvelles catégories ou de nouveaux thèmes émergents. Les seules limites ont été celles qu'ont imposées le territoire de recherche, l'échéancier de travail et le fait que la chercheuse était seule pour analyser une très grande abondance de données. Car, on l'aura compris, il s'agit d'une étude réalisée par une seule personne, avec des moyens modestes, sur la base d'un engagement social

et en majeure partie bénévole, ce qui explique ses longs délais de réalisation et le fait qu'une certaine portion du matériel recueilli n'a pu être analysée.<sup>9</sup>

Les chapitres 3 et 4 présentent et analysent les résultats des questionnaires et des entrevues en fonction des objectifs généraux et spécifiques de la recherche. Ces étapes furent les plus longues et les plus fastidieuses. Les contenus extrêmement étoffés des questionnaires auxquels avaient répondu les 12 participantes ont été dépouillés de manière exhaustive et méticuleuse. Les résultats ont été consignés à l'intérieur de 17 thématiques (voir la liste résumée en annexe) et de 52 tableaux dont quelques-uns seulement ont pu être inclus dans le présent rapport. Les 12 entrevues ont été enregistrées et transcrites telles quelles (846 pages de *verbatim*) pour être ensuite analysées de manière manuelle, c'est-à-dire sans l'aide de logiciel : sept d'entre elles ont été analysées au peigne fin jusqu'à saturation des résultats. Le fait que la recherche était réalisée par la même personne et sans intervention de l'extérieur à toutes les étapes assurait une continuité et une cohérence dont peu de recherches peuvent bénéficier, bien que cette façon de procéder ait exigé de la chercheuse une disponibilité de temps et une somme de travail considérables.

Le rapport se termine avec l'interprétation des résultats (chapitre 5) où sont résumés et commentés les principaux résultats de la recherche. C'est à partir de la parole des femmes sondées que sont tirés les constats les plus importants de cette étude et que nous avons pu éclairer la problématique de la santé mentale au milieu de la vie du point de vue de femmes québécoises. Des recommandations en découlent, et ce, non seulement en regard de recherches à effectuer mais aussi en regard d'interventions et de ressources à adapter ou à créer sur le terrain.

---

<sup>9</sup> On trouvera plus de précisions au chapitre 2.

Malgré ses limites, cette étude souhaite apporter aux milieux d'intervention du domaine de la santé, autant dans notre région qu'au Québec, un éclairage inédit sur les difficultés spécifiques de santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause. À notre connaissance, comme il a déjà été dit, c'est la première fois au Québec qu'est identifiée et documentée de façon explicite la problématique du mitan de la vie en tant que problématique importante lorsqu'on veut comprendre la santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause. C'est aussi, à notre connaissance, l'une des rares recherches québécoises qui donne la parole aux femmes d'âge moyen sur leurs vécus du mitan et de la ménopause. Enfin, cette recherche se proposait aussi de pallier – dans sa modeste mesure - au manque de données québécoises actualisées concernant la santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause.

Les raisons d'être de ce document sont non seulement de donner la parole aux femmes de 45 à 54 ans mais aussi et surtout de faire en sorte que leurs besoins spécifiques au niveau de leur santé mentale soient entendus. Nous formulons l'espoir que ces besoins soient véritablement pris en compte dans l'avenir, autant dans les planifications, dans les services et dans les interventions du réseau institutionnel de la santé que dans les groupes de femmes. Il est à souhaiter que cette première documentation - exploratoire - d'une problématique et d'une population plutôt méconnues apporte des perspectives nouvelles et ouvre la voie à une démarche de réflexion plus approfondie et à des actions mieux adaptées et plus efficaces pour les femmes d'âge moyen au tournant de la ménopause.

Nous espérons enfin que ce rapport aura été fidèle à la parole de ces 12 femmes bas-laurentiennes qui nous ont accordé leur confiance en nous racontant des aspects intimes de leur vie à cette étape exigeante du développement adulte qu'on appelle le mitan. Nous leur redisons notre estime, notre solidarité et notre reconnaissance.

# **CHAPITRE 1**

## **PROBLÉMATIQUE**

# CHAPITRE 1

## PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre fait état de la problématique de la recherche et se divise en quatre grandes sections. Dans les deux premières, nous discutons d'une part de la fragilité psychologique de plusieurs femmes au mitan de la vie et à la ménopause et d'autre part de la recherche actuelle sur la santé mentale des femmes au mitan et à la ménopause. Dans les deux dernières sections, nous présentons les objectifs de notre étude de même que ses perspectives théoriques et ses principaux concepts.

### **1. PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES**

#### **1.1 LA FRAGILITÉ PSYCHOLOGIQUE DE PLUSIEURS FEMMES AU MITAN ET À LA MÉNopause**

Comme nous l'avons dit dans l'avant-propos, ce projet de recherche répond à un constat issu de notre pratique dans le domaine de la santé des femmes : une fragilité psychologique importante affecterait plusieurs femmes qui arrivent à l'âge de la maturité et ce, plus particulièrement durant la transition ménopausique, c'est-à-dire durant «la période où apparaissent les premiers signes précédant l'arrêt définitif des menstruations» (ESS98, 2001).

Nous verrons dans cette section que cette fragilité psychologique se traduit de différentes manières pour ces femmes : par un niveau élevé de détresse psychologique et notamment par la dépendance aux médicaments psychotropes et à l'alcool, par la dépression et par le suicide.

### 1.1.1 LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

#### . La détresse psychologique au mitan de la vie et à la ménopause: des données québécoises lacunaires

Dans les milieux de la recherche sur la santé mentale des femmes, le constat de la fragilité psychologique de plusieurs femmes qui arrivent à l'âge de la maturité et à la ménopause n'étonne pas : on sait que l'ensemble des femmes adultes dans les différents groupes d'âge présenteraient – par rapport aux hommes- «une plus grande fragilité face à la souffrance psychologique»(Guyon, 1991) et déclareraient «une fréquence plus élevée de problèmes d'ordre psychologique»(Guyon, 1996). Fragilité psychologique se traduisant par «de la difficulté à vivre et à fonctionner»(Guyon,1996) qu'indique *l'échelle de détresse psychologique*<sup>1</sup>, un indicateur de santé mentale privilégié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Grâce à l'enquête Santé Québec de 1987, on sait que la grande majorité des femmes qui sont dans la période de la ménopause, c'est-à-dire 71% d'entre elles, ont entre 45 et 54 ans.

En 1998, on estimait<sup>4</sup> à 208,053 le nombre de Québécoises âgées de 45 à 54 ans c'est à dire 7,4 % de la population féminine totale du Québec, une augmentation de 0,5% depuis 1996 où on en comptait 6,9%. En 1998, la proportion de femmes déclarant traverser la période de la ménopause ou être déjà ménopausées était d'environ 34 % chez les 45-49 ans et de 81% chez les 50-64 ans (Fournier, 2005). Toujours en 1998, selon Fournier (2005) :

un peu plus d'une femme sur quatre (29%) de 15 ans et plus affirme traverser la période de la ménopause ou encore être déjà ménopausée tandis que 4,7% déclarent ne pas savoir si oui ou non elles se trouvent dans l'une ou l'autre de ces situations (...). Chez les 45 à 64 ans, les deux tiers (66%) répondent affirmativement. Cette proportion diminue chez les femmes plus âgées (57%), alors qu'on se serait plutôt attendu à une augmentation. On peut émettre l'hypothèse que les manifestations ou les symptômes de la transition ménopausique ayant disparu, une partie des femmes de 65 ans et plus ne se considèrent plus ménopausées.

<sup>1</sup> Voir la définition dans la section 1.4 intitulée «Perspectives théoriques et principaux concepts».

<sup>4</sup> Les compilations qui suivent ont été obtenues à partir des données démographiques de Statistiques Canada et de l'Institut de la statistique du Québec disponibles sur internet.

En 2001, le nombre des femmes québécoises de 45 à 54 ans était de 565, 740, c'est à dire 18, 2% des femmes de 15 ans et plus. Cette population féminine de 45 à 54 ans augmente progressivement au Québec : en 2007, c'était 19% (625, 471) des femmes de 15 ans et plus, soit tout près d'une Québécoise adulte sur cinq. À noter que dans l'ensemble de la population québécoise de même que dans la population féminine totale du Québec, les femmes de 45 à 54 ans forment le groupe d'âge le plus important en nombre et près des trois quarts d'entre elles vivent la transition ménopausique.

L'enquête Santé Québec de 1987, la plus récente qui fournisse des données fiables quant au statut ménopausique,<sup>2</sup> révèle que les femmes au mitan de la vie en période de ménopause, c'est à dire celles qui sont âgées de 45 à 54 ans, sont plus nombreuses (32, 3%) que les autres femmes du même âge (22,8%), dans un écart de près de 10%, à présenter un indice élevé de détresse psychologique.

Si, en 1987, les femmes de 45-54 ans en période de ménopause sont dans une proportion de 9,5% plus nombreuses que les femmes du même âge à présenter un indice élevé de détresse psychologique, il est permis de supposer que cette proportion serait la même en 1992-1993 et en 1998. En faisant une projection hypothétique<sup>3</sup> de cet écart de 9,5% sur les chiffres de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993, on pourrait avancer, de façon approximative, qu'une proportion de 35,9% des femmes de 45 à 54 ans en période de ménopause présenteraient un indice élevé de détresse psychologique se rapprochant ainsi du sommet de 40% obtenu en 1992-93 par les jeunes

---

<sup>2</sup> En effet, il est impossible de suivre l'évolution de cette situation depuis 1987 : dans l'enquête Santé Québec de 92-93, aucune question spécifique n'a été posée sur la ménopause (Guyon, 1996) et dans celle de 1998, on n'a pas le même libellé de la question (sur la ménopause), ce qui ne permet pas d'avoir une information précise et comparable, selon la responsable de la question Lise Dunnigan (ESS98, 2001, p236) avec qui nous avons eu un entretien téléphonique à ce sujet. Il faut donc s'appuyer sur les chiffres de Santé Québec de 1987 pour obtenir certaines caractéristiques de santé des femmes (dont la détresse psychologique) selon leur statut ménopausique. Précisons que la question posée en 1987 était : « Traversez-vous présentement votre ménopause? ». Voir nos recommandations au chapitre 5.

<sup>3</sup>Cette projection hypothétique semble sérieuse car, pour les femmes de 45-64 ans, la détresse psychologique va en augmentant de 1987 à 1992-93, passant de 22,2% à 26,4%.

femmes de 15 à 24 ans. En effectuant le même exercice pour les chiffres de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (2<sup>e</sup> édition 2001) où les femmes de 45-64 ans sont dans une proportion de 21,5% à présenter un indice élevé de détresse, on obtiendrait (21,5% + 9,5%) un pourcentage de 31 % de femmes de 45 à 54 ans en période de ménopause qui présenteraient un indice élevé de détresse psychologique, ce qui se rapproche encore plus du score (33,5%) obtenu en 1998 par les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Il s'agit ici bien sûr d'une projection hypothétique. Nous espérons que des enquêtes futures permettront de savoir s'il s'agit de faits avérés.

Étant donné l'importance numérique et l'augmentation de cette population féminine de 45-54 ans qui se retrouvera dans la transition ménopausique dans les prochaines années au Québec, il serait en effet souhaitable que les futures enquêtes sociales et de santé du Québec permettent de connaître la situation réelle de la détresse psychologique chez les femmes de ce groupe d'âge qui traversent la ménopause<sup>10</sup>: il est permis de penser que cette population de femmes vit un niveau élevé de détresse psychologique que les instruments d'enquête subséquents à 1987 n'ont pas permis de mesurer. À première vue, il semblerait que les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) manifestent une symptomatologie de détresse significativement plus élevée que les autres groupes d'âge, – comme le note le Programme national de santé publique 2003-2012 (2003) - mais il faut y regarder de plus près : des extrapolations permettent en effet de croire que les femmes d'âge moyen (45-54 ans) qui sont en transition ménopausique, révèlent une symptomatologie de détresse se rapprochant de celle des jeunes femmes.

---

<sup>10</sup> C'était aussi la recommandation de Louise Guyon lors de la publication du livre *Derrières les apparences* (1996). La chercheuse écrivait (p.133) : «On ne peut que souhaiter voir cette question (*sur la ménopause*) reprise lors de l'enquête prévue en 1997, ce qui permettrait de suivre l'évolution de la situation depuis 1987».



## **. La population des femmes de 45 à 54 ans dans le Bas-Saint-Laurent et la détresse psychologique**

En 1996, 14,337 femmes bas-laurentiennes avaient entre 45 et 54 ans. En 2001, elles étaient 16,799, soit 19,3 % des femmes de 15 ans et plus et, en 2007, elles étaient 18,031, soit 20,6 % de la population féminine de 15 ans et plus de notre région, c'est-à-dire une femme adulte sur cinq. Les femmes de 45 à 54 ans sont donc proportionnellement un peu plus nombreuses dans le Bas-St-Laurent qu'au Québec et elles forment aussi, dans notre région, le groupe d'âge le plus important en nombre. À la fin des années 2000, on peut donc compter une Bas-Laurentienne adulte sur cinq qui appartient au groupe d'âge des 45-54 ans. Or, on sait que ces femmes du groupe d'âge 45-54 ans se situent dans la période où la ménopause se produit pour la très grande majorité (71%) d'entre elles.

Qu'en est-il des taux de détresse psychologique pour les femmes bas-laurentiennes qui traversent le milieu et la ménopause? L'enquête Santé Québec de 1987 ne permet pas d'identifier le score de détresse pour la tranche d'âge 45-54 ans dans le Bas-St-Laurent. En revanche, dans le groupe d'âge des 45-64 ans, on trouvait 32,1 % de femmes bas-laurentiennes présentant un indice élevé de détresse psychologique alors que pour la même catégorie, il était de 22,1 % au Québec, une différence de 10% (Santé Québec, 1987).

Il est loisible de penser que la situation est demeurée semblable en 2009 et que la symptomatologie de détresse est supérieure à la moyenne féminine québécoise dans la région bas-laurentienne, compte tenue de la situation socioéconomique<sup>5</sup> qui affecte notamment les femmes. En effet, l'on sait qu'en 1991, le revenu moyen total (13,864\$) et le revenu d'emploi

---

<sup>5</sup> Les chiffres qui suivent concernant les caractéristiques socioéconomiques sont tirés de deux sources : 1) Statistique Canada, Recensement de 1991 : compilations spéciales préparées pour le Conseil du statut de la femme, Bureau de la statistique du Québec, 1995. 2) Statistique Canada, Recensement de 2001 : compilations spéciales préparées pour le Conseil du statut de la femme, Institut de la statistique du Québec, 2003 et 2004.

moyen (15,131\$) des femmes de la région sont beaucoup plus faibles que dans l'ensemble du Québec, arrivant en 14<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> places parmi les régions du Québec.

En 2001, le revenu moyen total de la population des femmes du Bas-St-Laurent est de 17, 713\$ versus 21, 286\$ pour l'ensemble des Québécoises alors que, pour la même année, le revenu moyen d'emploi des femmes du Bas-St-Laurent est de \$19, 477 comparativement à 23, 282 \$ pour l'ensemble des Québécoises.

Dans la région du Bas-St-Laurent en 1991, le taux de participation au marché du travail des femmes âgées entre 45 et 54 ans est moins élevé que dans l'ensemble du Québec : 58,4% vs 65,2%; elles sont également plus nombreuses à connaître le chômage (14% vs 10,2%) et à travailler à temps partiel lorsqu'elles participent au marché du travail (26% vs 24%). En 2001, dans tous les groupes d'âge, les femmes de notre région sont plus nombreuses à travailler à temps partiel, dont le taux est de 30,2% versus 27, 9% pour les femmes du Québec.

Les données les plus récentes de l'Institut de la statistique du Québec, issues de Statistique Canada (recensement de 2001) et compilées pour le Conseil du statut de la femme (2004), indiquent ceci : à l'instar de l'ensemble de la population féminine adulte de la région, les taux d'activité et d'emploi des Bas-Laurentiennes de 45 ans et plus sont nettement inférieurs à ceux de la moyenne des Québécoises de 45 ans et plus et leur taux de chômage est significativement plus élevé. (Cf Tableau 1.1.1)

<b>Tableau 1.1.1</b>					
<b>Femmes 45 ans et plus au BSL (2001)</b>			<b>Femmes 45 ans et plus au Québec (2001)</b>		
<b>%</b>			<b>%</b>		
Activité	Emploi	Chômage	Activité	Emploi	Chômage
35,9%	32,2%	10,2%	39,7%	37,0%	6,6%

Enfin, en 1991, on retrouvait moins de femmes dans la région du Bas-Saint-Laurent à avoir fait des études post-secondaires ou à avoir obtenu un grade universitaire par rapport aux femmes du Québec : 30,1% comparativement à 36,8%. Il en était de même pour les femmes de 45 à 54 ans : 26,2% pour le Bas-Saint-Laurent comparativement à 33,2% pour le Québec. De plus, une proportion plus importante de femmes de cette tranche d'âge ont, dans notre région, comparativement à l'ensemble du Québec, moins de 9 années de scolarité : 30,3% vs 27,1%.

En 2001, moins de femmes du Bas-Saint-Laurent avaient fait des études post-secondaires (35,1%) ou obtenu un grade universitaire (8,8%) par rapport aux femmes du Québec où les pourcentages étaient de 36,7% et de 13,3%. Il en était de même pour les femmes de 45 à 54 ans : 33,9% avaient fait des études post-secondaires dans le Bas-St-Laurent comparativement à 35,5% pour l'ensemble des Québécoises; et 9,4% de Bas-laurentiennes avaient obtenu un grade universitaire versus 14,4% pour l'ensemble des Québécoises de 45 à 54 ans. Par ailleurs, si en 1991, il y avait une proportion plus importante de femmes de cette tranche d'âge ayant, dans notre région, moins de 9 années de scolarité comparativement à l'ensemble du Québec (30,3% versus 27,1%), les statistiques de 2001 nous révèlent que les proportions sont maintenant identiques : dans le Bas-St-Laurent comme au Québec, 10,5% des femmes de 45-54 ans ont moins d'une neuvième année de scolarité.

#### **. Les conditions de vie des femmes d'âge moyen et la détresse psychologique**

Comme l'affirme Louise Guyon (1996), la détresse des femmes augmente non seulement avec la période de la ménopause mais aussi avec la pauvreté : dans des conditions de pauvreté, la détresse passe d'un taux de 26,4% à un taux de 33,5% chez les femmes de 45 à 54 ans (Santé

Québec,1992-1993). Avec les femmes de ce groupe d'âge en situation de pauvreté<sup>6</sup>, on se trouve donc devant une population de femmes cumulant des facteurs de risques extrêmement élevés quant à la détresse psychologique.

Claire Fournier (2005) parle aussi de l'influence de certaines caractéristiques de l'environnement social sur l'augmentation de l'indice de détresse psychologique pour les femmes de 45 à 64 ans :

Comme pour l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus, un niveau élevé à l'indice de détresse touche davantage les femmes de cet âge qui déclarent ne pas avoir de conjoint à la maison (26%) ainsi que celles qui présentent un indice de soutien social de niveau faible (50%) comparativement aux autres femmes (20% et 15% respectivement). Il ressort également que, pour ce groupe d'âge, la présence d'insatisfaction quant à la vie sociale se conjugue la plupart du temps avec le fait de se classer au niveau élevé de l'indice de détresse (59%).

Ainsi, plusieurs conditions de vie contribuent à l'augmentation de la détresse psychologique des femmes, ces conditions frappant particulièrement les femmes d'âge moyen: la séparation ou le divorce, les incapacités physiques confinant à l'inactivité et la monoparentalité (Guyon, 1994,1991). Comme on le constatera aux chapitres 3 et 4, un grand nombre des changements vécus par les femmes au mitan de la vie sont des événements stressants ou des situations difficiles. D'ailleurs, en 1988, le rapport d'enquête de la Corporation des médecins du Québec sur la santé des québécoises de 45 à 54 ans faisait le constat suivant :

Devant le fait de vieillir, ce qui préoccupe la très grande majorité des femmes de 45 à 54 ans, c'est d'abord la mort de personnes qui sont chères et, pour celles qui sont concernées, c'est le départ des enfants de la maison. Pour deux femmes sur trois aussi, on se préoccupe du fait qu'en vieillissant le risque de maladie soit accru.

---

<sup>6</sup> «La pauvreté y est calculée en fonction des seuils de faible revenu de Statistique Canada, c'est-à-dire des niveaux de revenus bruts à partir desquels les dépenses de nourriture, logement et vêtements représentent une part disproportionnée des dépenses des ménages. L'enquête sociale et de santé présente, à son tour, un certain nombre d'indicateurs du niveau socio-économique de la population, dont un indice de la suffisance du revenu calculé à partir du revenu du ménage pondéré par le nombre de personnes qui en vivent.»(Guyon, 1996). Au Québec, la proportion des femmes de 45-64 ans vivant sous le seuil de faible revenu était de 20% en 1990 (De Koninck,2000).

En ce qui concerne le risque de maladie, on peut notamment retenir que c'est souvent à cette période de leur vie que plusieurs Québécoises sont hystérectomisées et/ou ovariectomisées. D'ailleurs, il faut savoir que dans la région du Bas-St-Laurent en 2004-2005-2006, 66% des femmes qui ont subi l'hystérectomie et/ou l'ovariectomie avaient moins de 50 ans<sup>11</sup>.

Cette étape de la maturité, aussi appelée étape du mitan de la vie, est donc une étape où les femmes expérimentent la maladie pour elle et pour des proches, ainsi que la mort d'êtres chers. C'est une étape où leur rôle traditionnel de soutien et d'«aidante naturelle» est particulièrement sollicité. D'après Marie Moisan (2000) du Conseil du statut de la femme, 70% à 80% du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie est assumé par des femmes (conjointes, filles ou belles-filles). Avec le virage ambulatoire, la consolidation des services à domicile aux personnes âgées, la transformation des services en santé mentale et les restrictions budgétaires dans le réseau de la santé que le Québec a connus, on peut penser que cette tendance s'est élargie aussi aux proches qui tombent malades et qu'elle ira en s'accroissant dans les années qui viennent. Certaines de ces femmes quitteront même leur emploi pour soutenir des personnes âgées ou malades qui bénéficiaient auparavant du soutien de l'État.

C'est aussi à cette étape du mitan de la vie que plusieurs femmes expérimentent une rupture conjugale. Maria De Konink(2000) rapporte que 30% des divorces au Québec sont vécus par des gens mariés depuis 20 ans et plus et rappelle avec justesse :

De telles circonstances peuvent déstabiliser non seulement sur le plan affectif, mais dans la mesure où il y a interdépendance entre le lien conjugal, les ressources financières et le statut social, elles peuvent avoir des effets sur les conditions de vie. De plus, selon les liens entre l'identité personnelle et sociale d'une femme et sa situation conjugale, la réaction sera plus ou moins marquée. Ajoutons que, lorsque cela se passe pendant la période pérимénopausique, qui exacerbe la conscience du vieillissement, la remise en cause peut être profonde.

---

<sup>11</sup> Si, dans notre région, plus des 2/3 des femmes hystérectomisées/ovariectomisées avaient moins de 50 ans, c'est le groupe des 40-49 ans qui détiennent le plus haut taux. Parmi les trois MRC de notre étude, c'est le Témiscouata qui compte le plus haut taux de femmes hystérectomisées/ovariectomisées. Ces statistiques ont été traitées et compilées aux fins de ce rapport par Nathalie Bérubé de l'Agence de la santé du BSL en octobre 2008.

Et c'est aussi à cette époque de leur vie que les femmes vivent le départ des enfants.

Or, ce que révèle l'enquête Santé Québec de 1987, c'est, comme le dit Guyon (1991), que «la souffrance des femmes est intimement associée aux liens qu'elles établissent avec les autres, et que, par ailleurs, la souffrance est plus durement ressentie lorsque ces liens se rompent ou lors d'un déséquilibre dans la vie affective.» Cela est particulièrement évident dans le cas des ruptures conjugales. L'enquête Santé Québec de 1987 révèle en effet «que les personnes séparées ou divorcées ont nettement plus de pensées suicidaires que les autres : chez elles, la prévalence au cours des douze derniers mois est de 8,3% comparativement à 2,7% chez les personnes vivant en couple» (Guyon, 1994). En 1998, les personnes veuves, séparées ou divorcées rapportent des idées suicidaires (4,6%) dans une proportion plus élevée que les Québécois mariés (1,8%) (ESS98, 2001). Quant aux suicides, les données les plus récentes (Ross et François, 2007) pour la période 2003-2005 indiquent que, **proportionnellement parlant**, les femmes veuves (8,5%), séparées ou divorcées (20,3%) se suicident davantage que les hommes veufs (5,1%), séparés ou divorcés (16,9%).

On connaît, par ailleurs, l'effet de certains événements stressants sur la santé mentale. Santé Québec 1987 a permis de recueillir de l'information sur huit événements stressants que la recherche scientifique a identifiés comme les plus déterminants pour la santé mentale. Le tableau suivant (1.1.2) indique le pourcentage de l'indice d'événements stressants pour les femmes et les hommes de 45 à 64 ans en 1987.

Événements stressants	Sexe	Indice - 45-64 ans	Indice - -Tous âges
Décès du conjoint	H	6,9	7,6
	F	7,5	
Malade au foyer	H	6,5	6,9
	F	7,5	
Maladie personnelle	H	7,3	6,8
	F	7,1	
Décès d'un proche	H	5,8	6,4
	F	6,8	
Divorce	H	5,7	6,3
	F	6,2	
Perte d'emploi	H	5,8	4,8
	F	5,0	
Déménagement	H	3,7	4,0
	F	4,3	
Retraite	H	3,3	2,4
	F	2,5	

Comme le remarque Guyon (1994) : «L'indice d'événements stressants augmente avec l'âge, la possibilité de connaître l'un de ces événements croissant évidemment avec le temps ». Dans les chapitres consacrés aux résultats de notre enquête, nous verrons comment la vie des femmes d'âge moyen est particulièrement féconde en événements générateurs de stress dont les effets de cumul ont une incidence considérable sur leur santé mentale.

On peut donc commencer à voir ce qui se profile derrière le niveau élevé de détresse psychologique de plusieurs femmes qui arrivent à l'étape de la maturité et à la période de la ménopause : difficultés de leur situation socioéconomique et de leurs conditions de vie - particulièrement chez les femmes du Bas-Saint-Laurent qui sont d'âge moyen - auxquelles viennent s'ajouter, parfois à répétition et de manière cumulative, de nombreux événements stressants caractéristiques du mitan. Tout cela forme le cocktail explosif du «tout à la fois en

même temps», phrase *leit-motiv* entendue souvent chez les femmes rencontrées dans notre recherche pour qui l'étape du mitan de la vie avait apporté plusieurs changements majeurs ou significatifs à l'intérieur d'une période de temps relativement courte.

Regardons maintenant comment la détresse psychologique peut s'exprimer chez certaines femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine : d'abord à travers la dépendance aux tranquillisants et à l'alcool, puis, à travers la dépression, et enfin, à travers le suicide.

### . **La consommation d'alcool et de tranquillisants et la détresse psychologique**

Les événements générateurs de stress que nous venons de décrire exposent notamment les femmes aux problèmes de **dépendance**<sup>12</sup> liés à l'alcool et aux tranquillisants. En effet, Guyon (1994) ajoute au sujet du rapport entre événements stressants et alcool : «cette relation est beaucoup plus forte chez les femmes qui voient ce risque passer de 5% à 8% selon que l'indice d'événements stressants est nul ou élevé.»

Il n'est pas rare non plus que l'alcool se conjugue aux tranquillisants pour certaines femmes d'âge mûr en période de ménopause comme l'illustre cette histoire de cas rapportée dans *La stratégie régionale de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies* (Régie régionale Bas-Saint-Laurent, 1996) :

Le cas de Rita

***Rita a 51 ans, elle consomme des tranquillisants, tout en étant recluse à la maison.***

Rita est une femme comme tant d'autres, n'ayant pas vécu de drame. Elle a bien connu, comme tout le monde, des crises de parcours, mais rien d'insurmontable. Rita n'a jamais travaillé à l'extérieur préférant «élever» ses trois enfants et soutenir son mari. Elle dit avoir eu une vie facile.

---

<sup>12</sup> Voir la définition de la notion de dépendance dans la section 1.4 intitulée «Perspectives théoriques et principaux concepts».



Depuis deux ans, son monde s'écroule. La cadette âgée de 22 ans a quitté le domicile familial comme les autres, et son mari, au sommet de sa carrière, se dit très occupé. Rita a donc commencé à se sentir de plus en plus inutile. Ménopausée, se sentant moins féminine, elle a eu à s'ajuster à de nombreux deuils : celui de sa féminité (selon elle), de ses parents décédés depuis peu et de ses enfants partis du nid familial. De plus, des symptômes et signes physiques ont commencé à faire surface et ne peuvent la tromper. Elle vieillit, mais cela, elle l'accepte de moins en moins. Elle voit bien les réalisations de son mari, mais a le sentiment amer de n'avoir rien fait de son existence.

Rita se sent de plus en plus mal. Elle a donc rencontré son médecin de famille et s'est surprise à éclater en sanglots, ne sachant pas très bien pourquoi. Celui-ci a parlé de surmenage et prescrit des tranquillisants. Rita, ne se sentant pas mieux, a augmenté les doses et s'est mise à boire pour se détendre (nous soulignons). Aujourd'hui, elle se demande toujours ce qu'elle a à se plaindre, se demande si elle n'est pas folle avec ces médicaments, dont elle ne peut plus se passer. Elle ne se reconnaît plus. Rita qui ne s'est jamais posé de questions, s'interroge sur son existence et sa propre identité. Elle se décide à entreprendre une démarche auprès d'un centre de femmes.

Louise Guyon (1996) affirme également qu'il existe un lien entre la détresse psychologique et la consommation de tranquillisants<sup>7</sup>. Or, l'enquête Santé Québec 1987 démontre que les femmes en période de ménopause consomment trois fois plus de tranquillisants (15,2% versus 5,8%) que les femmes du même âge non ménopausées (Guyon, 1996). Les statistiques de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 révèlent que la proportion des femmes de 45-64 ans consommant des tranquillisants est deux fois supérieure à celle des hommes du même âge : 9,7% vs 4,6%. En 1998, ce taux comparatif est de 5,6% pour les femmes et de 3,2% pour les hommes. Comme on sait que les femmes de 45-54 ans en période de ménopause souffrent davantage de détresse psychologique que leurs consœurs du même âge qui ne sont pas en période de ménopause, on peut supposer que le taux féminin de consommation de tranquillisants atteint un niveau alarmant lorsqu'il s'agit des femmes en transition ménopausique.

---

<sup>7</sup> Quand Guyon (1996) parle des tranquillisants, elle réfère à la catégorie des tranquillisants, sédatifs et somnifères utilisée à Santé Québec : cette catégorie comprend «une gamme de produits ayant des propriétés et des indications thérapeutiques diverses» (Santé Québec 1987, cahier de recherche, vol. 2).

## 1.1.2 LA DÉPRESSION

### . Les données sur la dépression chez les femmes d'âge moyen

Si ce portrait statistique de la détresse psychologique des femmes au mitan de la vie et à la ménopause est significatif, il doit être complété par les quelques données tirées de l'enquête Santé Québec de 1987 concernant la dépression<sup>8</sup>. Le pourcentage de Québécoises de 45 à 64 ans déclarant souffrir de dépression se situait à 2,7%, - ce qui est presque le taux de dépression chez les femmes de 65 ans et plus (2,8%) - comparativement à des taux de 2,0% pour les femmes de 25 à 44 ans et de 0,8% pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans (Guyon, 1996, 1990).

Ce qui retient l'attention ici, c'est que le pourcentage de dépression chez les femmes augmente de façon notable à partir de 45 ans. Ce qui est confirmé par Boyer (1990) disant que «le premier épisode survient principalement vers 45 ans». Il est important de noter que l'incidence de la dépression continuera d'être élevé chez les Québécoises même après le mitan de la vie c'est à dire après 65 ans. On sait d'ailleurs que dans l'ensemble des sociétés occidentales, le taux de dépression serait deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Jack, 1993).

Par ailleurs, l'enquête réalisée en 1988 par la Corporation des médecins du Québec révèle que, parmi les femmes de 45 à 54 ans, une sur trois présenterait les symptômes de la dépression. Dans cette enquête réalisée il y a 20 ans, trois femmes sur quatre approuvaient l'affirmation selon laquelle les femmes deviennent déprimées et irritables lors de la ménopause.

---

<sup>8</sup> Ce type d'information plus spécifique n'a pas été recueilli par Santé Québec pour 1992-93 et pour 1998 où l'échelle de détresse recouvrait à la fois la dépression et l'anxiété. Par ailleurs, il est important de noter que la catégorie «dépression» utilisée dans l'enquête Santé Québec 1987 ne renvoie pas à un diagnostic mais à l'évaluation faite par la personne interviewée lors de l'enquête. Cette catégorie «dépression» recouvre «une variété d'états psychologiques allant, par exemple, d'une réaction de deuil à la dépression majeure» (Santé Québec, 1989). Guyon (1996) souligne toutefois que «les résultats semblent assez près des chiffres attendus (selon les résultats cliniques) pour qu'on puisse s'y attarder.» Voir la définition complète de la notion de dépression dans la section 1.4 intitulée «Perspectives théoriques et principaux concepts».

Il est éclairant de compléter ces quelques données sur la dépression avec certains résultats concernant les troubles affectifs, issus de l'enquête sur la santé mentale réalisée dans le Bas-Saint-Laurent en 1992-1993 (Légaré, Direction régionale de la Santé publique du Bas-Saint-Laurent, 1995).

Précisons que, dans le réseau gouvernemental de la santé, la catégorie des troubles affectifs regroupe les diagnostics suivants : l'épisode dépressif majeur, la dépression majeure récurrente, la dépression majeure isolée et la dysthymie. Cette enquête révélait d'une part que, dans le Bas-St-Laurent, les troubles affectifs affectaient davantage les femmes que les hommes (trois fois plus sur une période d'un an), les personnes sans emploi et les personnes de la catégorie très pauvre; elle révélait d'autre part que les troubles affectifs étaient plus élevés chez les personnes vivant en union de fait, les personnes veuves, séparées, divorcées, celles qui tiennent maison et celles qui sont peu scolarisées, des sous-groupes composés d'un nombre important de femmes. Cette enquête retenait enfin que le pourcentage de prévalence des troubles affectifs le plus élevé sur une année (7,5%) se retrouvait chez les hommes et chez les femmes de 45 à 64 ans.

Il faut donc retenir que la population des 45-64 ans représente, dans notre région, une catégorie de personnes particulièrement vulnérables à la dépression et ce, de façon beaucoup plus marquée – trois fois plus - chez les femmes que chez les hommes de ce groupe d'âge. Or, on sait que les troubles dépressifs sont responsables d'au moins 60% des suicides et des tentatives de suicide (Volant, 2006). Selon les chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en 2006, de 60 à 80% des gens qui se sont suicidés souffraient de dépression<sup>13</sup>. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (Québec, MSSS, 2003) confirme que la dépression est

---

<sup>13</sup> Chiffres rapportés dans un article du journal *Le Devoir* du 11 septembre 2008 ( page A2) sous le titre «Suicide : Québec soutient la prévention chez les baby-boomers».

maintenant identifiée comme un facteur de risque connu, qui est associé au suicide et aux comportements suicidaires.

Voyons brièvement comment se présente la situation du suicide chez les femmes qui traversent le mitan de la vie.

### 1.1.3 LE SUICIDE

#### . Les données sur le suicide chez les femmes d'âge moyen

« (...) Lorsqu'on tient compte seulement de la mortalité prématurée par suicide», savons-nous que «tant chez les hommes que chez les femmes, le Québec affiche alors le deuxième taux le plus élevé parmi les pays industrialisés» ? (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Des statistiques récentes sur le suicide (Ross et François, 2007) nous apprennent que dans l'ensemble de la population féminine québécoise, ce sont les femmes de 40 à 49 ans qui sont les plus nombreuses à se suicider : entre 1996 et 2000, les femmes de 40-49 ans comptaient pour 25 % des femmes décédées par suicide et de 2001 à 2005, ce taux était de 26, 2%.

Pour l'année 2001 par exemple, c'est dans la tranche d'âge des 45-49 ans que les femmes québécoises - et les hommes québécois d'ailleurs - ont été les plus nombreux à se suicider : cette année-là, les hommes de 45-49 ans comptaient 142 suicides et les femmes du même âge enregistraient 48 suicides, ce qui représentait les taux de suicide les plus élevés en nombres absolus dans chacune des populations, masculine et féminine (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Si les hommes sont beaucoup plus nombreux à se suicider que les femmes, la distribution des décès par suicide indique que les femmes québécoises d'âge moyen sont, **proportionnellement parlant**, plus nombreuses à se suicider que les hommes québécois d'âge moyen : en effet, en

1999-2001, les femmes de 30-49 ans comptent pour 51,7% de la population *fémminine* décédée par suicide alors que les hommes de 30-49 ans comptent pour 47,8% de la population *masculine* décédé par suicide<sup>14</sup> (St-Laurent et Bouchard, 2004).

On observe enfin que la catégorie des 50-54 ans, chez les hommes comme chez les femmes, affiche le second rang en importance quant au nombre de suicides. Ainsi, pour l'année 2001, sur l'ensemble des 279 femmes qui se sont suicidées au Québec, 48 femmes se trouvaient dans la tranche d'âge des 45-49 ans et 32 femmes se trouvaient dans celle des 50-54 ans (St-Laurent et Bouchard, 2004), ce qui correspondait aux chiffres les plus élevés, en nombres absolus, pour la population féminine.

Pour la période 2003-2005 (St-Laurent et Gagné, 2007), on rapporte le plus haut taux de la population féminine décédée par suicide - 39% - chez les femmes de 35-49 ans alors que ce taux est de 37% chez les hommes de la même catégorie d'âge. Pour la période 2004-2006 (St-Laurent et Gagné, 2008), c'est toujours dans la catégorie d'âge des 35-49 que les femmes et les hommes se suicident le plus (37 % des femmes décédées par suicide sont dans ce groupe d'âge versus 38% pour les hommes) ; cependant, nous remarquons une différence significative dans le groupe d'âge des 50-64 ans où, **proportionnellement**, les femmes se suicident davantage que les hommes : 31 % de femmes qui se sont suicidées ont de 50 à 64 ans versus 24 % d'hommes.

Si, en 2008, le Québec peut enfin enregistrer son taux de suicide le plus bas depuis 25 ans, malheureusement, dans la catégorie des 50 à 64 ans, aucune baisse de mortalité par suicide n'est observée (St-Laurent et Gagné, 2008). Il s'agit même du «seul groupe pour lequel l'importance relative du suicide parmi l'ensemble des décès **augmente** (nous soulignons) tant chez les

---

<sup>14</sup> Ajoutons qu'un certain nombre de ces hommes de 30 à 49 ans qui se suicident avaient des sœurs ou vivaient en couple avec des conjointes de leur groupe d'âge, c'est à dire des femmes de 30-49 ans qui auront à traverser ces deuils particulièrement douloureux, comme en feront foi les témoignages de deux des participantes de notre recherche.

hommes que chez les femmes» déclarent St-Laurent et Gagné dans leur plus récent rapport. Ce constat est extrêmement alarmant. Ces chercheurs ajoutent aussi: «les deux tiers des suicides surviennent chez des personnes âgées de moins de 50 ans, malgré la diminution de l'importance relative du suicide parmi les décès chez les adolescents et les jeunes adultes». Ils nous apprennent enfin que, de 1981 à 2006, les taux les plus élevés de suicide sont observés dans les régions périphériques (St-Laurent et Gagné, 2008). Nous trouvons la confirmation de ces constats inquiétants dans les données régionales à notre disposition.

En effet, pour le Bas-St-Laurent, selon les statistiques du *Recueil de données démographiques, sociales et de santé* de l'Agence régionale (2004), de 1994 à 1998, le taux ajusté de mortalité par suicide dans l'ensemble de la population féminine était de 35,3% alors que pour l'ensemble des Québécoises, il se trouvait à 30,5%. Dans notre région, pour la période 1994-1996, les taux les plus élevés de suicide se retrouvent notamment dans la catégorie des 45-54 ans (32,5/100,000) (Légaré, 1998), ce qui concerne autant les femmes que les hommes, avec, comme toujours, une représentation masculine beaucoup plus importante en nombres absolus.

Le *Recueil de données démographiques, sociales et de santé* de l'Agence régionale du BSL (2004) indique également que, sensiblement pour la même période de temps (1994-1999), parmi les territoires de MRC, les femmes du Témiscouata et de Rimouski-Neigette présentent un indice comparatif de mortalité par suicide de 107 pour les unes et de 106 pour les autres alors que les femmes de la MRC de Kamouraska présentent un indice de 76; les auteurs précisent que «tandis qu'un indice supérieur à 100 indique une sur-mortalité comparativement à la région, un indice inférieur à 100 indique au contraire une sous-mortalité»(Agence du BSL, 2004).

Pour la période 2001-2005, dans le Bas-St-Laurent, 28,4% des femmes et des hommes qui se sont suicidés se trouvaient dans le groupe d'âge des 50-64 ans, ce qui représentait le plus haut taux de suicide depuis 1996, toutes catégories d'âge confondues. En revanche, si on regarde l'âge moyen de décès par suicide chez les femmes et chez les hommes pour la période 2001-2005 dans le Bas-St-Laurent, il se situe à 44,5 ans chez les femmes et à 46 ans chez les hommes. Par ailleurs, au sujet des tentatives de suicide ou des idéations de suicide, la majorité des chercheur(e)s affirment – jusqu'en 1998 - qu'elles étaient plus nombreuses chez les femmes alors que les hommes se suicident en plus grand nombre (Légaré, 1998). Cependant, l'Enquête sociale et de santé 1998 indique qu'il n'y aurait plus de différence significative entre les hommes et les femmes au sujet des idées suicidaires et des tentatives de suicide. En 1998, au sujet des idées suicidaires notamment, dans le groupe d'âge des 45-64 ans, on n'observe qu'une légère différence à la hausse chez les femmes : chez celles-ci, le taux est de 2,9% alors que chez les hommes il est de 2,7%.

Ce qu'il faut retenir au sujet des données sur le suicide, c'est que le taux de suicide des Québécoises de 45 à 54 ans, - période où débute la transition ménopausique pour la majorité d'entre elles- est suffisamment alarmant pour exiger davantage d'attention de la part des différents milieux intervenant en santé mentale, autant dans le réseau gouvernemental de la santé que dans le réseau communautaire et des groupes de femmes. Nous nous demandons si cette catégorie des 45-54 ans de la population féminine ne devrait pas être ciblée comme une population à risques élevés de suicide. Comme nous le disions en avant-propos, le bilan 2002-2007 *«Au féminin...à l'écoute de nos besoins»* recommande à tout le moins de désigner la population des femmes de 30 à 49 ans comme étant à risque de passage à l'acte suicidaire et d'en tenir compte lors de la mise en place d'activités liées au *Plan d'action en santé mentale*. Dans les

années qui viennent au Québec, on devra certainement porter une attention particulière aux femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine qui sont les plus à risques de se suicider dans l'ensemble de la population des femmes.

« Le suicide (*étant*) un phénomène dont on ne peut tenir une comptabilité exacte » comme le note avec justesse Éric Volant (2001), la plus grande vigilance s'impose en regard du suicide des femmes d'âge mûr. Mais l'éthique du nombre ne doit pas être la seule à motiver notre vigilance. Comme le dit encore Volant (2001), « dans la saisie du phénomène du suicide, la quête du sens (*nous*) semble plus féconde que la multiplication d'études quantitatives ». Et l'ancien professeur-chercheur de l'UQAM – Éric Volant- d'ajouter : « une étude quantitative nous apprend que le suicide *est*, mais non *ce* qu'il est ». À cet égard, Michel Tousignant (1999), également professeur à l'UQAM – en psychologie - et chercheur au CRISE écrit: « Les personnes qui se suicident ne sont pas heureuses et présentent des problèmes évidents de santé mentale ». Il affirme :

Si la maladie peut être contrée par un traitement, le désespoir exige en contrepartie une solution **spirituelle** (nous soulignons) car il s'agit de choisir la vie contre la mort. La question urgente n'est pas celle de la guérison mais plutôt *comment redonner un sens à la vie pour permettre d'espérer, malgré la maladie?* Il faut chercher et souhaiter la guérison bien sûr. Mais s'il faut attendre qu'elle adienne pour mener la quête spirituelle, il sera souvent trop tard pour l'espoir. Le mieux, c'est de mener les deux, démarche de guérison et quête spirituelle, en parallèle.

Ces propos nous amènent au cœur des enjeux fondamentaux de cette étape majeure de transition qu'est le mitan de la vie et plus particulièrement dans cet enjeu du mitan qui exige une nouvelle lecture du sens de sa vie et la réorganisation de sa structure de vie.



Ce portrait tiré des statistiques québécoises et bas-laurentiennes vient confirmer le constat que nous avons fait sur le terrain en regard de l'importance préoccupante de la fragilité psychologique de nombreuses femmes de 45-54 ans en période de ménopause. Mais à cause des limites des données à notre disposition, il nous est difficile de tracer un portrait statistique précis et complet de la santé mentale de cette population de femmes et d'obtenir le portrait réel de la situation actuelle en regard de leurs **difficultés** et de leurs **besoins** de santé mentale.

Incidentement, nous nous interrogeons à savoir si les recherches scientifiques contemporaines, au Québec en particulier, se sont préoccupées de connaître les difficultés et les besoins spécifiques de santé mentale de ces femmes et se sont interrogées sur les liens entre santé mentale, mitan de la vie et ménopause. C'est ce que nous abordons dans la prochaine section.

## **1.2 LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES AU MITAN ET À LA MÉNOPAUSE**

Dans cette deuxième partie de notre problématique, nous abordons la nécessité d'envisager la ménopause à travers la problématique du mitan et nous démontrons que la perspective du mitan de la vie pour aborder la santé mentale des femmes d'âge moyen s'avère novatrice et féconde pour la recherche. Nous terminons avec un bref exposé sur la rareté des recherches qualitatives québécoises donnant la parole aux femmes du mitan.

### **1.2.1 La nécessité d'envisager la ménopause à travers la problématique du mitan**

Comme nous l'avons dit précédemment, les statistiques québécoises indiquent que c'est à partir de 45 ans que le pourcentage de dépression est le plus élevé pour les femmes et que dans

l'ensemble de la population féminine québécoise, ce sont les femmes de 40 à 49 qui sont les plus nombreuses à se suicider.

Cependant, il faut user d'une extrême prudence avant de relier la ménopause aux causes de la dépression des femmes, voire à des facteurs de risques suicidaires durant leur quarantaine. Des recherches récentes (Bernier 2003; McKinlay et Coll, 1987) démontrent que ce sont davantage des facteurs liés aux conditions de vie des femmes et aux rôles et responsabilités qu'elles assument tout au long de leur vie et particulièrement au milieu de la vie qui doivent être associés à la dépression plutôt que la ménopause comme telle. La sociologue franco-ontarienne Christiane Bernier (2003) écrit :

Diverses recherches ont commencé à explorer le rapport à la satisfaction personnelle et au bien-être psychologique chez les femmes en période de ménopause, en fonction de certains éléments (Barnett, 1997; Antonucci et Akiyama (1997). Par exemple, on a démontré qu'assumer des rôles multiples ou avoir un emploi rémunéré valorisant leur apparaît comme des facteurs déterminants de santé mentale et de réduction des symptômes dus à la ménopause. En plus, ce sont des éléments qui, semble-t-il, aident à mieux gérer le stress familial et relationnel (Sarrel, 1991). Il y aurait donc un rapport déterminant des contextes sociaux de vie.

D'ailleurs, dès 1968, la psychosociologue américaine Bernice Neugarten, à partir d'une étude portant sur 100 femmes «normales» de 43 à 53 ans, démontrait le peu de relations significatives entre la symptomatologie somatique attribuée à la ménopause et la symptomatologie psychologique.

Après une revue de littérature à ce sujet, Laurel Lippert (1997) rapporte que Matthews et al (1990) ont étudié 541 femmes d'âge mûr pendant trois ans et trouvé que la ménopause induit peu de changements dans les caractéristiques psychologiques, concluant que pour la majorité des femmes au milieu de la vie et en bonne santé, la ménopause ne provoquait pas de conséquences négatives sur leur santé mentale. Lippert (1997) cite aussi une autre recherche (Hunter, 1990)

révélant de significatives mais petites augmentations d'épisodes dépressifs chez les femmes en période de ménopause, mais pouvant être attribuables à une dépression passée.

Bon nombre de chercheuses (Bernier, 2003; De Koninck, 2000; Lippert, 1997; Caffarella, 1992) expliquent que c'est un ensemble de facteurs d'ordre physiologique, psychologique, culturel et environnemental qui doivent être considérés quand on tente de comprendre la santé mentale des femmes à la ménopause, ce qui est vrai aussi à toutes les étapes de la vie des femmes.

Au chapitre des facteurs culturels, certains résultats de recherche (Krieger, 1995; Lock, 1993; Berkun, 1986) démontrent que dans des sociétés qui valorisent les femmes d'âge mûr, celles-ci expérimentent le passage de la ménopause avec plus de facilité. Mais il serait aussi erroné de croire que la fragilité psychologique des femmes au passage de la ménopause ne serait due qu'à des facteurs culturels, bien que ces facteurs puissent jouer un rôle significatif. Selon bon nombre d'auteurs (Lippert, 1997; Greer, 1992), aucun des facteurs explicatifs de la santé mentale des femmes au passage de la ménopause ne devrait être ni minimisé, ni maximisé; comme l'affirme Laurel Lippert :« Les différences individuelles concernant la façon dont cet événement est expérimenté sont dues à l'interaction complexe de plusieurs facteurs».

Pour cette raison, la ménopause ne doit pas être perçue de manière isolée ou comme un simple événement biologique, voire même comme une maladie de déficience, telle que la perspective bio-médicale a eu tendance à le faire dans un passé récent : la ménopause se doit d'être envisagée d'une part à travers la perspective globale et multidimensionnelle de la santé des femmes au mitan de la vie et d'autre part en lien étroit avec la problématique du mitan elle-même.

L'influence de la recherche féministe et des études scientifiques menées, dans les vingt à trente dernières années, avec des femmes et en tenant compte du point de vue des femmes, commence à

bousculer certaines idées reçues. Même si la représentation d'une ménopause stéréotypée et synonyme de maladie de déficience reste omniprésente autant dans la population que dans le milieu médical, elle commence à perdre du terrain. Durant les dernières années, on a pu constater un certain changement de mentalité dans le milieu médical comme en fait foi la publication du dossier sur la ménopause paru dans la revue *Le médecin du Québec* de mars 2000 : la ménopause y est regardée dans une perspective globale et avec une approche individualisée respectueuse des besoins, des valeurs et du vécu des femmes. Mais dans quelle mesure cette nouvelle approche de la ménopause est-elle généralisée à l'ensemble de la profession médicale et gynécologique et dans quelle mesure aussi la vision de la «ménopause-maladie» n'a-t-elle pas été supplantée par la variante actuelle à savoir que cette expérience naturelle de la vie des femmes serait la «cause de problèmes ultérieurs et donc un trouble devant encore être traité» (Lippman, 2004)? Il ne nous est évidemment pas possible de répondre à cette question dans le cadre de la présente recherche.

Ceci étant dit, il faut retenir que si notre recherche veut se centrer sur la santé mentale des femmes qui traversent la ménopause, ce n'est pas tant à l'événement physiologique lui-même, si normal et significatif qu'il soit, qu'elle s'intéresse mais plutôt à cette période de la vie qu'on appelle le mitan où les femmes sont plus vulnérables psychiquement. D'ailleurs certaines recherches (Bernier, 2003, Greer, 1992; Corporation des médecins du Québec, 1988; enquête Santé Québec, 1987; Notman, 1979) démontrent que la ménopause, bien que considérée importante, ne semble pas être un événement prépondérant ou central pour les femmes. Encore là, il ne s'agit pas d'en minimiser l'importance puisque la ménopause constitue tout de même « la transition entre la vie reproductive et la vie postreproductive» et aussi un «signe tangible de vieillissement» (De Koninck, 1994, 2000).

Toutefois, et c'est là l'approche particulière de notre projet, la ménopause-événement se doit d'être reliée à cette étape de transformation globale qu'est le mitan de la vie, considéré comme une «période majeure de transition» (Houde, 1991). Dans notre étude, c'est le mitan de la vie qui devient la scène centrale de la vie des femmes d'âge mûr, où d'autres événements synonymes de changements («positifs» ou «négatifs»), peut-être plus significatifs pour elles que la ménopause elle-même, viennent se dérouler pour tisser le canevas global de leur santé mentale et physique. Nous tournons donc notre attention vers la problématique du mitan et ce déplacement de focus - de la ménopause au mitan - signifie une remise en cause fondamentale : nous remettons ainsi en question non seulement le stéréotype sexiste qui définit les femmes en fonction de leur rôle de reproductrice mais nous remettons aussi en question l'emprise du discours bio-médical et du pouvoir des experts dans l'approche de la santé reproductive et de la santé mentale des femmes. Ce sont d'ailleurs ces deux facteurs – l'un lié aux rôles de sexe et l'autre à l'emprise du discours médical notamment gynécologique - qui expliqueraient que, jusqu'aux années 80, la recherche scientifique considérait généralement que, chez les femmes, la transition du mitan de la vie se résumait à la ménopause (Bernier 2003, Millet-Bartoli, 2002).

Néanmoins, malgré le nombre imposant de publications scientifiques parues sur la ménopause depuis une vingtaine d'années, peu de travaux ont fait ressortir la parole des femmes concernant leurs vécus de ménopause (Bernier, 2003). C'est tout récemment que la recherche s'en serait préoccupée, notamment aux États-Unis, en Suisse et en France, avec des enquêtes, quantitatives pour la plupart, utilisant un spectre assez vaste, contrôlant plusieurs types de variables et portant sur de grands échantillons, comme le remarque Christiane Bernier (2003). Mais ce qui est le plus important encore, comme l'affirme la chercheuse, «aucune de ces recherches ne pose la question du mitan de la vie et de son rapport possible à la ménopause (...)».

Nous faisons donc face – au Québec notamment – non seulement à la rareté des recherches qualitatives donnant la parole aux femmes d’âge mûr qui traversent la ménopause mais aussi à la quasi, voire à la totale absence de recherches qui envisagent la ménopause à travers la problématique du mitan.

Voyons maintenant de quelle façon on peut étudier la problématique du mitan du point de vue de la santé mentale des femmes. Précisons que la notion de santé mentale utilisée dans notre recherche – d’approche andragogique rappelons-le - se situe non seulement dans les perspectives féministe et holistique/globale/systemique mais aussi dans la perspective du développement adulte<sup>15</sup>.

### **1.2.2 Le mitan de la vie et la santé mentale des femmes :**

#### **aspects novateurs – et méconnus - de ce domaine de recherche**

À cette étape-ci de notre problématique, il faut nous empresser de dire ceci : de même que pour la ménopause, il ne s’agit pas d’alimenter ou de créer un mythe du mitan difficile, ni de réduire le mitan de la vie aux seuls événements malheureux, invisibilisant par le fait même l’énorme potentiel de libération et de construction de soi que peut aussi représenter cette étape majeure de transition chez les femmes.

Il ne s’agit pas non plus de donner au mitan une signification univoque pour toutes les femmes ou pour une femme à des moments différents de sa période de maturité. Comme le souligne Lippert (1997) en reprenant les propos de Gilbert (1993) :« Les femmes du mitan, dans leur complexité, défient les mythes»! À commencer par le mythe du mitan lui-même, affirment d’ailleurs certaines recherches récentes (Lippert, 1997; Caffarella, 1992; Enns, 1991). À ce sujet,

---

<sup>15</sup> Nous précisons davantage le concept de santé mentale dans la section 1.4 sur les perspectives théoriques.

nous nous inspirons largement, dans les propos qui suivent, d'un article marquant d'une chercheuse américaine spécialiste de l'éducation des adultes, Rosemary Caffarella (1992).

D'après les modèles traditionnels du développement adulte (dont ceux d'Erikson, de Kohlberg et de Levinson) basés sur des études faites avec des hommes et/ou conceptualisés par des hommes, il y aurait deux traits caractéristiques qui seraient la norme pour le développement adulte : le premier trait étant que le développement progresse à travers des stades séquentiels ou des phases; le deuxième, que l'autonomie ou l'indépendance est le but ultime du développement adulte.

Or, les travaux récents dans les domaines de l'éducation et de la psychologie sociale et qui intègrent la perspective des femmes, - au moyen de données obtenues avec des femmes- sont unanimes à dire que les modèles traditionnels de développement adulte proposés jusqu'ici ne conviennent particulièrement pas aux vies de femmes. Si le postulat des périodes de stabilité et de transition reste vrai pour toute vie adulte, il reste que pour les femmes, un unique pattern linéaire de développement psychosocial est presque l'antithèse de ce qui semble la norme pour elles.

Le développement des femmes semblerait caractérisé par de multiples patterns, une discontinuité dans les rôles et un besoin de maintenir une conscience de soi fluide. En effet, selon Caffarella, trois traits majeurs du développement adulte des femmes se dégagent des recherches réalisées depuis 25 ans : 1) l'importance centrale du relationnel; 2) l'importance continue des situations d'identité/intimité; 3) des patterns de développement divers et non linéaires.

En ce sens et particulièrement en ce qui concerne le développement des femmes, il faudrait repenser l'idée des tâches développementales reliées à l'âge (Levinson, 1986; Havighurst, 1972). Les patterns développementaux des femmes sont divers et ne suivent pas une progression ou un ordre séquentiel d'étapes. De plus, en ce qui concerne les pôles intimité/identité, ils sont vécus

différemment par les femmes et ne s'établissent pas sur un continuum de temps comme chez les hommes.

D'après Caffarella, il est important de ne pas étiqueter les périodes de transition des femmes comme des grilles développementales particulières, telle la crise du mitan de la vie. Selon la chercheuse, ce type d'étiquetage enferme les gens dans un pattern développemental pouvant correspondre plus ou moins ou même pas du tout à leur pattern propre de vie.

Dans le domaine de la recherche sur le développement adulte des femmes, beaucoup reste à explorer. Caffarella prévient aussi que les études faites jusqu'ici avec les femmes ne sont généralisables que pour des femmes à profil précis : les échantillons étant composées de femmes qui sont en majeure partie des caucasiennes, soient jeunes, soient d'âge moyen et de classe moyenne; dans l'avenir, la recherche dans ce domaine doit aussi prendre en compte des femmes d'origines ethniques et raciales diverses, de toutes catégories d'âge et de milieux socio-économiques différents.

Ce que Caffarella (1992) énonce d'une possible théorie du développement adulte des femmes s'applique aux conclusions de Lippert (1997) concernant une théorie du mitan de la vie pour les femmes. En l'occurrence, pour le mitan de la vie des femmes, comme le souligne Lippert (1997), il faudrait tenir compte des variations dans les expériences des femmes et considérer d'autre part, pour les femmes, l'importance de l'interdépendance et de la connexion aux autres, qui, tout en étant centrale, est indissociable de leur processus d'autonomisation et d'individuation.

Lippert (1997) nous prévient à son tour que les études faites jusqu'ici avec des femmes au mitan de la vie ne sont généralisables que pour des femmes blanches, mariées avec des hommes et ayant des enfants. Un grand chemin a été fait concernant la «déconstruction» des théories génériques du mitan (Érickson, Levinson, Vaillant, Maslow et Kohlberg) qui ne rendaient pas



compte du vécu des femmes. Mais, insiste Lippert, la recherche du côté des femmes au mitan de la vie a besoin de nouvelles théories non seulement pertinentes à l'expérience des femmes mais aussi respectueuses de la complexité et de la diversité du vécu des femmes.

Selon Lippert (1997) et Caffarella (1992), pour être fidèle au(x) vécu(s) des femmes et à leurs processus de développement spécifiques, il ne faudrait plus tenter de définir qui sont les femmes et qui elles sont à tels moments de leur vie, mais plutôt quels facteurs influencent comment elles expérimentent le mitan ou les différentes périodes de leur vie. Caffarella (1992) suggère de penser le développement des femmes à partir de trois grandes perspectives : le vieillissement physique, les changements psychologiques et les facteurs socioculturels.

En définitive, dans l'état actuel de ce domaine de recherche, ce que l'on sait du développement psychologique des femmes adultes ne se restreint pas aux femmes d'âge moyen et peut s'appliquer à la vie adulte féminine dans son ensemble. Les conclusions de la recherche actuelle notent, chez les femmes adultes, d'une part l'importance continue du besoin relationnel (qui est central) et du besoin d'identité et d'autre part la diversité des expériences des femmes.

Ces conclusions concordent avec d'autres travaux importants sur le développement adulte concernant l'influence du facteur âge qui, tout en ayant une incidence, se doit d'être relativisé (Houde,1991). D'ailleurs, il semblerait, d'après ces travaux, que d'autres facteurs seraient aussi importants que le facteur âge dans le développement adulte : la race, le sexe, la génération, la classe sociale seraient aussi importants (Lacy et Hendricks, 1980) alors que la santé, les ressources financières, le statut professionnel et le statut matrimonial seraient plus importants (Neugarten,1973) que le facteur âge. Comme le note Renée Houde (1991) en reprenant l'expression de Weick (1983) :«...l'âge n'est pas une occasion nécessaire de changement mais une occasion possible de changement...».

Cependant, on comprendrait mal ce qui vient d'être dit si on en concluait que l'étape du mitan de la vie *en tant qu'étape majeure de transition* n'existe pas pour les femmes. Ce qui est à retenir, c'est que certaines conceptions du mitan de la vie qui ne s'appuient pas sur des données issues de recherches sur les femmes ne sont pas pertinentes pour elles. Et pour comprendre le mitan de la vie pour les femmes, il convient d'utiliser diverses théories du développement sans présumer de la supériorité de l'une par rapport à l'autre (Caffarella,1992). Par conséquent, la présente recherche sur la santé mentale des femmes au mitan de la vie, parce qu'elle se veut respectueuse du vécu ou des vécus des femmes, se préoccupera d'identifier des conditions spécifiques influençant la façon dont les femmes expérimentent le mitan, autrement dit ce qui est spécifique aux femmes dans l'expérience du mitan de la vie.

Comme nous l'avons dit plus haut, les études scientifiques dans les domaines de la psychologie sociale et de l'éducation concernant le mitan de la vie des femmes et qui partent des vécus des femmes ne datent tout au plus que d'une vingtaine d'années : elles ont été réalisées principalement aux États-Unis et leur synthèse ne fait que commencer. C'est un domaine de recherche relativement récent dont les résultats ne sont pas beaucoup diffusés dans les divers lieux d'interventions et de pratiques de la santé, au Québec en particulier. C'est récemment que les groupes féministes québécois se préoccupant de la santé des femmes - notamment le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes - ont intégré la perspective du mitan de la vie pour comprendre la santé des femmes d'âge mûr et ce, particulièrement lors de la transition ménopausique (RQASF, 2004).

### **1.2.3 La rareté de recherches qualitatives québécoises**

#### **donnant la parole aux femmes du mitan**

Comme nous le disions précédemment, il existe au Québec une rareté de recherches qualitatives donnant la parole aux femmes du mitan et reliant santé mentale, mitan et ménopause. En revanche, ailleurs au Canada, deux recherches scientifiques, à notre connaissance, ont analysé la santé des femmes à la ménopause à travers la problématique du mitan. L'une d'elles est une analyse des besoins de santé au mitan de la vie chez des femmes handicapées qui a été réalisée par Marina Morrow de l'Université de la Colombie britannique et publiée en 2000; cette recherche s'intitule : *The Challenges of Change : The Midlife Health Needs of Women with Disabilities*. L'autre est une recherche sociologique de Christiane Bernier de l'Université Laurentienne d'Ontario qui a étudié les représentations de la ménopause et du mitan de vie chez des femmes engagées dans le processus de ménopause ou ménopausées ; les résultats ont été publiés en 2003 dans «Ménopause et mitan de vie: deux phénomènes, une symbolique», un article de *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*.

Durant les années 2000 au Québec, il n'y aurait, à notre connaissance, peu ou pas de recherches qui ont exploré les liens entre la problématique de la ménopause et celle du mitan de la vie des femmes, notamment dans le domaine de la santé mentale. Par conséquent, en ce qui concerne la santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause, on ne dispose que de très peu de données québécoises, en dehors des statistiques gouvernementales qui, comme nous l'avons vu précédemment, sont partielles et lacunaires.

Une seule recherche québécoise portant sur les femmes de 45 à 54 ans est à même de nous fournir quelques données sur cette population mais encore là, il s'agit de données qui datent d'une vingtaine d'années, qui se concentrent surtout sur les aspects physiologiques de la santé

des femmes et qui placent le focus uniquement sur la ménopause. Bien qu'intéressants, les aspects de la santé mentale qui y sont abordés sont peu développés. Il s'agit de l'*enquête sur la santé des québécoises de 45 à 54 ans* datant de 1988 et réalisée pour le compte de la Corporation des médecins du Québec.

En ce qui a trait aux analyses de besoins réalisées auprès des femmes d'âge moyen, nous ne pouvons, à notre connaissance, relever qu'une seule analyse de besoins réalisée au Québec dans les dix dernières années concernant les femmes de ce groupe d'âge: malheureusement, il ne s'agit pas d'une recherche scientifique et elle ne concerne pas la santé mentale. Cette recherche réalisée en 1997 à la Régie de Montréal-Centre s'intitule : *Enquête sur les besoins, intérêts et préoccupations des femmes montréalaises face au cancer du sein et la santé en général*

Le fait que l'on dispose de si peu de données québécoises concernant la santé mentale des femmes au milieu de la vie et à la ménopause et que ces données soient partielles et non à jour contribuent à notre avis à accentuer la méconnaissance de cette problématique dans les milieux de la santé et à faire en sorte que les besoins de cette clientèle ne sont pas identifiées comme des besoins importants ou prioritaires.

En outre, et cela contribue certainement au phénomène de la méconnaissance de la problématique globale du milieu de la vie dans les milieux de la santé, le domaine de la recherche sur la santé des femmes et des hommes de 40 à 65 ans est encore peu investigué de façon spécifique en tant que période majeure de la vie adulte. Jusqu'ici, la recherche et l'intervention se sont surtout concentrées sur les périodes de l'enfance, de l'adolescence et de la vieillesse.

Il est donc à souhaiter que le Québec commence à se préoccuper de la problématique de santé physique et mentale spécifique à cette population des 40-60 ans, particulièrement chez les femmes de 45 à 54 ans qui traversent la transition ménopausique. Notre observation sur le

terrain, confirmée par les données inquiétantes présentées précédemment, de même que la rareté, voire l'absence de recherches qualitatives québécoises récentes donnant la parole à ces femmes et ce, sous l'éclairage efficace du mitan de la vie, tout cela constitue, à notre avis, une problématique fort préoccupante. Une telle problématique justifie l'urgence et la nécessité de se donner des outils de premières mains pour tenter de connaître, de l'intérieur, les difficultés et les besoins spécifiques de santé mentale des femmes de ce groupe d'âge en période de ménopause. C'est à cette tâche, dans les limites de ses modestes moyens, que la présente recherche s'est consacrée.

En 1997, *Écoute moi quand je parle!*, le rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes présenté au MSSS, concluait :

...le vécu des femmes semble peu pris en compte dans les services de santé mentale, ce qui ne permet pas de cerner les causes de leurs problèmes, ni de bien cibler les solutions à ces problèmes. Il n'existe, par exemple, aucun organisme national travaillant spécifiquement à la santé mentale des femmes. Les membres du comité ont ainsi ressenti un choc en constatant, à travers la lecture des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale (PROS) le peu d'adéquation entre les services en santé mentale et les réalités des femmes, de même que le manque d'adaptation des réponses qui leur sont faites.

En ce sens, il est grand temps qu'une démarche soit entreprise pour mieux connaître **les besoins particuliers des femmes en santé mentale** (nous soulignons).

Depuis 1997, des pas ont été faits et des actions concrètes ont été réalisées dans le réseau gouvernemental non seulement pour connaître mais aussi pour intégrer certains besoins spécifiques des femmes en matière de santé physique et de bien-être psychologique, comme le recense le bilan ministériel 2002-2007 *Au féminin...À l'écoute de nos besoins*.

Mais beaucoup reste à faire encore pour atteindre les trois grands objectifs de 2002, notamment en regard des besoins spécifiques des femmes d'âge moyen au niveau de leur santé mentale. Comme nous le disions dans l'Avant-propos, le *Bilan 2002-2007 «Au féminin...à l'écoute de nos*

*besoins*» recommande de désigner la population des femmes de 30 à 49 ans comme étant à risque de passage à l'acte suicidaire et d'en tenir compte lors de la mise en place d'activités liées au *Plan d'action en santé mentale*. Mais, à notre connaissance, aucune action préventive particulière n'existerait actuellement pour faire face à la problématique spécifique de la santé mentale dans cette population féminine des 30-49 ans, plus particulièrement chez les 40-49 ans. D'ailleurs, dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* de même que dans le *Plan d'action 2003-2008 La stratégie québécoise d'action face au suicide «S'entraider pour la vie»*, cette catégorie de femmes n'est pas identifiée parmi les personnes à risque suicidaire élevé.

Rappelons les trois objectifs généraux sur lesquels le MESSS travaille depuis 2002 :

- Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services
- Adapter des soins et des services aux besoins des femmes
- Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins.

Dans les dernières années, des outils de formation devaient être mis à la disposition des agences pour que l'on tienne compte de la spécificité de la clientèle féminine et des indicateurs sexués devaient être déterminés pour assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale. Nous nous demandons dans quelle mesure les gestionnaires et les personnels du réseau de la santé du Bas-Saint-Laurent se sont prévalus de ces outils. Selon nos informations, la session de formation et de sensibilisation à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) préparée par le MSSS n'a pas encore été dispensée dans le Bas-Saint-Laurent au moment où nous déposons ce rapport.

En outre, il semble aussi que les besoins spécifiques de santé mentale des femmes québécoises d'âge moyen semblent être restés largement méconnus et par le fait même relativement passés sous silence dans les récentes stratégies et dans les derniers plans d'action en santé mentale.

Notre étude exploratoire propose donc de premières pistes pour arriver à la connaissance d'un groupe important de Québécoises et de ses besoins de santé mentale, en l'occurrence les femmes d'âge mûr en période de ménopause de la région du Bas-Saint-Laurent.

«Ce que les femmes demandent d'abord, c'est d'être entendues et écoutées» comme l'avait noté il y a 12 ans ce Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, et il affirmait «l'importance et la pertinence de donner la parole aux femmes, individuellement et collectivement, d'écouter ce qu'elles ont à dire et d'en tenir compte.»

Nous présentons donc dans ce rapport les résultats de cette recherche exploratoire qui a donné la parole à 12 femmes de 45 à 54 ans du Bas-Saint-Laurent qui traversent le mitan de la vie durant la période précise de la transition ménopausique. Ces femmes nous partagent l'expérience intime de leur santé mentale, les changements majeurs qu'elles ont vécus, les difficultés et les situations difficiles qui les ont le plus marquées et enfin, les besoins qu'elles ont éprouvés à ce moment charnière de leur vie.

La section qui suit décrit les deux objectifs principaux et les six objectifs spécifiques de la recherche.

### 1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ce projet de recherche comporte *deux objectifs principaux* :

#### 1<sup>er</sup> objectif :

Dresser un portrait de situation concernant la santé mentale de femmes à l'étape du mitan de la vie et en période de ménopause.

#### 2<sup>e</sup> objectif :

Identifier les principaux besoins de santé mentale chez des femmes à l'étape du mitan de la vie et en période de ménopause.

À ces deux objectifs principaux correspondent les *objectifs spécifiques* suivants :

#### Pour le 1<sup>er</sup> objectif :

- 1.1 identifier, en regard de la santé mentale, les principaux changements vécus par des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause;
- 1.2 identifier, en regard de la santé mentale, les principales difficultés et les principales situations difficiles qui sont vécues par des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause.

#### Pour le 2<sup>e</sup> objectif :

- 2.1 identifier les principaux besoins **cognitifs** chez des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause;
- 2.2 identifier les principaux besoins **affectifs (émotifs, relationnels et comportementaux)** chez des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause;
- 2.3 identifier les principaux besoins **spirituels** chez des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause;



2.4 cibler des besoins de santé mentale, chez des femmes au mitan de la vie en période de ménopause, en terme d'actions à entreprendre, de mesures à promouvoir, de ressources et d'interventions déjà existantes à adapter et de ressources et d'interventions non existantes à créer dans le milieu.

## 1.4 PERSPECTIVES THÉORIQUES ET PRINCIPAUX CONCEPTS

Lors de la première étape du projet, avant la conception de l'instrumentation, il s'agissait de se donner de premiers points de repères pour construire un cadre de référence conceptuel. Comme la stratégie méthodologique choisie se situe dans une approche interprétative/qualitative, le souci de rigueur exige d'identifier et de situer, en amont, les prémisses théoriques et conceptuelles sur lesquelles s'appuie l'ensemble de notre démarche.

Dans la section 1.4.2, nous présentons un bref aperçu de nos points de repères théoriques en regard des trois concepts centraux de notre recherche : SANTÉ MENTALE, MITAN, MÉNOPAUSE, dont le texte exhaustif a été présenté - à l'été 2002 - au Comité de suivi de la recherche sous la forme d'un *Cadre de référence préliminaire et provisoire*.

Les notions de *changement*, de *difficulté*, de *besoin* de même que les notions de *détresse*, de *dépression* et de *dépendance* ont fait l'objet de définitions opérationnelles que nous expliquons dans la section 1.4.1.

### 1.4.1 Les notions définies de manière opérationnelle : changement, difficulté, besoin, détresse, dépression et dépendance

Selon le *Dictionnaire actuel de l'Éducation* (2005), la notion de **changement** réfère à une «modification entre deux situations. Passage d'un état à un autre. Processus par lequel une

réalité est modifiée. Résultat de la modification, du passage ou du processus précédent.» Les changements auxquels nous référons dans notre étude ont trait aux changements attribués au mitan de la vie que nous expliquons plus loin dans la section concernant le concept de MITAN. Nous avons privilégié la notion de **difficulté** à celle de problème pour rester en cohérence avec les dimensions féministes, andragogiques (développementales) de notre cadre de référence : même si ces deux notions sont sémantiquement proches l'une de l'autre, il nous semble que la notion de «difficulté de santé mentale» renferme une connotation plus positive, en tout cas moins péjorative que la notion de «problème de santé mentale» dans le langage usuel et populaire. En cohérence avec notre cadre de référence, nous souhaitons éviter tout langage susceptible de suggérer une connotation de maladie et préférons opter pour une notion moins stigmatisante et plus ouverte aux dimension de croissance, «de l'effort, des capacité nécessaires, de l'importance du défi à relever» comme le suggère la notion de difficulté qui, dans son sens général, signifie «complication; contrariété; embarras; ennui; gêne; mal; peine» (*Dictionnaire actuel de l'Éducation*, 2005).

Il faut aussi noter que la notion de difficulté sera utilisée d'une part pour désigner la difficulté psychologique spécifique ou personnelle pour laquelle chaque participante a été sélectionnée (c'est à dire soit la détresse psychologique, soit la dépression, soit la dépendance aux tranquillisants ou à l'alcool) et d'autre part pour désigner une difficulté propre au mitan de la vie. Par ailleurs, en continuité et en cohérence avec notre notion de difficulté de santé mentale, nous utilisons la notion de situation difficile. Encore là, cette expression nous a semblé moins suggestive et moins chargée émotionnellement que la notion «événement stressant» ou «événement traumatisant» que l'on rencontre généralement dans la documentation du réseau gouvernemental de la santé.

Enfin, on retrouvera la définition opérationnelle de notre notion de **besoin** au début du chapitre 4.

Voici maintenant les définitions que nous proposons de la détresse psychologique, de la dépression et de la dépendance. Il s'agit presque exclusivement de définitions opérationnelles utilisées dans le réseau gouvernemental québécois de la santé qui sont cohérentes avec notre perspective systémique (holistique et globale) des notions de santé et de santé mentale.

Comme nous le disions dans la problématique, la fragilité psychologique – qui se traduit par «de la difficulté à vivre et à fonctionner» (Guyon,1996) – se mesure par *l'échelle de détresse psychologique*, un indicateur de santé mentale privilégié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Louise Guyon (1990) définit ainsi le niveau élevé de **détresse psychologique** :

Niveau le plus élevé du score de détresse psychologique caractérisé par un plus grand nombre de symptômes psychologiques ou physiques que l'on pense être reliés à des désordres psychiatriques (...). La détresse psychologique est associée aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs.

La liste exhaustive des caractéristiques de la **détresse psychologique** auxquelles se réfère Louise Guyon comprend des états dépressifs, des états anxieux, de l'agressivité, de l'irritabilité, des difficultés de concentration, de mémoire, de jugement et de la fatigabilité. Guyon (1991) remarque que

l'échelle de la détresse psychologique est l'un des instruments qui nous permet de mieux cerner les situations et les problèmes des personnes (...), elle saisit et traduit la parole même des femmes et des hommes qui se sont exprimés (...), elle permet de rendre compte de l'effet des nombreux facteurs socio-économiques et environnementaux sur la santé mentale.

Pour ce qui est de la notion de **dépression**, nous utilisons deux sources qui nous semblent complémentaires : nous nous appuyons d'abord sur la notion de dépression qui est utilisée dans l'enquête Santé Québec 1987 et qui ne renvoie pas à un diagnostic mais à l'évaluation faite par la

personne interviewée lors de l'enquête. Cette catégorie «dépression» recouvre «une variété d'états psychologiques allant, par exemple, d'une réaction de deuil à la dépression majeure» (Santé Québec, 1989). Guyon (1996) souligne que «les résultats semblent assez près des chiffres attendus (selon les résultats cliniques) pour qu'on puisse s'y attarder.»

Nous nous appuyons ensuite sur la définition opérationnelle de la dépression proposée dans le *Cadre de référence des Services offerts par le programme de santé mentale-adultes dans les CLSC* (Régie du BSL, 2002) où la dépression se classe, selon son degré de gravité, dans la catégorie des difficultés transitoires et dans celle des difficultés graves. Quand nous nous référons à la dépression dans notre étude, nous parlons donc parfois d'états dépressifs et parfois de dépression majeure. Comme le précise le *Cadre de référence* des CLSC (2002), les états dépressifs sont «des troubles transitoires (et aussi des troubles reliés à la santé mentale menacée) accompagnés de perte d'estime de soi, de sentiment d'isolement, d'épuisement physique et psychologique». Généralement, selon l'outil de recherche de Langlois et Larose (1999),

ces états sont en réaction à des situations de vie difficiles ou à des crises situationnelles telles un deuil, une séparation, une perte d'emploi, un conflit familial, etc. Les états dépressifs peuvent être accompagnés d'idées et de comportements suicidaires. On peut inclure parmi les états dépressifs le syndrome prémenstruel, le syndrome post-partum, le «burn out», la détresse psychologique et l'épuisement.

Signalons aussi qu'il existe une forme de dépression appelée «dystymie» qui ne représenterait pas une difficulté grave et qui ne serait pas non plus une difficulté transitoire classique: elle se caractérise notamment par une humeur constamment déprimée et une très faible estime de soi (Volant, 2006).

Comme les autres difficultés transitoires, – qui sont d'intensité variable- la dépression ( sous forme d'états dépressifs) est la source d'une détresse psychologique persistante. Notons, comme

le précise le *Cadre de référence* des CLSC (2002), qu'«en comparaison aux troubles mentaux graves, les troubles transitoires ne sont pas moins sévères, ni moins souffrants.»

Quant à la dépression qualifiée de majeure, elle appartient aux «troubles graves» lesquels provoquent «des dysfonctionnements qui interfèrent avec les activités de la vie quotidienne et domestique, dans les relations interpersonnelles et dans les compétences sociales de base» selon le *Cadre de référence des CLSC* (2002). Ce document identifie certains problèmes vécus par les personnes souffrant de «troubles graves» : les incapacités fonctionnelles et relationnelles, la dangerosité pour soi-même et les autres, le rejet et l'insécurité qui représenteraient «une symptomatologie importante dans les situations stressantes.»

Il a été difficile de trouver, dans la littérature du réseau gouvernemental québécois de la santé, une définition générale de la notion de **dépendance** ou de **pharmacodépendance** – concernant autant l'alcool que les médicaments psychotropes tels que les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs -. Nous proposons donc celle du *Grand Dictionnaire de psychologie* (2002):

«État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue (*comprise comme une substance psychoactive*); cet état se caractérise par des modifications du comportement ainsi que par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique (de façon à retrouver ses effets psychiques et, éventuellement, à éviter le malaise entraîné par sa privation)».

Comme le remarque le document *Femmes et Santé* du Conseil du statut de la femme (2001) :

L'usage modéré d'alcool ou de médicaments n'est pas en soi un problème, seul l'excès en devient un. Plusieurs indices permettent de déceler un état de dépendance à une substance : augmentation de la quantité consommée, difficulté croissante de s'en passer, temps consacré à l'obtenir, nombreuses intoxications, abandon de ses centres d'intérêt ou de ses activités, détérioration de sa santé.

Au sujet de l'abus d'alcool, ce document du CSF remarque :

Chez les femmes, l'abus d'alcool s'avère souvent une réponse à une profonde détresse. Dans de nombreuses études, la consommation d'alcool est décrite comme une façon d'anesthésier ses malaises et ses souffrances. Et, en général, les excès seraient déclenchés par un événement perturbateur survenu un an auparavant.

Après avoir noté que le phénomène de la consommation de tranquillisants s'accroît chez les femmes à partir de 40 ans, les auteures de *Femmes et Santé* (2001) affirment :

Différents facteurs influent sur la consommation de médicaments chez les femmes, dont la perception de leur état de santé, la situation socio-économique et la relation avec les médecins. Elles ont tendance à beaucoup consulter et à recourir aux médicaments en raison de leurs caractéristiques physiologiques (*dont l'arrivée de la ménopause*).

Les femmes parlent beaucoup plus que les hommes de leurs problèmes de santé, de leurs conditions de vie et de ce qu'elles ressentent. De ce fait, elles font état de l'anxiété et de l'angoisse qui les tenaillent. Or, un certain nombre de médecins prescrivent des tranquillisants ou des somnifères aux femmes en difficultés sans chercher à comprendre les causes profondes de leurs malaises et sans envisager, avec elles, d'autres solutions que la médication.

(...) Quand on est seule, qu'on s'ennuie, que son réseau social s'amenuise, les médicaments pallient la routine, réduisent l'anxiété et masquent les états dépressifs.

Pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du MSSS (2001), «les signes cliniques d'un usage inapproprié de substances psychoactives (...) s'appuient sur un ensemble d'indicateurs manifestés sur le plan des habitudes de consommation, d'une part, ainsi que sur les plans physique, psychologique et social, d'autre part (FQCRPAT, 1999).» Les médicaments psychotropes, même s'il sont pris à doses thérapeutiques, sont souvent prescrits sur de longues périodes et provoquent une dépendance physique et/ou psychologique, particulièrement les benzodiazépines : l'on estime, selon le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du MSSS (2000), «que plus de 50% des prescriptions (*de psychotropes*) seraient jugées non nécessaires».

Quant aux critères de la consommation abusive de l'alcool, nous nous référons aux balises proposées par Serge Chevalier et Odette Lemoyne dans *L'Enquête sociale et de santé 1998* (2000) en ce sens qu' «il est important de considérer la consommation d'alcool tant à ce qui a trait à la quantité absorbée qu'en ce qui concerne le profil de consommation.». De manière générale, écrivent ces chercheurs, quand la prise d'alcool excède douze consommations par semaine (ou trois ou quatre par jour), elle est susceptible d'entraîner des conséquences négatives sur sa santé et sa sécurité et elle «peut même devenir nocive si cinq consommations sont prises

en une seule occasion ou si elle cause l'enivrement.» La consommation excessive d'alcool peut non seulement provoquer des difficultés de santé physique mais elle peut contribuer à détériorer des situations de santé plus fragiles.

Enfin, il est extrêmement important d'insister, comme l'explique Louise Nadeau (1995), sur le fait que le rapport des femmes avec les substances psycho-actives est différent de celui des hommes. Cette différenciation sexuelle ou «genrée» en regard de la toxicomanie est complexe et comprend de multiples aspects que nous ne pouvons présenter ici de manière exhaustive. Par exemple, Louise Nadeau (1995) écrit que les femmes reçues dans les centres de traitement pour alcoolisme associaient souvent l'alcool et les tranquillisants mineurs et que 30% des femmes alcooliques ne s'étaient jamais intoxiquées jusqu'à l'ivresse. On a aussi remis en question, ajoute-t-elle,

le stéréotype de la femme alcoolique selon lequel celle-ci boit à la maison, seule, cachée derrière ses rideaux de dentelle. Quatre-vingt-dix pour cent des femmes buvaient seules à leur domicile, mais cette consommation était suivie d'événements qui se produisaient, dans un tiers des cas, en interaction avec l'entourage au vu et au su des proches. C'est ainsi qu'on a pu constater que les problèmes liés à l'alcool et aux autres substances psycho-actives sont habituellement connus d'un certain nombre de proches qui peuvent choisir de se taire.

Toujours selon Louise Nadeau (1995), la dépendance aux tranquillisants mineurs, - où les femmes sont sur-représentées- reste peu documentée «vraisemblablement parce que ces produits sont obtenus sous ordonnance médicale et consommés par les patientes à titre de médicaments et non de «drogue».» En ce qui concerne l'alcool, la chercheuse écrit que «la consommation exclusive d'alcool est de moins en moins fréquente et les femmes dépendantes de l'alcool consomment généralement plusieurs produits en même temps.» Enfin, encore selon Louise Nadeau (1995) :

le taux de suicides réussis chez les femmes qui présentent une dépendance à l'alcool est 23 fois supérieur à celui de la population féminine générale. Les tentatives de suicide sont plus

fréquentes chez les femmes qui présentent une dépendance à l'alcool que chez leurs homologues masculins.

Nous présentons maintenant les trois concepts principaux de notre recherche : santé mentale, mitan et période ménopausique.

#### **1.4.2 Les principaux concepts de la recherche : santé mentale, mitan et ménopause**

##### **Le concept de SANTÉ MENTALE**

La définition du concept de santé mentale utilisée dans ce rapport est appréhendée principalement à travers une perspective théorique féministe, complétée des approches holistique/globale/systémique et andragogique.

##### **La perspective féministe de la santé mentale**

Notre recherche est une recherche féministe en ce sens que son principal souci a été d'être à l'écoute de la parole et des points de vue des femmes dans une perspective d'émancipation sociale de la collectivité des femmes et en vue d'une intervention sur le terrain qui soit davantage respectueuse et adaptée au vécu des femmes.

La perspective féministe de la santé des femmes voit la santé des femmes non seulement d'une façon *globale*, mais elle s'appuie aussi sur le postulat vérifié en recherche (Ford foundation,1991;Sadik,1991) que « pour agir sur la santé des femmes, il faut (...) agir sur leur statut et leurs conditions sociales. Selon une telle perspective, la recherche dans le domaine de la santé doit porter sur l'identification des facteurs sociaux déterminants pour la santé et des moyens d'agir sur ceux-ci» (De Koninck,1994).



La perspective féministe ou «la recherche féministe sur la santé des femmes se définit essentiellement comme celle qui aborde les questions en intégrant la dimension des rapports femmes-hommes et qui place les femmes au centre de la démarche. C'est auprès d'elles et avec elles que doivent être identifiées les connaissances à acquérir, les moyens de les acquérir et les solutions pour améliorer la condition des femmes. La recherche féministe se caractérise donc par un parti pris pour les femmes et une confiance en leur capacité de dire et de faire» (De Koninck, 1994).

La perspective féministe a été déterminante au niveau de la santé *mentale* des femmes et elle s'est affirmée dès le début des années 70. Un énorme travail de déconstruction et de remise en question scientifiques sera alors réalisé. Déconstruction au niveau des diverses théories psychologiques et psychiatriques mais aussi remise en question des thérapies traditionnelles qui, «depuis la nuit des temps», avaient décrites les diverses expériences des femmes (menstruations, grossesse, accouchement, ménopause<sup>16</sup>) en termes de manques, de syndromes et de maladies et qui interprétaient les malaises psychologiques des femmes comme des «problèmes psychologiques» et des «troubles mentaux» (De Koninck et al, 1983).

Dès le début des années 70, la recherche féministe a refusé une notion de la santé mentale axée sur le modèle biomédical qui privilégiait une conception intra-psychique des troubles mentaux, vision alors dominante en psychologie, en psychanalyse et en psychiatrie (De Koninck et al, 1983). Il y a près de 40 ans, les féministes, militantes, chercheuses ou praticiennes, au Québec

---

<sup>16</sup> Dans la préface du livre *La santé des femmes* (1995) d'Huguette Bélanger et de Louise Charbonneau, Gilles Desrosiers rapporte cet événement : «Ce livre, dont j'ai rêvé pendant des années, est en fait né d'un incident regrettable qui se produisit au début des années 80, au cours d'un programme de formation organisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q) et au cours duquel on traitait, entre autres, de la ménopause. La personne ressource qui devait aborder ce sujet s'étant désistée à la dernière minute, s'était fait remplacer par un professeur émérite de la faculté de médecine. Ce dernier, tout imbu de sa science, brossa avec assurance et grandiloquence un tableau si noir, si grotesque et si humiliant de cet épisode de la vie des femmes que plusieurs d'entre elles se mirent à le chahuter et que Diane Boivin, au nom de toutes les autres, se leva pour lui faire part de leur indignation.»

comme ailleurs en Occident, ont remis en question une conception de la santé mentale basée sur la notion d'équilibre et d'adaptation *individuels* à un environnement, estimant que «l'environnement doit être évalué en fonction des besoins des individus et non l'inverse» et «qu'un individu qui refuse les valeurs qui lui sont proposées ainsi que les conditions de vie qui sont les siennes n'est pas nécessairement malade. La rupture ou le refus de son environnement peut au contraire être le signe d'une vitalité positive pour l'environnement en général et pour l'individu qui proteste » (De Koninck et al, 1983).

Dans les années 80, la recherche féministe s'est interrogée sur la définition de la maladie et de la santé mentales dans une société qui semble définir la «normalité» à l'aune des traits, des normes et des valeurs masculines. Une société dont la conception de la santé mentale serait autant le reflet que l'un des modes de contrôle d'une structure de socialisation et de structures politiques et économiques discriminantes pour les femmes. Les chercheuses féministes ont dénoncé l'obligation pour les femmes de s'*adapter* à une société sexiste afin d'obtenir un diagnostic de «normalité» et de bonne santé mentale.

Comme le souligne Guyon (1995), la perspective féministe de la santé mentale a proposé une notion élargie qui débordait le champ de la maladie et s'est rapidement orientée vers une perspective *systémique, environnementale ou écologique*. La perspective féministe de la santé mentale s'est donc caractérisée dans les années 80 au Québec par une emphase importante sur l'autonomie et sur le contrôle de la destinée biologique et psychologique des femmes (Guyon et Nadeau, 1990). Du côté de l'intervention en santé mentale, des modèles féministes se sont alors développés.

Du point de vue féministe, la décennie 1990 sera caractérisée au Québec par le début d'une démarche de prise en compte de la version des femmes dans la définition des politiques et des actions québécoises en matière de santé mentale (Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997). En outre, la décennie 1990 sera marquée par une cueillette d'informations sur le terrain concernant certains aspects de la santé des femmes (au moyen des enquêtes de Santé Québec et de recherches, notamment féministes) qui nous permet maintenant d'esquisser un premier portrait de la situation de santé des femmes du point de vue physique et mental. Enfin, la décennie 1990 apportera un outil de mesure, appelé *l'analyse différenciée selon les sexes*<sup>17</sup>, qui tient compte de la spécificité des sexes dans les analyses, autant en santé que dans d'autres domaines, et qui ne se réduit pas à considérer le sexe comme une variable parmi d'autres.

Des chercheuses féministes québécoises de la première heure dans le domaine de la santé mentale, telles Louise Guyon (1996, 1995, 1991, 1990), restent cependant marquées par les anciennes connotations de la notion de santé mentale qui étaient réductrices et discriminantes pour les femmes. Elles répugnent à donner une définition de la santé mentale et de la santé mentale des femmes, leur premier souci étant d'être à l'écoute de la parole des femmes, ce qui «protège l'analyse contre le piège des catégories» et qui «est un élément clé dans la connaissance et la compréhension des situations actuelles» (Guyon, 1991).

---

<sup>17</sup> Le projet d'intégrer une approche de genre ou une analyse différenciée selon les sexes a été soulevé la première fois à la Conférence mondiale de Mexico lors de l'Année internationale de la femme en 1975 mais il origine de la quatrième Conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, à Beijing en 1995 : 181 États, dont le Canada, ont pris l'engagement de prendre en compte l'égalité entre les sexes dans l'élaboration des lois, des politiques et des programmes. Pour ce qui est du gouvernement du Québec, c'est depuis le mois de mai 1997 que le processus d'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes a été entamé dans les ministères et dans les appareils étatiques, notamment avec l'élaboration d'outils d'analyse. Au MSSS, par exemple, on a établi un calendrier d'implantation progressive dans certains programmes et, depuis 2005, des sessions de formation à l'ADS ont été organisées pour les personnels dans plusieurs régions du Québec.

De manière générale, sur le terrain, les féministes impliquées dans le domaine de la santé mentale dénoncent toujours un discours dominant de la santé mentale chez nombre de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes etc. qui «pathologisent» et médicalisent les expériences des femmes.

En outre, comme Kate Millet (1991), nous nous demandons dans quelle mesure l'existence de la catégorie ou de la réalité «maladie mentale» serait une illusion et l'un des plus subtils moyens de contrôle, d'uniformisation et de répression-oppression de nos sociétés contemporaines à travers l'institution médicale psychiatrique et de ses lieux affiliés.

Dans le même ordre d'idées, Louise Blais (1997) se demande si la question de la santé mentale, particulièrement en milieu de pauvreté, serait «masque ou vitrine du pouvoir et de l'oppression». Après les constats de notre problématique (chapitre 1) en regard de la situation de précarité et de pauvreté dans laquelle vivent un trop grand nombre de femmes, - plus particulièrement les femmes de notre région - cette préoccupation nous rejoint à plusieurs égards. Louise Blais (1997) questionne notamment l'utilisation de la grille épidémiologique au niveau gouvernemental du réseau de la santé qui, dans l'interprétation des besoins de santé mentale, «contribue au processus d'exclusion d'individus et groupes en position précaire sur les plans socio-économique et culturel en les excluant des lieux de la parole où ils pourraient élaborer un discours sur leurs problèmes et leurs besoins ainsi que des moyens d'action pouvant permettre d'assumer leur statut d'acteur.»

## **Les perspectives holistique, globale et systémique de la santé mentale**

Il s'agit de trois approches différentes de la santé et de la santé mentale qui sont parfois confondues et qu'il a lieu de distinguer ici de manière succincte<sup>18</sup>.

Les perspectives holiste et globale sont des perspectives *individuelles* de la santé même si elles tiennent compte des conditions sociales et des facteurs sociaux. La perspective systémique, que l'on appelle aussi écologique ou environnementale, est apparue au Québec au moment où le modèle biopsychosocial (holiste et global) semblait une alternative incomplète et insatisfaisante au modèle biomédical parce que s'appuyant sur une vision trop individualisée de la santé. La perspective systémique ou écologique « *vise à rendre compte des relations entre les paramètres biologiques, environnementaux et culturels dans la santé*» et « *traduit des préoccupations tournées vers la santé sociale (nous soulignons)*» (Lacourse, 2002).

Cette vision systémique est actuellement privilégiée dans les approches sociales de la santé et de la santé mentale, notamment en anthropologie (Massé et al, 1998), dans le réseau québécois de la santé et dans l'approche féministe. De nombreuses chercheuses féministes contemporaines qui travaillent dans le domaine de la santé et plus spécifiquement de la santé mentale (OMS/WHO, 2000; Morrow, 2000; Walters et al, 1995; Guyon, 1995; De Koninck, 1999a) se situent dans cette perspective systémique qui est aussi holiste et globale.

Si la perspective féministe fournit le cadre de référence théorique principal de notre recherche, il reste qu'une notion plus opérationnelle de la santé mentale était requise.

Pour ce faire, nous avons donc eu recours à des chercheur(e)s québécois(e)s du réseau gouvernemental de la santé qui se situent dans la perspective systémique. Après avoir pris connaissance des différentes définitions de la santé mentale élaborées par ces chercheur(e)s

---

<sup>18</sup> Les grands points de repères conceptuels ont été élaborés de façon exhaustive dans notre Cadre de référence provisoire (été 2002).

(Kovess et al, 2001; Blais, 1998; Santé Québec, 1998; Comité de la santé mentale du Québec, 1993), nous avons choisi de retenir, comme définition- repère de cette perspective, celle du modèle des soins infirmiers de Virginia Henderson, décrit en 1984 par des infirmières québécoises (Riopelle et al, 1984).

Affiné par Margot Phaneuf (1996), le modèle des soins infirmiers de Henderson est inséré dans un cadre systémique et holiste: l'être humain sera alors considéré dans ses dimensions physique, cognitive, affective, sociale et spirituelle et dans ses liens avec l'environnement. À l'instar de la définition de ce modèle des soins infirmiers, notre notion de la santé mentale inclura la dimension **psychologique** et la dimension **spirituelle**. Ce modèle est intéressant pour la présente recherche parce qu'il tient compte de toutes les dimensions humaines sans exclure la dimension spirituelle et parce qu'il tient compte des **besoins** fondamentaux d'ordre biopsychosocial, ce dernier aspect se référant au deuxième objectif de la présente recherche quant à l'identification des besoins des femmes du mitan en période de ménopause.

La dimension **spirituelle** s'avère cruciale pour notre recherche puisque l'une des caractéristiques importantes du mitan de la vie est ce que Bernice Neugarten appelle «l'intériorité croissante». Et, selon des recherches féministes américaines qui ont étudié la santé des femmes au mitan, la dimension spirituelle prendrait à cette étape de leur vie une importance centrale chez plusieurs d'entre elles.

En ce qui concerne la dimension **psychologique** de la santé mentale, plusieurs auteurs, comme le rapportent Kovess et al (2001), lui attribuent la composante affective-émotive, la composante relationnelle et la composante cognitive. Chez certains auteurs comme Massé et al (1998), la composante relationnelle ainsi que la composante comportementale (incluant la sexualité) sont intégrées au volet affectif-émotif : ce sera aussi le choix de la présente recherche. Enfin, la

composante cognitive sera aussi retenue dans notre travail comme volet distinct à l'intérieur du psychologique.

Bref, la notion de santé mentale que nous utilisons dans ce rapport réfère premièrement à la dimension **psychologique** avec ses composantes cognitive **et** affective (affective = émotive, relationnelle et comportementale) et deuxièmement à la dimension **spirituelle**.

C'est dans la perspective contemporaine du spirituel, une perspective à la fois transformatrice et intégratrice de tous les aspects de l'être humain, autant individuels que sociaux, de même que dans un territoire commun du spirituel contemporain (non rattaché à une forme particulière de spiritualité et distinct du religieux) que la présente recherche choisit d'envisager la dimension spirituelle de la santé mentale. De façon plus précise, voici ce que nous entendons dans ce rapport lorsque nous référons à la notion de spiritualité<sup>19</sup> :

**La spiritualité est une expérience intime de croissance<sup>20</sup>, inscrite dans une quête de sens et dans une relation à une transcendance, qui permet à un être humain de se réaliser (ou de s'unifier), et qui se situe dans un contexte historique et collectif déterminé.**

Du point de vue holistique, global et systémique, il sera toutefois de première importance de garder à l'esprit que la dimension physique ou somatique<sup>21</sup> fait partie intégrante de la santé mentale (autant dans les manifestations de détresse que de bien-être), et qu'elle est toujours

---

<sup>19</sup> Définition issue du devis de notre projet doctoral à l'Université de Montréal (Sciences de l'Éducation-Andragogie, avril 2001). Nous y proposons une définition du concept de maturation spirituelle qui est l'équivalent, dans nos travaux, du concept de spiritualité ainsi que de la notion de santé mentale du point de vue spirituel ou, en d'autres mots, de la notion de santé spirituelle. Nous avons repris cette définition dans le Cadre de référence provisoire du présent projet de recherche (été 2002).

<sup>20</sup> On verra plus loin, avec la perspective andragogique, comment la présente recherche envisage la notion de croissance.

<sup>21</sup> Comme le rapportent Massé et al (1998) en regard de la détresse psychologique et en citant Kleinman et Kleinman (1985), la somatisation est «l'expression de la détresse sociale ou personnelle dans des idiomes de plaintes corporelles et de recherche d'aide médicale».

implicite, présente, et en interaction constante, dans les dimensions psychologiques et spirituelles. Il en est de même d'ailleurs pour la dimension sociale de la santé mentale. Mais la délimitation du territoire de notre recherche impose à la chercheuse de concentrer son attention exclusivement sur les dimensions psychologiques et spirituelles de la santé mentale. En conséquence, dans cette perspective holistique/globale/systémique, toutes les dimensions et toutes les composantes de la santé mentale, qu'elles soient physiques, psychologiques, spirituelles ou sociales, se recourent et interagissent entre elles.

Par ailleurs, le concept de santé mentale utilisé dans la présente étude réfère à un *processus*, se modulant davantage en termes de *croissance* (personnelle et transpersonnelle) qu'en termes d'*adaptation*. Enfin, certains aspects de la définition de la santé mentale du Comité de la santé mentale du Québec (1993) seront retenus comme points de repères à savoir que «la santé mentale (...) s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants :-le niveau de bien-être subjectif;- l'exercice des capacités mentales;-la qualité des relations avec le milieu.».

### **La perspective andragogique de la santé mentale**

Une troisième perspective vient enrichir et préciser davantage notre approche du concept de la santé mentale : il s'agit de la perspective andragogique.

Pour la discipline andragogique, qui tire une grande partie de ses fondements épistémologiques dans les théories humanistes contemporaines<sup>22</sup> (Marchand, 1997), la santé mentale est envisagée en termes de processus de croissance et de développement. Une telle perspective veut «que l'on sorte le développement adulte de la tutelle de la pathologie et de la clinique», comme l'affirme Renée Houde (1999). Cette vision se trouve en cohérence avec la perspective holistique, globale

---

<sup>22</sup> Ces points de repère seront envisagés à travers le filtre critique de la perspective féministe, pour faire contre-poids à la vision individualisante qui est l'un des reproches des féministes (Corbeil et al, 1983) à l'endroit de l'approche humaniste contemporaine.



et systémique vue précédemment, et plus précisément avec la *Politique de santé mentale au Québec* (1989) qui caractérise la notion de santé mentale à travers l'axe psychodéveloppemental, où l'accent est mis sur les aspects affectif, cognitif et relationnel et où les différentes dimensions bio-psycho-sociales sont en interaction dynamique et constante.

Le développement de l'adulte est donc appréhendé, dans cette recherche, comme un processus de croissance à la fois personnel et transpersonnel (Jung, 1962,1953; Maslow, 1972; Hamel, 1997) ou comme un processus de transformation<sup>23</sup> holistique et global qui touche les différents aspects de la personne (Boyd, 1991; Gould, 1981, 1980; Mezirow, 1978).

Les concepts de *santé mentale* et de *réalisation de soi* semblent même deux notions équivalentes pour un théoricien comme Maslow (1972) qui postule que «la santé psychique de l'adulte est appelée: accomplissement de soi, maturité affective, individuation, productivité, réalisation de soi, authenticité, plénitude de soi, etc.».

Si Vaillant (1977, dans Houde, 1999) affirme aussi de son côté que «la santé mentale n'est pas à l'abri de l'anxiété et de la dépression parce qu'une adaptation saine présuppose une perception adéquate de l'univers et qu'une perception adéquate suscite souvent de la souffrance», en revanche, le psychologue américain ajoute qu'il ne faut pas confondre santé mentale et bonheur : «Le fait de ne pas être heureux, dit-il, montre une faille dans les mécanismes adaptatifs, il n'est pas en lui-même un indicateur d'une santé psychologique pauvre» (Vaillant, 1977, traduit par Houde, 1999).

---

<sup>23</sup> Cette notion de *transformation* est à la base du modèle de Houde (1999) pour approcher le MITAN, comme on le verra plus loin à l'étude de ce concept.

## **Le concept de MITAN**

Le concept de MITAN utilisé dans la présente recherche réfère d'une part, à certaines dimensions du mitan qui seraient communes à tous les adultes contemporains quelles que soient leurs différences et, d'autre part, à certaines dimensions du mitan qui seraient spécifiques aux femmes ou à l'expérience des femmes d'aujourd'hui. Pour le concept de mitan, nous proposons donc une grille intégrative des dimensions dites «universelles» et des dimensions spécifiques aux femmes : cette grille représente une sorte de modèle conceptuel provisoire du mitan sur lequel notre recherche s'appuie au départ.

Mais précisons tout de suite à quoi correspond la période du mitan selon Renée Houde (1999) :

Comme pour tous les autres temps du cycle de la vie humaine, les frontières du mitan sont fluides sans être totalement flous; ainsi la saison du mitan recouvre une période d'environ un quart de siècle, qui va de plus ou moins 40 ans jusqu'à plus ou moins 65 ans, entre la jeunesse et la vieillesse comme temps de vie. (...) C'est un temps de la vie adulte, l'équivalent d'une saison qui présente des enjeux psychosociaux particuliers et qui inclut des périodes de stabilité et des périodes de transition. Il y a donc plus qu'une seule transition à l'intérieur du mitan.

### *Grille intégrative des dimensions du mitan adulte et du mitan des femmes*

La grille intégrative suivante est proposée pour le mitan afin d'englober non seulement les dimensions psychologiques (les cinq balises du mitan «universel» adulte et les quatre balises du mitan des femmes) mais aussi les dimensions physiques et contextuelles qui sont aussi des composantes de la santé et de la santé mentale des femmes :

- 1) Le mitan du point de vue du **vieillessement ou des changements physiques** (ne se restreignant pas seulement à la ménopause ou à la dimension *reproduction* de la santé des femmes) qui englobe tous les aspects des changements physiques de la santé des femmes au mitan (Morrow, 2000).

- 2) Le mitan du point de vue de la transformation ou des **changements psychologiques et spirituels** qui englobe les cinq dimensions conceptuelles du mitan «universel» (Houde, 1999) ainsi que les quatre dimensions conceptuelles du mitan des femmes (Caffarella, 1992 ;Lippert, 1997).
- 3) Le mitan du point de vue des **facteurs socio-culturels auxquels nous ajoutons les changements socio-économiques du mitan** (Morrow, 2000), qui réfèrent aux changements socio-économiques du mitan reliés au revenu, au travail rémunéré et non-rémunéré et au lieu de résidence.

Le modèle du mitan privilégié dans cette recherche est le modèle de la *transformation* appliqué aux femmes de façon spécifique, c'est-à-dire en tenant compte des caractéristiques, reconnus dans les écrits féministes, du développement adulte des femmes.

Avec son premier volet, notre modèle se base sur les travaux de synthèse de Renée Houde (1999) concernant les aspects «universels» du mitan. Avec son deuxième volet, il s'appuie sur les conclusions synthèses de deux articles de chercheuses féministes américaines dont nous avons parlé précédemment : Rosemary Caffarella concernant les théories du développement adulte des femmes et Laurel Lippert concernant les théories du mitan pour les femmes.

#### *Les dimensions du mitan adulte communes aux femmes et aux hommes*

Comme nous l'avons vu, Renée Houde (1999) définit le mitan comme « un temps de la vie adulte, l'équivalent d'une saison qui présente des enjeux psychosociaux particuliers et qui inclut des périodes de stabilité et des périodes de transitions. Il y a donc plus qu'une seule transition à l'intérieur du mitan (nous soulignons)». La chercheure décrit le mitan :

- comme une période ou un temps de vie recouvrant approximativement un quart de siècle, à partir de l'âge de plus ou moins 40 ans à celui de plus ou moins 65 ans;
- où surgit une poussée de croissance ou crise développementale;
- poussée de croissance ou crise développementale porteuse de six enjeux/changements psychosociaux particuliers qui pourront, mais pas nécessairement ni de façon universelle et normative, provoquer une crise adaptative chez certaines personnes. Il est à souligner aussi que ces six enjeux ne sont pas les seuls à pouvoir déclencher une crise au mitan et que les événements de la vie peuvent aussi le faire.

Voici les six enjeux ou descripteurs «universels» du mitan selon Renée Houde (1999) ou, si l'on veut, les six dimensions de la crise normative ou poussée de croissance du mitan :

1. Un nouvel éclairage sur son temps individuel
2. Une prise de conscience de la finitude de sa vie et de sa propre mort
3. Une prise de conscience des limites de son corps
4. Un mouvement de retour sur soi
5. Un réaménagement de son identité personnelle et sociale comme homme et femme du mitan
6. Une nouvelle lecture du sens de sa vie et une réorganisation de sa structure de vie

Bref, le modèle de la *transformation* colligé par Houde présuppose une *crise développementale* (la chercheure lui préfère d'ailleurs le terme de *poussée de croissance*). Cette poussée de croissance est *normative*; elle n'est pas nécessairement une *crise adaptative* et elle s'oppose au

modèle de crise véhiculé par d'autres théoriciens du mitan, un modèle fortement propagé dans la société occidentale contemporaine.

La présente recherche a retenu cinq dimensions conceptuelles du développement adulte au mitan :

1. Les six enjeux développementaux (pouvant provoquer une crise normative ou une crise adaptative).
2. Les événements de vie (pouvant aussi provoquer une crise normative ou une crise adaptative).
3. Les principaux aspects spécifiques au mitan (selon Houde et Murray Stein) : le temps, l'*ombre*, l'*animus-anima* et la mort destin. Pour Houde (1999), c'est «la remise en question majeure du mitan où le temps devient un facteur précipitant et où l'*ombre*, active dans toutes les autres transitions (*de la vie adulte*), se manifeste de manière drastique» Pour Murray Stein (1983),« ce qui est plus spécifique à la transition du mitan de la vie est la rencontre et la négociation délibérée avec l'inconscient en tant qu'opposé contresexuel, en tant qu'*animus* et *anima* (...) et la prise de conscience lucide que la mort est un destin personnel» (Murray Stein traduit et cité par Houde, 1999).
4. L'occasion, lors du mitan, de passer d'une attitude orientée vers la *persona* à une attitude orientée vers le *Soi*.
5. Le mitan adulte comprend des périodes de stabilité en alternance avec des périodes de transition. Il n'y a pas qu'*une* transition mais *plusieurs* transitions au mitan.

### *Les dimensions du mitan qui sont spécifiques aux femmes*

Les quatre dimensions qui ont été retenues dans la présente recherche comme dimensions conceptuelles du mitan des femmes intègrent les conclusions de Lippert (1997) sur le mitan des femmes et celles de Caffarella (1992) sur les traits majeurs du développement adulte des femmes dont nous avons parlé précédemment (en 1.2.2). Voici ces quatre dimensions :

1. Le développement psychosocial des femmes est caractérisé par de multiples patterns, des patterns de développement divers et non linéaires (une discontinuité dans les rôles), la diversité des expériences ou des variations dans les expériences et un besoin de maintenir une conscience de soi fluide.
2. Le développement psychosocial des femmes est caractérisé par l'importance centrale du relationnel et du besoin relationnel.
3. Le développement psychosocial des femmes est caractérisé par l'importance de l'interdépendance ou de la connexion aux autres, qui, tout en étant centrale, est indissociable de leur processus d'autonomisation et d'individuation.
4. Le développement psychosocial des femmes est caractérisé par l'importance continue des situations ou du besoin d'identité (la zone de l'autonomie, du *qui je suis*) et des situations ou du besoin d'intimité ou relationnel (la zone du *comment j'aime*).

### **Le concept de MÉNOPAUSE**

Le Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction (Santé Canada, 1995) dit que «la ménopause est habituellement définie comme l'arrêt physiologique des règles». Du point de vue médical, cette cessation doit s'être maintenue durant un an pour qu'une femme soit déclarée ménopausée. Mais l'événement physiologique lui-même ou le «non-événement», comme dit

Germaine Greer (1992), signifie bien davantage que la seule cessation des menstruations. En effet, des écrits sur la question contestent cet aspect réducteur de la définition de la ménopause- événement qui laisse croire aux femmes que la ménopause est «quelque chose qui leur tombe sur la tête à 50 ans» (Corbeil, 1995) en évacuant l'aspect du *processus à long terme* de la ménopause de même que ses dimensions holistique, globale et systémique.

Les sexologues Diane Brouillette et Marie Christine Courchesne (dans Bélanger et Charbonneau, 1995) résument dans le tableau suivant le processus ou les différentes périodes de la périménopause du point de vue physiologique.

<b>Périodes de la périménopause</b>
<b>Préménopause</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• âge: début entre 35 et 45 ans 2 à 8 ans avant l'arrêt des menstruations</li><li>• changements hormonaux:<ul style="list-style-type: none"><li>- ↓ oestradiol ovarien activité ovarienne sporadique</li><li>- ↓ oestradiol circulant maintien de la sécrétion d'androstènedione</li></ul></li><li>• menstruations<ul style="list-style-type: none"><li>- périodes de cycles irréguliers</li></ul></li><li>• symptômes ménopausiques occasionnels<ul style="list-style-type: none"><li>- fatigue</li><li>- insomnie</li><li>- irritabilité</li></ul></li></ul>
<b>Ménopause</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• âge moyen: 51 ans</li><li>• arrêt des menstruations depuis un an</li><li>• apparition, chez près de 70 % des femmes, de symptômes ménopausiques</li></ul>
<b>Postménopause</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 à 5 ans après le début de la ménopause</li><li>• symptômes ménopausiques amplifiés lorsque présents jusqu'à la disparition des bouffées de chaleur</li><li>• accentuation du processus d'atrophie urogénitale</li></ul>

On a vu, dans la section concernant la perspective féministe de la santé des femmes, comment tout ce qui concerne le corps, la santé et les étapes de vie des femmes, a subi la vision androcentrique de l'approche bio-médicale, toujours influente depuis le 19<sup>e</sup> siècle en Occident. Avec l'approche bio-médicale stricte, le corps des femmes et ses différentes manifestations et expériences relèveraient du pathologique et de l'a-normal. Cette conception est renforcée par l'idée que la santé se définit d'abord par l'absence de maladie et elle met de l'avant un modèle d'intervention davantage curatif que préventif. C'est ainsi que la ménopause continue d'être envisagée par une vision dominante de la médecine actuelle sous l'angle du syndrome de carence, soit dans une perspective de maladie que l'on traite avec des pilules ou, plus récemment, comme facteur de risques aggravant pour les diverses «maladies» du vieillissement qui guettent les femmes après 50 ans (Lippman, 2004; Bernier, 2003; RQASF,1997; Greer, 1992).

C'est vers la fin des années 1990, sous la pression de chercheuses féministes à l'intérieur du milieu médical, qu'un discours médical (encore minoritaire au moment où ces lignes sont écrites), a commencé à s'éloigner d'une *approche maladie* de la ménopause ainsi que d'une médicalisation de cette étape normale de la vie des femmes, et où l'on parle moins de LA ménopause que DES ménopauses, en tenant compte des multiples dimensions et des contextes culturels et sociaux qui viennent colorer cette expérience unique de la vie des femmes. Véhiculée de façon récente dans les milieux médicaux, cette nouvelle approche de la ménopause tend non seulement à décrire la ménopause comme une étape, - et surtout une étape *normale* dans le continuum du processus physiologique global de la santé des femmes (qui ne se réduit pas à la reproduction) - mais à la définir comme une expérience à la fois physiologique, psychologique et socioculturelle avec des variabilités ou des différences autant individuelles que sociales.



Comme nous l'avons dit dans le chapitre de la problématique, c'est ainsi que l'on a pu constater, dans les dernières années, l'amorce d'un changement de mentalité dans le milieu médical: la ménopause est envisagée de plus en plus à travers une perspective globale, non seulement avec une approche individualisée respectueuse des besoins, des valeurs et du vécu des femmes, mais aussi avec une perspective sociale et culturelle qui relativise et contextualise la façon dont les femmes expérimentent cette étape de leur vie.

Nous rappelons aussi que dans la perspective féministe de la santé des femmes et ce, depuis les premières réflexions des féministes américaines au début des années 1970, la ménopause n'est pas perçue de manière isolée ou comme un simple événement biologique, voire même comme une maladie de carence ou de déficience, telle que le véhicule la perspective bio-médicale. Dans les pratiques et les recherches féministes depuis plus de 30 ans, la ménopause est envisagée comme une étape normale qui ponctue la vie reproductive des femmes au même titre que les menstruations, la grossesse ou l'accouchement. Dans la perspective féministe, la ménopause est aussi perçue comme une étape charnière dans le parcours d'une vie de femme : c'est une étape qui met fin, bien sûr, à une capacité de reproduction mais qui ne signe pas pour autant la fin de la vie ou l'entrée des femmes dans la vieillesse et encore moins dans la maladie. Depuis 15 ans particulièrement, telle qu'elle est véhiculée au Québec dans les groupes d'intervention féministe, l'approche féministe de la ménopause insiste pour la situer dans une perspective holistique, globale et systémique de la santé et de la vie des femmes au mitan de la vie (RQASF,1997).

Bref, voici les balises que s'est données la chercheure afin de circonscrire la notion de ménopause. Cette notion sera envisagée dans une perspective féministe et sous trois angles différents :

- **La ménopause du point de vue *physiologique*** en tant que transition physiologique à l'intérieur du continuum de la vie des femmes et phase finale de leur vie reproductive. Cette transition physiologique de la ménopause est envisagée dans l'ensemble du processus périménopausique (appelé dans la présente recherche *période ménopausique* ou *période de la ménopause*) comportant trois sous-périodes : la pré-ménopause, la ménopause et la post-ménopause. Ces trois sous-périodes permettent de définir le *statut ménopausique* des femmes. Cette désignation «montrant bien qu'il y a là un *après*, tangible, et que la ménopause ne renvoie plus, comme cela a pu être le cas, à un état de vie ou à un statut qui aurait une connotation de finalité (comme être productif dans la famille ou utile socialement» (Bernier, 2003).

- **La ménopause du point de vue *psychologique et spirituel*** comme l'*une* des diverses transitions psychologiques et spirituelles expérimentées par les femmes au mitan. En effet, lorsque la transition ménopausique des femmes coïncide avec le questionnement du mitan, cela a une incidence importante sur leur vécu physique, psychique et social. Nous répétons ici ce que nous disions plus tôt dans la problématique : si la présente recherche veut se centrer sur la santé mentale des femmes qui traversent le mitan à la ménopause, ce n'est pas tant à l'événement physiologique de la ménopause - si normal et significatif qu'il soit- qu'elle s'intéresse mais plutôt au sens que cet événement prend pour elles à cette étape de leur vie qu'on appelle le *mitan* où les femmes sont plus vulnérables psychologiquement. Dans notre recherche, la ménopause en tant qu'événement physiologique est reliée et située à l'intérieur de cette grande et longue étape de transition qu'est le mitan de la vie - approximativement de 35 à 65 ans - qui est une «période majeure de transition» comme le note Renée Houde (1999) et où «la» transition est faite de plusieurs transitions. Ainsi, c'est l'étape du mitan de la vie, avec ses enjeux spécifiques, qui

devient la scène centrale de la vie des femmes d'âge mûr et non la seule ménopause, comme le véhicule toujours le discours social et médical dominant. Du point de vue physique, psychologique, contextuel ou social, d'autres événements se déroulent, - peut-être encore plus significatifs pour les femmes que la ménopause elle-même - et tissent le canevas global de leur santé mentale.

- **La ménopause du point de vue *social et culturel*** en tant que *conception* véhiculée dans des discours et des pratiques diverses qui varient selon les cultures et les sociétés. Comme l'explique la sociologue Christiane Bernier (2003), certains travaux en anthropologie sociale «font état d'une corrélation entre les attitudes culturelles à l'égard de la ménopause et l'intensité des symptômes indiqués par les femmes». Bernier cite la recherche de Lock (1994) qui «illustre clairement que plus l'image de la femme ménopausée est socialement valorisée, moins les femmes font état de symptômes physiques ou psychologiques». Par conséquent, il est crucial pour la présente étude que la notion de ménopause soit située du point de vue *social et culturel* en tant que *conception* dont l'influence est déterminante pour la santé des femmes. Avec Bernier (2003), nous pensons que les représentations sociales et culturelles de la ménopause qui prévalent dans notre culture et dans notre société ont des effets négatifs sur la santé des femmes :

En fait, selon ces recherches, ce sont les Nord-Américaines et les Européennes qui sembleraient avoir le plus de symptômes, qui vivraient le plus péniblement cette transition et qui auraient le plus de difficultés à percevoir la ménopause comme un phénomène naturel, au même titre que le début de la puberté (Beyene, 1986, McCrea, 1983, Bowles, 1990, Lock, 1994). Non seulement cette vision médicalisée de la ménopause aurait-elle des effets sociaux négatifs sur chacune des femmes en particulier, puisqu'elle autorise un contrôle toujours plus grand de la médecine sur leur expérience et leur corps, mais, de surcroît, elle aurait pour effet d'oblitérer la réalité empêchant que soit perçue, socialement, la variété des situations de ménopause (Notman, 1990; Gannon et Ekstrom, 1993).

## **CHAPITRE 2**

### **DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

## **2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Le chapitre 2 explique différents aspects de la démarche méthodologique empruntée par la chercheuse pour mener à bien ce projet de recherche. Au-delà d'un certain jargon qui peut sembler rebutant, il faut y retenir le souci de rigueur méthodologique qui a été continu tout au long de la présente étude afin de garantir la fiabilité de ses résultats. Nous verrons donc ce qui a justifié pour la chercheuse le choix de l'approche méthodologique de même que ses critères pour le choix des personnes à l'étude. Nous suivrons ensuite l'itinéraire minutieux et complexe effectué pour le recrutement des participantes de la recherche. Puis nous aborderons différents aspects des instruments de collecte qui ont été choisis. Nous verrons enfin comment s'est déroulée concrètement la recherche de même que la technique d'analyse qui a été privilégiée. Le chapitre 2 se termine avec la description des limites méthodologiques inhérentes à cette recherche.

### **2.1 Choix de l'approche méthodologique**

La démarche scientifique de la présente recherche se situe dans le paradigme interprétatif et se réalise en plaçant le sujet au centre du monde, en lui redonnant voix afin qu'il trouve les assises de son identité individuelle et collective (Gohier, 1997). La méthodologie qualitative s'est donc imposée à nous parce que notre étude souhaite dresser un portrait de situation et identifier des besoins de santé mentale *à partir du vécu* des femmes au mitan de la vie et à la ménopause.

De façon plus spécifique, à cause de ses perspectives féministes qui privilégient les femmes, l'expérience et le point de vue des femmes pour connaître leurs difficultés et leurs besoins de

santé mentale, cette recherche se situe dans une approche féministe de la méthodologie qualitative.

Il y aurait beaucoup à dire sur les caractéristiques et les principes de l'approche féministe. Retenons seulement «qu'elle repose sur une valeur maîtresse, celle de l'égalité des femmes et des hommes» (Ollivier et Tremblay, 2000). Comme l'écrivent Poupart et al (1998) à propos de l'approche féministe : «Il ne s'agit pas de faire du «sexisme à l'envers», mais plutôt de tenir compte des particularités de la réalité des femmes afin de bien la refléter.»

En outre, comme le disent encore ces chercheur(e)s (Poupart et al, 1998), la recherche féministe «oblige à tenir compte de situations longtemps occultées, comme la division sociale entre les sexes, la violence faite aux femmes, le sexisme et le travail invisible des femmes comme aidantes». Nous ajoutons à cette liste : la pauvreté des femmes, le travail non-rémunéré de la production domestique dans le cadre du couple et de la famille, la non équité salariale et tout ce qui concerne la santé des femmes, notamment la santé reproductrice (avortement et ménopause entre autres). C'est ainsi que «(l)es analyses (*de la recherche féministe*) visent non seulement la compréhension, mais également la transformation des conditions économiques, culturelles et sociales qui légitiment et perpétuent la subordination des femmes dans diverses sociétés (Ollivier et Tremblay, 2000).

Enfin, la présente étude est exploratoire parce qu'au Québec, comme nous l'avons dit au chapitre 1, la santé mentale reliée à la problématique du mitan a été peu étudiée de manière générale et plus particulièrement chez les femmes qui traversent la période de la ménopause. Comme le

notent Poupart et al (1998), la dimension exploratoire de la recherche qualitative « vise à faire ressortir ou à explorer les divers enjeux que font apparaître les situations nouvelles ou les problématiques inédites et les changements ou les transformations qui touchent les individus et les groupes ». Ce type de recherche est indiqué pour approfondir la complexité d'un sujet, ce qui est le cas d'une étude consacrée à la santé mentale des femmes à travers le double questionnement de la ménopause et du mitan. Nous faisons face ici non seulement à la nouveauté d'un questionnement reliant ménopause et mitan mais aussi à la nouveauté d'un objet de recherche qui veut appliquer ce questionnement sur le vécu de la santé mentale des femmes à partir de leur parole. Notre étude explore ainsi la pertinence de mettre à jour une nouvelle problématique de la santé des femmes, ce qui peut être susceptible de générer, pour l'avenir, de nouvelles formes d'intervention sur le terrain. Cette dimension exploratoire requiert une attention particulière aux dimensions diverses de la santé mentale au mitan et à la ménopause, tout en privilégiant la *description* de la diversité des manières d'être et d'agir des femmes sondées.

## **2.2 Choix des personnes à l'étude**

Rappelons que le groupe à l'étude comprend des femmes de 45 à 54 ans vivant dans la région du Bas-St-Laurent - sur trois territoires différents de CLSC- et qui ont connu des difficultés de santé mentale. Dans une recherche qualitative, la constitution des groupes à l'étude se fait selon des critères se rapportant à la diversification des sujets et à la saturation des données. Dans la présente recherche, les participantes ont été choisies en tenant compte de ces deux critères.

### *La diversification*

Nous avons donc choisi des participantes diverses en fonction de l'objet de la recherche.

Nous avons voulu garantir une diversité d'âges entre 45 et 54 ans, une diversité de statuts ménopausiques (femmes pré-ménopausées et femmes ménopausées depuis un an et plus) de même qu'une diversité de difficultés de santé mentale (détresse psychologique, dépression, dépendance aux tranquillisants et dépendance à l'alcool).

À partir de ces trois critères de sélection de notre recherche et afin d'avoir différentes sources de données, nous avons tenté, dans la mesure du possible, de choisir des femmes qui vivaient dans des conditions socio-économiques différentes, en couple ou non, mères ou non, qui participaient au marché du travail ou travaillaient à temps plein à la maison.

### *La saturation*

Précisons qu'il s'agit, dans la présente recherche, de la saturation empirique des données.

La saturation empirique d'une recherche qualitative est atteinte lorsque la majorité des sujets pensent la même chose, ce qui ne peut-être réalisé, avec un groupe de 12 participantes, que si une septième participante vient confirmer les résultats déjà obtenus.

La saturation théorique quant à elle est atteinte lorsqu'un sens commun se dégage des entrevues en regard de la problématique et du cadre de référence : comme on le verra au chapitre 4, les grands constats généraux résultant de l'analyse des entrevues, qui ont été effectués au niveau des changements, des difficultés et des besoins, nous ont aussi, par ailleurs, permis cette vérification.

### *Modes et critères de sélection des femmes participantes*

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, nous avons donc sélectionné des femmes de 45 à 54 ans (inclusivement), en pré-ménopause ou ménopausée et ayant connu au moins l'une des difficultés de santé mentale suivantes :



- détresse psychologique;
- dépression;
- dépendance (soit aux tranquillisants, soit à l'alcool).

Nous souhaitons rencontrer des femmes de milieux régionaux différents, soit dans un contexte urbain (sur le territoire du CLSC de Rimouski), semi-urbain (sur le territoire du Réseau Santé Kamouraska) ou rural (le territoire du CLSC du Témiscouata).

Dans une recherche qualitative, comme le nombre de sujets formant les groupes à l'étude est assujéti au principe de saturation, le nombre est, au départ, déterminé de façon approximative.

Nous avons déterminé au départ un nombre total de 12 femmes participantes (quatre par territoire). Ce nombre nous semblait raisonnable compte tenues de la délicatesse du domaine à l'étude, de la vulnérabilité du groupe-cible et des difficultés de son recrutement. En outre, il nous a semblé que ce nombre était suffisant en regard de l'exigence de nos outils de collecte qui gravitaient autour d'une histoire de vie. Enfin, selon les experts en méthodologie qualitative consultés, le nombre 12 semblait amplement suffisant pour arriver à une saturation empirique des résultats.

Les femmes participantes ont donc été choisies à partir de ces trois critères de sélection :

- avoir entre 45 et 54 ans (inclusivement);
- être ménopausée ou près de l'être;
- avoir connu, dans les cinq à dix dernières années, au moins une des difficultés de santé mentale suivantes :détresse psychologique, états dépressifs sérieux allant jusqu'à la

dépression majeure, dépendance (soit aux tranquillisants, soit à l'alcool) et en être sortie, c'est-à-dire se trouver dans une situation psychologique stable;

Ces femmes devaient, bien entendu, résider sur l'un des trois territoires de CLSC mentionnés, désirer parler de leur situation et de leurs besoins au niveau de leur santé mentale avec une capacité de recul et de réflexion et avoir de la facilité à s'exprimer par écrit et verbalement.

En amont de la démarche de recrutement, la chercheuse a effectué des rencontres et des contacts téléphoniques et électroniques auprès des intervenant(e)s en santé mentale des adultes des CLSC et auprès des groupes de femmes sur les trois territoires concernés. Elle expliquait avec précision la nature des critères de sélection exigés pour les participantes et les types de candidates visés par la recherche. Il s'agissait de pré-sélectionner des candidates qui se situaient dans ce qu'on appelle – dans le vocabulaire du MSSS - deux groupes précis de personnes : celles dont «la santé mentale est menacée» et celles qui souffrent de «troubles transitoires», comme l'explique le *Cadre de référence des Services offerts par le programme de santé mentale-adultes dans les CLSC* (Régie du BSL, 2002).

Même si, comme nous le disions en avant-propos, la recherche s'est appuyée sur la perception des femmes quant à leur santé et non sur des diagnostics médicaux, il s'avérait fondamental, à l'étape du recrutement, de s'assurer de sélectionner des candidates qui avaient eu des difficultés *transitoires* et non des difficultés *graves* de santé mentale. En effet, il était primordial pour notre étude de ne pas sélectionner des femmes souffrant de: schizophrénie, maladie bipolaire, psychose affective, états délirants, troubles sévères de personnalité avec structure limite.

En revanche, nous avons dû faire une exception pour la catégorie de la dépression qui se trouve répertoriée à la fois comme «trouble transitoire » et comme «trouble grave» dans le *Cadre de référence des CLSC* (Régie du BSL, 2002). Cette exception est justifiée par la place centrale qu’occupe la dépression dans notre problématique, notamment par le fait que le premier épisode de dépression majeure survient principalement vers 45 ans chez les femmes, ce qui représente une préoccupation de premier plan dans notre étude.

Cependant, une fois cette étape de recrutement terminée, après avoir obtenu l’assurance que le bassin de candidates répondait aux critères de sélection exigés, notre recherche s’est appuyée - autant à l’étape de la cueillette des données qu’à l’étape de l’analyse - sur la perception des femmes sondées quant aux types de difficultés qu’elles avaient vécus.

### **2.3 Procédures de recrutement des femmes participantes**

C’est par les CLSC que nous avons pu obtenir un bassin fécond de candidates. Il y était beaucoup plus facile de retrouver une diversification de l’échantillon en fonction des critères de sélection de la recherche parce que les intervenant(e)s en santé mentale des adultes des CLSC constituent des dossiers à partir des personnes qui les consultent. Compte tenu de la complexité des critères de sélection, nous pouvions être assurée d’une connaissance rigoureuse des futures participantes, d’un accès direct et confidentiel avec elles, de même que d’un suivi continu dans le temps.

Dans un premier temps, une pré-sélection était effectuée par les intervenant(e)s des CLSC à partir des critères demandés afin d’arriver à cibler quatre participantes par territoire. Sur le total

des noms proposés, un nombre plus élevé de participantes était retenu par territoire en prévision d'un éventuel refus et plus tard d'un éventuel désistement. À cette première étape, il n'y avait pas de prise de contact de la chercheuse avec les candidates.

Dans un deuxième temps et dans le respect rigoureux des normes de confidentialité, il y avait un contact téléphonique ou électronique entre la chercheuse et les intervenant(e)s pour discuter des choix effectués et des difficultés qui se présentaient. C'est à cette étape que se prenait la décision finale du choix de l'échantillon, ce choix étant effectué par la chercheuse qui indiquait aux intervenant(e)s quelles femmes étaient retenues en fonction des critères de la recherche. Les instruments de cueillette (questionnaire et canevas d'entrevue) étaient alors envoyés aux intervenant(e)s si elles ou ils le jugeaient nécessaire au préalable avant de prendre contact avec les femmes sélectionnées.

Dans un troisième temps, la première prise de contact avec les femmes sélectionnées avait lieu. Cette première prise de contact était effectuée par les intervenant(e)s afin de respecter les normes de confidentialité et d'éthique en vigueur dans les CLSC, dans les différentes corporations professionnelles et dans la recherche scientifique et féministe. Lors de cette première prise de contact, un protocole commun – le *Guide de prise de contact* transmis par la chercheuse le 7 avril 2003 – a été suivi par les intervenant(e)s : les participantes étaient informées de leurs droits ainsi que de la problématique, des objectifs et des modalités de la recherche. Elles étaient informées aussi que seulement une personne, soit la chercheuse, était chargée de recueillir les informations et de les rencontrer en entrevue, que les données publiées ne mentionneraient aucun nom<sup>24</sup> et

---

<sup>24</sup> C'est-à-dire le nom réel. Plus tard, à l'étape de l'analyse des données, nous ferons le choix d'utiliser des prénoms fictifs, une alternative proposée aux participantes pour les contacts avec la chercheuse.

qu'il n'y aurait aucun détail dans le rapport de recherche qui permettrait de les reconnaître. De plus, les intervenant(e)s informaient les femmes que leur consentement écrit serait demandé avant le questionnaire et renouvelé avant l'entrevue et qu'à tout moment, elles pourraient se retirer de la recherche si elles le souhaitaient.

Enfin, les intervenant(e)s informaient les femmes que ces dernières pourraient avoir recours à la relation d'aide avec elles ou eux au besoin, s'il s'avérait que la démarche était déstabilisante, tout en les assurant que la chercheuse serait attentive à leur vulnérabilité durant l'entrevue (pouvant même l'arrêter si nécessaire).

Pour terminer, les intervenant(e)s avisaient les femmes qu'elles recevraient des honoraires de \$25 pour chaque moment de cueillette (\$25 pour le questionnaire et \$25 pour l'entrevue), que ces deux moments ne devaient pas dépasser deux heures chacun et qu'elles seraient rencontrées dans un local assurant l'anonymat.

Si les femmes contactées acceptaient de participer à la recherche, elles étaient prévenues que la chercheuse leur téléphonerait dans la semaine suivante. On demandait aussi aux futures participantes si elles voulaient utiliser leur nom ou prénom réel ou plutôt un nom ou prénom fictif lors des contacts avec la chercheuse. Enfin, on leur demandait où elles souhaitaient être rencontrées en entrevue.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, outre ce rôle de recrutement des participantes de leur milieu, les intervenant(e)s des CLSC s'engageaient à tenir éventuellement un rôle de soutien

dans la démarche de cueillette : par exemple, en cas de désistement d'une participante ou s'il advenait que celle-ci éprouve des difficultés psychologiques significatives lors des deux moments de la cueillette. À cet égard, et notamment lors des rencontres et des contacts de la chercheuse avec les intervenant(e)s des CLSC, l'histoire de vie de chaque participante en regard des critères de sélection et d'éthique de la recherche était considérée avec respect et rigueur. La chercheuse insistait sur le fait que la stabilité psychologique depuis six mois (pas de rechutes ni besoin de services depuis six mois) était un critère majeur de sélection et – comme il a été mentionné précédemment- il fallait aussi s'assurer de ne pas sélectionner des participantes présentant des difficultés psychologiques graves. Enfin, la chercheuse insistait sur la dimension de confidentialité et l'anonymat se devait d'être scrupuleusement respecté à toutes les étapes.

#### *Résultats du processus de sélection en fonction des critères de la recherche*

Sur l'ensemble des profils proposés par les intervenantes, la chercheuse a retenu 21 profils pertinents. Parmi ceux-ci et tel qu'expliqué précédemment, 12 nous semblaient suffisants pour obtenir une diversification et une saturation des données. C'est ainsi que 12 femmes ont été sélectionnées pour la cueillette de données en fonction des trois critères principaux de la recherche.

Les diverses caractéristiques des 12 participantes choisies se présentaient ainsi :

- 1) Âge :
  - 7 femmes de 45 à 50 ans;
  - 5 femmes de 51 à 54 ans.
  
- 2) Statut ménopausique :
  - 6 femmes en pré-ménopause;
  - 6 femmes ménopausées.

- 3) Difficultés de santé mentale :
  - 3 femmes ayant vécu de la détresse psychologique;
  - 5 femmes ayant vécu une dépression;
  - 4 femmes ayant vécu des comportements addictifs (alcool, tranquillisants).
- 4) Niveau économique<sup>25</sup> :
  - 5 femmes se situent à un niveau économique moyen;
  - 6 femmes se situent à un niveau économique faible ou pauvre (4 reçoivent de l'Aide sociale).
- 5) Occupation :
  - 6 femmes travaillent à la maison à temps plein;
  - 6 femmes travaillent comme salariées dont 3 à temps plein et 3 à temps partiel.
- 6) Statut civil :
  - 10 femmes vivent en couple avec un conjoint;
  - 2 femmes vivent seules (1 veuve et 1 séparée).
- 7) Enfants :
  - 10 femmes ont des enfants (2 en moyenne et 2 femmes ont des enfants à charge);
  - 2 femmes n'ont pas d'enfants
  - Moyenne d'âge des enfants : entre 25 et 26 ans
- 8) Représentation par territoire :
  - Rimouski (urbain) : 4 femmes
  - Témiscouata (rural): 4 femmes
  - Kamouraska (semi-urbain) : 4 femmes

## **2.4 Instruments de collecte**

### **2.4.1 Le questionnaire**

Les 12 participantes ont répondu au questionnaire entre le 7 avril et le 3 juillet 2003, ce qui inclut les dates de réponse pour les trois participantes au pré-test : celles-ci ont d'abord répondu au questionnaire du pré-test, et ensuite - à un autre moment - au questionnaire définitif (seulement pour les questions absentes du pré-test).

---

<sup>25</sup> Pour des raisons de confidentialité, une participante – sur les 12 - a refusé de répondre à cette question.

Le questionnaire a, entre autres, été utilisé comme une sorte de pré-entrevue. À partir de la lecture des réponses au questionnaire, avant l'entrevue, la chercheuse réalisait un portrait synthèse de l'histoire de vie de chaque participante en regard des thématiques sondées. Lors de l'entrevue, cet outil préliminaire facilitait un contact personnalisé et chaleureux avec les participantes et permettait d'aller plus loin et plus en profondeur dans les limites de temps fixées (deux heures). Chaque thème touché par le questionnaire comporte des aspects analytiques et explicatifs ouvrant la voie aux questions du canevas d'entrevue.

Par ailleurs, le questionnaire a aussi été utilisé avec des rubriques dénominatives et descriptives qui fournissent des informations de base et certaines caractéristiques permettant d'obtenir un portrait d'ensemble des participantes.

Si, notamment pour le temps de réponse qu'il a demandé aux participantes (deux heures), il s'est avéré exigeant de répondre au questionnaire, en revanche, la majorité d'entre elles ont confié à la chercheuse qu'elles avaient beaucoup apprécié cet exercice qui leur offrait l'occasion, pour la première fois de leur existence, d'effectuer un bilan rigoureux de leur vie et de faire le point de manière approfondie à cette étape du milieu. Le questionnaire a donc servi d'outil de connaissance de soi et d'outil d'auto prise en charge de sa santé et l'une des participantes a manifesté l'intention de continuer à l'utiliser périodiquement dans sa vie.

Le questionnaire compte sept sections qui renferment au total 54 questions principales dont certaines comprennent des sous-questions. Les six premières sections comprennent des



questions fermées et des questions ouvertes. Seule la septième section inclut une question totalement ouverte. Voici les sept sections qui divisent le questionnaire:

- 1- Conceptions du mitan et de la ménopause<sup>26</sup>.
- 2- Changements du mitan.
- 3- Difficultés psychologiques du mitan.
- 4- Situations difficiles et changements du mitan.
- 5- Besoins en regard d'approches d'interventions et de services.
- 6- Informations générales.
- 7- Commentaires.

Pour construire le questionnaire, nous sommes partie de notre connaissance concrète de la problématique, des points de repères conceptuels de notre cadre de référence provisoire et d'une recherche similaire à la nôtre, en l'occurrence celle de Marina Morrow de la Colombie Britannique et qui s'intitule : *The Challenges of Change : The Midlife Health Needs of Women with Disabilities* (2000).

#### **2.4.2 L'entrevue semi-structurée**

Chacune des 12 participantes sélectionnées a été rencontrée dans une entrevue semi-structurée d'une durée de deux heures. À noter que trois des 12 participantes ont été rencontrées à deux reprises à cause de l'expérimentation en pré-test du canevas d'entrevue<sup>27</sup>. À l'exception du

---

<sup>26</sup> Les données recueillies sur cette thématique ne sont pas analysées dans le présent rapport pour les raisons expliquées en 2.5.

<sup>27</sup> C'est lors de cette deuxième entrevue qu'elles complétaient le questionnaire définitif pour les questions absentes du questionnaire de pré-test et qu'elles répondaient aux questions ajoutées au canevas d'entretien.

premier pré-test (12 avril 2003), toutes les entrevues ont eu lieu à l'intérieur d'une période de sept semaines, entre le 16 mai et le 3 juillet 2003.

Les *verbatim* des entrevues des 12 participantes (incluant les trois entrevues du pré-test) ont totalisé **846** pages. Les *verbatim* des sept entrevues analysées en profondeur font, quant à eux, un total de **493** pages.

Après un accueil chaleureux où la chercheuse s'assurait que la participante était bien à l'aise, l'entrevue débutait. Il y avait d'abord une introduction constituée de rappels sur la recherche et de consignes sur le déroulement. La chercheuse présentait ensuite à la participante les thèmes de l'entretien en annonçant - pour la fin de la rencontre- un retour sur la questionnaire (afin de vérifier des informations) et un retour évaluatif sur l'entrevue.

Voici, dans l'ordre, les thématiques abordées dans le canevas d'entretien :

- 1) Changements au mitan de la vie.
- 2) Difficultés et situations difficiles au mitan de la vie.
- 3) Besoins au mitan de la vie.
- 4) Spiritualité au mitan de la vie.
- 5) Conceptions du mitan et de la ménopause.<sup>28</sup>

L'entrevue servait non seulement à approfondir les thèmes du questionnaire mais surtout à comprendre avec plus d'acuité le vécu et plus précisément l'histoire de vie des participantes. Par ailleurs, certaines sous-questions rattachées à des thèmes de l'entrevue permettent d'aborder des perspectives qui étaient absentes du questionnaire. En outre, après les entrevues du pré-test, des

---

<sup>28</sup> Nous rappelons que les données d'entrevue concernant cette thématique n'ont pas été analysées dans le cadre du présent rapport pour les raisons expliquées en 2.5.

sous-thèmes ont émergé et ils ont été ajoutés au canevas d'entrevue : sous le thème des changements par exemple, nous avons ajouté le sous-thème «Prises de conscience et image de soi»; sous le thème des difficultés/ situations difficiles (qui forment un seul thème dans le canevas d'entrevue), nous avons greffé le sous-thème «Forces et apprentissages sur soi et sur le mitan».

L'entrevue permettait enfin de compléter les informations manquantes dans les réponses au questionnaire, d'en expliciter, d'en préciser et d'en valider l'exactitude.

La chercheuse prenait un soin particulier à boucler la rencontre de l'entrevue de manière à valoriser les forces, les ressources personnelles et la richesse de l'expérience de la participante de même que l'importance de sa participation à la recherche.

Sur les 12 femmes rencontrées, une seule a eu besoin d'un suivi psychologique de la part de l'intervenante de référence après l'entrevue : il s'agissait d'une participante qui s'est présentée à l'entrevue dans un état de grande détresse psychologique parce qu'elle venait tout juste d'être congédiée par son employeur. Cette participante a insisté fortement pour effectuer l'entrevue en dépit de son état de vulnérabilité. Cette entrevue a répondu aux critères de rigueur attendus mais elle a exigé de la chercheuse qu'elle offre un soutien psychologique plus soutenu à cette femme en détresse. Précisons que la nécessité de ce suivi psychologique de la part de l'intervenante de référence n'a pas été justifiée par l'entrevue de la recherche mais par les circonstances difficiles auxquelles cette participantes faisaient alors face.

## 2.5 Déroutement de l'étude

Tout au long du processus de recherche, cette étude exploratoire a nécessité une adaptation continue aux obstacles rencontrés, entraînant à deux reprises la modification de nos orientations méthodologiques de départ.

En effet, deux importants changements ont été effectués par rapport au projet initial.

Dans un premier temps, lors de l'étape de l'identification des outils de mesure, les méthodes de cueillette et le nombre de femmes participantes ont dû être modifiés à cause de la vulnérabilité de la population cible et des difficultés de son recrutement, de même que pour respecter le principe de saturation propre à l'approche qualitative. Ainsi, nous avons dû abandonner la technique du groupe de discussion qui avait été projetée au départ afin de respecter la vulnérabilité des participantes du groupe-cible et les normes de confidentialité de la recherche. Pour les mêmes raisons auxquelles s'ajoutait celle du principe de saturation de l'approche qualitative, le nombre de participantes a été limité à 12 au lieu des 36 prévues lors de l'élaboration du projet.

Dans un deuxième temps, lors de l'étape de l'analyse des données, la trop grande abondance du matériel recueilli conjuguée à la complexité du sujet à l'étude et à la modestie des ressources consacrées à ce projet nous ont obligée à limiter l'étendue de l'analyse des données. Il fut alors décidé de ne pas procéder - à l'intérieur de l'actuelle recherche- à l'analyse des données obtenues auprès de six informatrices-clés de la région, quitte à proposer cette analyse dans le cadre d'un autre et éventuel projet de recherche. En conséquence était mis de côté l'objectif 2.4 du projet initial visant à «identifier les principales perceptions des intervenant(e)s du milieu concernant les besoins (cognitifs, affectifs, spirituels) de santé mentale chez des femmes à l'étape du mitan de la vie en période ménopausique».

De plus, toujours à cause de la trop grande abondance des données recueillies, nous nous voyions devant la nécessité de retrancher l'objectif 1.1 du projet initial qui était d'«identifier les principales *conceptions* du mitan de la vie et de la ménopause chez des femmes et chez des intervenant(e)s du milieu».

Au bout du compte, la nouvelle version des objectifs présentée au chapitre 1 du présent rapport reprend toujours les deux objectifs principaux du projet initial, mais les objectifs spécifiques sont passés du nombre de huit au nombre de six afin de ramener le travail d'analyse dans des limites réalistes et réalisables en fonction des ressources à notre disposition.

Soulignons enfin que toutes les étapes de ce projet ont été plus longues que prévues : l'élaboration du cadre de référence et des outils de mesure, la sélection et le recrutement des participantes, la cueillette et le traitement de données auprès des 12 femmes du groupe-cible et des six informatrices-clés et enfin, l'analyse et l'interprétation des données issues du groupe-cible.

Il va sans dire que le calendrier des travaux a dû être réajusté en conséquence, non seulement en fonction du budget – qui a été largement dépassé - mais aussi en fonction de la disponibilité et des ressources personnelles de la chercheuse.

## **2.6 Technique d'analyse privilégiée**

Les données ont été analysées avec la méthode de l'analyse de contenu.

Après avoir transcrit et classé le matériel issu des questionnaires et des entrevues, nous avons élaboré un cadre thématique. Ces thèmes étaient reliés aux trois grands axes de la recherche à

savoir (1) les changements vécus au mitan et à la ménopause, (2) les difficultés et les situations difficiles vécues au mitan et à la ménopause, (3a) les besoins individuels cognitifs, affectifs et spirituels et (3b) les besoins collectifs concernant la santé mentale des femmes au mitan et à la ménopause.

Voici les étapes de l'analyse de contenu que nous avons effectuées (Lécuyer *in* Deslauriers, 1987) :

- 1- Lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés.
- 2- Choix et définition des unités de classification : types d'unités, définitions et critères de choix.
- 3- Processus de catégorisation et de classification : définition d'une catégorie, sous-étapes de classification, qualités essentielles des catégories.
- 4- Quantification et traitement statistique.
- 5- Description scientifique : analyse quantitative et analyse qualitative.
- 6- Interprétation des résultats.

#### *Démarche d'analyse avec les questionnaires*

L'analyse des données a débuté par la compilation des réponses recueillies par les questionnaires auprès des 12 participantes sélectionnées. Nous avons fait le traitement ou la condensation de ces données à l'aide de **17** thématiques (voir la liste résumée en annexe) et de **52** tableaux sur des questions nominatives d'ordre descriptif et sur des questions analytiques d'ordre explicatif.

Lors de l'analyse des questionnaires, nous avons aussi intégré dans les tableaux les informations complémentaires obtenues en entrevue.

Enfin, il faut remarquer que même si les données du questionnaire sont de type qualitatif, elles permettaient un traitement quantitatif notamment pour effectuer des compilations, pour faire des analyses comparatives et pour faire ressortir des ordres de priorité. Il en a été de même avec les entrevues.

Bien que très longue et très fastidieuse à effectuer à cause de la très grande abondance des données extraites des 15 questionnaires (en incluant les trois questionnaires du pré-test), l'analyse des questionnaires est apparue moins complexe à réaliser que celle des entrevues et ce, non seulement à cause de leurs questions fermées mais aussi à cause de la précision de leurs questions ouvertes aisément faciles à regrouper par thèmes. De par sa forme, le questionnaire facilitait une collection immédiate et concise d'informations de base, représentatives de l'ensemble des 12 répondantes et des axes de la recherche.

#### *Démarche d'analyse avec les entrevues*

Après avoir choisi, parmi les 12 femmes rencontrées, les six participantes les plus représentatives des critères de diversification, nous avons effectué trois lectures systématiques des *verbatim* de ces six entrevues. Comme nous l'avons dit précédemment, les *verbatim* des six premières entrevues sélectionnées comptabilisaient un total de **432** pages.

Après ces trois lectures systématiques, nous avons rédigé le texte de description des résultats des entrevues et effectué l'analyse en référence aux axes et aux objectifs de la recherche. Comme il ne semblait pas y surgir des données significativement nouvelles, nous avons ajouté une

septième entrevue (61 pages de *verbatim*) pour obtenir la saturation, ce qui a porté à **493** le nombre total de pages de *verbatim*s analysées en profondeur.

Avant de commencer l'analyse des six entrevues sélectionnées en fonction des critères de diversification de la recherche, nous avons établi un code de repérage pour chaque catégorie thématique : par exemple BC= besoins cognitifs et BA=besoins affectifs.

Une première lecture était effectuée avec chacune des six entrevues afin de faire le tri des éléments les plus intéressants et pour réaliser un premier classement en fonction des catégories ou des thèmes reliés aux objectifs de la recherche; quelques sous-catégories ou sous-thèmes ont alors été créés. La chercheuse faisait des fiches par catégorie thématique pour chaque participante afin de pouvoir repérer rapidement les pages des extraits correspondants dans chaque *verbatim*.

En deuxième lecture, nous lisons les six entrevues en nous référant aux grands thèmes - par exemple au niveau des besoins cognitifs- et réalisons des fiches de synthèse au besoin. En troisième lecture, nous rédigeons un texte sur ce qui ressortait pour l'ensemble en l'appuyant d'extraits des *verbatim*s Nous avons aussi écrit des mémos d'interprétation au fur et à mesure que l'analyse avançait afin de préparer le chapitre sur la discussion des résultats. Nous avons enfin réalisé six portraits descriptifs de l'histoire de vie des six participantes sélectionnées en regard des changements et des difficultés qu'elles avaient vécus au mitan.



Après les deuxième et troisième lectures de ces six entretiens, nous avons remarqué qu'il y avait répétition dans les contenus thématiques et que nous n'apprenions rien de nouveau et d'original en regard du vécu des participantes et des objectifs de la recherche. C'est alors que nous avons rédigé le texte de description des résultats des entretiens et effectué l'analyse en référence aux axes et aux objectifs de la recherche. Il est important de souligner que lors de cette analyse des entretiens, nous avons vu la nécessité d'en faire ressortir les convergences et les divergences. Nous avons non seulement fait ressortir les dimensions qui récoltent l'unanimité chez les six participantes retenues mais aussi les dimensions qui étaient l'apanage de la majorité d'entre elles de même que les dimensions qui n'étaient vécues que par une minorité.

Enfin, dans une dernière étape, et pour nous assurer de la saturation empirique des données, nous avons effectué l'analyse en profondeur de l'entretien d'une septième participante et réalisé un portrait descriptif de l'histoire de vie de cette femme. La sélection de cette dernière participante complétait et enrichissait l'échantillonnage des six premières participantes en regard des critères de diversification. Avec l'analyse de la septième entretien, nous constatons donc que la majorité des femmes de l'échantillon avaient des perceptions similaires quant aux grands thèmes de la recherche. Comme on sait, la saturation empirique, c'est la loi du nombre lorsque la majorité des participantes pensent la même chose. Il était donc justifiable méthodologiquement de ne passer au peigne fin que sept des douze entretiens. C'est ainsi que nous avons pu fermer l'analyse des données avec l'analyse en profondeur de sept entretiens.

Le jumelage de deux outils de collecte aussi complémentaires que le questionnaire et l'entretien a été efficace pour atteindre la profondeur nécessaire à l'exploration d'un sujet de recherche aussi

vaste et complexe que celui du vécu de santé mentale reliée aux problématiques du mitan et de la ménopause. En outre, le fait de jumeler deux modes de collecte nous a permis d'obtenir une triangulation<sup>29</sup> méthodologique consolidant ainsi la rigueur et, par conséquent, la crédibilité et la fiabilité des résultats de notre recherche.

## 2.7 Limites

Il faut cependant savoir que malgré toute sa richesse, la collecte de données au moyen de l'entrevue n'est pas sans limites et que les biais possibles y sont nombreux (Savoie-Zajc, 2000) : qualité de l'échange dépendante de la qualité de la relation, filtre du langage autant pour la personne interviewée que pour l'intervieweur(e), posture personnelle de l'intervieweur(e) et subjectivité de son interprétation, blocages de communication (sujets tabous), désir de rendre service et d'être bien vu(e) de l'interviewé(e).

Dans le Bilan général des entrevues réalisé par la responsable de la recherche, le 4 juillet 2003, on peut lire cet extrait qui témoigne de la qualité égalitaire des échanges entre cette dernière et les 12 participantes de même que du haut degré de confiance qui a été établi durant les rencontres. Comme nous l'avons dit précédemment, cela témoigne aussi de la subjectivité reliée à l'empathie et issue autant de la chercheuse que des femmes interviewées :

certaines femmes m'ont fait tellement confiance et m'ont dit des choses que je suis seule à savoir avec elles...des choses qu'elles n'ont jamais dites à personne, ni à leur médecin, ni à leur conjoint... J'ai beaucoup ri avec elles (*les 12 participantes*) et j'ai aussi pleuré.

Par ailleurs, nous devons noter que nous n'avons pu procéder à la validation de nos résultats.

Nous aurions souhaité terminer notre démarche en la soumettant à un processus de *feedback*

---

<sup>29</sup> Lorraine Savoie-Zajc écrit : «On définit maintenant la triangulation comme une stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs perspectives, qu'elles soient d'ordre théorique ou qu'elles relèvent des méthodes et des personnes (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000).

auprès des femmes participantes. Mais les limites de nos ressources financières et humaines ne le permettaient pas; il faut aussi ajouter qu'une technique *collective* de validation ne convenait pas à toutes les dimensions de notre recherche à cause de la vulnérabilité des personnes concernées et des exigences de confidentialité et éthiques. En revanche, une partie «objective» du questionnaire offrait aux participantes un espace propice à l'expression de leurs recommandations en vue du suivi concret de cette recherche : des choix de réponses leur proposaient un éventail de ressources et d'interventions le plus exhaustif possible, où elles pouvaient cocher et prioriser celles qui leur semblaient le plus susceptibles de répondre à leurs besoins.

Idéalement, toute recherche qualitative – et *a fortiori* féministe - doit être soumise à la validation des personnes qui ont participé à la collecte des données : si les moyens nous l'avaient permis, nous aurions donc souhaité que ce soit les participantes qui formulent elles-mêmes les recommandations finales du rapport ou, du moins, nous aurions aimé en discuter avec elles.

En revanche, nous avons pu discuter des recommandations avec des personnes qui nous ont permis de tenir compte de leur faisabilité concrète en fonction des ressources actuelles offertes dans les groupes de femmes et dans le réseau gouvernemental de la santé : il s'agit de Suzelle Lambert, agente de développement à la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent, responsable du Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de l'Agence de la santé dans le Bas-Saint-Laurent, de Sylvie Sarrasin, directrice des programmes de psychiatrie, santé mentale, enfance-jeunesse-famille et santé publique au CSSS Rimouki-Neigette et de Roland Gingras, chef des services psychosociaux et de la pédopsychiatrie au CSSS Rimouki-Neigette.

Ceci étant dit, la pratique d'intervention formative de la chercheure durant les années 1990 avec des femmes du mitan en période de ménopause de même que certaines données statistiques récentes présentées dans la problématique permettent de penser que les résultats de notre étude reflètent bien les réalités qui sont vécues en 2009 par de nombreuses femmes de 45 à 54 ans. Enfin, l'effort de minutie et de rigueur méthodologiques qui a été continu durant toute la démarche (dont la tenue d'un journal de bord et le recours régulier à des avis méthodologiques externes) permettent de croire à la cohérence et à la *fiabilité* des résultats obtenus.

Enfin, il faut mentionner une troisième limite liée à la constitution de l'échantillon. En cohérence avec l'approche qualitative, féministe et exploratoire, il était important pour nous de rester ouverte à la diversité des femmes (de 45 à 54 ans) et de leurs expériences. Mais, dans la pratique, il n'était pas possible de former un échantillon qui reflète *toutes* les diversités. C'est ainsi que le groupe de participantes retenues pour notre étude comprend des femmes de race blanche, québécoises d'ascendance française, hétérosexuelles, sans handicap physique ou mental, élevées dans la spiritualité chrétienne et dans la religion catholique et la majorité d'entre elles vivent en couple et ont des enfants. Rappelons que la représentativité "statistique" n'était pas un objectif de notre étude. Cependant, le résultat de l'échantillonnage a donné un groupe très proche de la majorité "statistique" des femmes de 45 à 54 ans du Bas-Saint-Laurent. Même si nous ne pouvons pas penser à une généralisation des résultats, leur *transférabilité* nous semble plausible : ce que notre étude a découvert chez les femmes sélectionnées peut ressembler à ce que l'on trouverait chez d'autres femmes d'un groupe similaire, au Bas-Saint-Laurent ou ailleurs au Québec.

Nous présentons donc, aux chapitres 3 et 4, les résultats et l'analyse qualitative des données des 12 questionnaires répondus par les participantes du groupe-cible et les résultats et l'analyse qualitative des données de sept entrevues qui témoignent de la saturation des données.

Pour la présentation des résultats, il s'est avéré nécessaire de séparer l'analyse des résultats des questionnaires de celle des entrevues parce que les méthodes d'analyse étaient différentes. À noter que seul le **résumé** de l'analyse des résultats est publié dans le présent rapport : nous ne pouvions, entre autres, effectuer la publication complète des 52 tableaux issus des données du questionnaire qui aurait requis un espace excessif.

## **CHAPITRE 3**

### **PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES**

### 3. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES<sup>30</sup>

Ce troisième chapitre présente les résultats du questionnaire auquel ont répondu les 12 participantes. Le chapitre se divise en quatre grandes sections : le profil des participantes, le portrait des principaux changements et le portrait des principales difficultés psychologiques que les 12 participantes témoignent avoir vécus durant la période du mitan et enfin le portrait de leurs principaux besoins d'interventions et de ressources.

#### 3.1 PROFIL DES 12 PARTICIPANTES

Dans le tableau 3.1.1, nous rassemblons des informations qui dessinent les contours du profil des participantes quant aux principaux critères de sélection de la recherche.

**TABLEAU 3.1.1-PROFIL DES 12 PARTICIPANTES SELON LES PRINCIPAUX CRITÈRES DE SÉLECTION DE LA RECHERCHE**

<b><u>DIFFICULTÉ PSYCHOLOGIQUE</u></b> n=12	<b><u>ÂGE</u></b>	<b><u>STATUT MÉNOPAUSIQUE</u></b>
<b>Détresse : 3/12 femmes</b>	<b>45-50 ans : 7/12</b>	<b>Pré-ménopausées : 6/12</b>
<b>Dépression : 5/12 femmes</b>	<b>51-54 ans : 5/12</b>	<b>Ménopausées : 6/12</b>
<b>Comport. add. : 4/12 femmes</b>		<b>«Pas certaines» : 6/12</b>

<sup>30</sup> La liste thématique (résumée) des résultats des questionnaires est présentée en annexe.

Les tableaux 3.1.2 et 3.1.3 résument la situation sociale et la situation économique des 12 participantes.

**TABLEAU 3.1.2-PROFIL SOCIAL DES 12 PARTICIPANTES**

<b><u>STATUT CIVIL</u></b> n=12	<b><u>ENFANTS</u></b>	<b><u>SCOLARITÉ</u></b>	<b><u>MILIEU</u></b>
10/12 vivent en couple 1/12 veuve 1/12 séparée	10/12 ont des enfants : 2 en moyenne. Moyenne d'âge des enfants : 26 ans. 2 ont des enfants à charge. 2/12 n'ont pas d'enfants	Primaire : 1/12 Secondaire : 7/12 Collégial : 3/12 Universit.(bacc) : 1/12	Rural : 4/12 Urbain : 4/12 Semi-urbain : 4/12

**TABLEAU 3.1.2-PROFIL ÉCONOMIQUE DES 12 PARTICIPANTES**

<b><u>OCCUPATION</u></b> n=12	<b><u>REVENU</u></b> n=11	<b><u>DIVERS</u></b> n=12
Trav. à la maison à temps plein: 6/12  Travailleuses à l'ext.: 6/12 (dont 3 à temps plein et 3 à temps partiel)	Pauvres/tr. pauvres: 6/11 (dont 4/11 Aide sociale)  Moyen inf./moyen sup. : 5/11	. Occupation du conjoint : camionneur, technicien, policier, menuisier, professionnel de l'éducation, retraité; . Propriétaires de maison : 9/12 . Locataires : 3/12 . Disposent d'automobile : 9/12

Chez les six participantes qui travaillent à la maison à temps plein, quatre femmes ont déjà travaillé à l'extérieur et deux femmes n'ont pratiquement jamais travaillé à l'extérieur. Deux de ces six femmes recherchent un emploi rémunéré lors de la cueillette de données, au printemps 2003; quatre de ces six femmes travaillant à la maison déclarent ne pas chercher d'emploi à l'extérieur à cause de difficultés de santé, de manque d'instruction et de manque de mobilité.



Cependant, l'une d'elles dispose d'un mini-emploi de gardiennage sporadique à l'école qu'elle souhaiterait permanent.

L'autre moitié du groupe-cible, soit six femmes, travaillent à l'extérieur dans un emploi rémunéré au moment de l'enquête : trois d'entre elles sont travailleuses à temps plein, effectuant de 36 à 60 heures par semaine comme assistante et coordonnatrice dans un bureau privé de santé (36 hres/semaine), comme commis dans un grand super-marché (40 hres/semaine) et comme barmaid au noir/professeure suppléante (60 hres/semaine). Les trois autres travailleuses occupent des emplois à temps partiel de 18 à 25 hres par semaine : comme coiffeuse (18 hres/semaine), comme préposée pour l'aide à domicile (25 hres/semaine) et comme secrétaire pour l'entreprise familiale (une vingtaine d'hres/semaine). Cinq de ces six travailleuses à l'extérieur se déclarent satisfaites de leur emploi.

Le questionnaire sondait le revenu familial des répondantes. Une seule participante a jugé ce type de renseignements confidentiel et n'a pas répondu à cette question. On a donc obtenu le profil du revenu familial de 11/12 femmes qu'on a mis en perspective avec l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage utilisé par l'Institut de la statistique du Québec, dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* :

- 1/11 femme a un revenu entre \$5, 000 et \$9,999 : *très pauvre*
- 5/11 femmes ont un revenu entre \$10,000 et \$19,999 : *pauvre*
- 1/11 femme a un revenu entre \$30,000 et \$39, 999 : *moyen inférieur*
- 2/11 femmes ont un revenu entre \$40,000 et \$60,000 : *moyen supérieur*
- 2/11 femme ont un revenu de + de \$60,000 : *moyen supérieur*

Le profil économique des femmes du groupe-cible se situe donc en grande partie dans la catégorie *pauvres* (6/11). Les cinq autres participantes ont des revenus qui ont un indice estimé à *moyen inférieur* et surtout à *moyen supérieur*.

Quant aux sources du revenu familial, quatre participantes sur 11 retirent de l'Aide sociale. Parmi ces quatre femmes, l'une, (séparée et vivant seule), doit recourir à deux emplois pour s'en tirer, pendant qu'une autre bénéficie, outre l'Aide sociale, d'une rente d'invalidité du conjoint. La participante dont le revenu est le plus bas (entre \$5, 000 et \$9,999) ne vit qu'avec la seule pension de vieillesse du conjoint. Enfin, une participante, qui est veuve et dont le revenu (entre \$10,000 et \$19,999) correspond à un niveau de *pauvreté*, ne vit qu'avec son seul salaire, celui de commis de supermarché. À noter que cette femme possède un niveau de scolarité collégial et a entamé des études universitaires au niveau d'un baccalauréat en enseignement. Chez les cinq participantes du groupe-cible déclarant des revenus s'échelonnant de *moyen inférieur* à *moyen supérieur*, deux tirent leur subsistance du seul salaire du conjoint et les trois autres profitent de l'apport de deux salaires, soit leur propre salaire et celui de leur conjoint.

Il est intéressant de remarquer les comportements de gestion et de planification du budget dans le couple. Parmi les participantes (10/12) qui vivent en couple, une femme déclare que la planification est exclusivement assumée par son conjoint et une autre, que c'est elle qui a l'exclusivité de la planification du budget. Huit femmes sur dix - soit la majorité - répondent que, dans leur couple, la planification du budget s'effectue à deux. Deux participantes répondent ne pas avoir d'argent personnel et une troisième déclare que son conjoint lui donne de l'argent selon

ses besoins. Sept participantes - sur les huit qui bénéficient d'argent personnel - affirment gérer seules leur argent personnel.

#### **RÉSUMÉ DU PROFIL DU GROUPE-CIBLE**

**7 femmes ont entre 45-50 ans et 5 femmes entre 51-54 ans.**

**6 femmes se déclarent en pré-ménopause, 6 autres en ménopause.**

**6 femmes sur 12 ne sont pas certaines de leur statut ménopausique.**

**3 femmes ont été sélectionnées pour un vécu de détresse, 5 pour un vécu de dépression et 4 pour des comportements addictifs.**

**Elles vivent majoritairement en couple avec 2 enfants en moyenne (qui ne sont généralement plus à charge) et qui ont en moyenne 26 ans.**

**Elles sont réparties également sur 3 territoires (rural, urbain et se mi-urbain) du BSL et ont majoritairement un niveau d'études secondaires.**

**6 travaillent à la maison à temps plein et 6 ont un emploi rémunéré soit à temps plein, soit à temps partiel.**

**6/11 femmes vivent la pauvreté (4 retirent l'aide sociale).**

### **3.2 PORTRAIT DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU MITAN**

#### **3.2.1- Les changements événementiels vécus au mitan**

*La situation financière, matérielle et occupationnelle*

Sept participantes sur 12 ont remarqué une **diminution de revenus** au mitan et cette diminution a été déclarée *importante* pour trois femmes, *moyenne* pour trois femmes et *légère* pour une

femme. Il en ressort que, pour la moitié des participantes, la diminution de revenus a été un événement significatif du mitan, notamment pour trois participantes qui déclarent qu'elles sont devenues prestataires de l'Aide sociale à la période du mitan.

Pendant que les revenus diminuent de manière notable pour la moitié des 12 participantes et qu'elles connaissent, de manière majoritaire, des changements importants sur le plan du **travail rémunéré**, la presque totalité des participantes voient leur charge de **travail non rémunéré** s'alourdir : durant la période du mitan, dix participantes sur 12 sont devenues des «**aidantes naturelles**» pour leurs parents ou pour leurs proches. Par ailleurs, cet alourdissement de leur charge de travail ne les empêche pas de se consacrer à des **activités bénévoles**: c'est le cas de sept participantes sur 12. À noter que trois participantes sur 12 sont retournées au **études** au mitan. Une seule des 12 participantes se considère **retraîtée** : elle travaille à la maison à temps plein tout en occupant un mini-emploi de gardiennage de manière sporadique à l'extérieur. Enfin, deux participantes sur 12 ont vécu un **déménagement** important au mitan : l'une a même changé de région.

### *Les relations*

Parmi les changements d'ordre relationnel vécus par les participantes à la période du mitan, c'est le **départ des enfants** qui est pointé le plus fréquemment : huit participantes sur 12 ont vécu ce changement. Il est à noter aussi que trois types de changements se placent *ex æquo*, en deuxième position, après le **départ des enfants**, lesquels ayant été cochés par six participantes sur 12: il s'agit du **questionnement sur le couple**, de l'**investissement moindre dans les amitiés** et de l'**acquisition d'animaux de compagnie**.

Trois répondantes sur 12, soit le quart du groupe, ont vécu une **séparation** au mitan de leur vie. Au chapitre des changements relationnels au mitan, on retrouve aussi la **mort du conjoint** (pour 2/12 participantes), une **nouvelle relation amoureuse** (pour 2/12 participantes) et **plus d'investissement dans les amitiés** (pour 2/12 participantes).

Enfin, bien que les **grands-mères** soient au nombre de quatre dans le groupe des 12, une seule participante note, dans le questionnaire, qu'elle est devenue grand-mère pour la première fois. Une participante a aussi vécu l'**adoption** d'un neveu au mitan pendant qu'une autre mentionne le changement relationnel apporté par la **famille reconstituée**.

*La situation de santé pour soi ou pour les proches (maladies, accidents, difficultés de santé) et la mort de personnes significatives*

Cette dimension de la situation de santé pour soi ou pour les proches et la mort de proches aurait pu être traitée précédemment, au chapitre des changements relationnels, tellement elle est liée au paysage relationnel du mitan des femmes. Mais il est obligatoire de la traiter à part à cause de son importance et de son incidence cruciales sur le vécu des femmes au mitan.

En effet, dans les résultats du questionnaire, pour dix participantes sur 12, la **mort de personnes significatives** de même que les **maladies, accidents et difficultés de santé pour elles-mêmes** sont des événements qu'elles ont vécus depuis l'âge de 35-40 ans et qu'elles considèrent importants à la période du mitan. Suivent de près les **maladies, accidents et difficultés de santé**

**pour les proches** que huit participantes sur 12 déclarent avoir vécus et qu'elles retiennent aussi comme importants en terme de changements événementiels au mitan.

*Pour la majorité des participantes, la ménopause ne représente pas un changement événementiel important du mitan*

Dans les résultats du questionnaire, il est remarquable de constater que les participantes ayant coché la ménopause comme l'un des événements importants de leur mitan sont fortement minoritaires (3/12). On en déduit que pour neuf participantes sur 12, la ménopause n'est pas considérée comme un changement majeur du mitan, ce qui correspond d'ailleurs aux résultats de la recherche documentaire dont fait état la problématique (cf. chapitre 1). En effet, certaines recherches (Bernier, 2003, Greer, 1992; Corporation des médecins du Québec, 1988; enquête Santé Québec, 1987; Notman, 1979) ont démontré que la ménopause ne semble pas être un événement prépondérant ou central pour les femmes.

## **CHANGEMENTS ÉVÉNEMENTIELS IMPORTANTS DU MITAN**

**La diminution de revenus et même la pauvreté sont des changements événementiels importants du mitan pour la moitié des participantes. La majorité des femmes du groupe ont connu des changements importants sur le plan du travail rémunéré et la presque totalité ont vu leur charge de travail non rémunéré s'alourdir en devenant des «aidantes naturelles» pour leurs proches, ce qui ne les empêche pas de faire du bénévolat en plus. D'autres changements significatifs sont aussi vécus par certaines : retour aux études, retraite, déménagement.**

**Au niveau des changements relationnels importants, la majorité ont vécu le départ des enfants. Pour la moitié du groupe, il y a eu aussi le questionnement sur le couple, l'investissement moindre dans les amis et l'acquisition d'animaux de compagnie. Le tiers des participantes sont devenues grands-mères et le quart ont vécu une séparation. Au chapitre des changements relationnels importants du mitan, on retrouve aussi la mort du conjoint, une nouvelle relation amoureuse, plus d'investissement dans les amis, l'adoption d'un enfant et la famille reconstituée.**

**Les maladies, accidents et difficultés de santé pour soi ou pour les proches et la mort de personnes significatives représentent des changements événementiels qui sont considérés comme importants et qui ont été vécus par la majorité des participantes durant leur mitan. Et pour la majorité des participantes, la ménopause n'est pas considérée comme un changement événementiel important du mitan.**

### 3.2.2- Les changements physiques vécus au mitan

*Santé en général : moins bonne depuis le mitan*

Ici, dans cette section sur les changements physiques, les participantes sont presque unanimes (11/12) à déclarer que leur **santé en général** est moins bonne depuis le début de la période du mitan, c'est-à-dire depuis l'âge de 35-40 ans. Une seule participante estime que sa santé est comme avant. À la question de savoir dans quelle période - de changement ou de stabilité - chacune se situe au moment de notre cueillette de données, huit femmes sur 12 se déclarent en période de stabilité alors que pour quatre participantes, c'est le changement qui prédomine à ce moment précis de leur vie.

*Statut ménopausique, type de ménopause, âge de la ménopause et principales manifestations*

Une première information est frappante concernant l'identification du statut ménopausique des 12 participantes : un nombre significatif de participantes (6/12) ne le connaissent pas. Comme on l'a vu au tableau 3.1.1, six participantes sur 12 se déclarent «pas certaines» d'être en pré-ménopause ou en ménopause. Deux participantes se déclarent ménopausées mais n'en sont pas certaines alors que quatre autres participantes se déclarent en pré-ménopause sans en être certaines. Cette lacune d'information est préoccupante et fait l'objet d'une recommandation au chapitre 5.

L'hystérectomie peut expliquer que celles qui l'ont subie ne bénéficient plus de l'indice majeur pour identifier l'apparition de la ménopause, soit la cessation des menstruations. C'est ainsi que l'on constate que chez six participantes incertaines de leur statut, cinq ont subi une hystérectomie. Pourtant, bien d'autres manifestations pré-ménopausiques peuvent informer les



femmes et surtout, il existe un test de dosage hormonal- sous prescription médicale- permettant aux femmes de savoir si la ménopause est bel et bien arrivée pour elles<sup>31</sup>.

**On est tout aussi frappée par le nombre important de femmes hystérectomisées et ovariectomisées parmi les 12 participantes : la moitié (6/12) des participantes ont subi une hystérectomie et une septième participante (non hystérectomisée) a subi une ovariectomie partielle. Parmi les six femmes hystérectomisées, trois ont subi, en plus, une ovariectomie : deux de manière partielle (ablation d'un ovaire) et une autre a perdu ses deux ovaires.**

Quant au type de ménopause vécu par les participantes qui se déclarent ménopausées (6/12), (incluant celles qui ne sont pas certaines de leur statut), cinq déclarent une ménopause naturelle. Sur les six femmes qui se déclarent ménopausées, une seule a vécu une ménopause chirurgicale à un âge précoce, soit vers 33 ou 34 ans, par l'ablation de l'utérus et de son unique ovaire.

Il va sans dire que, si leur statut ménopausique est mal connu de certaines, il leur est difficile de situer avec précision l'âge de leur ménopause «accomplie» de même que l'année d'arrivée de leur pré-ménopause. Deux des six femmes ménopausées (hystérectomisées) suggèrent approximativement 45 ans ou 46-48 ans pour l'âge de leur ménopause. En revanche, la participante qui a vécu une ménopause chirurgicale se souvient assez bien de l'âge où elle l'a subie, soit vers 33-34 ans. Seulement trois des six femmes se déclarant ménopausées peuvent situer l'âge de leur ménopause avec une certaine précision : deux femmes la situent à l'âge de 52 ans et une troisième la situe à 46 ans.

---

<sup>31</sup> Sur les cinq participantes qui ont subi une hystérectomie, il y en a une seule à qui le médecin a prescrit un test sanguin pour connaître son taux hormonal, ce qui lui a permis de connaître son statut ménopausique.

Quant à l'âge de la pré-ménopause, seulement quatre femmes sur douze répondent à cette question : l'une la situe approximativement à la fin de la vingtaine, l'autre à 42-43 ans et deux participantes la situent à 45 ans.

Enfin, aux numéros du questionnaire (#1.2- #2.3.4- #6.3) s'enquérant des principales manifestations de pré-ménopause et de ménopause constatées par les participantes, nous avons obtenu ces réponses :

- Problèmes de menstruations pour six participantes.
- Bouffées de chaleur pour six participantes.
- Migraines pour trois participantes.
- Fibromes utérins pour deux participantes.
- Manifestations psychologiques pour deux participantes (dont des sautes d'humeur).

#### *Auto-perception de sa santé au mitan et de son vécu ménopausique*

Si on regarde l'auto-perception des participantes concernant leur santé mentale et physique au mitan, on retient que pour la majorité d'entre elles (7/12), cette période du mitan a été plus difficile que les autres périodes de leur vie. Cependant, quatre participantes déclarent que le mitan fut plus facile que les autres périodes de leur vie du point de vue de leur santé mentale et physique alors qu'une seule participante affirme que le mitan fut comme les autres périodes de sa vie sur le plan de la santé.

Par ailleurs, si on considère plus particulièrement le vécu péri-ménopausique du point de vue psychologique, c'est la pré-ménopause qui est le plus souvent jugée difficile à vivre alors que la ménopause comme telle est jugée facile à vivre. En effet, sur les cinq participantes qui ont répondu à cette question, quatre femmes jugent que le vécu de la pré-ménopause est difficile à vivre psychologiquement alors que la cinquième estime que la pré-ménopause est facile à vivre du point de vue psychologique. Quant à la ménopause, elle est jugée facile à vivre du point de vue psychologique par quatre participantes alors que deux participantes la jugeront difficile à vivre à ce point de vue.

Du point de vue physique, il est remarquable de constater comment les deux points de vue («facile à vivre» versus «difficile à vivre») sont partagés de manière égale dans les opinions du groupe-cible, et ce, autant pour la pré-ménopause que pour la ménopause. En effet, sur les 12 répondantes au questionnaire, six femmes trouveront le vécu physique de la pré-ménopause difficile à vivre alors que les six autres l'estimeront facile à vivre. Sur les huit répondantes à la question concernant le vécu physique de la ménopause, quatre femmes le jugeront difficile à vivre et quatre autres l'estimeront facile à vivre.

## **PERCEPTION DE SA SANTÉ AU MITAN**

**Pour la majorité des participantes, cette période du mitan a été plus difficile que les autres périodes de leur vie au niveau de leur santé physique et mentale.**

**Du point de vue psychologique, c'est la pré-ménopause qui est le plus souvent jugée difficile à vivre alors que la ménopause est jugée facile à vivre.**

**Du point de vue physique, les réponses sont partagées : 6 femmes trouvent le vécu physique de la pré-ménopause difficile à vivre alors que 6 autres l'estiment facile à vivre. Sur les 8 répondantes à la question sur le vécu physique de la ménopause, 4 femmes le jugent difficile à vivre et 4 autres l'estiment facile à vivre.**

### *L'hystérectomie et l'ovariectomie*

Parce qu'il s'agit d'un changement physique majeur qui touche plus de la moitié (7/12) des participantes, il convient de se pencher avec attention sur la question de l'hystérectomie et de l'ovariectomie.

On remarque d'abord les âges- relativement précoces- où ont été vécues ces interventions. Pour ce qui est de l'hystérectomie, trois participantes l'ont vécue avant 30 ans et trois autres avant 50 ans : une participante l'a subie dans la vingtaine, deux participantes l'ont subie dans la trentaine et trois autres dans la quarantaine. Quant à l'ovariectomie, deux participantes l'ont vécue avant 30 ans et deux autres avant 40 ans : en effet, deux femmes l'ont subie dans la vingtaine et deux autres dans la trentaine. Trois des six participantes hystérectomisées ont aussi subi une ovariectomie et une septième participante a subi une ovariectomie seulement.

De manière générale, toutes répondent qu'elles étaient obligées de subir ces interventions bien qu'une participante ne se souvienne pas pourquoi elle a dû subir l'ovariectomie totale. Quant à ce qu'elles ont ressenti face à ce vécu, les réponses sont ambivalentes : quatre participantes sur sept expriment des commentaires positifs et la même proportion de participantes expriment des commentaires négatifs (une participante exprime les deux). Au sujet de leur satisfaction face à l'information reçue sur les interventions et leurs résultats, quatre participantes sur six déclarent avoir été bien informées sur l'hystérectomie et ses résultats; mais une participante déclare qu'elle n'a pas été bien informée et une autre participante qu'elle n'en est pas certaine. Au sujet de l'ovariectomie, trois femmes sur quatre déclarent avoir été bien informées de l'intervention et de ses résultats alors qu'une participante déplore ne pas avoir été bien informée.

#### **LACUNES D'INFORMATION/CHANGEMENTS PHYSIQUES du mitan**

**6 des 12 participantes ne connaissent pas leur statut ménopausique.**

**Seulement 3 des 6 femmes se déclarant ménopausées peuvent situer l'âge de leur ménopause: deux femmes la situent à l'âge de 52 ans et une troisième la situe à 46 ans.**

**Quant à l'âge de la pré-ménopause, seulement 4 femmes sur 12 répondent à cette question : l'une la situe approximativement à la fin de la vingtaine, l'autre à 42-43 ans et deux participantes la situent à 45 ans.**

**2 des 6 participantes hystérectomisées estiment ne pas avoir été bien informées sur l'hystérectomie et ses résultats. 1 des 4 participantes ovariectomisées déplore ne pas avoir été bien informée sur l'intervention et ses résultats.**

*Changements physiques divers (incluant la sexualité)*

Au chapitre des **maux de tête**, on note que pour une nette majorité (8/12) de participantes, les maux de tête ont augmenté à la période du mitan; deux participantes déclarent en avoir moins et deux autres affirment que c'est comme avant.

Quant aux **règles**, on note une vaste panoplie de changements qui vont de la disparition pure et simple pour les six participantes hystérectomisées jusqu'à la cessation normale avec l'arrivée de la ménopause naturelle pour trois participantes. Il est donc à noter que neuf participantes sur 12 n'ont plus de règles. On suppose que pour trois d'entre elles au moment de la collecte (2003), il s'agit de l'année où leurs menstrues ont cessé. Pour les trois participantes qui ont toujours leurs règles, toutes les tendances de changements sont notées et parfois chez la même participante : plus longues et plus abondantes (2/12); plus longues ou plus courtes et plus abondantes (1/12); plus courtes et moins abondantes (2/12); plus courtes et plus abondantes (1/12).

Dans le domaine des changements de température corporelle (**chaleurs-frilosité-suées nocturnes**), le paysage – très varié aussi - se présente ainsi : la moitié des 12 participantes (6/12) ont noté plus de **bouffées de chaleur** alors que pour 2/12 participantes, c'est comme avant et que pour deux autres participantes, il y a moins de chaleurs qu'avant le mitan. L'augmentation de la **frilosité** est expérimentée par 5/12 participantes alors que cinq autres femmes déclarent que c'est comme avant et que deux participantes affirment en avoir moins qu'avant. Pour 4/12 participantes, il y a plus de **suées nocturnes** qu'avant alors que 6/12 participantes déclarent que c'est comme avant et que 2 autres femmes déclarent en avoir moins qu'avant.

Il est remarquable de constater que la presque totalité des participantes, 10 sur 12, ont plus de **douleurs articulaires, osseuses et musculaires** qu'avant le mitan et une onzième participante note des douleurs articulaires et osseuses seulement.

Une nette majorité de répondantes, soit 9/12, remarquent que leur **niveau d'énergie** a baissé depuis le mitan. Seulement deux femmes déclarent avoir plus d'énergie depuis le mitan et une femme déclare en avoir autant. On apprend aussi que 8/12 participantes dorment moins ou moins bien (sept femmes du point de vue quantité et une femme du point de vue qualité) depuis la période du mitan. Pour deux participantes seulement, le **sommeil** est resté le même au mitan, et une participante déclare avoir un plus grand besoin de sommeil qu'avant.

Quant aux changements relativement au **poids**, on apprend que pour la presque totalité des participantes (10/12), le poids est plus élevé depuis la période du mitan. Une seule femme déclare qu'il est moins élevé pendant que chez une autre participante le poids est resté le même.

## **PRINCIPAUX CHANGEMENTS PHYSIQUES DU MITAN**

**Les 12 participantes sont presque unanimes à déclarer que leur santé en général est moins bonne depuis l'âge de 35-40 ans.**

**La presque totalité des participantes ont plus de douleurs articulaires, osseuses et musculaires et pour une nette majorité de participantes, les maux de tête ont augmenté à la période du mitan. Une nette majorité remarquent que leur niveau d'énergie a baissé depuis le mitan et qu'elles dorment moins ou moins bien. Pour la presque totalité des participantes, le poids est plus élevé depuis la période du mitan.**

**9/12 participantes déclarent ne plus avoir de règles.**

**6/12 participantes ont subi une hystérectomie avant 50 ans et 4/12 participantes ont subi une ovariectomie avant 40 ans.**

**6/12 femmes se déclarent ménopausées : cinq ont vécu une ménopause naturelle et une femme a vécu une ménopause chirurgicale à un âge précoce, soit vers 33 ou 34 ans. Les principales manifestations physiques de la pré-ménopause et de la ménopause sont les problèmes de menstruations et les bouffées de chaleur (accompagnées de frilosité).**

Le seul changement d'ordre physique qui remporte une frappante unanimité chez les 12 participantes, ce sont les **comportements et les manifestations liés à la sexualité**. Il est à noter que, malgré sa forte connotation psychologique, la sexualité a été classée - dans notre étude - parmi les changements physiques et physiologiques.



Pour la totalité (12/12) des participantes, la sexualité revêt **moins d'intérêt** depuis le mitan. Et pour 11/12 participantes qui ont répondu à la question sur la **libido du partenaire**<sup>32</sup>, huit participantes déclarent que la libido du partenaire a diminué et trois participantes affirment qu'elle a disparu.

Pour neuf participantes sur 12, les relations sexuelles sont considérées **moins confortables** et la muqueuse vaginale plus sèche.

On apprend aussi que pour 11 participantes sur 12, la **fréquence** des relations sexuelles est moindre qu'avant. Au niveau de la **satisfaction sexuelle** des 12 participantes, une minorité de répondantes (3/12) déclarent connaître la satisfaction sexuelle alors que la majorité des répondantes (9/12) affirment avoir moins de satisfaction sexuelle qu'avant la période du mitan.

#### *L'impact des changements physiques du mitan sur les habitudes de vie*

À la question (# 2.3.8) du questionnaire, à savoir si les changements physiques du mitan ont modifié leurs habitudes de vie, la grande majorité des participantes (10/12) répondent oui. Voici globalement, et par ordre d'importance selon la fréquence des réponses, les principales habitudes qui ont été modifiées :

- l'**alimentation** : c'est en regard de cette habitude de vie que les participantes ont noté le plus de changements depuis la période du mitan. La moitié des participantes (6/12) ont vu leur alimentation changer, surtout parce qu'elles disent y apporter plus d'attention (pour des raisons

---

<sup>32</sup> La participante qui n'a pas répondu vit seule et n'a pas de partenaire sexuel au moment de la collecte.

de santé notamment) mais aussi, dans le cas d'une répondante, parce qu'elle déclare manger davantage depuis le mitan;

- le **consommation de tabac, d'alcool et de médicaments non essentiels** : il est significatif d'apprendre que 5/12 participantes ont effectué des sevrages au mitan : deux femmes avec le tabac, deux autres avec l'alcool et une cinquième avec des médicaments non essentiels;
- le **sommeil** : 3/12 participantes déclarent que leurs habitudes de sommeil ont été modifiées par les changements physiques du mitan;
- la **gestion du stress** : 3/12 participantes affirment qu'elles se sont améliorées au niveau de la gestion de leur stress;
- l'**exercice physique** : 2/12 répondantes expriment une modification positive d'habitudes de vie à ce niveau qui serait due aux changements physiques du mitan.

Pour quatre répondantes du groupe-cible cependant, les changements physiques du mitan n'ont pas provoqué des habitudes de vie plus saines ou moins saines : comme l'exprime l'une d'entre elles : «Je suis restée tout simplement la même femme au mitan.» Par contre, selon la majorité des participantes (8/12), il est clair que les changements physiques du mitan ont amené des habitudes de vie plus saines.

## **CHANGEMENTS AU NIVEAU DE LA SEXUALITÉ**

### **ET DES HABITUDES DE VIE AU MITAN**

**Le seul changement d'ordre physique du mitan qui remporte une frappante unanimité chez les 12 participantes, ce sont les comportements et les manifestations reliés à la sexualité.**

**Pour la *totalité* des 12 participantes, la sexualité revêt moins d'intérêt depuis le mitan et, pour la majorité, les relations sexuelles sont moins confortables.**

**La presque totalité déclarent que la libido du partenaire a diminué et même disparu et que la fréquence des relations sexuelles est moindre qu'avant.**

**Au niveau de la satisfaction sexuelle, une minorité déclarent connaître la satisfaction sexuelle alors que la majorité affirment avoir moins de satisfaction sexuelle qu'avant.**

**Au niveau des habitudes de vie, selon la majorité des participantes, il est clair que les changements physiques du mitan ont amené des habitudes de vie plus saines. C'est avec l'alimentation que les participantes ont vu le plus de changements, notamment pour des raisons de santé. Enfin, il est important de noter que 5/12 participantes disent avoir effectué des sevrages au mitan : deux femmes avec le tabac, deux autres avec l'alcool et une cinquième avec des médicaments jugés non essentiels.**

### **3.2.3- Les changements psychologiques vécus au mitan**

Sous le thème des changements psychologiques, la question 2.2 du questionnaire proposait aux participantes de cocher des choix de changements dans une longue liste de traits psychologiques reliés aux composantes cognitives et affectives de la dimension psychologique de la santé mentale; quant à la dimension spirituelle, elle faisait aussi l'objet d'un item à cocher. Cette liste

de changements psychologiques vécus au mitan se subdivise en cinq sous-thèmes : *changements cognitifs et affectifs-émotifs, attitudes psychologiques, auto perception de soi et estime de soi, introspection et connaissance de soi, changements dans les choses que j'ai l'habitude de faire.*

#### *Changements cognitifs et affectifs-émotifs*

Dans la composante cognitive, la **mémoire** est, depuis le mitan, jugée moins bonne par une majorité (7/12) de participantes. La **concentration** est, elle aussi, jugée moins bonne depuis le mitan par une majorité (9/12) de participantes.

Quant à l'**irritabilité**, la moitié des participantes ont noté qu'elle est comme avant. Par contre, l'autre moitié des participantes estiment que quelque chose a changé à ce chapitre : trois d'entre elles déclarent vivre une plus grande irritabilité alors que trois autres affirment au contraire que leur irritabilité est moins grande qu'auparavant. Le **niveau de stress** depuis le mitan est déclaré plus élevé par une majorité de participantes (7/12) alors que 5/12 participantes estiment leur niveau de stress moins élevé. Quant à l'**humeur**, on observe trois tendances également réparties parmi les 12 répondantes : 4/12 participantes perçoivent leur humeur meilleure qu'avant le mitan, 4/12 participantes la trouvent moins bonne qu'avant et 4/12 participantes la considèrent tout à fait comme avant.

Toujours à la question 2.2 du questionnaire, les participantes ont été invitées à identifier des changements psychologiques du mitan qui n'ont pas été nommés dans le questionnaire de même qu'à effectuer des commentaires au besoin. Pour 4/12 participantes, les changements psychologiques qu'elles ont remarqués s'avèrent négatifs : plus d'agressivité, plus d'inquiétude,

des palpitations, des étourdissements et des insomnies, moins d'entrain et plus de facilité à déprimer. Mais il faut voir que 3/12 participantes ont noté des changements positifs : une attitude récente plus positive face au mitan, une certaine satisfaction face à sa maturité et plus d'affirmation de soi.

#### **CHANGEMENTS COGNITIFS ET AFFECTIFS-ÉMOTIFS DU MITAN**

**Une majorité de participantes jugent leur mémoire et surtout leur concentration moins bonnes depuis le mitan. Quant à l'irritabilité et à l'humeur, ces aspects sont partagés entre celles qui notent un changement et celles qui ne notent pas de changement : environ le quart des participantes estiment une plus grande irritabilité et une humeur moins bonne depuis le mitan.**

**Il semble donc que ce sont les aspects cognitifs qui ont davantage changé – dans un sens négatif – pour ces femmes au mitan. Est-ce pour une raison d'ordre cognitif que le niveau de stress a aussi augmenté au mitan pour une majorité? Cette hypothèse est plausible. Il faut cependant noter qu'un nombre moindre (et significatif) de participantes ont observé un niveau de stress moins élevé depuis le mitan.**

**Si les participantes sont un peu plus nombreuses à identifier des changements psychologiques négatifs du mitan versus des changements psychologiques positifs, retenons que selon elles, le mitan apporte plus d'agressivité, d'inquiétude et plus de facilité à déprimer mais il apporte aussi une certaine satisfaction face à sa maturité et plus d'affirmation de soi.**

*Les attitudes psychologiques d'ordre existentiel*

On peut dire que **les attitudes psychologiques concernant la vie, la santé, la mort, le travail, les enfants et l'entourage** ont passablement changé pour ces femmes durant le mitan. Et ce sont surtout les **attitudes face à la santé et au travail** qui ont changé et ce, de manière négative pour la majorité. En revanche, pour la totalité des 12 participantes, l'**attitude face à la vie** est devenu plus positive alors que l'**attitude face à la mort** récolte l'ambivalence en étant vécue autant de manière plus positive que de manière plus négative.

Quant on leur demande si leurs attitudes relationnelles ont changé depuis le mitan, la majorité des participantes répondent que oui. Avec l'attitude face à la vie, l'**attitude face aux enfants** est celle qui a récolté la plus grande proportion de participantes (7/12) à affirmer que cette attitude est meilleure qu'avant. Il est d'ailleurs remarquable qu'aucune des participantes n'ait mentionné que l'attitude face aux enfants soit moins bonne qu'avant (il s'agit de la seule exception sous cette rubrique des attitudes). L'**attitude face aux enfants** est restée comme avant pour 5/12 participantes, ce qui est la plus haute fréquence de réponses à «comme avant» dans cette rubrique des attitudes. Enfin, l'**attitude face à l'entourage** est meilleure qu'avant pour cinq participantes, moins bonne qu'avant pour trois participantes et comme avant pour quatre participantes.

## ATTITUDES PSYCHOLOGIQUES D'ORDRE EXISTENTIEL

Les attitudes psychologiques concernant la vie, la santé, la mort, le travail, les enfants et l'entourage ont passablement changé pour ces femmes durant le mitan. Ce sont surtout les attitudes face à la santé et au travail qui ont changé pour la majorité des participantes et ce, de manière négative.

En revanche, pour une majorité de participantes, les attitudes face à la vie, face aux enfants et face à l'entourage sont devenues plus positives alors que l'attitude face à la mort récolte l'ambivalence en étant vécue autant de manière plus positive que de manière plus négative.

### *Perception du sens de sa vie au niveau social, sentiment d'identité et estime de soi*

Depuis le mitan et ce, pour la majorité des 12 participantes, des changements majeurs ont été vécus dans la perception de soi au niveau social (en lien avec le travail et la sexualité) et avec la perception du sens de sa vie.

Dans les réponses suivantes, on comprend davantage ce qui s'est modifié : seulement 3/12 participantes déclarent que leur **sensation d'être sexuellement désirables** et leur **perception de leur valeur sociale** sont restées les mêmes, ce qui signifie que la **sensation d'être sexuellement désirables et la perception de leur valeur sociale** se sont modifiées – de manière négative d'ailleurs - pour la majorité des répondantes.

Quant à la **perception du sens de sa vie**, aucune participante n'a pu répondre un seul «comme avant», ce qui veut dire que la **perception du sens de sa vie** s'est modifiée pour la totalité des 12 participantes, et, encore la, de manière négative pour une majorité. C'est donc une minorité de participantes qui bénéficient d'une **perception de sa valeur sociale et du sens de sa vie** qui soit plus grande – ou meilleure - depuis le mitan. Quant **au sentiment d'être sexuellement désirable**, aucune des 12 participantes ne répond que c'est «meilleur qu'avant», ce que l'on peut interpréter comme une réponse congruente avec les résultats précédents concernant la sexualité et révélant un intérêt moindre des participantes envers la sexualité. Ici, sous cette rubrique, une minorité de participantes (3/12) répondent que le **sentiment d'être sexuellement désirables** est «comme avant» alors que deux participantes s'abstiennent de répondre à cette question.

Quand on compare ces résultats qui semblent à première vue négatifs en regard de l'auto perception de soi avec les résultats concernant le **sentiment d'identité**, une surprise nous attend. En effet, pour une majorité de femmes, les réponses sont optimistes : 7/12 participantes allèguent que leur **sentiment d'identité personnelle** est «meilleur» ou «plus grand» qu'avant et une minorité de 2/12 femmes répondent que rien n'a changé à ce niveau. Ces femmes nous obligent donc à voir qu'elles peuvent percevoir de la société le message de ne plus avoir une valeur sociale et sexuelle – ce qui modifie bien sûr la perception du sens de leur vie - mais que ce regard social négatif à leurs yeux n'entache pas le fait qu'elles perçoivent davantage *qui* elles sont au mitan. Elles donnent donc à entendre qu'elles se sont trouvées elles-mêmes ou, en tout cas, qu'elles se connaissent mieux ou se comprennent mieux depuis le mitan. Et c'est effectivement ce qu'elles nous diront bientôt dans la section suivante. Bref, tout porte à croire que, depuis le mitan, le sentiment d'identité personnelle et la compréhension de soi sont synonymes pour la



majorité des participantes. Ce dernier résultat semble à première vue assez encourageant en regard de la santé mentale de la majorité des participantes au moment de la cueillette de données. Mais d'autres résultats incitent à être plus prudente et nuancée à cet égard, comme par exemple les résultats précédents (majoritairement négatifs) en regard de la perception du sens de sa vie et de sa valeur sociale et sexuelle et aussi les résultats très mitigés sur la **bonne estime de soi** que nous présentons dans la section 3.3 sous le thème des principales difficultés psychologiques du mitan.

Pourquoi est-ce que les résultats ne sont pas plus rapprochés entre la perception positive du sens de sa vie, l'identité et la compréhension de soi? Est-ce que la réponse se trouverait dans le regard dévalorisant que ces femmes posent sur elles-mêmes au niveau de la perception de leur valeur sociale et du sentiment d'être sexuellement désirables?

#### **SENS DE SA VIE, IDENTITÉ, COMPRÉHENSION DE SOI**

**Depuis le mitan, la majorité des participantes perçoivent qu'elles n'ont plus de valeur sociale et sexuelle, ce qui modifie de manière négative la perception du sens de leur vie et leur estime personnelle. En revanche, ces femmes témoignent avoir pris davantage conscience de *qui* elles sont. La majorité donnent à entendre qu'elles se sont trouvées elles-mêmes ou, en tout cas, qu'elles se connaissent mieux ou se comprennent mieux depuis le mitan.**

**Depuis le mitan, le sentiment d'identité personnelle et la compréhension de soi semblent devenus synonymes et sont présents chez la grande majorité des participantes.**

### *Compréhension de soi, contrôle de soi et ouverture spirituelle*

Comme nous l'annoncions précédemment, huit participantes sur 12 déclarent une plus grande **compréhension de soi** au mitan. Cette perception n'est pas étonnante quand on sait que ces femmes ont effectué une démarche personnelle de connaissance d'elle-même à la suite de leurs difficultés psychologiques et qu'elles ont vécu des rencontres psychothérapeutiques. Rien d'étonnant non plus à ce que leur **préoccupation par rapport à soi** et leur **préoccupation par rapport à l'âge** suivent de près, avec sept participantes sur 12 affirmant que ces deux préoccupations sont plus grandes depuis le mitan. Ces derniers résultats sont congruents et révèlent des femmes qui se comprennent mieux, qui se préoccupent d'elles-mêmes et qui prennent conscience d'un enjeu psychologique majeur du mitan, soit la prise de conscience de la finitude de sa vie. Il est d'ailleurs significatif de constater que **l'inquiétude** s'avère plus grande au mitan et ce, aussi pour sept participantes sur 12, alors qu'elle est moins grande pour 3/12 participantes et comme avant pour 2/12 participantes.

Les résultats concernant le **contrôle de soi** sont aussi révélateurs bien qu'ils soient plus difficiles à analyser clairement : la moitié seulement des participantes (6/12) déclarent le **contrôle de soi** plus grand qu'avant le mitan. Trois participantes sur 12 affirment qu'il est moins grand qu'avant le mitan et deux répondantes disent que c'est comme avant, sans que l'on sache clairement si ce «comme avant» est positif ou négatif<sup>33</sup>. Faisons l'hypothèse que ce dernier «comme avant» est positif, ce qui voudrait alors dire que le **contrôle de soi** du point de vue de l'inquiétude et de l'anxiété est acquis ou davantage réalisable pour la majorité des répondantes. Bref, il est permis de penser que le contrôle de soi est, pour elles, plus grand qu'avant le mitan, ce qui est congruent avec l'accroissement de la compréhension de soi qu'elles déclarent.

---

<sup>33</sup> Une femme s'est abstenue de répondre à cet item.

Enfin, sur le thème de **l'ouverture à la dimension spirituelle**, la moitié des répondantes (6/12) révèlent qu'elle est plus grande depuis qu'elles sont arrivées au mitan, alors qu'elle est restée comme avant pour 4/12 participantes et moins grande qu'avant pour 2/12 participantes. Quand on sait- dans notre approche de la dimension spirituelle de la santé mentale- que cette dimension correspond au sens que l'on donne à la vie et à sa vie, il est intéressant de relier ces derniers résultats avec les résultats précédents concernant la **perception du sens de sa vie** où sept participantes sur 12 révèlent que la **perception du sens de leur vie** est moins grande depuis le mitan. Serait-il possible que, dans la vie de ces femmes, ce changement de perception du sens de leur vie ait provoqué chez elles une plus grande **ouverture à la dimension spirituelle**? C'est ce que nous croyons suite à l'analyse des résultats des entrevues et en congruence avec l'enjeu du mitan concernant le mouvement de retour sur soi et l'intériorité croissante. En revanche, remarquons que pour deux participantes, l'ouverture à la dimension spirituelle est moins grande depuis le mitan.

#### **COMPRÉHENSION, CONTRÔLE DE SOI, OUVERTURE SPIRITUELLE**

**Une majorité de répondantes déclarent avoir plus de compréhension de soi depuis le mitan parallèlement à une plus grande préoccupation par rapport à soi et par rapport à l'âge, de même qu'une plus grande inquiétude. Il est permis de penser que le contrôle de soi est, pour ces femmes, plus grand qu'avant le mitan, ce qui est congruent avec l'accroissement de la compréhension de soi qu'elles déclarent. Chez la moitié des répondantes, l'ouverture à la dimension spirituelle est plus grande depuis le mitan alors qu'elle est restée aussi grande chez quatre femmes et moins grande chez deux autres femmes du groupe.**

### *Changements dans les choses que j'ai l'habitude de faire*

Sous cette rubrique, les participantes devaient indiquer si, depuis le mitan, elles ont vécu des changements au niveau de leur **intérêt** et de leur **rythme dans les choses qu'elles ont l'habitude de faire**. Ici, c'est la réponse «comme avant» qui est la plus populaire : au niveau de l'intérêt, sept femmes sur 12 répondent avoir le même intérêt, trois autres affirment un intérêt plus grand qu'avant alors que deux femmes, au contraire, déclarent un moins grand intérêt qu'avant le mitan dans les choses qu'elles ont l'habitude de faire. En regard des choses qu'elles ont l'habitude de faire, la majorité déclarent avoir autant d'intérêt qu'avant le mitan, trois femmes affirment en avoir plus qu'avant le mitan et deux autres femmes disent en avoir moins.

Au niveau du rythme dans les choses qu'elles ont l'habitude de faire, six femmes sur 12 déclarent un rythme plus lent depuis le mitan; mais il faut noter que cinq femmes sur 12 déclarent que leur rythme n'a pas changé au mitan alors qu'une femme dit que son rythme est plus rapide depuis son sevrage médicamenteux.

#### **CHANGEMENTS DANS L'INTÉRÊT ET DANS LE RYTHME**

**En regard des choses qu'elles ont l'habitude de faire, la majorité déclarent avoir autant d'intérêt qu'avant le mitan, trois femmes affirment en avoir plus qu'avant le mitan et deux autres femmes disent en avoir moins.**

**Au niveau du rythme dans les choses qu'elles ont l'habitude de faire, six femmes sur 12 déclarent un rythme plus lent depuis le mitan et cinq femmes sur 12 déclarent que leur rythme n'a pas changé au mitan, alors qu'une femme dit que son rythme est plus rapide depuis son sevrage médicamenteux.**

### **3.2.4- Portrait d'ensemble des principaux changements vécus au mitan**

Cette section répond à l'objectif 1.1 de notre étude : identifier, en regard de la santé mentale, les principaux changements vécus par des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause.

Afin de tracer un portrait d'ensemble des principaux changements qui ont été vécus chez les 12 participantes, nous avons réuni ici les changements événementiels, physiques et psychologiques qui, pour les participantes, semblent les plus significatifs en regard de leur santé mentale au mitan. Cette liste se veut exhaustive et ne vise pas une hiérarchisation en fonction de l'importance. Avec la présentation des résultats des entrevues au chapitre 4, nous verrons ce que sept des 12 participantes - qui ont été sélectionnées pour effectuer une analyse plus en profondeur- considèrent comme les changements ayant eu le plus d'impact sur leur santé mentale au mitan.

#### Principaux changements événementiels vécus au mitan

- 1) La diminution de revenus et même la pauvreté.
- 2) Des changements importants – notamment la perte d'emploi - sur le plan du travail rémunéré.
- 3) L'alourdissement de la charge de travail non rémunéré par le fait de devenir des «aidantes naturelles» pour leurs proches.
- 4) Les maladies, accidents et difficultés de santé pour soi ou pour les proches et la mort de personnes significatives.

- 5) Au niveau des changements relationnels : le départ des enfants, le questionnement sur le couple qui, pour certaines, se conclura par une séparation, la mort du conjoint, une nouvelle relation amoureuse et la famille reconstituée, le fait de devenir grands-mères et l'investissement moindre ou plus grand dans les amitiés.
- 6) Pour la majorité des participantes (9/12), la ménopause n'est pas considérée comme un changement événementiel important du mitan. Pour trois des 12 participantes cependant, la ménopause s'est avérée un changement événementiel marquant de leur mitan.

#### Principaux changements physiques vécus au mitan

Il faut retenir que, pour les participantes, la période du mitan a été plus difficile que les autres périodes de leur vie au niveau de leur santé physique. Les 12 participantes sont presque unanimes à déclarer que leur santé en général est moins bonne depuis l'âge de 35-40 ans.

- 1) Le changement du mitan qui remporte une frappante unanimité chez les 12 participantes, ce sont les comportements et les manifestations reliés à la sexualité : pour la totalité des 12 participantes, la sexualité revêt moins d'intérêt depuis le mitan et, pour la majorité d'entre elles, les relations sexuelles sont moins confortables et elles ont moins de satisfaction sexuelle qu'avant.
- 2) Pour la moitié des femmes du groupe, le vécu physique de la *pré-ménopause* et de la *ménopause* a été difficile à vivre. Les principales manifestations physiques de la pré-ménopause et de la ménopause sont les problèmes de menstruations et les bouffées de chaleur (accompagnées de frilosité). À noter que la moitié des femmes du groupe ne

connaissent pas leur statut ménopausique ni l'âge de leur pré-ménopause et de leur ménopause.

- 3) Avant 50 ans, six participantes sur 12 ont subi une hystérectomie et quatre participantes sur 12 ont subi une ovariectomie.
- 4) Neuf participantes sur 12 déclarent ne plus avoir de règles et six d'entre elles se déclarent ménopausées mais sans en être certaines.
- 5) Une nette majorité remarquent que leur niveau d'énergie a baissé depuis le mitan et qu'elles dorment moins ou moins bien.
- 6) La presque totalité des participantes ont plus de douleurs articulaires, osseuses et musculaires depuis le mitan.
- 7) Pour la presque totalité des participantes, le poids est plus élevé depuis la période du mitan.
- 8) Pour une nette majorité de participantes, les maux de tête ont augmenté à la période du mitan.
- 9) Les changements physiques du mitan ont amené des habitudes de vie plus saines, notamment au niveau de l'alimentation .
- 10) Cinq participantes sur 12 disent avoir effectué des sevrages au mitan : deux femmes avec le tabac, deux autres avec l'alcool et une cinquième avec des médicaments jugés non essentiels.

### Principaux changements psychologiques vécus au mitan

Si les participantes sont un peu plus nombreuses à identifier des changements psychologiques négatifs du mitan versus des changements psychologiques positifs, elles disent que le mitan apporte plus d'agressivité, d'inquiétude et plus de facilité à déprimer mais il apporte aussi une certaine satisfaction face à sa maturité et plus d'affirmation de soi. Voici un résumé des changements psychologiques que les participantes considèrent importants :

- 1) Pour ces femmes, depuis le mitan, ce sont les aspects cognitifs au niveau de la mémoire mais surtout au niveau de la concentration qui ont davantage changé et cela, dans un sens négatif.
- 2) Le niveau de stress a aussi augmenté au mitan pour une majorité d'entre elles.
- 3) Seulement le quart des participantes estiment qu'elles ont une plus grande irritabilité et une humeur moins bonne depuis le mitan.
- 4) Pour la majorité des participantes, ce sont surtout les attitudes psychologiques face à la santé et face au travail qui ont changé durant le mitan, et ce, de manière négative.
- 5) Pour une majorité de participantes, les attitudes face à la vie, face aux enfants et face à l'entourage sont devenues plus positives depuis le mitan.
- 6) L'attitude face à la mort récolte l'ambivalence en étant vécue autant de manière plus positive que de manière plus négative.
- 7) La majorité des participantes perçoivent qu'elles n'ont plus de valeur sociale et sexuelle, ce qui a modifié de manière négative la perception du sens de leur vie au mitan.
- 8) Depuis le mitan, le sentiment d'identité personnelle et la compréhension de soi sont devenus synonymes et ils sont présents chez la grande majorité des participantes. La



- majorité des participantes laissent entendre qu'elles se sont trouvées elles-mêmes ou, en tout cas, qu'elles se connaissent mieux ou se comprennent mieux depuis le mitan.
- 9) Le contrôle de soi est déclaré plus grand qu'avant le mitan pour la moitié, voire la majorité des participantes, ce qui est congruent avec l'accroissement de la compréhension de soi qu'elles déclarent.
  - 10) Seulement la moitié des participantes déclarent avoir «assez souvent» et «très souvent» une bonne estime de soi et l'autre moitié déclarent détenir «de temps en temps» une bonne estime de soi. Il est permis de penser qu'il y a un lien entre ce manque d'estime de soi et le regard dévalorisant qu'elles portent sur elles-mêmes au niveau social et au niveau sexuel.
  - 11) Une majorité de participantes déclarent une plus grande préoccupation par rapport à soi et par rapport à l'âge de même qu'une plus grande inquiétude depuis le mitan.
  - 12) Chez la moitié des répondantes, l'ouverture à la dimension spirituelle est plus grande depuis le mitan.
  - 13) Pour les participantes, du point de vue psychologique, c'est la pré-ménopause qui est jugée difficile à vivre, et non la ménopause comme telle.
  - 14) En regard des choses qu'elles ont l'habitude de faire, la majorité déclarent avoir autant d'intérêt qu'avant le mitan.
  - 15) Au niveau du rythme dans les choses qu'elles ont l'habitude de faire, six femmes sur 12 déclarent un rythme plus lent depuis le mitan, mais cinq femmes sur 12 déclarent que leur rythme n'a pas changé au mitan alors qu'une femme dit que son rythme est plus rapide depuis son sevrage médicamenteux.

### 3.3 PORTRAIT DES PRINCIPALES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DES 12 PARTICIPANTES

#### 3.3.1- La détresse psychologique vécue au mitan

Les réponses du questionnaire nous informent que la totalité des 12 participantes ont déjà vécu des manifestations de détresse même si seulement trois d'entre elles ont été sélectionnées pour notre recherche en raison de cette difficulté. La sélection d'une participante en raison d'une difficulté précise – par exemple la détresse - ne veut donc pas nécessairement dire qu'elle n'a pas vécu les deux autres difficultés – la dépression et la dépendance aux tranquillisants et à l'alcool - durant son mitan.

Rappelons que Louise Guyon (1990) définit le niveau élevé de détresse psychologique comme le «niveau le plus élevé du score de détresse psychologique caractérisé par un plus grand nombre de symptômes psychologiques ou physiques que l'on pense être reliés à des désordres psychiatriques». La chercheuse précise que «la détresse psychologique est associée aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs.»

Parmi les diverses manifestations de détresse notées par les répondantes à notre questionnaire, la **fatigabilité** arrive bonne première. En effet, 12 participantes sur 12 déclarent à l'unanimité avoir éprouvé cette manifestation. On peut facilement faire des corrélations entre cette fatigabilité et divers changements vécus au mitan, notamment l'alourdissement de la charge de travail en tant qu'aidantes naturelles auprès des proches et une santé physique jugée moins bonne à divers points de vue.

Deux autres manifestations de détresse psychologique sont aussi vécues fréquemment, c'est à dire par 11 participantes sur 12 : **les états anxieux et les difficultés de concentration, de mémoire, de jugement**, cette dernière manifestation concordant avec les résultats de la section précédente sur les changements psychologiques et qui révélaient non seulement que mémoire et concentration étaient, depuis le mitan, jugées moins bonnes par une majorité de participantes mais aussi que l'inquiétude et le stress avaient augmenté au mitan parallèlement au fait que la santé physique et la situation financière se dégradaient.

**Dans la section précédente, on a pu constater que ces femmes vivent une accumulation importante de changements négatifs (autant événementiels que physiques) au mitan de leur vie et qu'il est plausible qu'il y ait un lien entre cette accumulation de changements négatifs et leur fatigabilité, leurs états anxieux et leurs difficultés cognitives.**

En troisième place, comme manifestation de détresse psychologique fréquemment vécue, on retrouve **les états dépressifs** qui ont été expérimentés par neuf participantes sur 12.

En revanche, un nombre minoritaire de participantes (5/12 participantes) déclarent avoir vécu de **l'agressivité** et un moins grand nombre encore (4/12 participantes) déclarent avoir vécu de **l'irritabilité**. On se souvient des résultats de la section précédente sur l'identification des **changements** psychologiques du mitan : la moitié des participantes avaient remarqué que **l'irritabilité** était comme avant. Il faut donc retenir qu'en ce qui concerne l'irritabilité comme manifestation de détresse, ce n'est pas une majorité de participantes qui la déclarent : s'agirait-il d'un biais de désirabilité sociale et de l'effet de la socialisation traditionnelle des femmes où l'agressivité est mal vue?

## **MANIFESTATIONS DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**

**C'est la fatigabilité qui est la manifestation de la détresse psychologique la plus fréquemment vécue: elle est éprouvée unanimement par les 12 participantes du groupe.**

**Les états anxieux et les difficultés cognitives (concentration, mémoire, jugement) suivent de près.**

**Les  $\frac{3}{4}$  des participantes ont souffert d'états dépressifs.**

**Seulement 5 participantes sur 12 déclarent avoir vécu de l'agressivité et un moins grand nombre encore (4/12) déclarent avoir vécu de l'irritabilité.**

### **3.3.2 La dépression vécue au mitan**

Comme nous le disions dans l'introduction, cinq participantes sur 12 ont été sélectionnées au départ pour avoir déjà vécu une dépression au mitan mais neuf participantes sur 12 déclarent, dans le questionnaire, qu'elles ont déjà fait une dépression au mitan. Par conséquent, les trois quarts des 12 participantes du groupe-cible (9/12 participantes) révèlent avoir connu l'expérience de la dépression au mitan de leur vie. Cette information est importante.

Nous avons expliqué au chapitre 1 de la problématique que la catégorie «dépression» utilisée dans cette recherche ne renvoie pas à un diagnostic médical mais à l'auto-évaluation effectuée par les participantes. Cette catégorie «dépression» recouvre une variété d'états psychologiques allant, par exemple, d'états dépressifs (tel une réaction de deuil) à la dépression majeure. Quand les participantes parlaient de leur dépression (dans le questionnaire et dans l'entrevue), il s'agissait d'une dépression qu'elles-mêmes évaluaient comme majeure ou grave. Par ailleurs,

pour huit des neuf répondantes ayant déclaré, dans le questionnaire, avoir fait une dépression au mitan, il s'agissait d'une dépression dépistée ou diagnostiquée par le médecin<sup>34</sup>.

En outre, et cette autre information est importante aussi, pour cinq de ces neuf femmes ayant souffert d'une dépression grave au mitan, il ne s'agissait pas de leur première dépression alors que pour quatre autres participantes ayant souffert d'une dépression au mitan, il s'agissait d'une première dépression qu'elles vivaient durant la période même du mitan, et ce, respectivement à 46 ans, à 45 ans, à 40 ans et à 36 ans. L'une de ces femmes déclare d'ailleurs avoir souffert de deux dépressions au mitan, une première fois à 36 ans et une autre fois à 52 ans.

Bref, pour cinq participantes qui déclarent avoir fait une dépression au mitan, il s'agissait d'une récurrence de dépression passée. Pour ces cinq participantes dont la dépression du mitan n'était pas la première, voici à quelle autre période de leur vie elles déclarent l'avoir expérimentée :

- Trois participantes disent avoir vécu leur première dépression avant 20 ans (respectivement à 12 ans, à 17 ans<sup>35</sup> et à 19 ans<sup>36</sup>).
- Deux participantes disent avoir vécu leur première dépression dans la vingtaine (respectivement à 21 ans et à 25 ans).

#### **ÂGES DE LA PREMIÈRE DÉPRESSION**

**9 participantes sur 12 déclarent avoir souffert de dépression grave au mitan de la vie.**

**Pour 4 d'entre elles, il s'agissait de leur première dépression.**

**Pour 5 d'entre elles, il ne s'agissait pas de leur première dépression : elles avaient vécu une première dépression soit *avant* la vingtaine, soit *durant* la vingtaine.**

<sup>34</sup> L'une de ces femmes a reçu un diagnostic médical de dystymie.

<sup>35</sup> Cette femme déclare avoir fait une deuxième dépression à 27 ans.

<sup>36</sup> Cette femme déclare avoir fait une deuxième dépression à 26 ans.

### 3.3.3 Les dépendances (à l'alcool et aux médicaments) vécues au mitan

Rappelons que, dans le groupe des 12 femmes, deux participantes ont été sélectionnées en fonction de leur dépendance aux médicaments et que deux autres participantes ont été retenues pour leur vécu de dépendance à l'alcool<sup>37</sup>.

Par contre, à la question 3.1 du questionnaire, quatre participantes sur 12 se déclarent dépendantes des médicaments (dont deux femmes qui n'ont pas été sélectionnées pour cette difficulté) alors qu'une participante déclare avoir été dépendante des drogues avant sa dépendance à l'alcool. On note enfin qu'une participante- probablement à cause du sevrage qu'elle a fait un certain nombre de mois avant la cueillette des données - ne déclare pas sa dépendance à l'alcool. Cette même participante ne déclare pas non plus qu'avant sa dépendance à l'alcool, elle avait été dépendante des tranquillisants durant 30 ans, ce que nous apprendrons lors de l'entrevue.

Rappelons aussi, comme nous le disions dans la section 1.4 de la problématique, que notre recherche s'appuie sur une définition large de la notion de dépendance ou de pharmacodépendance que *Le Grand Dictionnaire de psychologie* (2002) définit ainsi:

État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue (*comprise comme une substance psychoactive*); cet état se caractérise par des modifications du comportement ainsi que par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique (de façon à retrouver ses effets psychiques et, éventuellement, à éviter le malaise entraîné par sa privation).

---

<sup>37</sup> Selon les informations reçues des intervenant(e)s de référence, il s'agissait de dépendances qui avaient été vécues par ces femmes avec un seul de ces produits ( les psychotropes **ou** l'alcool) durant une période donnée.

À titre de substance psychoactive, cette définition inclut l'alcool et les médicaments psychotropes tels que les tranquillisants, les somnifères et les antidépresseurs qui ont été prescrits par les médecins. Pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du MSSS (2001), «les signes cliniques d'un usage inapproprié de substances psychoactives (...) s'appuient sur un ensemble d'indicateurs manifestés sur le plan des habitudes de consommation, d'une part, ainsi que sur les plans physique, psychologique et social, d'autre part (FQCRPAT, 1999).»

Avec les données du questionnaire qui suivent, nous présentons certains traits de la relation qu'entretiennent des femmes d'âge mûr avec les substances psycho-actives tels les médicaments psychotropes et l'alcool. Afin d'obtenir le plus d'informations pertinentes possible, il nous a été nécessaire, parfois, de croiser les données du questionnaire avec celles de l'entrevue.

#### *Les comportements de dépendance médicamenteuse*

Les réponses des participantes aux questions sur la dépendance médicamenteuse témoignent de leur manque d'information concernant ce type de dépendance : les participantes semblent ne pas savoir de manière claire et précise à partir de quand on peut parler de pharmacodépendance et quelles en sont les diverses manifestations : à l'exception de l'une d'entre elles (qui a effectué un sevrage)<sup>38</sup>, ces femmes continuent toujours à prendre des psychotropes tout en respectant les doses thérapeutiques et ce, depuis plusieurs années, parfois même depuis des décennies. Elles réalisent qu'elles ne peuvent plus s'en passer autant physiquement que psychologiquement et c'est d'ailleurs pour cette raison que certaines d'entre elles (mais pas toutes) se déclarent dépendantes. En conséquence, nous pensons qu'il y a, chez les 12 participantes, un besoin d'être informées de ce que signifie une dépendance médicamenteuse.

---

<sup>38</sup> Celle-ci dit d'ailleurs qu'elle ne respectait pas le dosage prescrit par le médecin.

Neuf des 12 participantes, soit la grande majorité, ont pris des psychotropes (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs) qui leur avaient été prescrits par leur médecin et qui étaient reliés à l'une ou l'autre des difficultés psychologiques qu'elles ont vécues au mitan. La grande majorité (8/12 participantes) ont pris des antidépresseurs et cinq participantes sur 12 déclarent aussi avoir pris des tranquillisants et des somnifères.

Au printemps 2003, au moment de la cueillette de données par questionnaire, les antidépresseurs continuent d'être pris sur une base régulière par la moitié des femmes du groupe, soit six participantes sur 12 et l'une d'entre elles déclare devoir les prendre à vie. Pour ce qui est des tranquillisants, deux participantes déclarent continuer à en prendre, dont l'une est une consommatrice assidue depuis 17 ans (elle a essayé de se sevrer sans succès). Une autre participante, sélectionnée pour la recherche pour avoir pris des tranquillisants durant 25 ans, a effectué (et réussi) un sevrage médicamenteux au moment de la cueillette de données : à notre connaissance, il s'agit de la seule participante qui prenait des psychotropes en ne respectant pas la dose thérapeutique (elle prenait deux ou trois comprimés au lieu d'un seul).

À noter enfin que l'une des participantes que nous avons sélectionnée à cause de sa dépendance à l'alcool – elle se trouve en sevrage au moment de la cueillette - avait, sans en avoir pris conscience, commencé sa consommation abusive d'alcool au moment où elle avait cessé de prendre les tranquillisants mineurs qu'elle prenait pour dormir depuis 30 ans.

Pour ce qui est des somnifères, ils font l'objet d'une consommation continue pour deux femmes du groupe-cible dont l'une dit utiliser les somnifères en vente libre (*sominex*) occasionnellement.



Une seule des quatre participantes déclarant avoir vécu une dépendance médicamenteuse (depuis 25 ans dans son cas) est allée dans un centre de désintoxication pour effectuer son sevrage, en l'occurrence le centre d'Edmunston au Nouveau-Brunswick qui offre – gratuitement- une thérapie de trois semaines. Cette femme a réussi son sevrage. Notons comment il est important que les femmes souffrant de dépendance médicamenteuse puissent avoir accès à de tels centres, surtout pour celles qui ne pourraient se prévaloir de ces services s'ils n'étaient pas gratuits, ce qui était le cas de cette participante. Une autre de ces quatre femmes – qui avait été sélectionnée pour notre étude à cause de sa dépendance médicamenteuse - a aussi tenté un sevrage médicamenteux (des antidépresseurs et des tranquillisants) : elle réussira à se défaire uniquement des antidépresseurs (Paxil) et sans aller dans un centre de désintoxication. Il est permis de penser qu'elle aurait eu plus de facilité à effectuer le sevrage des tranquillisants (Rivotril) dont elle est dépendante depuis 17 ans en participant à la thérapie d'un centre de désintoxication.

On constate donc que la moitié des 12 participantes (6/12) continuent à prendre des psychotropes sur une base régulière à la suite des difficultés psychologiques qu'elles ont vécues au mitan. Selon notre définition de la pharmacodépendance, il serait possible que certaines de ces femmes vivent une dépendance médicamenteuse. D'ailleurs, quatre participantes<sup>39</sup> se sont déclarées explicitement dépendantes dans le sens où elles déclaraient ne pouvoir (ou n'avoir pu) s'en passer pour fonctionner.

---

<sup>39</sup> Parmi les quatre femmes se déclarant dépendantes des médicaments, nous incluons la participante qui vient de se sevrer des tranquillisants et des somnifères après 25 ans de consommation. Nous n'incluons pas la participante qui ne s'est pas déclarée dépendante des psychotropes bien qu'elle en fut dépendante durant 30 ans : après avoir cessé sa consommation médicamenteuse, elle dit être devenue dépendante de l'alcool.

À noter que l'une des participantes évoque la prise d'hormonothérapie de remplacement (HTR) à cette question des médicaments pris en relation avec les difficultés psychologiques vécues. À noter aussi qu'à la question des médicaments prescrits dans le passé pour des difficultés psychologiques, l'une des participantes évoque les tisanes et le soya, ce dernier – le soya - étant maintenant considéré par le milieu médical comme une approche alternative à l'HTR.

Par ailleurs, le questionnaire proposait (à la question **3.6**) un choix de réponses aux participantes pour expliquer les raisons pour lesquelles elles continuent à prendre – sur une base régulière - les médicaments (psychotropes ou autres) qu'elles ont identifiés.

Pour six répondantes sur 12, les raisons évoquées pour la prise continue et régulière de médicaments sont : **pour m'aider dans des circonstances et/ou des situations difficiles**. Pour cinq répondantes sur 12, les raisons évoquées sont : **pour m'aider à fonctionner dans mon quotidien**.

Pour trois répondantes sur 12, la raison évoquée est : **pour dormir**. Pour deux répondantes sur 12, les raisons sont : **je suis dépendante de ces médicaments**<sup>40</sup> et **ça diminue les bouffées de chaleur**. Pour une répondante sur 12, les raisons sont : **pour relaxer** et **ça diminue la douleur**.

Parmi les raisons « autres » qui ont été mentionnées par les répondantes, on peut noter :

- pour le contrôle des émotions et de l'anxiété;
- pour le regain de vie, l'humeur et le sourire;
- pour aider à accepter ce qui est difficile à vivre.

---

<sup>40</sup> Alors que sous la question **3.1** du questionnaire, nous comptons quatre déclarations de dépendance médicamenteuse.

La question 3.7 du questionnaire avait pour but de vérifier s'il arrivait à certaines femmes de refuser un médicament suggéré par le médecin, à quel moment et pour quelles raisons elles refusaient un médicament et de quel type de médicament il s'agissait.

La moitié des participantes du groupe ont répondu non à la question de savoir s'il leur était déjà arrivé de refuser un médicament. En revanche, cinq participantes sur 12 ont répondu oui à cette question : trois participantes ont refusé des antidépresseurs et deux participantes ont refusé, soit la *Pré-marine* pour l'une, soit des médicaments pour la tension artérielle pour l'autre.

Enfin, on a voulu savoir si ces femmes avaient remplacé ce médicament refusé par autre chose et, si c'était le cas, par quoi. Si l'une d'entre elles déclare ne pas avoir remplacé les antidépresseurs par autre chose, une autre participante répond avoir remplacé les antidépresseurs par une psychothérapie et une troisième par des produits naturels. Par ailleurs, une participante a remplacé les *Prémarines* par des capsules de phyto-soya qui réduisaient beaucoup ses chaleurs, dit-elle. Une dernière participante n'a pas répondu à cette question : au cours de l'entrevue, elle nous apprendra que sa situation financière ne lui permettait pas de faire remplir sa prescription de médicaments pour sa tension artérielle.

## **LA DÉPENDANCE AUX PSYCHOTROPES**

**Les participantes expriment le besoin de connaître différents aspects de la dépendance aux psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants surtout). La moitié des 12 participantes (6/12) continuent à prendre des psychotropes sur une base régulière depuis un certain nombre d'années - voire plusieurs années - à la suite des difficultés psychologiques (détresse-dépression-dépendance) qu'elles ont vécues au mitan : l'une d'entre elles déclarent devoir prendre des antidépresseurs à vie. Quatre de ces six participantes se sont déclarées explicitement dépendantes aux psychotropes dans le sens où elles déclaraient ne pouvoir s'en passer pour fonctionner.**

**Les raisons le plus fréquemment évoquées pour la prise à long terme de psychotropes sont «pour m'aider dans des circonstances et/ou des situations difficiles» et «pour m'aider à fonctionner dans mon quotidien».**

**La moitié des 12 participantes (6/12) déclarent n'avoir jamais refusé un médicament suggéré par le médecin alors que cinq autres participantes (5/12) ont répondu par l'affirmative à cette question.**

### *Les comportements de dépendance avec l'alcool*

Rappelons que deux participantes sur 12 ont déclaré une dépendance à l'alcool, ce qui était la raison de leur sélection pour la présente recherche. Selon ces femmes et selon l'intervenant(e) de référence, elles ne consommaient plus d'alcool depuis plusieurs mois au moment de la cueillette des données.

Dans le questionnaire, une seule de ces deux femmes a évoqué cette raison précise de la dépendance pour expliquer sa consommation. Dans l'entrevue, les deux femmes donnent davantage d'information sur leur dépendance passée à l'alcool.

Chez la première participante, cette dépendance avait duré pendant une dizaine d'années durant son mitan (de 42 ans à 52 ans environ) et s'était aggravée après des décès familiaux à répétitions, dont la mort accidentelle tragique de l'une de ses sœurs. Elle avait aussi déclaré à l'intervenant de référence qu'elle buvait à cause de la solitude et de l'ennui, son mari routier étant constamment absent. Elle avait commencé sa consommation comme «buveuse sociale» et, avec le temps, elle s'était rendue à la consommation d'un 26 onces de Brandy aux deux jours. Elle souffrait du syndrome du premier verre, ne pouvant s'arrêter lorsqu'elle commençait. Après avoir pris de l'alcool, elle tremblait des mains. C'est son mari qui lui demandera de cesser sa consommation.

En entrevue, cette participante dira, - sans avoir conscience du lien entre les deux dépendances- qu'à peu près au moment où débutait sa consommation abusive d'alcool, elle avait décidé (toute seule) de cesser de prendre les pilules qu'elle prenait pour dormir depuis 30 ans (au début des valyums et ensuite d'autres tranquillisants dont elle a oublié le nom). Ajoutons enfin que cette femme vit aussi une dépendance à la cigarette et qu'elle souhaite s'en défaire au moment où nous la rencontrons en entrevue.

Par ailleurs, le questionnaire nous apprend peu de choses sur les comportements de la deuxième participante qui a vécu une dépendance alcoolique. On y saura seulement qu'elle n'aime pas

prendre des psychotropes et qu'après avoir pris deux comprimés de Paxil qui, dit-elle, «(l')ont carrément empêchée de fonctionner, (elle) les a jetés.» Quant à l'alcool, le questionnaire nous informe que toutes les raisons pour boire proposées à la question 3.9 «étaient bonnes» pour elle et que l'alcool lui donnait surtout «l'énergie qui (lui) manquait». À la section 5 du questionnaire, elle recommandera le Centre de désintoxication d'Edmunston qui l'a aidé à effectuer un «retour à une vie saine, équilibrée».

Les données de l'entrevue nous informent davantage de certains traits des comportements de dépendance de cette participante. Cette femme explique qu'elle a vécu cette dépendance à l'alcool durant son mitan, entre 45 ans et 50 ans environ, durant les cinq années où elle était propriétaire d'un bar commercial. Elle dit que sa dépendance à l'alcool s'est faite de manière progressive et insidieuse. Elle consommait de l'alcool dès son lever le matin jusqu'au coucher. Elle décide de fermer son bar parce que cette vie et son comportement ne la satisfont plus. Elle ajoute que sa consommation d'alcool n'était pas tant au niveau de la quantité qu'au niveau de «l'habitude de toujours» - elle a souvent travaillé dans des bars comme barmaids - et qu'elle voyait très bien qu'elle s'arrangeait toujours pour ne jamais en manquer. Dotée d'une personnalité forte et autonome, elle a pris conscience qu'avec l'alcool, elle «passait à côté d'elle-même.» Elle déclare en entrevue qu'elle a appris à boire alors qu'elle était étudiante au Cégep : elle a commencé à boire comme «buveuse sociale» avec le goût d'explorer et de faire des expériences nouvelles qui la conduiront notamment à consommer du hachich et de la cocaïne à un certain moment. Elle effectuera d'ailleurs son sevrage de la cocaïne en utilisant l'alcool et il est possible, selon elle, que sa dépendance à l'alcool se soit installée à ce moment précis de son mitan.

On constate donc, chez ces deux participantes, que les comportements addictifs avec l'alcool et d'autres produits ne semblent pas parallèles mais **successifs**. Il faudrait donc, à notre avis, accorder une grande attention aux périodes transitoires du sevrage afin qu'une dépendance à une substance ne soit pas remplacée par une dépendance à une autre substance. Comme l'ont noté certain(e)s expert(e)s en ce domaine, la dépendance «n'est pas une histoire de manque, c'est un système de compensation cherchant à maintenir envers et contre tout un déni» (Schasseur, 2002). La dépendance est une manifestation de détresse psychologique profonde et c'est cette détresse qu'il faut guérir. En ce sens et selon l'expérience des participantes concernées, le sevrage semble avoir une plus grande chance d'efficacité quand il est accompagné d'une psychothérapie. En témoigne le fait que pour réussir à sortir de leur dépendance à l'alcool, ces deux femmes ont suivi la thérapie de sevrage de trois semaines qui est offerte dans un centre de désintoxication d'Edmunston au Nouveau-Brunswick. En entrevue, l'une d'elle nous dira d'ailleurs qu'elle n'aurait pu avoir accès à cette thérapie si elle n'avait pas été gratuite.

Ajoutons, pour terminer cette section sur la dépendance à l'alcool, que sept participantes sur 12 déclarent dans le questionnaire prendre « parfois » de l'alcool et cinq participantes sur 12 déclarent ne pas prendre d'alcool, dont les deux femmes ayant vécu des difficultés de dépendance alcoolique et qui ont cessé leurs comportements addictifs.

Voici comment se présentent les raisons qui motivent la prise d'alcool des participantes par ordre de fréquence d'évocation :

- 1) **Des raisons sociales (*lors de fêtes et de « partys » par exemple*)** s'avère l'item le plus fréquemment évoqué par les sept participantes qui déclarent prendre « parfois » de

l'alcool. Une huitième participante, qui était dépendante de l'alcool et a effectué un sevrage, évoque aussi ces «raisons sociales» pour expliquer sa consommation excessive.

2) Trois autres raisons motivent les répondantes qui prennent « parfois » de l'alcool et chacune de ces raisons est évoquée une fois ou par une répondante :

- «pour relaxer»;

- «pour me dégêner»;

- «parce que j'aime le goût du vin».

3) Les deux participantes qui ont cessé leurs comportements addictifs avec l'alcool déclarent pour l'une qu'elle «prenai(t) de l'alcool pour des raisons sociales mais aussi pour (s)'aider dans des circonstances et /ou des situations difficiles» et parce qu'elle était «devenue dépendante»; quant à l'autre, elle dit que «toutes les raisons mentionnées au questionnaire (au numéro 3.9) sont bonnes» mais qu'elle y «trouvai(t) surtout l'énergie qui lui manquait».

Enfin, à l'invitation d'émettre des commentaires, une participante ajoute qu'elle ne prend pas d'alcool «parce que cela est relié à des moments tristes de (s)a vie »(*alcoolisme du mari*).



## **RÉSUMÉ DES PRINCIPALES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES**

**Les 12 participantes ont souffert de détresse psychologique au mitan.**

**Les  $\frac{3}{4}$  d'entre elles (9/12 participantes) ont vécu une dépression au mitan. Pour 4 femmes, la première dépression est arrivée au mitan même et pour 5 autres femmes, la dépression du mitan est une récurrence : la première dépression a été vécue soit à l'adolescence, soit dans la vingtaine.**

**La moitié des 12 participantes (6 /12) continuent, depuis un certain nombre d'années, à prendre des psychotropes sur une base régulière à la suite des difficultés psychologiques qu'elles ont vécues au mitan : l'une d'entre elles – qui ne se déclare pas dépendante- dit devoir prendre des antidépresseurs à vie. 4 de ces 6 participantes se sont déclarées explicitement dépendantes dans le sens où elles déclaraient ne pouvoir s'en passer pour fonctionner, dont une femme qui prend des tranquillisants depuis 17 ans.**

**Chez les deux participantes ayant vécu la dépendance à l'alcool au mitan, on note que cette dépendance était consécutive à la dépendance aux tranquillisants pour l'une et à la dépendance aux drogues pour l'autre. Il faut accorder une grande attention aux périodes transitoires du sevrage : une dépendance à une substance peut parfois être remplacée par une dépendance à une autre substance.**

### **3.3.4 La difficulté psychologique la plus importante s'est vécue au mitan**

À la question 3.2 du questionnaire, quand nous demandons aux 12 participantes d'évaluer laquelle des difficultés - de détresse, de dépendance ou de dépression - a été la plus importante pour elles, nous avons obtenu ces réponses :

- six femmes identifient des manifestations de détresse (états anxieux et fatigabilité);

- quatre femmes identifient la dépression;
- deux autres femmes identifient la dépendance (l'une aux médicaments et l'autre à l'alcool).

Trois femmes du groupe ont ajouté ces commentaires à leur réponse : deux d'entre elles relient leurs états anxieux aux maladies de leurs enfants, à l'absence du mari, à leurs propres maladies et même à l'appréhension de la maladie. Une participante relie sa dépression à sa difficulté de faire des deuils.

Quant à la question 3.3 concernant la durée de leurs difficultés psychologiques de détresse, de dépression ou de dépendance:

- trois participantes la quantifient de 17 à 25 ans;
- trois participantes l'estiment de six à dix ans;
- trois autres participantes déclarent une durée d'un an à trois ans;
- une participante n'est pas certaine et n'émet pas de réponse.

On peut donc constater que chez la moitié des participantes du groupe-cible, la souffrance psychologique a imprégné une grande partie de leur vie, et ce, tout particulièrement durant la période du mitan. En effet, si on demande directement aux participantes à quel âge elles ont vécu la difficulté psychologique la plus importante, on obtient des réponses qui ont une grande incidence quant aux objectifs de la présente recherche : pour la grande majorité des participantes, c'est-à-dire huit femmes sur 12, la difficulté psychologique identifiée comme la plus importante de leur vie s'est vécue au mitan entre la mi-trentaine et le début de la cinquantaine. Voyons cela dans le détail : pour trois participantes, il s'agit de la mi-trentaine; pour une participante, c'est le

début de la quarantaine et pour trois autres participantes, c'est la mi-quarantaine qui est en cause; enfin une participante identifie le début de la cinquantaine comme marqueur chronologique de sa difficulté psychologique la plus importante. Parmi les cinq participantes qui avaient vécu leur première dépression durant l'adolescence et durant la vingtaine, seulement trois d'entre elles identifient ces années de leur jeunesse comme les périodes marquantes de leur difficulté psychologique la plus importante. **Par conséquent et en s'appuyant sur la parole des femmes concernées, c'est le mitan de la vie qui, pour la majorité, représente la période de leur vie où elles ont vécu leurs plus grandes difficultés au niveau psychologique.**

#### **LA DIFFICULTÉ PSYCHOLOGIQUE LA PLUS IMPORTANTE DE LEUR VIE**

##### **S'EST VÉCUE AU MITAN**

**Pour la grande majorité des participantes (8 /12), la difficulté psychologique considérée comme la plus importante de leur vie s'est vécue au mitan entre la mi-trentaine et le début de la cinquantaine.**

**Quand nous demandons aux 12 participantes d'évaluer laquelle des difficultés - de détresse, de dépendance ou de dépression - a été la plus importante pour elles, nous avons obtenu ces réponses :**

**6 femmes identifient des manifestations de détresse (états anxieux et fatigabilité);**

**4 femmes identifient la dépression;**

**2 femmes identifient la dépendance (l'une aux médicaments et l'autre à l'alcool).**

**Pour 2 des 5 participantes qui avaient vécu leur première dépression durant l'adolescence et durant la vingtaine, c'est au mitan de la vie que leurs difficultés psychologiques de dépression ont été les plus importantes.**

### 3.3.5 Indices de bien-être psychologique

Dans la section 3 du questionnaire ayant trait aux difficultés psychologiques du mitan, nous avons inséré des questions qui avaient pour objectif de vérifier des indices du bien-être psychologique des participantes en regard de certaines composantes cognitives et affectives de la santé mentale (Kovess et al 2001; Massé et al (1998)<sup>41</sup>. Il s'agit de :

- **la capacité d'affronter les difficultés et les situations difficiles;**
- **la facilité à prendre des décisions;**
- **la bonne estime de soi;**
- **le fait d'avoir des buts et des ambitions;**
- **le fait de poser des actions pour répondre à ses besoins;**
- **le soutien de l'entourage dans sa vie.**

Pour la grande majorité des participantes (10/12), la **capacité d'affronter les difficultés et les situations difficiles** semble acquise au moment où elles répondent au questionnaire : cette capacité se révèle « presque toujours » pour six répondantes sur 12 et « fréquemment » pour quatre répondantes sur 12; seulement deux femmes répondent « la moitié du temps » à cette question. Si on se fie à la catégorisation de Massé et al (1998), il s'agit ici d'une première information importante concernant un indice positif du bien-être psychologique des participantes. En effet, pour Massé et al (1998), parmi les signes *comportementaux* du bien-être psychologique, on doit noter la capacité d'adaptation et la capacité d'affronter ses problèmes.

Malheureusement, ce résultat se tempère lorsque l'on apprend que la **facilité à prendre des décisions** – l'un des signes *cognitifs* du bien-être psychologique selon Massé et al (1998) - ne se

---

<sup>41</sup> Ces aspects avaient été précisés dans le Cadre de référence dont nous avons présenté des extraits au chapitre 1.

rencontre pas de manière majoritaire chez les participantes: à cette question, seulement la moitié (6/12) des femmes du groupe répondent « fréquemment » et « presque toujours » alors que l'autre moitié (6/12) répondent « rarement » et « jamais ».

**La facilité à prendre des décisions** est un signe de bonne santé mentale et représente un visage de l'estime de soi (André et Lelord, 1999), une caractéristique de l'autonomie et de l'actualisation de soi (St- Arnaud, 1996). On se demande pourquoi parmi ces dix participantes qui ont la capacité d'affronter difficultés et situations difficiles, il en reste seulement six à avoir de la facilité à prendre des décisions. La réponse se trouve au niveau de l'estime de soi.

En effet, les résultats nous informent que la moitié seulement des participantes (6/12) répondent détenir «de temps en temps» une **bonne estime de soi**. L'autre moitié des participantes (6/12) affirment avoir «assez souvent» et «très souvent» une bonne estime de soi. Au niveau quantitatif, il y a donc une similarité entre les résultats concernant la facilité à prendre des décisions et ceux qui se réfèrent à l'estime de soi. Ces résultats sur l'estime de soi n'étonnent pas quand on sait- avec les résultats de la section précédente sur les changements psychologiques du mitan - que la majorité des participantes ont une perception négative du sens de leur vie, perception reliée au regard dévalorisant qu'elles portent sur elles-mêmes au niveau de leur valeur sociale et du sentiment d'être sexuellement désirable. N'oublions pas, aussi, que la moitié de participantes vivent dans une situation de pauvreté : une telle situation a des effets certains sur l'estime de soi et sur la facilité à prendre des décisions, surtout quand il s'agit de décisions relatives à l'argent.

Dans cette foulée des indices positifs de bien-être psychologique se place aussi la question 3.14 du questionnaire qui demandait aux participantes si elles avaient des **buts et des ambitions depuis les derniers six mois**. La majorité des participantes (9/12) répondent oui à cette question. Mais trois participantes répondent qu'elles n'ont pas de buts et d'ambitions. Parmi ces dernières, remarquons, encore une fois, que deux femmes sont démunies financièrement et vivent une situation de pauvreté.

Parmi les neuf participantes déclarant avoir des buts et des ambitions, six ont des buts reliés à l'autonomie financière, au travail et à l'accomplissement professionnel. Pour les trois autres participantes déclarant avoir des buts et des ambitions, il s'agit pour elles de mieux vivre et de penser à elles-mêmes, c'est-à-dire de prendre davantage soin de leur santé psychologique et physique.

Enfin, à la question 3.15, nous demandions aux participantes d'identifier **trois actions qu'elles posaient actuellement ou qu'elles avaient posées dans les derniers six mois pour répondre à leurs besoins et pour être mieux dans leur peau**. Chez les neuf participantes qui identifient trois actions précises, les réponses sont majoritairement reliées à l'estime de soi et concernent des actions d'affirmation de soi qui renforcent l'autonomie :

- cinq femmes sur neuf répondent qu'elles ont appris à dire non. Deux participantes décident de se faire davantage confiance et trois autres identifient des démarches relatives au travail et à l'emploi.
- Quatre femmes sur neuf déclarent qu'elles pensent davantage à elles-mêmes: à cet égard, deux d'entre elles répondent que maintenant elles s'assoient pour se reposer.

- Quant à des actions directes et explicites concernant leur santé physique et psychologique, seulement deux des neuf participantes en font mention : l'une parle de passer des examens de santé et de marcher et l'autre de marcher.
- Seulement trois participantes sur neuf identifient des actions à objectif relationnel.

Si on fait un bilan global de cette section sur la prise en charge de sa santé depuis six mois, ce qui se dégage le plus, ce sont les besoins et les stratégies d'affirmation de soi et d'autonomie, bref des actions reliées à l'estime de soi et qui sont utilisées par une majorité de participantes afin de prendre sa santé en mains.

Un dernier élément est aussi fort important au chapitre des indices positifs de bien-être psychologique chez les 12 participantes: il s'agit du **soutien de l'entourage**. Un tel soutien s'avère présent « fréquemment » pour quatre participantes et « presque toujours » pour cinq autres participantes. Neuf des 12 participantes déclarent donc bénéficier du soutien de leur entourage. Par contre, trois participantes sur 12 répondent que le soutien de l'entourage est « rarement » (2/12 participantes) présent ou « la moitié du temps » (1/12 participante). Le quart des 12 participantes déclarent donc dans le questionnaire qu'elles peuvent difficilement compter, en tout cas de manière continue, sur le soutien de leur entourage.

Dans le même ordre d'idées, il est logique d'apprendre que pour la majorité des 12 participantes, **la place de l'entourage dans leur vie** est déclarée « grande » (pour 5/12 participantes) ou « très » grande (pour 5/12 participantes). Pour une minorité de femmes du groupe-cible (2/12 femmes), **la place de l'entourage dans leur vie** est déclarée « moyenne » et « très petite ».

Quant à **l'importance de cette place de l'entourage depuis le mitan**, elle est déclarée aussi grande qu'avant pour six femmes sur 12 et elle s'est avérée encore plus grande depuis le mitan pour quatre participantes sur 12. Seulement deux participantes sur 12 déclarent une place moins grande de l'entourage depuis le mitan.

À noter enfin que la presque totalité des participantes (11/12) se disent « presque toujours » (10/12) ou « fréquemment » (1/12) **en bons termes avec l'entourage**; une seule participante répond qu'elle en bons termes « la moitié du temps ».

Il est réconfortant de constater que la majorité des femmes du groupe-cible peuvent bénéficier du soutien de leur entourage et que la place de l'entourage dans leur vie est fort importante et même, pour certaines, davantage importante depuis le mitan. En revanche, nous sommes préoccupée par les réponses du quart des participantes qui déclarent peu de soutien de leur entourage et par le fait que certaines d'entre elles affirment que la place de leur entourage est moins grande depuis le mitan.



## INDICES DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

10/12 participantes affirment avoir, « fréquemment » et « presque toujours », la capacité d'affronter les difficultés et les situations difficiles et 2/12 disent l'avoir « la moitié du temps ».

6/12 participantes affirment avoir, « fréquemment » et « presque toujours », de la facilité à prendre des décisions et 6/12 répondent « rarement » et « jamais ».

6/12 participantes affirment avoir, « assez souvent » et « très souvent », une bonne estime de soi et 6/12 répondent « de temps en temps ».

9/12 participantes affirment avoir des buts et des ambitions et 3/12 répondent qu'elles n'en ont pas.

9/12 participantes déclarent poser des actions précises – surtout d'affirmation de soi et d'autonomie (reliées à l'estime de soi) - pour répondre à leurs besoins et 3/12 ne peuvent en identifier.

9/12 participantes affirment avoir le soutien de leur entourage « fréquemment » et « presque toujours » et 3/12 répondent « rarement » et « la moitié du temps ».

Bref, la faible estime de soi – au niveau de l'affirmation de soi et de l'autonomie – constitue, avec le manque de soutien de l'entourage, les aspects les plus préoccupants relativement au bien-être psychologique de certaines participantes.

### 3.3.6 Situations difficiles attribuées aux changements du mitan

#### *Les principales situations difficiles reliées au mitan*

Le tableau suivant offre une vue d'ensemble des résultats du questionnaire qui indiquent quelles sont, pour les participantes, les principales situations difficiles qu'elles attribuent spécifiquement aux changements du mitan. Dans ce tableau, les situations difficiles reliées au mitan sont classées par ordre décroissant selon le nombre de participantes les ayant vécues.

**TABLEAU 3.3.6 a) - Situations difficiles du mitan vécues par les 12 participantes du groupe-cible et classées par ordre décroissant selon le nombre d'entre elles les ayant vécues.**

<b>Nombre de participantes ayant vécu ces situations</b>	<b>Situations difficiles attribuées aux changements du mitan (4.1)</b>
1) 11/12	- Problèmes personnels de santé (psy. mais phys. surtout)
2) 9/12	- Difficultés de couple - Mort d'un proche
3) 8/12	- Responsabilité d'un(e) proche malade, âgé(e) ou handicapé(e)
4) 6/12	- Difficultés financières - Départ des enfants
5) 5/12	- Avoir seule la responsabilité des enfants
6) 4/12	- Difficultés avec les enfants - Séparation - Retour sur le marché du travail
7) 3/12	- Vivre seule
8) 1/12	- Retraite du conjoint (due à la maladie)

Ce tableau 3.3.6 a) est précieux. Il répond à l'objectif 1.2 de notre étude consistant à identifier, en regard de la santé mentale, les principales difficultés et les principales situations difficiles qui sont vécues par des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause.

Nous avons extrait, dans l'encadré qui suit, les **situations difficiles du mitan les plus fréquemment** énoncées par les participantes:

<b>Problèmes personnels de santé (psychologiques mais physiques surtout) :</b> <b>vécus par 11 participantes sur 12</b>
<b>Difficultés de couple + Mort d'un proche :</b> <b>vécues par 9 participantes sur 12</b>
<b>Responsabilité d'un(e) proche malade, âgé(e) ou handicapé(e) :</b> <b>vécue par 8 participantes sur 12</b>
<b>Difficultés financières + Départ des enfants :</b> <b>vécus par 6 participantes sur 12</b>

Nous pouvons constater que pour la presque totalité des participantes, la situation la plus difficile du mitan qu'elles ont rencontrée concerne les problèmes personnels de santé et plus particulièrement les problèmes de santé physique. Parmi les situations difficiles du mitan, il s'agit probablement de la situation difficile la plus fréquemment vécue. On verra au chapitre 4 ce que cela peut signifier concrètement dans la vie de ces femmes.

Toujours en termes de fréquence, les deux autres situations difficiles souvent rencontrées chez les femmes du groupe sont d'une part les difficultés de couple et d'autre part la mort d'un proche. Là aussi, le chapitre 4 permettra de cerner dans toute sa profondeur l'impact dévastateur de ce type de difficultés qui frappe la santé psychologique de plusieurs femmes au mitan. Car on sait l'importance du relationnel dans la vie de nombreuses femmes au mitan, lequel représente même la raison de vivre numéro un!

Dans la même foulée, la situation difficile que représente la responsabilité d'un proche, c'est-à-dire les soins et le soutien apportés à un proche malade, âgée ou handicapée, est aussi un type de

situation dont les effets négatifs sur la santé des femmes sont incalculables, comme on le verra davantage au chapitre 4.

Par ailleurs, la diminution des revenus et le départ des enfants sont considérés comme des situations difficiles par la moitié des femmes du groupe. Même si ces deux situations ne sont pas estimées difficiles par la *majorité* des femmes du groupe, nous les retiendrons de par leur importance. Encore là, c'est au chapitre 4 que nous pourrons mesurer l'impact négatif important de telles situations sur la santé mentale des femmes qui les vivent, particulièrement quand il s'agit de la diminution importante des revenus. Quant au départ des enfants, nous verrons aussi au chapitre 4 à quelles conditions cette situation deviendra difficile pour quelques femmes.

Si les situations difficiles présentées au tableau 3.3.6 a) sont les plus importantes et les plus fréquentes chez les participantes, il faut aussi jeter un coup d'œil sur d'autres situations difficiles évoquées dans certains de leurs commentaires.

*Autres situations difficiles attribuées aux changements du milieu que certaines participantes ont exprimées :*

- 1) «la perte de séduction et du pouvoir de séduction» ;
- 2) «l'absence de voyages à cause des difficultés financières»;
- 3) «se sentir seule avec ses problèmes» (surtout quand la mère, qui est la confidente, meurt);
- 4) «le déménagement dans un environnement nouveau et essayer de refaire sa vie» sur le plan relationnel.

À la suite de la question 4.1 demandant d'identifier les situations difficiles reliées au mitan, nous avons aussi offert aux participantes (en 4.2) un espace où elles pouvaient mettre en relation certaines de leurs difficultés psychologiques avec certaines situations difficiles vécues. Le tableau suivant offre une synthèse des situations difficiles et des effets psychologiques qu'elles ont entraînés, en fonction du nombre de participantes qui les ont vécus.

**TABLEAU 3.3.6 b) - Effets psychologiques des situations difficiles les plus fréquentes vécues par 11 participantes du groupe-cible classés par ordre décroissant selon le nombre d'entre elles ayant vécu ces effets psychologiques.**

<b>Nombre de participantes ayant vécu ces effets psychologiques</b>	<b>Situations difficiles les + fréquentes liées aux changements du mitan (4.1)</b>	<b>Effets psychologiques causés par ces situations difficiles (4.2)</b>
1) 10/11	A- Problèmes de santé B- Difficultés financières C- Difficultés relationnelles (de couple notamment)	- Ça cause du stress (A-B-C) - Ça porte à boire et manger (C) - Ça rend agressive, irritable (C)
2) 9/11	A- Situations difficiles avec des proches (maladie, mort) B- Des questions de sens reliées aux épreuves de la vie	- Ça déprime (A-B) - Ça porte à se culpabiliser (A)
3) 8/11	A- Difficultés psychologiques personnelles : la fatigue physique et psychologique et la dépression	- Ça cause de la fatigue, des troubles physiques (A) - Ça porte à fumer, à prendre des médicaments, de l'alcool, des drogues (A) - Ça empêche de fonctionner normalement (A)
4) 6/11	A- La douleur ressentie et le fait d'être seule et démunie devant sa souffrance	- Ça porte à vouloir en finir avec la vie (A)

Si on veut résumer l'essentiel du tableau 3.3.6 b), on peut dire que les situations difficiles - reliées au mitan- qui entraînent des effets psychologiques sur les participantes sont, par ordre de fréquence (selon le nombre de participantes qui les ont vécues) :

- 1) **les problèmes de santé, les difficultés financières et les difficultés relationnelles (de couple notamment) vécus par 10 participantes sur 12 ;**
- 2) **la maladie et la mort des proches + les questions de sens face aux épreuves vécues par 9 participantes sur 12;**
- 3) **la fatigue (qui est l'une des manifestations de la détresse) et la dépression vécues par 8 participantes sur 12;**
- 4) **la douleur psychique et le fait de se sentir seule et impuissante devant elle vécus par 6 participantes sur 12.**

Par rapport au tableau 3.3.6 a), on remarque une légère différence dans les réponses lorsque les participantes font une relation directe entre leurs difficultés psychologiques concrètes et les situations difficiles qui, selon elles, les ont provoquées. La situation difficile que représente *les difficultés financières* est celle où l'on remarque le plus grand écart dans la fréquence des réponses : en effet, la situation difficile des *difficultés financières* passe d'une fréquence d'évocation de *six* femmes dans le tableau 3.3.6 a) pour se retrouver évoquée par *dix* participantes dans le tableau 3.3.6 b). Le départ des enfants quant à lui, - une difficulté pourtant évoquée par *six* participantes dans le tableau 3.3.6 a)- n'est pas du tout retenu par les participantes en lien avec des effets psychologiques négatifs. Cette absence étonne à première vue mais nous verrons au chapitre 4 que le départ des enfants ne semble pas représenter une

situation ayant eu un énorme impact négatif sur la santé mentale des participantes qui l'ont vécue, comparativement à d'autres situations jugées beaucoup plus douloureuses.

Bref, ce qui est surtout à retenir ici, c'est que les difficultés financières ont un impact négatif très grand sur la santé mentale de dix des 12 participantes : l'analyse en profondeur des entrevues, au chapitre 4, viendra confirmer ce constat.

Enfin, force est de constater que de nouvelles situations difficiles sont apparues dans le tableau 3.3.6 b) et d'une toute autre teneur que celles déjà évoquées : il s'agit d'une part de la fatigue et de la dépression et d'autre part de la douleur psychique et du fait de se sentir seule et impuissante devant elle. Ici, on voit à quel point les difficultés psychologiques peuvent être dramatiques pour certaines femmes puisqu'elles génèrent et représentent **en elles-mêmes** des situations difficiles. Il s'agit là d'un indice alarmant de la gravité des difficultés psychologiques vécues par un nombre significatif de participantes (6/12), surtout quand il s'agit de la douleur psychique et des sentiments de solitude et d'impuissance qui, comme on le voit ci-après, conduisent directement aux idées suicidaires.

Lorsque nous considérons les effets psychologiques causés par ces situations difficiles (cf tableau 3.3.6 b)), une majorité de participantes en identifient trois groupes. La moitié des participantes identifient un quatrième groupe d'effets psychologiques, qui est de loin le plus inquiétant. Ces quatre groupes sont :

- 1) le stress, vécu par 10 participantes sur 12 ;**
- 2) la dépression et le sentiment de culpabilité, vécus par 9 participantes sur 12;**
- 3) la fatigue, les troubles psychosomatiques et la difficulté à fonctionner normalement, vécus par 8 participantes sur 12 ;**
- 4) les idées suicidaires vécues par 6 participantes sur 12.**

À cette étape-ci, on peut donc faire les constats suivants :

#### **CONSTATS SUR LES SITUATIONS DIFFICILES DU MITAN**

- **Les situations difficiles principalement vécues par les participantes au mitan sont :**
  - . **les problèmes de santé (psychologiques & surtout physiques);**
  - . **les difficultés financières;**
  - . **les difficultés relationnelles (de couple surtout);**
  - . **la prise en charge de proches;**
  - . **la mort de proches.**
- **Le fait de ne pas trouver de sens à ses ép reuves est jugé comme une situation difficile du mitan.**
- **La solitude et l'impuissance ressenties par rapport à la douleur ps ychique représentent une situation difficile menant à des idées suicidaires.**

#### **CONSTATS D'ANALYSE EN REGARD DES PRINCIPALES SITUATIONS DIFFICILES DU MITAN**

**1<sup>er</sup> CONSTAT :** Les situations dif ficiles principalement vécues par les partic ipantes au mitan sont :

- **les problèmes de santé psychologiques et surtout physiques;**
- **les difficultés financières;**
- **les difficultés relationnelles (de couple surtout);**
- **la prise en charge de proches;**
- **la mort de proches.**



Si on compare ces situations difficiles avec les principaux changements que les participantes vivent au mitan, on peut voir une adéquation entre les deux : ce qui signifie que **les principaux changements du mitan SONT des situations difficiles pour les participantes**. Il s'agit là du premier résultat interprétatif ou conceptuel de notre étude que la chercheuse a conscientisé au cours de la cueillette par questionnaire. Dès lors, le canevas d'entrevue allait refléter ce résultat et c'est pourquoi les deux thèmes (changements et difficultés) y seront amalgamés.

Par ailleurs, une question connexe à ce résultat est apparue dans le dépouillement des questionnaires : **est-il possible que ce soit non seulement la nature mais aussi le cumul d'un nombre des changements/situations difficiles dans une période donnée qui aient contribué à provoquer les difficultés de détresse, de dépression et de dépendance des participantes?** Nous tenterons de répondre à cette question au chapitre 4 lors de l'analyse en profondeur de sept entrevues.

Les **problèmes de santé (physiques surtout)** et les **difficultés financières** figurent parmi les situations difficiles les plus souvent évoquées par les participantes dans leurs réponses aux questions 4.1 et 4.2 du questionnaire. Étant donné les résultats précédents concernant la santé mentale et physique du mitan où la majorité des participantes déclaraient que c'était plus difficile que les autres périodes de leur vie, il est cohérent que les **problèmes de santé** soient identifiés le plus fréquemment dans le thème des situations difficiles du mitan. Il n'est pas surprenant non plus que les **difficultés financières** représentent l'une des principales situations difficiles du mitan quand on sait que la diminution de revenus représente l'un des principaux changements du mitan vécu par la majorité de ces femmes.

D'autres situations difficiles - reliées au mitan- apparaissent importantes dans le vécu d'une majorité de femmes du groupe-cible : il s'agit des **difficultés relationnelles avec leurs proches, surtout avec leur conjoint** . Quand il se présente, ce type de difficultés est particulièrement souffrant pour des femmes dont la place de l'entourage dans leur vie est «grande» ou «très grande» et c'est la majorité d'entre elles (10/12). Il s'agit d'un autre constat interprétatif ou conceptuel important à savoir que le relationnel est central dans l'expérience de santé mentale des participantes. En effet, nous savons maintenant hors de tout doute que la dimension relationnelle est particulièrement interpellée dans les difficultés de santé mentale qu'elles ont vécues au mitan.

Ce constat rejoint d'ailleurs l'assertion de notre problématique (cf chapitre 1).

Par conséquent, si les **difficultés relationnelles** prennent une très grande place, il est tout à fait logique que **la prise en charge de proches** malades, âgé(e)s ou handicapé(e)s **de même aussi que la mort de ces proches** viennent ponctuer d'une manière extrêmement lourde –voire catastrophique- l'évolution de la santé mentale d'une majorité de participantes.

**2<sup>e</sup> CONSTAT : Selon les participantes, le fait de ne pas trouver de sens à ses épreuves est jugé comme une situation difficile du mitan.**

L'une des causes identifiée par certaines participantes pour expliquer leur dépression au mitan concerne les questions de sens face aux épreuves ou, autrement dit, la dimension spirituelle de la santé mentale. En outre, ces participantes identifient un tel questionnement comme une situation difficile du mitan. Cette situation difficile particulière nous apparaît comme étant spécifique à la

problématique du mitan en ce sens qu'elle rejoint l'importance de l'intériorité au mitan (cf chapitre 1). **Avec ce besoin de trouver un sens à ses épreuves, nous pensons qu'il s'agit d'un premier besoin spirituel qui commence à s'esquisser à travers les données du questionnaire.**

**3<sup>e</sup> CONSTAT : Selon les participantes, le fait de se sentir seule et impuissante face à sa douleur psychique conduit à des idées suicidaires.**

Selon six participantes, c'est non seulement la souffrance psychologique qui les a conduites à des idées suicidaires mais c'est aussi le fait qu'elles se sont senties si seules, si impuissantes et si démunies devant cette souffrance : ce qui est interpellé ici, c'est l'*empowerment*, l'auto prise en charge et le sentiment de pouvoir sur sa vie psychologique et intérieure. On n'est pas surprise que ce besoin d'*empowerment* ressorte quand on sait comment ces femmes ont besoin de renforcer leur estime de soi et leur autonomie, ce qui peut leur donner la capacité intérieure de reconnaître leurs forces et d'avoir les outils pour faire face à leur solitude et à leur souffrance. **Avec ce besoin de prendre en charge sa santé psychologique et de retrouver le pouvoir sur sa vie intérieure, il est possible que nous soyons en présence d'un deuxième besoin spirituel du mitan. Lors de la discussion des résultats au chapitre 5, nous explorerons en quoi ce besoin est lié à l'expérience spirituelle spécifique des femmes au mitan.**

Nous reparlerons ultérieurement de ces résultats interprétatifs en regard des situations difficiles du mitan vécues par les participantes : lors du chapitre 4 à la lumière des résultats des entrevues et au chapitre 5 lors de la discussion des résultats.

### **RÉSULTATS INTERPRÉTATIFS versus les situations difficiles du mitan**

- 1- les principaux *changements* du mitan SONT des *situations difficiles* pour les participantes;**
- 2- le relationnel est central dans l'expérience de santé mentale des participantes;**
- 3- avec ce besoin de trouver un sens à ses épreuves, nous pensons qu'il s'agit d'un premier besoin spirituel du mitan qui commence à s'esquisser;**
- 4- avec ce besoin d'*empowerment*, de prendre en charge sa santé psychologique et de retrouver le pouvoir sur sa vie intérieure, il est possible que nous soyons en présence d'un deuxième besoin spirituel du mitan particulièrement relié à l'expérience spirituelle spécifique des femmes.**

#### *Demande d'aide lors de situations difficiles*

Voici un résumé des réponses des 12 participantes en regard de la demande d'aide lors de situations difficiles. À noter que certaines réponses peuvent témoigner de l'existence d'un biais du fait que les répondantes aient été recrutées par l'intermédiaire des CLSC :

- 1) La totalité des participantes interrogées déclarent demander de l'aide lors de situations difficiles;
- 2) elles disent demander cette aide à la famille (4/12), à des ami(e)s (3/12) et (12/12) aux services de santé et aux services sociaux;
- 3) une majorité des 12 participantes déclarent recourir à cette aide après avoir tout essayé et surtout quand leur santé psychologique est en cause;

- 4) la moitié des 12 participantes reconnaissent qu'elles ne seraient pas passées au travers sans cette aide;
- 5) aucun service ne fait l'objet d'une non recommandation par les participantes; parmi les services recommandés, ce sont ceux des travailleur(se)s sociaux et des intervenant(e)s sociaux des CLSC qui sont les plus fréquemment nommés.

Deux de ces réponses ( en 3 et 4) sont significatives en regard des objectifs de notre recherche.

D'abord, il est frappant de constater que ces femmes déclarent recourir à cette aide après avoir tout essayé et surtout quand leur santé psychologique est en cause. On verra dans les résultats des entrevues comment il est patent que les participantes attendent trop longtemps avant de recourir à des services d'aide. Il s'agit d'une donnée importante dont il faudra tenir dans les interventions en santé mentale auprès de cette population, notamment au niveau des stratégies de prévention. Ce qui est significatif ensuite dans ces résultats, c'est le fait que seulement la moitié des participantes qui ont eu recours à une aide déclarent qu'elles ne seraient pas passées au travers sans cette aide. Quatre participantes cochent la réponse «Ne sais pas» à cette question<sup>42</sup> alors que deux autres participantes répondent qu'elles seraient passées au travers sans cette aide.

Il est difficile d'analyser ces réponses sans éléments supplémentaires pour mieux les comprendre. S'agit-il là d'un constat d'insatisfaction face aux services reçus? Selon les réponses, aucun service ne fait l'objet d'une non recommandation par les participantes. Est-il possible alors que ce soit la durée limitée du suivi psychologique qui soit en cause? Il est possible que oui comme on le verra dans les résultats de la section subséquente sur le suivi professionnel. Mais il

---

<sup>42</sup> Question 4.3.2 du questionnaire: «Diriez-vous que sans ces personnes, ces services et ces groupes, vous ne seriez pas passer au travers?»

ne faut pas minimiser le fait que plusieurs de ces femmes s'appuient le plus souvent et uniquement sur elles-mêmes pour résoudre leurs difficultés. Nous avons vu précédemment comment elles expriment un besoin d'*empowerment*, un besoin de se donner la capacité intérieure et les outils pour faire face à leur solitude et à leur souffrance. Ces six participantes qui n'ont pas ressenti comme essentielle l'aide reçue ont appris à se débrouiller seules pour faire face à leurs difficultés et aux situations difficiles propres au milieu de la vie.

Serait-il possible, enfin, que ces femmes qui ne considèrent pas comme essentielle l'aide reçue se retrouvent plutôt parmi les participantes dont les difficultés étaient davantage «traversables» seules? Autrement dit, y a-t-il un lien entre la gravité de la douleur psychique, l'acuité du sentiment de solitude et d'impuissance et l'idéation suicidaire et le fait de considérer comme essentielle l'aide reçue? Pour la majorité – voire la presque totalité d'entre elles, nous répondons par l'affirmative à cette question. En effet, ce sont majoritairement les mêmes femmes qui ont d'une part, déclaré leur douleur et leur sentiment d'impuissance conduisant à des idées suicidaires et d'autre part, qu'elles ne seraient pas passées au travers sans aide.

Ceci étant dit, il faut voir aussi qu'au niveau psychologique certaines femmes se structurent davantage autour du pôle de l'autonomie comme en témoignent les résultats ultérieurs du questionnaire concernant le besoin d'habiter à proximité de sa famille : six des 12 des participantes ne ressentent pas un grand besoin de proximité physique familiale.

### *Réseau social et suivi professionnel*

Les contacts les plus fréquents des participantes en dehors des gens avec qui elles vivent à la maison sont, de manière *ex æquo*, la famille (5/12 participantes) et le milieu de travail ou de bénévolat (5/12 participantes), puis ensuite les ami(e)s (4/12 participantes). Il faut aussi noter que pour deux participantes, ces contacts les plus fréquents en dehors des gens avec qui elles vivent à la maison s'avèrent être leur médecin. Il apparaît donc que le réseau social semble nettement insuffisant pour deux des participantes du groupe-cible.

Au niveau du réseau social, la question 4.6 du questionnaire demandait s'il était important pour les participantes que les membres de leur famille habitent près d'elles. Six participantes affirment que cette proximité de la famille est importante pour elles. Cependant, trois autres participantes déclarent que cette proximité de la famille n'est pas importante pour elles alors qu'un dernier quart (3/12) de participantes sont ambivalentes à ce sujet.

En résumé, pour la moitié des femmes du groupe-cible, il semble y avoir une nécessité d'établir une certaine distance avec les membres de leur famille alors que pour l'autre moitié du groupe, les liens familiaux semblent au contraire « tricotés serré ». En lien avec ce que la recherche scientifique sur le développement adulte des femmes nous apprend (cf chapitre 1), on peut faire l'hypothèse que les 12 participantes de notre étude se divisent en deux sous-groupes du point de vue des pôles de structuration psychologique : la moitié des femmes du groupe se structureraient davantage autour du pôle fusionnel au niveau relationnel et dans des situations d'intimité et l'autre moitié des femmes du groupe se développeraient davantage autour du pôle individuation-séparation ou d'autonomie au niveau relationnel et dans des situations d'identité. Peut-être que

cette hypothèse serait aussi valable pour tenter de comprendre le fait que certaines femmes du groupe-cible donnaient à entendre que l'aide extérieure reçue n'avait pas été essentielle pour traverser leurs difficultés?

En regard du suivi professionnel et d'après les réponses des participantes, le suivi *de crise* dans les cas de détresse psychologique, de dépression et de comportements addictifs serait effectué par divers(e)s intervenant(e)s en santé mentale des CLSC alors que le suivi *post crise* serait plutôt l'apanage des médecins de famille. On constate donc à quel point le rôle du médecin de famille est crucial pour le suivi *post crise* à moyen et à long terme au niveau de la santé mentale de ces femmes au mitan et à la ménopause.

La question 4.5 du questionnaire concernant le suivi *passé* demandait aussi aux participantes de préciser combien de temps avait duré leur dernière période de suivi. À l'exception des trois participantes du pré-test pour qui cette sous-question n'a pas été posée lors du second questionnaire (il s'agit heureusement de la seule exception en ce sens), on constate que la moyenne de la durée du suivi professionnel d'ordre psychologique est de cinq (5) mois pour les huit participantes qui ont répondu à cette question.

Rappelons que la cueillette de données a eu lieu au printemps 2003 et rappelons aussi les difficultés psychologiques pour lesquelles ces huit femmes consultaient : trois femmes consultaient pour détresse, cinq femmes consultaient pour dépression et quatre femmes consultaient pour des comportements de dépendance avec les médicaments et avec l'alcool. Si, au printemps 2003, six participantes du groupe laissent entendre qu'elles seraient passées au travers de leurs difficultés sans l'aide reçue, il est possible de penser que c'est peut-être parce que cette aide a été insuffisante en terme de durée. Il faut donc se demander si un suivi de cinq mois, plus particulièrement quand il s'agit de dépression grave, est suffisante. Mais comme ces



femmes disent avoir attendu trop longtemps pour demander de l'aide, on peut aussi supposer que l'aide ne soit pas arrivée au moment crucial et, de cette façon, n'ait pu leur sembler essentielle pour «passer au travers». Il s'agit ici de résultats importants qu'il faudrait documenter davantage. Bref, étant donné la demande d'aide professionnelle tardive d'une majorité de participantes de notre recherche, il faut se demander dans quelle mesure, en 2009, les services des CLSC de notre région répondent adéquatement aux besoins de santé mentale des femmes d'âge moyen – plus particulièrement celles qui sont en situation de pauvreté- qui souffrent de détresse, de dépression, qui ont des problèmes de dépendance ou qui sont à risques élevés de se suicider.

#### **RÉSEAU SOCIAL ET SUIVI PROFESSIONNEL**

**Les contacts les plus fréquents des participantes en dehors des gens avec qui elles vivent à la maison sont la famille, le milieu de travail ou de bénévolat et les ami(e)s. Pour 2/12 participantes, ces contacts se font avec le médecin de famille uniquement et le réseau social semble nettement insuffisant.**

**Pour la moitié des femmes du groupe, il semble nécessaire d'établir une certaine distance physique avec les membres de leur famille alors que pour l'autre moitié du groupe, les liens familiaux semblent « tricotés serrés » et la famille doit habiter à proximité.**

**En 2003, dans notre région, la durée moyenne du suivi psychothérapeutique en CLSC a été de cinq mois pour les huit participantes qui ont répondu à cette question.**

**Étant donné la demande d'aide professionnelle tardive d'une majorité de participantes, on se demande si, en 2009, les services des CLSC de notre région répondent adéquatement aux besoins de santé mentale des femmes d'âge moyen – particulièrement celles qui sont en situation de pauvreté – qui souffrent de détresse, de dépression, qui ont des problèmes de dépendance ou qui sont à risques élevés de se suicider.**

### 3.3.7- Ce qui est important parce que ça aide dans les situations difficiles

Le tableau 3.3.7 a) présente le bilan des réponses des 12 participantes concernant la question suivante : ce qui est important parce que ça aide dans les situations difficiles, une question où les participantes devaient cocher des choix de réponses.

**TABLEAU 3.3.7 a)- Ce qui est important parce que ça aide dans les situations difficiles selon les 12 participantes du groupe-cible : par ordre décroissant selon le nombre de participantes ayant coché cette réponse**

<b>Nombre de participantes ayant coché</b>	<b>Ce qui est important parce que ça aide dans les situations difficiles (4.7)</b>
1) 10/12	- Foi-spiritualité-valeurs spir. - Nature - Écriture-lecture-musique - Solitude
2) 9/12	- Conjoint - Activité sportive
3) 8/12	- Animal de compagnie
4) 7/12	- Enfants - Ami(e) très proche - Intervenant(e)s - Rel.sociales-bénév.-engagem. - Activité de création
5) 6/12	- Travail (incl. travail ménager) - Corps-sexualité
6) 5/12	- Loisirs
7) 4/12	- Médicaments

Ce tableau est riche en informations concernant des stratégies d'auto-santé mentale ou d'auto-guérison psychologique de femmes au mitan. Il apparaît ici, de manière claire et explicite, que la dimension spirituelle s'avère primordiale dans les réponses des participantes concernant **ce à quoi elles accordent de l'importance parce que ça aide dans les situations difficiles**. On verra

au chapitre 4 dans quelle mesure les résultats des entrevues confirment ces résultats des questionnaires sur l'importance de la spiritualité en tant qu'outil de santé psychologique pour ces femmes.

On constate, dans le tableau 3.3.7 a), que les rôles de conjointes et de mères sont significatifs de par la fréquence d'évocation mais on voit aussi que les activités de croissance et de spiritualité - qui exigent un espace de solitude et d'autonomie - sont encore plus souvent évoquées pour aider ces femmes dans les situations difficiles.

On peut donc penser que ces femmes (10/12) ont tiré des leçons de leurs expériences passées et que, désormais, quand elles traversent des situations difficiles, elles donnent la priorité à ce qui leur permet de prendre soin d'elles-mêmes, de s'auto-guérir et de se transformer. Pour nous, de tels résultats signifient que la majorité des participantes se considèrent comme des sujets autonomes ayant des besoins propres auxquelles elles ont décidé de répondre. Enfin, de tels résultats représentent aussi un indice de bonne estime de soi dont il faut tenir compte pour nuancer les résultats précédents plutôt négatifs à savoir que la moitié des femmes du groupe ne déclaraient bénéficier d'une bonne estime de soi que «de temps en temps».

Par ailleurs, faut-il voir aussi dans les résultats de ce tableau le signe d'une certaine distanciation des femmes arrivées au mitan avec la dimension maternelle et même conjugale de leur vie? Est-ce que nous avons là une information qui remet en question le fameux «syndrome du nid vide» si souvent évoqué dans la psychologie traditionnelle pour caractériser l'expérience physique,

psychologique et sociale des femmes du mitan? Des éléments de réponse à cette question s’esquissent dans la section suivante.

*Ce qui donne le plus de sens à leur vie*

Dans le questionnaire, on cherchait à identifier avec précision ce qui- parmi ce qui venait d’être nommé comme important par les participantes- donnait **le plus de sens à leur vie** . Le tableau suivant résume les réponses données.

**TABLEAU 3.3.7 b)- Ce qui donne le plus de sens à leur vie parmi ce qui est important (parce que ça aide dans les situations difficiles) selon les 12 participantes du groupe-cible : par ordre décroissant selon le nombre de participantes ayant coché cette réponse**

Nombre de participantes ayant coché	Ce qui donne le plus de sens à leur vie parmi ce qui est important (4.7.1)
1) 7/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjoint</li> <li>- Enfants</li> <li>- Famille</li> </ul>
2) 6/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiritualité</li> </ul>
3) 3/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nature</li> </ul>
4) 2/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ami(e)s</li> <li>- Travail</li> <li>- Écriture-lecture-musique</li> <li>- Animaux de compagnie</li> </ul>
5) 1/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solitude</li> <li>- Projets</li> </ul>

À la lecture de ce tableau, on constate qu’une nouvelle échelle de valeurs se met en place lorsque les participantes sont explicitement interpellées par la question des raisons de vivre ou par **ce qui donne le plus de sens à leur vie** . Ici, il ne s’agit plus d’outils de santé mentale pour traverser une situation difficile mais bien de ce qui constitue le sens même de la vie des participantes.

Les réponses observées en 1 – **conjoint, enfants, famille**, - émises par sept répondantes sur 12, reflètent les caractéristiques connues de la socialisation traditionnelle des femmes en regard des rôles sexuels assignés à la naissance. Immédiatement après (en terme de fréquence d'évocation), se place la **spiritualité** qui est choisie par la moitié (6/12) des participantes du groupe-cible.

Pour donner du sens à leur vie, ces résultats nous permettent de penser que le **relationnel conjugal/familial** et la **dimension spirituelle** s'arrachent la première place dans le cœur d'au moins la moitié des femmes interrogées. On peut donc affirmer, à cette étape-ci, que les deux dimensions que sont le relationnel conjugal/familial et la dimension spirituelle représentent des balises fondamentales en regard des besoins psychologiques profonds au mitan de la vie de ces femmes. Nous pensons que ces deux dimensions pourraient se retrouver au cœur de la problématique de la santé mentale d'un grand nombre de femmes au mitan.

**RÉSULTATS INTERPRÉTATIFS OU REPÈRES FONDAMENTAUX POUR LA  
SANTÉ MENTALE DES PARTICIPANTES**

***Le relationnel conjugal/familial et la dimension spirituelle sont des repères fondamentaux que les participantes identifient en tant que besoins psychologiques au mitan de leur vie. Ces deux repères sont fondamentaux pour ces femmes parce qu'ils représentent non seulement leurs raisons de vivre au mitan de la vie mais aussi les outils qui les aident dans des situations difficiles.***

Par ailleurs, il est intéressant de constater que l'importance de la **nature**, - l'une des caractéristiques de la spiritualité des femmes selon les points de repères conceptuels de notre étude- occupe une place significative dans l'échelle de sens de nos participantes. On note aussi que d'autres dimensions - comme les **animaux** -, reliées au sacré féminin selon la recherche féministe dans le domaine, ou révélatrices d'un besoin d'intériorisation – comme la **lecture/écriture** et la **solitude**- seront aussi évoquées par certaines participantes. Même si elles ne sont pas évoquées par une majorité de répondantes, ces dimensions sont significatives. Avec ces dernières informations, nous pouvons clairement et nettement identifier l'importance majeure du besoin spirituel dans l'expérience des femmes au mitan et certaines de ces dimensions seraient reliées à l'expérience spécifique et à la relation particulière que les femmes entretiennent avec le spirituel.

Enfin, il est aussi intéressant de constater que les **amitiés** sont présentes dans le tableau 3.3.7 b). Il est permis de penser que la rareté de son évocation, en comparaison de l'évocation des relations avec le conjoint, les enfants et la famille, vient du fait que nous avons affaire à un échantillon composé majoritairement de femmes qui vivent en union de fait ou mariées (10/12 participantes) et qui ont majoritairement des enfants (10/12 participantes). Il est probable que les résultats auraient été fort différents dans un groupe composé majoritairement de femmes vivant seules et sans enfants.

Quant à la dimension du **travail** évoquée par deux participantes comme donnant le plus de sens à leur vie, il ne faut pas en minimiser l'importance. Le fait que la dimension du travail ne soit pas aussi souvent évoquée que celle du relationnel conjugal/familial et de la spiritualité permet-il de

conclure qu'elle ne représente pas une source de sens équivalente pour les participantes? Ou cette donnée nous informe-t-elle de la situation matérielle et financière des participantes? Encore là, il s'agit d'une question complexe qu'il serait plus sage d'éclairer à la lumière des résultats des entrevues.

Enfin, une donnée originale émerge dans le tableau 3.3.7 b). : pour une participante, les projets donnent du sens à sa vie.

### **3.3.8 L'importance de la spiritualité et son effet positif sur la santé**

Dans la foulée de ce qui vient d'être constaté précédemment, les résultats de la question 4.8 du questionnaire sur **l'importance de la spiritualité et/ou des valeurs spirituelles** jouent un véritable rôle de validation. Effectivement, on obtient à cette question 4.8 des résultats nous informant que dix participantes sur 12 considèrent la spiritualité *très importante* (pour 6/12 participantes) ou *assez importante* (pour 4/12 participantes). Une minorité de participantes (2/12 participantes) déclarent que la spiritualité est *peu importante* pour elles, les mêmes d'ailleurs qui avaient précédemment répondu que leur ouverture au spirituel était moins grande depuis le mitan.

On a aussi demandé aux participantes (à la question 4.8.1) si elles croient que leur spiritualité et/ou leurs valeurs spirituelles ont un **effet positif sur leur santé, physique ou mentale**. Que ce soit *beaucoup* (pour 5/10 participantes) ou *un peu* (pour 5/10 participantes), la majorité des participantes (10/12) croient que leur spiritualité et/ou leurs valeurs spirituelles ont un **effet**

**positif sur leur santé, physique ou mentale.** À cette question 4.8.1, une minorité de participantes (2/12) estiment que leur spiritualité et/ou leurs valeurs spirituelles n'ont *pas du tout* d'effet positif sur leur santé, physique ou mentale. Enfin, une participante dira dans le questionnaire qu'elle *ne sait pas*, puis elle répondra par l'affirmative lors de l'entrevue.

Neuf des dix participantes croyant à l'effet positif de la spiritualité sur leur santé vont, à l'espace prévu à cet effet dans le questionnaire, expliquer leurs réponses en quelques mots. Le tableau 3.3.8 résume leurs réponses d'une manière éloquent. Chez ces femmes, la spiritualité aide à résoudre **tous** les aspects des situations les plus difficiles qu'elles ont évoquées précédemment : en donnant du soutien et en permettant de trouver un sens aux épreuves, en apaisant la douleur psychique et en offrant des outils pour contrer les sentiments de solitude et d'impuissance.

**TABLEAU 3.3.8 - Résumé des réponses de neuf participantes du groupe-cible à la question de savoir comment leur spiritualité et/ou leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur santé physique ou mentale.**

<b>Nombre des participantes concernées (sur 9 ayant répondu)</b>	<b>Comment la spiritualité a un effet positif sur leur santé physique et mentale (4.8.1)</b>
1) Pour 4/9 participantes	«Apaie, calme, donne du soutien pour le quotidien et surtout pour traverser les épreuves»
2) Pour 4/9 participantes	«Permet un espace pour exprimer ses besoins, pour demander et aussi recevoir...»
3) Pour 3/9 participantes	«Permet la pensée positive et met dans un état positif par rapport à soi et par rapport à l'environnement (par ex. voir la beauté, trouver le bonheur dans les petites choses, ne jamais se sentir seule, y trouver l'estime de soi).»
4) Pour 3/9 participantes	«Aide à réfléchir, à trouver un sens à la vie, à sa vie.»



### **3.3.9 Portrait d'ensemble des principales difficultés et situations difficiles vécues au mitan**

Cette section répond directement à l'objectif 1.2 de la recherche : identifier, en regard de la santé mentale, les principales difficultés et les principales situations difficiles qui sont vécues par des femmes à l'étape du mitan de la vie en période de ménopause.

Afin de tracer un portrait d'ensemble des principales difficultés et des principales situations difficiles qui ont été vécues chez les 12 participantes, nous avons réuni ici les difficultés et les situations difficiles qui, pour les participantes, semblent les plus significatives en regard de leur santé mentale au mitan.

Cette liste se veut exhaustive et ne vise pas une hiérarchisation en fonction de l'importance. Avec la présentation des résultats des entrevues au chapitre 4, nous verrons ce que sept des 12 participantes - qui ont été sélectionnées pour effectuer une analyse plus en profondeur - considèrent comme les difficultés et les situations difficiles ayant eu le plus d'impact sur leur santé mentale au mitan.

#### Principales difficultés psychologiques vécues au mitan

- 1) Les 12 participantes ont souffert de détresse psychologique au mitan.
- 2) Les  $\frac{3}{4}$  d'entre elles (9/12 participantes) ont vécu une dépression au mitan. Pour 4 femmes, la première dépression est arrivée au mitan même et pour 5 autres femmes, la dépression du mitan est une récurrence : la première dépression a été vécue soit à l'adolescence, soit dans la vingtaine.
- 3) 4 participantes se sont déclarées explicitement dépendantes des psychotropes dans le sens où elles déclaraient ne pouvoir s'en passer pour fonctionner (dont une femme qui prend

des tranquillisants depuis 17 ans). On remarque un besoin d'information sur la nature de la dépendance médicamenteuse. Une participante – qui ne se déclare pas dépendante – dit qu'elle doit prendre des antidépresseurs à vie.

- 4) Avec les deux participantes ayant vécu la dépendance à l'alcool au mitan, on note que cette dépendance était consécutive à la dépendance aux tranquillisants pour l'une et à la dépendance aux drogues pour l'autre : la période transitoire du sevrage à une substance a donc semblé, pour ces femmes, un simple transfert vers la dépendance à l'alcool.
- 5) Pour la grande majorité des participantes (8/12), la difficulté psychologique identifiée comme la plus importante de leur vie s'est vécue au mitan entre la mi-trentaine et le début de la cinquantaine.
- 6) Quand nous demandons aux 12 participantes d'évaluer laquelle des difficultés - de détresse, de dépendance ou de dépression - a été la plus importante pour elles, nous avons obtenu ces réponses :
  - 6 femmes identifient des manifestations de détresse (états anxieux et fatigabilité);
  - 4 femmes identifient la dépression;
  - 2 femmes identifient la dépendance (l'une aux médicaments et l'autre à l'alcool).
- 7) Pour 2 des 5 participantes qui avaient vécu leur première dépression durant l'adolescence et durant la vingtaine, c'est au mitan de la vie que leurs difficultés psychologiques de dépression ont été les plus importantes.
- 8) Relativement aux indices de bien-être psychologique de certaines participantes, la faible estime de soi - notamment au niveau de l'affirmation de soi et de l'autonomie - représente, avec le manque de soutien de l'entourage, un aspect préoccupant.

### Principales situations difficiles vécues au mitan

- 1) Les situations difficiles principalement vécues par les 12 participantes au mitan sont :
  - 1.1 - les problèmes de santé (psychologiques et surtout physiques);
  - 1.2 - les difficultés financières;
  - 1.3 - les difficultés relationnelles (de couple surtout);
  - 1.4 - la prise en charge de proches;
  - 1.5 - la mort de proches.
- 2) Le fait de ne pas trouver de sens à ses épreuves est jugé par des participantes comme une situation difficile du mitan.
- 3) La solitude et l'impuissance ressenties par rapport à la douleur psychique est identifiée comme une situation difficile menant à des idées suicidaires.

### **3.4- PORTRAIT DES PRINCIPAUX BESOINS D'INTERVENTIONS ET DE RESSOURCES**

Cette section répond à l'objectif 2.4 de la recherche : cibler des besoins de santé mentale, chez des femmes au mitan de la vie en période de ménopause, en terme d'actions à entreprendre, de mesures à promouvoir, de ressources et d'interventions déjà existantes à adapter et de ressources et d'interventions non existantes à créer dans le milieu.

Nous traitons donc ici des besoins collectifs des 12 participantes en regard d'interventions et de ressources qu'il serait souhaitable d'adapter ou de créer dans notre milieu.

Ces résultats ont été obtenus, dans le questionnaire, au moyen d'un choix de questions dites objectives. Ce type de questions voulait mettre à la disposition des participantes un espace propice à la priorisation de besoins d'interventions et de ressources en vue du suivi concret de cette recherche. Ainsi, les choix de réponses proposaient aux participantes un éventail de moyens les plus exhaustifs possibles. Les participantes devaient cocher, parmi ces divers moyens, ceux qui leur semblaient le plus susceptibles de répondre à leurs besoins. Elles devaient ensuite en prioriser trois.

Il serait long et fastidieux de présenter les résultats détaillés concernant ces **besoins d'interventions et de ressources**. Nous proposons des bilans pour chaque type de besoins en indiquant, en encadrés dans le texte, les tendances qui se dégagent. Comme pour tous nos résultats- qu'il faut se garder d'interpréter dans une logique quantitative- ces résultats sur les besoins collectifs des 12 participantes indiquent des tendances.

Il faut noter enfin que la section sur les **besoins d'information**- qui représente l'**un des volets des besoins d'interventions**- a reçu un traitement particulier : aux résultats de la section des questions objectives du questionnaire, nous avons intégré ceux des réponses des participantes aux dernières questions régulières - d'ordre explicatif - (aux numéros 5.1 et 5.2) concernant les besoins d'information sur le mitan, la satisfaction versus l'accueil et l'information sur le mitan, les besoins d'information sur l'hormonothérapie de remplacement (HTR) et les besoins d'information sur les approches alternatives.

C'est avec la présentation des besoins d'information des 12 participantes que nous entamons ce chapitre 3.4 sur les besoins d'interventions et de ressources.

### 3.4.1- BESOINS D'INTERVENTIONS

#### BESOINS D'INFORMATION

##### *Besoins d'information sur le mitan*

Cette question des besoins d'information sur le mitan concernait les besoins d'information sur les **changements** événementiels, psychologiques et physiques du mitan (incluant la ménopause) et sur les **difficultés** du mitan au niveau de la santé mentale (dans ses dimensions psychologiques et spirituelles).

Ces résultats nous apprennent qu'une minorité de participantes s'estiment bien informées autant des **divers changements** du mitan que des **difficultés** caractéristiques de la santé mentale au mitan. Sur ces deux thèmes, la majorité des participantes ne se sentent pas bien informées ou ne sont pas certaines d'être bien informées. Ces résultats sont préoccupants.

Nous avons ensuite posé directement la question aux participantes à savoir si elles avaient besoin de plus d'information autant sur les **changements** que sur les **difficultés** au mitan. Les réponses confirment que la majorité des participantes ont besoin de plus d'information à la fois sur les **changements** divers du mitan (pour 9/12 participantes) et sur les **difficultés** de santé mentale propres au mitan (pour 8/12 participantes).

La moitié des répondantes (6/12) ont répondu à l'invitation d'émettre des commentaires aux questions 5.1 et 5.2 du questionnaire. Nous reproduisons l'essentiel de ces commentaires :

- 1) «Qu'est-ce que le mitan au juste?...».

- 2) «Plus d'information serait nécessaire.»
- 3) «On sait peu de choses du mitan et on trouve peu de textes intelligents qui ne voient pas le mitan soit en noir soit en rose.»
- 4) «Il faut se tourner vers les intervenant(e)s parce qu'elles et ils ont plus de ressources.»
- 5) «Il y a l'information des médecins, notamment à la télévision; mais l'information ne suffit pas même si ça aide; il faut consulter si on a des difficultés.»
- 6) «On aimerait en savoir plus. Mais il ne faudrait pas que l'information et la formation qui se donneraient soient lourdes et que ça oblige, car les femmes manquent de temps.»
- 7) «Cette étape du mitan n'est pas plus terrifiante que l'adolescence... J'ai peur que certaines personnes développent des problèmes du fait d'apprendre leur existence...»

Il est intéressant de comparer ces résultats des questions explicatives du questionnaire concernant les besoins d'information sur les changements et les difficultés du mitan avec ceux que nous avons obtenus à partir de questions objectives. Les données présentées aux deux rubriques qui suivent nous informent de manière un peu plus précise sur les besoins informatifs qui sont privilégiés par les participantes en regard des changements et des difficultés du mitan. La différence entre les réponses aux questions régulières d'ordre explicatif et les réponses aux questions objectives s'explique, à notre avis, par le fait que les questions objectives présentaient d'emblée un large éventail de choix de réponses, obligeant la participante à établir des comparaisons et des priorités entre les différents types proposés.

*Types d'information sur les **changements** vécus par les femmes au mitan*

Ici, cependant, les résultats sont identiques dans les réponses aux questions explicatives et dans les réponses aux questions objectives: les trois quarts des participantes, soit 9/12 participantes souhaitent de l'information sur les changements qui sont vécus par les femmes au mitan et à la ménopause. Le besoin premier d'information met l'emphase sur les changements du mitan qui touchent la santé *mentale*. Mais il faut noter que le besoin d'information concernant les changements du mitan du point de vue de la santé *physique* (et sexuelle) suit de près.

*Types d'information sur les **difficultés** de santé des femmes au mitan*

Sous cette rubrique, les résultats des questions objectives nous apprennent que la totalité des participantes (12/12) souhaitent de l'information sur les difficultés de santé des femmes au mitan autant du point de vue des difficultés de santé *mentale* que du point de vue des difficultés de santé *physique*<sup>43</sup>. On voit donc comment la santé physique est importante et interpelle ces 12 femmes de manière aussi importante que la santé mentale puisqu'elles font consensus pour dire qu'elles ont besoin d'information sur les deux thèmes. Les résultats suivants sont éloquentes à ce sujet.

Voici, par ordre d'importance selon la fréquence des réponses, le type d'information que les participantes ont besoin de recevoir concernant les difficultés de santé mentale et physique au mitan:

- 9/12 participantes souhaitent de l'information sur les problèmes et besoins de santé (mentale et physique) au mitan;

---

<sup>43</sup> Le libellé des questions régulières ne concernait que la dimension de la santé mentale.

- 8/12 participantes souhaitent de l'information sur les risques de santé (mentale et physique) du mitan;
- 7/12 participantes souhaitent de l'information sur l'alimentation, l'exercice, l'auto-examen des seins et comment se libérer des dépendances;
- 6/12 participantes souhaitent de l'information sur des outils de croissance psychologique et spirituelle.

**La majorité des participantes déclarent avoir besoin de plus d'information sur les changements divers du mitan et sur les *difficultés* de santé mentale propres au mitan.**

**La totalité des participantes déclarent avoir besoin d'information sur les *difficultés* de santé *mentale* et *physique* reliées au mitan.**

*Types d'intervenants consultés et satisfaction par rapport à l'accueil et aux demandes d'information sur le mitan*

À la question 5.3 du questionnaire, nous demandions aux participantes si elles avaient parlé à des intervenant(e)s des deux réseaux (public et communautaire) des changements et des difficultés qu'elles ont vécues au mitan. Cette question- qui revenait d'ailleurs sur des informations déjà abordées dans le questionnaire (# 4.3.4, # 4.5, # 4.5.1) quoique sous un angle différent - était formulée pour la validation et pour faciliter les réponses aux questions subséquentes.

La presque totalité des participantes (11/12) déclarent avoir déjà parlé à des intervenant(e)s de leurs changements et de leurs difficultés du mitan, ce qui est la réponse attendue. En effet, toutes ont été recrutées dans les CLSC par l'intermédiaire de leurs intervenant(e)s et elles viennent de



fournir, au moyen de ce questionnaire, certaines informations sur les services et les groupes qu'elles recommandent (au # 4.3.4 du questionnaire) de même que sur leur suivi professionnel (# 4.5 et # 4.5.1).

Il est intéressant de voir qu'une participante répond non à cette question – d'avoir parlé à des intervenant(e)s des changements et difficultés du mitan - en disant qu'elle a « juste effleuré le sujet (*de la ménopause*) dans un groupe de femme et avec une travailleuse sociale, qu'elle était énormément gênée de ce sujet ». Le contenu de son entrevue démontre d'ailleurs que cette participante confond et identifie *mitan* et *ménopause*, ce qui est aussi le cas d'un certain nombre des participantes du groupe-cible. En cohérence avec nos choix méthodologiques, nous n'élaborerons pas davantage sur ce thème des conceptions du mitan et de la ménopause bien qu'il ait été sondé dans le questionnaire et dans l'entrevue. Observons seulement, à l'instar de Christiane Bernier (2003), que certaines femmes considèrent que «la ménopause et le mitan de la vie semblent être la même chose». Comme l'écrivait la sociologue en 2003 : «On voit encore le vieillissement en termes de crise du mitan, chez l'homme, et de ménopause, chez la femme, se conformant en cela aux représentations traditionnelles véhiculées dans les rapports sociaux de sexe.»

Cette question 5.3 de notre questionnaire proposait aux participantes des choix de réponses à cocher selon le type d'intervenant(e)s et le type d'institution ou de groupe qui avaient été consultés, c'est-à-dire à *qui* et *où* les répondantes avaient parlé de leurs changements et de leurs difficultés au mitan. Le tableau 3.4.1 a) illustre le nombre et la diversité d'intervenant(e)s qui sont concernés par la problématique du mitan. Il indique aussi quelles sont les principales

intervenantes et quels sont les principaux intervenants qui sont les plus fréquemment consulté(e)s par les participantes. On constate que ce sont les médecins – en CLSC et en clinique privée – de même que les personnels en travail social et en intervention sociale des CLSC qui sont les plus nombreux à être consultés par les participantes. Est-il besoin de rappeler, encore une fois, que les 12 participantes à notre recherche ont été sélectionnées par l’intermédiaire des CLSC, ce qui introduit évidemment un biais dans ces résultats.

**Ce sont les médecins – en CL SC et en clinique privée – de même que les personnels en travail social et en intervention sociale de s CLSC qui sont les plus nombreux à avoir été consultés par les participantes d e notre étu de pour les changements et les difficultés qu’elles ont vécus au mitan.**

**TABLEAU 3.4.1 a) - Types d’intervenant(e)s -avec les institutions et les groupes correspondants- à qui les participantes ont parlé des changements événementiels, psychologiques et physiques du mitan et de leurs difficultés de santé mentale (psychologique et spirituelle).**

<b>Nombre de participantes concernées</b>	<b>Types d’intervenant(e)s consultés (5.3)</b>	<b>Institutions ou organismes (5.3)</b>
1) 11/12	Médecin	CLSC Clinique privée
2) 8/12	Travailleur(se) soc. ou intervenant(e) soc.	CLSC
3) 5/12	Psychologue	CLSC
4) 3/12	Gynécologue	Clinique privée
5) 2/12	Psychiatre	Hôpital
6) 2/12	Intervenante	Groupe de femmes
7) 1/12	Diététiste	Non précisé
8) 1/12	Infirmière	Hôpital

La question 5.4 du questionnaire s'informait auprès des participantes de leur degré de satisfaction face à l'accueil et à l'information qui leur ont été donnés. Voici leurs réponses au tableau 3.4.1 b).

**TABLEAU 3.4.1 b)- Degré de satisfaction des 12 participantes par rapport à l'accueil et à l'information donnés par les intervenant(e)s à qui elles ont parlé des changements et des difficultés de santé mentale vécus au mitan.**

<b>Degré de satisfaction</b>	<b>ACCUEIL (nombre de participantes) (5.4)</b>	<b>INFORMATION (nombre de participantes) (5.4)</b>
Beaucoup	10/12	8/12
Moyennement	1/12	3/12
Pas du tout	1/12	1/12

Les 12 participantes sont donc majoritairement satisfaites de **l'accueil** et de **l'information** qu'elles ont reçus des intervenant(e)s- dans les réseaux public et communautaire- à qui elles ont parlé des divers changements qu'elles ont vécus au mitan de même que des difficultés qu'elles ont connues sur le plan de leur santé mentale.

**Les participantes se déclarent majoritairement satisfaites de l'accueil et de l'information qu'elles ont reçus dans les réseaux public et communautaire concernant les divers changements du mitan et les difficultés de santé mentale qui lui sont reliées. Cependant, pour le tiers d'entre elles, le degré de satisfaction semble moindre du côté de l'information.**

Mais il faut remarquer que le degré de satisfaction élevé est moindre du côté de l'information. En effet, chez le tiers des 12 participantes (4/12), un certain degré d'insatisfaction semble prendre forme du côté de **l'information**.

*Prescriptions des médecins face aux changements et face aux difficultés du mitan*

Par ailleurs, il est intéressant de faire une parenthèse sur ce que les médecins – qui sont les intervenants le plus fréquemment consultés par les répondantes- leur ont prescrit en regard des **changements et des difficultés** qu'elles vivaient. Rappelons que les changements auxquels nous référons concernent les changements événementiels, psychologiques et physiques liés au mitan alors que les difficultés de santé mentale vécues au mitan concernent la détresse psychologique, la dépendance (aux médicaments et à l'alcool) et la dépression.

La moitié des participantes (6/12) répondent qu'elles se sont vues prescrire une psychothérapie en concomitance avec des médicaments et le tiers des participantes (4/12) disent qu'elles se sont vues prescrire des médicaments seulement. Une seule participante a reçu une prescription de psychothérapie uniquement et une autre participante n'a pas répondu à cette question.

<p><b>Face aux changements et face aux difficultés vécues au mitan, la moitié des participantes (6/12) du groupe-cible répondent qu'elles se sont vues prescrire une psychothérapie en concomitance avec des médicaments et le tiers des participantes (4/12) disent qu'elles se sont vues prescrire des médicaments seulement.</b></p>
---

Pour le groupe des six participantes ayant reçu une prescription conjointe de psychothérapie et de médicaments, ce sont les antidépresseurs qui ont été le plus fréquemment prescrits (à 6/6 femmes), suivis par les tranquillisants (à 4/6 femmes) et les somnifères (à 2/6 femmes).

Pour le groupe des quatre femmes qui ont reçu une prescription de médicaments seulement, ces derniers étaient, pour la première répondante, des tranquillisants et des antidépresseurs, pour la deuxième répondante, des antidépresseurs («avec l'écoute du médecin» précise-t-elle) et pour les deux autres répondantes, respectivement un médicament pour le cœur et une hormonothérapie de remplacement (HTR).

**Les antidépresseurs représentent le type de médicament que les médecins ont le plus prescrit aux participantes du groupe-cible; les tranquillisants arrivent en deuxième place.**

Il est frappant d'apprendre que, face à tous les changements et à toutes les difficultés du mitan, – où la ménopause représente un événement significatif même s'il n'est pas prépondérant pour la majorité - l'HTR semble un médicament très peu prescrit aux 12 participantes du groupe-cible. En effet, l'HTR ne semble avoir été prescrite qu'à une seule des 12 participantes. Les résultats de la section qui suit fourniront une information plus précise et plus complète à ce sujet.

#### *Besoins d'information sur l'hormonothérapie de remplacement (HTR)*

Rappelons le statut ménopausique des 12 participantes : 6/12 femmes se considèrent en pré-ménopause et 6/12 femmes se considèrent ménopausées. Par contre, 6/12 participantes déclarent qu'elles ne sont pas certaines de leur statut ménopausique.

Les réponses au questionnaire nous informent que, chez la majorité des participantes (9/12), leur médecin n'a pas prescrit d'HTR : l'une d'entre elles prend soin de dire que le médecin a *suggéré* sans insister.

**La majorité des participantes du groupe-cible le déclarent que le médecin ne leur a pas prescrit d'hormonothérapie de remplacement (HTR).**

Une minorité de participantes (3/12), soit le quart d'entre elles, déclarent avoir reçu une telle prescription dont une femme qui répond en avoir pris de manière préventive,- au niveau cardiovasculaire- et qu'elle a « cessé avec l'information sur son action non adéquate et (*qu'elle*) ne se porte pas moins bien. »

Donc, sur les 12 participantes du groupe-cible, nous savons maintenant de manière certaine que deux femmes seulement prennent de l'hormonothérapie de remplacement (HTR). Ces deux femmes ont déclaré, dans le questionnaire, qu'elles sont ménopausées.

**Sur les 12 participantes du groupe-cible, se ulement deux femmes (qui se déclarent ménopausées) sont sous hormonothérapie de remplacement (HTR) : l'une depuis 12 ans et l'autre (depuis 3 ans environ) qui mentionne qu'elle devra en prendre toute sa vie.**

La première de ces deux femmes a vécu une ménopause chirurgicale (hystérectomie et ovariectomie) à 34 ans et elle déclare prendre de l'HTR depuis environ 12 ans. À la question sur son **sentiment face à cette décision** de prendre de l'HTR, cette femme dit qu'elle « n'aime pas trop » mais qu'elle n'a « pas le choix car en n'en prenant pas », elle « se sent moins bien. »

La deuxième participante qui prend de l'HTR- âgée de 49 ans - a subi une hystérectomie il y a environ trois ans, vers 46 ans, dit-elle, et elle n'est pas certaine d'être ménopausée car elle ne peut voir si elle est encore menstruée. Elle ne précise pas si elle prend de l'HTR depuis ce temps (trois ans) mais elle mentionne - à la question sur son **senti face à cette décision**- qu'elle « se sent très bien car » elle « ne pourrait fonctionner sans cela » et qu'elle devra « en prendre toute (s)a vie ».

Nous avons ensuite demandé aux participantes ce qu'elles savent des **bénéfices et des risques de l'HTR** : trois participantes ne fournissent aucune réponse à cette question et cinq participantes avouent n'en rien savoir ou pas grand chose, sauf que « si on a un cancer ça n'aide pas » ou que « certains en parlent en mal et d'autres en bien et qu'on ne sait plus qui ou quoi croire », cette dernière répondante avouant même avoir peur de l'HTR. Parmi les quatre participantes qui avancent des réponses sur ce qu'elles connaissent des bénéfices et des risques de l'HTR, l'une déclare qu'elle sait seulement qu'elle ne peut en prendre à cause de ses yeux, l'autre que c'est selon le cas de chacune, une troisième dit que c'est dangereux pour le cancer du sein et la dernière participante déclare que, pour certaines femmes, ça peut stabiliser le métabolisme. De toute évidence, ces réponses expriment des besoins d'information importants face à l'HTR.

Jetons alors un regard sur les réponses des participantes lorsqu'on leur demande si elles ont **besoin de plus d'information sur l'HTR**. Les réponses à cette question sont cohérentes avec les résultats qui précèdent : 9/12 participantes y répondent par l'affirmative. Une participante (que l'on sait réfractaire à tout médicament) ne répond pas. Et deux participantes déclarent ne pas avoir besoin de plus d'information sur l'HTR, sans explication supplémentaire pour l'une et, en

affirmant qu'il faut faire confiance à son médecin et suivre le mieux possible ses conseils, pour l'autre.

**Pour la majorité voir e la totalité des participantes d u groupe-cible, on co nstate un important besoin d 'information sur l'h ormonothérapie de remplacement (HTR), notamment en ce qui concerne ses bénéfices et ses risques.**

#### *Besoins d'information sur les approches alternatives*

Lorsque nous avons demandé aux participantes, au moyen d'une question précise (au numéro 5.6.3), si elles faisaient usage d'**approches alternatives pour leurs changement s ménopausiques**, nous avons appris que trois participantes sur 12 en faisaient usage en invoquant cette raison précise et parmi elles se trouve une des deux femmes sous HTR.

#### **PREMIER CONSTAT SUR LES BESOINS D'INFORMATION**

##### **Au niveau de la santé physique**

**Il y a lieu de penser qu'il existe, chez les 12 participantes du groupe-cible, d'importants besoins collectifs d'information au niveau de la santé physique.**

**Les 12 participantes ont d'ab ord besoin de connaître les aspects physiques et physiologiques de leur santé au mitan et à la ménopause et tout particulièrement leur statut ménopausique. Elles ont en suite besoin d'être informées de la nature et de l'impact de certaines interventions médicales et médicamenteuses qu'on leur propose au mitan de la vie telles l'hystérectomie, l'ovariectomie et surtout l'hormonothérapie de remplacement (HTR).**



Les approches alternatives qui sont identifiées par les participantes sont l'acupuncture, la massothérapie, les produits naturels dont l'huile d'onagre et l'alimentation. Il faut remarquer que les trois utilisatrices d'approches alternatives sont plutôt à l'aise financièrement. Dans le questionnaire, une participante émet d'ailleurs le commentaire que c'est le manque d'argent qui l'empêche d'utiliser les approches alternatives et qu'elle aurait aimé essayer l'acupuncture.

**Une minorité de participantes du groupe-cible (3/12) utilisent les approches alternatives pour leurs changements ménopausiques : il s'agit de l'acupuncture, de la massothérapie, des produits naturels (dont l'huile d'onagre) et de l'alimentation. Selon les témoignages, il est probable que c'est le manque d'argent qui empêche la majorité des participantes d'avoir recours aux approches alternatives lors des changements ménopausiques.**

Quand on demande aux trois participantes qui utilisent les approches alternatives pour leurs changements ménopausiques quel est leur **senti face à cette décision**, les deux premières (l'une âgée de 45 ans et en préménopause, l'autre âgée de 49 ans et ménopausée) disent se sentir très bien avec cette décision; quant à la troisième (âgée de 54 ans et ménopausée), elle déclare avoir pris cette décision avec son médecin parce qu'il y aurait des contre-indications à ce qu'elle prenne de l'HTR : elle ne précise pas si elle a eu un cancer du sein mais seulement qu'elle a déjà subi une opération au sein.

**DEUXIÈME CONSTAT CONCERNANT LES BESOINS D'INFORMATION SUR LES MOYENS POUR FAIRE FACE AUX MANIFESTATIONS MÉNOPAUSIQUES**

**La majorité des participantes du groupe-cible (8/12) n'utilisent AUCUN moyen pour faire face aux manifestations ménopausiques.**

**Une minorité de participantes du groupe (4/12) font usage de moyens pour faire face aux manifestations ménopausiques : 1 participante utilise l'HTR seulement, 2 participantes utilisent les approches alternatives seulement et une quatrième participante conjugue l'HTR avec les approches alternatives.**

On constate ainsi que seulement le tiers des participantes, soit quatre femmes sur 12, font usage de moyens pour faire face aux changements ménopausiques et pour atténuer certaines manifestations désagréables de la ménopause. L'une d'entre elles utilise l'HTR seulement, deux participantes utilisent les approches alternatives seulement et une quatrième participante conjugue l'HTR avec les approches alternatives.

Il faut donc retenir que la majorité des participantes (8/12) ne prennent ni HTR ni approches alternatives en regard des manifestations ménopausiques.

Voici, dans le tableau 3.4.1 c), l'âge et le statut ménopausique de ces huit participantes ainsi que le profil des quatre participantes qui utilisent l'HTR et les approches alternatives face aux manifestations de la ménopause.

**TABLEAU 3.4.1 c)- Âge et statut ménopausique des 12 participantes du groupe-cible : celles (4/12) qui utilisent HTR et approches alternatives et celles (8/12) qui n'utilisent aucune hormonothérapie de remplacement (HTR) et aucune approche alternative en regard des changements ménopausiques.**

**Identification par code (données du questionnaire).**

<b>Code</b>	<b>Moyens face aux changements ménopausiques</b>	<b>Âge (6.2)</b>	<b>Statut ménopausique des participantes (6.3- 6.3.1)</b>
<b>1GC</b>	<b>Appr. alt. seulement</b>	<b>45 ans</b>	<b>pré-ménopausée (P)</b>
2 GC	aucun	53 ans	ménopausée «pas certaine» (M)
<b>3 GC</b>	<b>HTR seulement</b>	<b>46 ans</b>	<b>ménopausée (chirurgicale) (M)</b>
4 GC	aucun	49 ans	pré-ménopausée «pas certaine» (P)
<b>5 GC</b>	<b>HTR+App.alt.</b>	<b>49 ans</b>	<b>ménopausée «pas certaine» (M)</b>
<b>6 GC</b>	<b>Appr. alt. seulement</b>	<b>54 ans</b>	<b>ménopausée (M)</b>
7 GC	aucun	50 ans	pré-ménopausée (P)
8 GC	aucun	46 ans	pré-ménopausée «pas certaine» (P)
9 GC	aucun	54 ans	ménopausée (M)
10 GC	aucun	45 ans	pré-ménopausée (P)
11 GC	aucun	54 ans	pré-ménopausée «pas certaine» (P)
12 GC	aucun	51 ans	ménopausée (M)

Ces résultats font réfléchir : parmi les huit femmes qui n'utilisent aucun moyen, cinq se déclarent en pré-ménopause alors que trois se déclarent ménopausées. Il est plausible de penser que ces femmes font le choix de ne prendre aucun moyen (autant de l'HTR que des alternatives) faute d'information adéquate à ce sujet.

Par ailleurs, on se rappelle que les deux femmes utilisant l'HTR sont toutes les deux dans la quarantaine et se sont déclarées ménopausées : l'une a vécu une ménopause chirurgicale à 34 ans et l'autre se considère ménopausée sans en être certaine car elle a été hystérectomisée. Au moment de la cueillette de données en 2003, ces deux femmes déclarent ne pas pouvoir se passer d'HTR - sinon elles se sentent moins bien - et elles croient qu'elles devront demeurer sous HTR toute leur vie. Il faut se demander si - et dans quels cas- un traitement à vie par l'HTR est médicalement indiqué et dans quelle mesure le principe de précaution est respecté par les médecins en fonction de l'analyse des risques-bénéfices à long terme. Les deux participantes qui disaient devoir prendre de l'HTR à vie semblaient ignorer si les bénéfices de ce traitement médicamenteux à long terme étaient supérieurs aux risques pour leur santé.

Enfin, au numéro 5.6.5 du questionnaire, nous avons demandé aux participantes si elles sentaient qu'elles avaient **besoin de plus d'information concernant les approches alternatives pour la ménopause**. La grande majorité (10/12) ont répondu oui. Une participante n'est pas certaine de ressentir ce besoin alors qu'une autre n'éprouve pas ce besoin.

### **TROISIÈME CONSTAT SUR LES BESOINS D'INFORMATION**

**Si on fait un bilan général des deux dernières questions du questionnaire en regard des besoins d'information concernant l'hormonothérapie de remplacement (HTR) et concernant les approches alternatives pour faire face aux manifestations de la ménopause, il ressort clairement qu'en grande majorité, les participantes ont besoin d'information tant sur l'hormonothérapie de remplacement (HTR) que sur les approches alternatives.**

### *Besoins d'information sur la ménopause*

Ce sont les résultats obtenus avec les questions objectives qui nous apprennent que les trois quarts des participantes soit 9/12 participantes souhaitent de l'information sur la ménopause. À remarquer que les trois participantes qui n'ont pas coché ce besoin se perçoivent comme ménopausées même si deux d'entre elles n'en sont pas certaines.

Il est permis de penser que les besoins d'information sur la ménopause sont davantage ressentis par les femmes qui se trouvent en pré-ménopause.

#### **QUATRIÈME CONSTAT SUR LES BESOINS D'INFORMATION**

**Les trois quarts des participantes, soit 9/12 d'entre elles, souhaitent de l'information sur la ménopause. Les besoins d'information sur la ménopause semblent davantage ressentis parmi les femmes du groupe-cible (6/12 participantes) qui se trouvent en pré-ménopause.**

Quels types de besoins d'information sur la ménopause sont-ils exprimés par les participantes?

- 8/12 participantes souhaitent de l'information sur les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause.
- 6/12 participantes souhaitent de l'information sur des outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives.

Ces derniers résultats des questions objectives sont significativement moindres que les résultats précédents (aux questions explicatives) où la majorité des participantes déclaraient qu'elles avaient besoin de plus d'information concernant l'HTR et les approches alternatives<sup>44</sup> : 9/12

---

<sup>44</sup> À noter que le libellé des questions est légèrement différent : dans les questions explicatives, nous parlons d'information sur l'HTR et les approches alternatives alors que dans les questions objectives, nous parlons d'information sur des outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives.

participantes avaient en effet affirmé avoir besoin de plus d'information sur l'HTR alors que 10/12 participantes avaient déclaré avoir besoin de plus d'information. sur les approches alternatives pour faire face à la ménopause. À notre avis, cette différence dans les réponses aux deux types de questions s'explique par la diversité des choix de réponses proposés avec les questions objectives, et par un effet de comparaison entre ces divers choix.

Ces derniers résultats obtenus avec les questions objectives semblent donc indiquer que les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause intéresseraient davantage de femmes que les outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives. Bien que cette réponse peut être interprétée comme un degré d'intérêt moindre ou en tout cas relatif envers les outils décisionnels, il faut l'analyser en la situant dans son contexte : il n'est pas sûr que nous aurions les mêmes résultats avec des femmes qui n'ont pas vécu de difficultés psychologiques au milieu et à la ménopause. Par ailleurs, ces six femmes qui ressentent le besoin d'information pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives, correspondent, comme il faut s'y attendre, au nombre des femmes du groupe-cible qui sont en pré-ménopause et qui font face, de manière concrète, à la nécessité et même à l'urgence de prendre une décision. Comme nous le constatons précédemment, il est logique d'en déduire que ce sont davantage les femmes en pré-ménopause qui ressentent non seulement des besoins d'information sur la ménopause mais aussi des besoins d'information pour prendre une décision face au choix entre l'HTR et les approches alternatives.

#### **CINQUIÈME CONSTAT SUR LES BESOINS D'INFORMATION**

**La majorité des participantes du groupe-cible souhaitent de l'information sur les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause. La moitié des participantes - ce qui correspond au nombre de celles qui sont en pré-ménopause - souhaitent de l'information sur des outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives.**

#### **BESOINS DE SOUTIEN**

Après avoir pris connaissance des besoins d'information des participantes, jetons maintenant un regard sur les besoins de soutien qu'elles ont exprimés.

La totalité des participantes (12/12) déclarent avoir besoin de soutien de la part des intervenant(e)s dans le réseau public de la santé et dans le réseau communautaire.

La totalité des participantes (12/12) déclarent aussi avoir besoin d'une personne avec qui parler de leurs changements et de leurs difficultés au mitan et la majorité d'entre elles (10/12) affirment avoir besoin d'une démarche de croissance. On remarque d'ailleurs une légère préférence pour une démarche de croissance individuelle touchant à la fois la dimension psychologique et la dimension spirituelle de la santé mentale.

Une majorité de participantes (7/12) déclarent avoir besoin de soutien pour les aider à prendre soin d'elles, et la même proportion (7/12) déclarent avoir besoin de sortir avec des gens plus souvent.

#### **CONSTAT SUR LES BESOINS DE SOUTIEN**

**La totalité des participantes du groupe-cible déclarent avoir besoin de soutien de la part des intervenant(e)s dans le réseau public de la santé et dans le réseau communautaire. La totalité des participantes déclarent aussi avoir besoin d'une personne avec qui parler de leurs changements et de leurs difficultés au milieu et la majorité d'entre elles affirment avoir besoin d'une démarche de croissance. En fin, une majorité de participantes du groupe-cible déclarent avoir besoin non seulement de soutien pour les aider à prendre soin d'elles mais aussi de sortir avec des gens plus souvent.**

#### *Priorisation des besoins d'interventions*

Au terme de cette présentation des résultats des questionnaires concernant les besoins d'information et de soutien, nous abordons maintenant la priorisation des besoins d'interventions effectuée par les 12 participantes. Les types d'interventions pour lesquels les participantes étaient invitées à faire des choix prioritaires concernent les besoins d'information et les besoins de soutien.

Rappelons que les résultats qui suivent ont été obtenus au moyen d'un choix de questions dites objectives. Ainsi, les choix de réponses proposaient aux participantes un éventail de moyens concrets les plus exhaustifs possibles. Les participantes devaient cocher, parmi ces divers



moyens, ceux qui leur semblaient le plus susceptibles de répondre à leurs besoins. Elles devaient ensuite en prioriser trois. Voici le bilan de cette priorisation.

Au 1er rang des interventions souhaitées :

Au premier rang, le type d'intervention que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une organisation de société qui prenne en compte les besoins de santé des femmes au mitan et à la ménopause avec différentes mesures (comme l'instauration d'un congé ménopause par exemple).

Au 2<sup>e</sup> rang des interventions souhaitées:

Au deuxième rang, deux types d'intervention ont été le plus fréquemment choisis par les participantes :

- De l'information sur les *difficultés* de santé (mentales et physiques) des femmes au mitan.
- Une démarche de croissance.

Au 3<sup>e</sup> rang des interventions souhaitées:

Au troisième rang, trois types d'intervention ont été retenus par les participantes:

- De l'information sur les *changements* du mitan vécus par les femmes.
- Une *personne* avec qui parler des changements et des difficultés du mitan et qui peut donner du soutien.
- Un *groupe* avec qui parler des changements et des difficultés du mitan et qui peut donner du soutien.

## **PRIORISATION DES BESOINS D'INTERVENTIONS**

**1<sup>ER</sup> RANG : une organisation de société qui prenne en compte les *besoins* de santé des femmes au mitan et à la ménopause;**

**2<sup>E</sup> RANG : - A) de l'information sur les *difficultés* de santé mentales et physiques des femmes au mitan;**

**- B) une démarche de croissance;**

**3<sup>E</sup> RANG : - A) de l'information sur les *changements* du mitan vécus par les femmes;**

**- B) une personne avec qui parler de ses changements et de ses difficultés et qui peut donner du soutien;**

**- C) un groupe avec qui parler de ses changements et de ses difficultés et qui peut donner du soutien.**

On constate encore une fois, chez les participantes, l'importance primordiale du besoin d'information qui concerne à la fois les difficultés et les changements vécus au mitan. D'ailleurs, on verra au chapitre 4 comment les changements du mitan qu'ont vécus ces femmes correspondent, en très grande partie, à des difficultés. On constate également le besoin crucial de pouvoir effectuer une démarche de croissance au mitan, ce qui signifie aussi pour les participantes qu'elles pourront y trouver le soutien affectif et compréhensif dont elles ressentent le besoin avec une grande acuité. Enfin, l'échange et le soutien d'un groupe sont aussi identifiés comme un besoin d'ordre prioritaire au chapitre des interventions souhaitées.

### *Lieux d'intervention souhaités*

Dans le questionnaire, nous demandions aux participantes à quel endroit elles souhaitaient que les interventions souhaitées se déroulent. Voici les résultats de leurs choix de lieux d'intervention par ordre décroissant en allant du score le plus élevé (le choix le plus fréquemment coché) au moins élevé (le choix le moins fréquemment coché) :

- **9 : Au CLSC**
- **6 : Sur mon territoire (Témiscouata, Kamouraska, Rimouski)**
- **5 : À la maison; dans un groupe ou un centre de femmes**
- 4 : Dans le milieu de travail ; dans la région du BSL
- 3 : Dans l'entourage; dans le village ou la ville
- 2 : A l'éducation des adultes (cegep ou commission scolaire)
- 1 : À l'hôpital.

Étant donné les procédures de recrutement, nous ne sommes pas étonnée que les participantes privilégient majoritairement le CLSC qui obtient la palme du lieu d'intervention le plus souhaité en regard de la santé des femmes au mitan et à la ménopause, ce qui est cohérent avec d'autres réponses obtenues précédemment sous des questions connexes. Pas de surprise non plus d'apprendre que les participantes souhaitent des interventions sur leurs territoires respectifs puisque les CLSC avec lesquels ces femmes font affaire se situent dans leurs milieux d'appartenance. Ceci étant dit, il faut aussi porter une attention sérieuse au score significatif obtenu par le choix de réponses *À la maison* et *Dans un groupe ou un centre de femmes* : cinq participantes estiment ces lieux pertinents pour des interventions. Il est possible de penser que ces femmes se réfèrent à l'information qu'elles pourraient recevoir à la maison de même que le

soutien et l'information qu'elles pourraient trouver dans les groupes et les centres de femmes. En revanche, pour la majorité des répondantes, *L'éducation des adultes* et *L'hôpital* ne semblent pas des lieux à privilégier pour d'éventuelles interventions d'information et de soutien concernant le milieu et la ménopause.

#### **PRIORISATION DE LIEUX D'INTERVENTION**

**Les participantes privilégient majoritairement les CLSC de leur territoire comme lieux d'intervention sur la santé des femmes au milieu et à la ménopause. Un nombre significatif d'entre elles ciblent aussi leur domicile et les groupes ou les centres de femmes pour d'éventuelles interventions d'information et de soutien concernant la santé des femmes au milieu et à la ménopause.**

### **3.4.2 BESOINS DE RESSOURCES**

Rappelons encore une fois que cette section répond directement à l'objectif 2.4 de la recherche : cibler des besoins de santé mentale, chez des femmes au milieu de la vie en période de ménopause, en terme d'actions à entreprendre, de mesures à promouvoir, de ressources et d'interventions déjà existantes à adapter et de ressources et d'interventions non existantes à créer dans le milieu.

Nous traitons donc ici des besoins collectifs des 12 participantes en regard des ressources qu'il serait souhaitable d'adapter ou de créer dans notre milieu.

Les participantes devaient cocher, parmi les diverses ressources proposées, celles qui leur semblaient le plus susceptibles de répondre à leurs besoins. Elles devaient ensuite en prioriser trois.

Comme il serait trop long de présenter les résultats détaillés concernant ces **besoins de ressources**, nous proposons des bilans.

Enfin, faut-il redire qu'il faut se garder d'interpréter ces résultats dans une logique quantitative mais y voir plutôt les tendances qui se dégagent.

Dans un premier temps, nous présentons les résultats de la question objective du questionnaire (au numéro 5.9) concernant certains types de ressources susceptibles de répondre aux besoins des participantes et, dans un deuxième temps, nous présentons les résultats de la priorisation des ressources effectuée par les participantes.

#### *Personnes-ressources souhaitées sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause*

Entre le choix d'une équipe médicale dans le réseau de la santé et d'une équipe non médicale dans le réseau communautaire, c'est l'équipe médicale affiliée au CLSC qui remporte le plus grand nombre d'adhésions : 10/12 participantes ont coché ce choix.

De même les participantes préfèrent majoritairement (11/12) une intervenante du CLSC plutôt qu'une intervenante du réseau communautaire qui soit chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause, ce qui encore une fois rejoint l'hypothèse du biais en raison des procédures de recrutement des participantes. Cela ne veut pas dire toutefois que les ressources dans le réseau communautaire ne sont pas cochées mais qu'elles le sont moins fréquemment, de manière minoritaire, avec un score en dessous de six répondantes.

Par ailleurs, les participantes expriment le besoin de pouvoir compter sur des personnes-ressources tant au niveau de l'information (9/12) qu'au niveau de l'accompagnement de soutien (7/12).

La majorité des participantes expriment le besoin de pouvoir bénéficier de personnes-ressources afin de les informer des changements et des difficultés du mitan. Au niveau de l'information, en cohérence avec les résultats précédents concernant les interventions, c'est dans le réseau public de la santé que les participantes souhaitent trouver ces personnes-ressources.

Au niveau du soutien psychologique, la moitié (6/12) des participantes ressentent le besoin d'un soutien sous forme d'accompagnement psychologique individuel et un peu moins de la moitié (5/12) des participantes souhaitent un groupe d'entraide et d'échange comme soutien psychologique. Notons donc que l'accompagnement individuel semble convenir à un peu plus de participantes que l'accompagnement de groupe, ce qui est facile à comprendre puisqu'il s'agit d'un accompagnement de type psychologique qui requiert la confidentialité. On observe enfin qu'une minorité de participantes souhaitent une personne-ressource pour un accompagnement spirituel (3/12) ou pour un accompagnement à la fois psychologique et spirituel (2/12). On voit que la dimension spirituelle semble intéressante pour la majorité des participantes quand il s'agit d'*information* sur les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause. C'est tout autre chose quant nous leur proposons une personne-ressource pour un *accompagnement* spirituel : c'est une minorité qui en exprime alors le besoin.

Ces résultats concernant les besoins de ressources sont congruents avec ceux de la section précédente sur les besoins d'interventions en matière d'information et de soutien. Nous obtenons même ici une validation et une précision des résultats précédents.

### *Ressources en matière de communication*

Quand nous proposons aux participantes certains outils de communication susceptibles de répondre à leurs besoins, les réponses sont positives : 8/12 participantes cochent *Un bulletin d'information*, 7/12 cochent *Des capsules régulières d'information dans les médias* et 6/12 cochent *Un service d'écoute téléphonique*.

Ce type de ressources de communication serait de toute évidence à favoriser car il répond aux besoins de plus de la moitié des répondantes. On comprend alors pourquoi cinq participantes avaient coché et identifié précédemment *la maison* comme un lieu privilégié en vue d'éventuelles interventions car c'est à domicile que ces ressources en matière de communication peuvent effectivement être utilisées.

### *Besoins d'activités spécifiques*

Dans le questionnaire, nous avons proposé aux participantes d'indiquer leurs besoins en regard de certains types d'activités exigeant plus de disponibilité et nécessitant de possibles déplacements. Il s'agit des *ateliers ou sessions d'information*. Ce type d'activité est souhaité par la moitié des répondantes (6/12), suivi de près par les *conférences ou activités thématiques à l'occasion* qui sont souhaitées par un peu moins de la moitié des répondantes (5/12). Les *sessions de formation et les sessions de croissance* reçoivent quant à elles la faveur de quatre répondantes sur 12. Même si ces derniers types d'activités ne reçoivent pas l'adhésion d'une majorité de participantes, il reste qu'un nombre significatif d'entre elles y sont intéressées. On comprend tout de même la portée du commentaire d'une participante à cette question lorsqu'elle écrit : «Il ne faudrait pas que ça oblige. Les femmes sont fatiguées.»

*Lieu ou groupe de coordination pour des activités concernant le mitan et la ménopause*

La grande majorité des répondantes souhaitent qu'un lieu de coordination des diverses activités d'information, de formation, d'échange et de soutien sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause soit créé dans le réseau public de la santé et dans leur milieu.

Mais il ne faut pas minimiser le choix de la moitié des répondantes (6/12) pour l'association ou le groupe de femmes (déjà existant de préférence, mais pouvant aussi être créé) qui pourrait se charger de cette coordination d'activités concernant le mitan et la ménopause.



## PRIORISATION D'OUTILS ET D'ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

Certains outils d' *information* sont privilégiés par une majorité de participantes en regard des changements et des difficultés spécifiques vécus par les femmes au mitan : il s'agit d'un bulletin d'information et de capsules régulières d'information dans les médias.

Un minorité de participantes souhaitent des ateliers, des sessions d'information, des conférences et des activités thématiques.

En ce qui concerne les besoins de *soutien*, la majorité souhaite un accompagnement thérapeutique individuel dans le CLSC de leur territoire.

La moitié des participantes souhaitent des sessions de formation, des sessions de croissance en groupe et un service d'écoute téléphonique pour répondre à leurs besoins de soutien.

Les participantes du groupe-cible souhaitent majoritairement que ces outils et ces activités soient coordonnés par le réseau public de la santé mais la moitié souhaite que soit par un groupe de femmes. Il est surtout important pour elles que ces outils et ces activités soient disponibles dans leur milieu.

### *Priorisation des besoins de ressources*

#### **Au 1<sup>er</sup> rang des besoins de ressources:**

Le type de ressources que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une équipe **médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

#### **Au 2<sup>e</sup> rang des besoins de ressources:**

Au deuxième rang, le type de ressources qui a été le plus fréquemment souhaité par les participantes, c'est une équipe **non médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

**Au 3<sup>e</sup> rang des besoins de ressources:**

Au troisième rang, trois types de ressources ont été retenus par les participantes:

- une intervenante du réseau public de la santé chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause ;
- une association ou un groupe de femmes chargé de coordonner diverses activités concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause ;
- un lieu de coordination dans leur milieu.

**PRIORISATION DES RESSOURCES SOUHAITÉES**

**1<sup>ER</sup> RANG : une équipe médicale sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause;**

**2<sup>E</sup> RANG : une équipe non médicale sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause ;**

**3<sup>E</sup> RANG : - une intervenante du réseau public de la santé chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause ;**

**- une association ou un groupe de femmes chargé de coordonner diverses activités concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause ;**

**- un lieu de coordination dans leur milieu.**

Il ressort de cette dernière priorisation portant sur les besoins de ressources que les participantes sont partagées entre le besoin de ressources *médicales* et le besoin de ressources *non médicales*, entre le besoin de disposer de ressources dans le *réseau de la santé* ou dans le *réseau des groupes de femmes*. Il est probable que l'essentiel pour elles est de disposer de ressources qui soient accessibles *dans leur milieu*.

Mais nous devons retenir que l'équipe médicale se retrouve au premier rang des ressources qui sont perçues par les participantes comme les plus susceptibles de répondre à leurs besoins face aux changements et aux difficultés du milieu. Cependant, il faut garder à l'esprit que l'équipe non médicale reste une ressource souhaitée par elles. Enfin, nous remarquons l'importance, pour elles, d'un lieu de coordination dans leur milieu, intégré au réseau public de la santé, où elles puissent recevoir de l'information, de la formation, du soutien et échanger face aux changements et aux difficultés qu'elles vivent au milieu.

### **3.4.3- Portrait d'ensemble des principaux besoins d'interventions et de ressources des 12 participantes**

Cette section répond, sous forme synthétique cette fois, à l'objectif 2.4 de la recherche : cibler des besoins de santé mentale, chez des femmes au milieu de la vie en période de ménopause, en terme d'actions à entreprendre, de mesures à promouvoir, de ressources et d'interventions déjà existantes à adapter et de ressources et d'interventions non existantes à créer dans le milieu.

Afin de tracer un portrait d'ensemble des principaux besoins d'interventions et de ressources qui ont été exprimés par les 12 participantes, nous avons réuni dans cette section non seulement les besoins d'interventions et les besoins de ressources qui, pour les participantes, semblent les plus prioritaires mais aussi une liste des besoins collectifs qu'elles ont exprimés dans le questionnaire au niveau de l'information et du soutien, en précisant quels outils et quelles activités spécifiques elles souhaitent avoir accès dans leurs milieux.

#### Besoins collectifs d'information

Les participantes du groupe-cible se déclarent globalement satisfaites de l'accueil et de l'information qu'elles ont reçus dans les réseaux public et communautaire concernant les divers changements du mitan et les difficultés de santé mentale qui lui sont reliées. Cependant, leur degré de satisfaction semble moindre du côté de *l'information*. Voici les besoins collectifs d'information qui ont été exprimés par les participantes :

- 1) importants besoins collectifs d'information des participantes au niveau de la santé physique au mitan et à la ménopause, notamment pour connaître leur statut ménopausique;
- 2) besoins collectifs d'information sur les *changements* divers du mitan;
- 3) besoins collectifs d'information sur les *difficultés* de santé *mentales* et *physiques* reliées au mitan et particulièrement sur les *difficultés* de santé mentale propres au mitan;
- 4) besoins collectifs d'information sur la ménopause : les besoins d'information sur la ménopause semblent davantage ressentis parmi les femmes du groupe-cible (6/12 participantes) qui se trouvent en pré-ménopause;
- 5) besoins collectifs d'information concernant la nature et l'impact sur leur santé de certaines interventions médicales et médicamenteuses qu'on leur propose au mitan de la vie, telles l'hystérectomie, l'ovariectomie et surtout l'hormonothérapie de remplacement (HTR);
- 6) besoins collectifs d'information sur des outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives; nous pensons que c'est à cause du manque d'information que la majorité des participantes (8/12) n'utilisent AUCUN moyen pour faire face aux manifestations ménopausiques.
- 7) importants besoins collectifs d'information sur l'hormonothérapie de remplacement (HTR), notamment en ce qui concerne ses bénéfices et ses risques et en particulier, les risques liés à la prise *à vie* de l'HTR;

- 8) besoins collectifs d'information sur les approches alternatives pour faire face aux manifestations ménopausiques;
- 9) besoins collectifs d'information sur les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause;
- 10) les outils d'*information* qui sont privilégiés par le plus grand nombre de participantes en regard des changements et des difficultés spécifiques vécus par les femmes au mitan sont : un bulletin d'information et des capsules régulières d'information dans les médias ; des ateliers, des sessions d'information, des conférences et des activités thématiques sont aussi souhaités mais par un moins grand nombre de participantes.

#### Besoins collectifs de soutien

Voici les besoins collectifs de soutien qui ont été exprimés par les participantes du groupe-cible :

- 1) besoin de soutien de la part des intervenant(e)s dans le réseau public de la santé et dans le réseau communautaire; les participantes souhaitent majoritairement que les outils et les activités d'intervention au niveau de l'information et du soutien soient coordonnés par le réseau public de la santé, mais la moitié des participantes souhaitent que cette coordination soit effectuée par un groupe de femmes. Il est surtout important pour ces femmes que ces outils et ces activités soient disponibles dans leur milieu ;
- 2) besoin d'une personne avec qui parler de leurs changements et de leurs difficultés au mitan;
- 3) besoin d'une démarche de croissance lorsqu'elles vivent certains changements et certaines difficultés du mitan; la majorité souhaite un accompagnement thérapeutique individuel dans le CLSC de leur territoire ;

- 4) besoin de soutien pour les aider à prendre soin d'elles et besoin de sortir avec des gens plus souvent;
- 5) la moitié des participantes du groupe-cible souhaitent des sessions de formation, des sessions de croissance en groupe et un service d'écoute téléphonique pour répondre à leurs besoins de soutien.

### Les interventions et les ressources prioritaires

Les participantes privilégient majoritairement les CLSC de leur territoire comme lieux d'intervention sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause. Cependant, un nombre significatif d'entre elles ciblent leur domicile et les groupes ou les centres de femmes pour d'éventuelles interventions d'information et de soutien concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

#### 1) Au premier rang...

##### Au 1<sup>er</sup> rang des **interventions** souhaitées

Au premier rang, le type d'intervention que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une organisation de société qui prenne en compte les besoins de santé des femmes au mitan et à la ménopause avec différentes mesures (comme l'instauration d'un congé-ménopause par exemple).

##### Au 1<sup>er</sup> rang des **ressources** souhaitées

Le type de ressources que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une équipe **médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

## 2) Au deuxième rang...

### Au 2<sup>e</sup> rang des **interventions** souhaitées

Au deuxième rang, voici les types d'intervention le plus fréquemment choisis par les participantes : qu'on donne de l'information sur les *difficultés* de santé (mentales et physiques) des femmes au mitan et qu'une démarche de croissance soit offerte lorsqu'elles vivent des difficultés psychologiques au mitan.

### Au 2<sup>e</sup> rang des **ressources** souhaitées

Au deuxième rang, le type de ressources qui a été le plus fréquemment souhaité par les participantes, c'est une équipe **non médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

## 3) Au troisième rang...

### Au 3<sup>e</sup> rang des **interventions** souhaitées

Au troisième rang, voici les types d'intervention qui ont été retenus par les participantes: de l'information sur les *changements* du mitan vécus par les femmes, une *personne et/ou un groupe* avec qui parler des changements et des difficultés du mitan et qui peut donner du soutien.

### Au 3<sup>e</sup> rang des **ressources** souhaitées

Au troisième rang, voici les types de ressources qui ont été retenus par les participantes: une intervenante du réseau public de la santé chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause, une association ou un groupe de femmes chargé de coordonner diverses activités concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause et enfin un lieu de coordination de ces activités dans leur milieu.

C'est sur ce portrait d'ensemble des besoins collectifs des 12 participantes du groupe-cible que nous clôturons ce chapitre 3. Avec le chapitre 4 et la présentation des résultats de l'analyse en profondeur de sept entrevues, nous trouverons un écho individuel et plus personnalisé à ces besoins collectifs d'interventions et de ressources.



## **CHAPITRE 4**

### **PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES ENTREVUES**

#### **4. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES ENTREVUES**

Ce chapitre se divise en quatre sections thématiques où nous présentons l'analyse exhaustive et détaillée des résultats des entrevues de sept participantes : nous faisons d'abord le profil des caractéristiques de ces sept participantes (en 4.1) pour décrire et analyser ensuite ce que ces femmes nous ont confié quant aux principaux changements événementiels (en 4.2), quant aux principales difficultés (en 4.3) et aux principaux besoins (en 4.4) de leur milieu en lien avec leur santé mentale.

Comme il a été expliqué au chapitre de la méthodologie, dans un premier temps, nous avons sélectionné les six participantes les plus représentatives des trois critères de diversification (âge, statut ménopausique et difficulté psychologique) afin d'analyser leurs entrevues en profondeur. Dans un deuxième temps et une fois cette première analyse effectuée, nous avons analysé les données d'entrevue d'une septième participante afin de nous assurer de la saturation des résultats.

Rappelons que la saturation empirique d'une recherche qualitative est atteinte lorsque la majorité des sujets pensent la même chose, ce qui ne peut être réalisé, avec un groupe de 12 participantes, que si une septième participante vient confirmer les résultats déjà obtenus. C'est pourquoi, il est nécessaire de décrire soigneusement les résultats qui se dégagent de l'entrevue de cette septième participante, ce que nous effectuons dans chaque section thématique de ce chapitre à la suite de la présentation des résultats des six premières participantes. La saturation théorique des résultats est atteinte quant à elle lorsqu'un sens commun se dégage des entrevues en regard de la problématique et du cadre de référence : les constats d'analyse effectués au cours de notre

démarche d'analyse - au niveau des changements, des difficultés et des besoins- nous ont aussi permis cette vérification.

Le chapitre 4 se conclut avec la présentation des énoncés de besoins qui sont prioritairement importants chez ces sept participantes dont nous avons analysé le discours avec exhaustivité et en profondeur.

#### **4.1- PROFIL DES SEPT PARTICIPANTES DONT LES ENTREVUES SONT ANALYSÉES EN PROFONDEUR**

Voici d'abord, en 4.1-A, le tableau des caractéristiques personnelles et familiales de ce groupe de sept participantes. Nous pouvons constater que le profil de la septième participante complète et enrichit l'échantillonnage des six premières participantes en regard des critères de diversification. En effet, le choix de Noëlle nous permet d'ajouter une deuxième participante ayant connu des difficultés de détresse et une troisième représentante des participantes de 50 ans et plus. De plus, le vécu psychologique difficile de la septième participante, polarisé autour de la maladie chronique et de trois dépressions du mari, apporte un éclairage nouveau aux résultats précédents, tout en reflétant bien le point de vue majoritaire des six premières participantes et le sens commun qui se dégage de leurs entrevues.

Dans le tableau suivant, en 4.1-B, nous présentons les caractéristiques socio-économiques de ces sept participantes. On y voit que le choix de Noëlle nous permet de présenter une troisième participante issue de milieu urbain; c'est aussi la seule participante du groupe des 12 qui se

déclare à la retraite tout en cherchant à régulariser un mini emploi sporadique de quelques heures par jour, ce qui nous a semblé une nouveauté pertinente à documenter. À noter cependant que cette septième participante a été catégorisée parmi les femmes qui travaillent à temps plein à la maison, puisqu'il s'agit là de sa principale occupation.

**Tableau 4.1- A**

<b>Caractéristiques personnelles et familiales du groupe des 7 participantes</b>					
<u>Nom</u> (fictif)	<u>Difficulté</u> <u>psychologique</u>	<u>Âge</u>	<u>Statut ménopausique</u>	<u>Statut civil</u>	<u>Nombre</u> <u>d'enfants</u>
Gabrielle	dépression	45	pré-ménopausée	en couple	1 (à elle) 2 (à lui)
Yvonne	dépression	45	pré-ménopausée (pas certaine)	veuve	2
Lucie	dépression	49	pré-ménopausée (pas certaine)	en couple	aucun
Marie	détresse	46	ménopausée (chirurg.)	en couple	3
Danièle	dépendance (médicaments)	53	ménopausée (pas certaine)	en couple	2
Odile	dépendance (alcool)	54	ménopausée	en couple	aucun
Noëlle	détresse	54	ménopausée	en couple	2

**Tableau 4.1- B**

<b>Caractéristiques socio-économiques du groupe des 7 participantes</b>				
<u>Nom</u> (fictif)	<u>Type de Sous-Région</u>	<u>Niveau économique &amp; Revenu familial</u>	<u>Occupation</u>	<u>Scolarité</u>
Gabrielle	urbain	moyen supérieur : + de \$60,000 (salaire des 2) Pour 3 personnes	trav. ext. à temps plein	collégial
Yvonne	semi-urbain	pauvre : entre \$10,000 et \$19,999 (son seul salaire) Pour 1 personne	trav. ext. à temps plein	collégial (début de bacc)
Lucie	urbain	pauvre : entre \$10,000 et \$19,999 (aide sociale et rente d'invalidité du conjoint) Pour 2 personnes	trav. à la maison, recherche emploi	second. profess.
Marie	rural	moyen : entre \$50,000 et \$59,000 (salaire des 2 dans l'entreprise familiale) Pour 3 personnes	trav. ext. à temps partiel (entreprise familiale)	second. général
Danièle	rural	pauvre : entre \$10,000 & \$19,999 (aide sociale) Pour 2 personnes	trav. à la maison	second. général
Odile	semi-urbain	moyen : entre \$30,000 et \$39,000 (salaire du conjoint) Pour 2 personnes	trav. à la maison, recherche emploi	second. général
Noëlle	urbain	moyen : entre \$40,000 et \$49,000 (salaire du conjoint) Pour 2 personnes	trav. à la maison + mini emploi de gardiennage scolaire <u>occasionnel</u> (remplacement)	second. général

#### **4.2- PRINCIPAUX CHANGEMENTS ÉVÉNEMENTIELS DU MITAN AYANT EU LE PLUS D'IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE DES 7 PARTICIPANTES DONT LES ENTREVUES SONT ANALYSÉES EN PROFONDEUR**

##### **Changements événementiels du mitan qui sont synonymes de situations difficiles**

Nous présentons d'abord les principaux changements événementiels du mitan,- synonymes de situations difficiles - pour le groupe des six premières participantes dont les entretiens ont été analysés en profondeur. Ensuite, nous décrivons le vécu de la septième participante sous le même thème, un vécu caractérisé majoritairement par des convergences importantes avec ses consœurs mais aussi par quelques divergences.

Voici donc les changements événementiels du mitan qui ont eu le plus d'impact sur la santé mentale des six participantes dont nous avons analysé les entretiens dans un premier temps:

- 1) La mort de personnes chères.**
- 2) La prise en charge de proches.**
- 3) La diminution importante de revenus.**
- 4) Les difficultés dans les relations conjugales et dans les relations avec les enfants devenus adolescents.**
- 5) Les difficultés de santé physique.**

##### **- La mort de personnes chères**

L'événement qui se démarque de tous les autres par l'importance de son impact sur la santé mentale de ces femmes au mitan est la mort de personnes chères ou significatives. Cette perte de

personnes chères sera même reconnue par une majorité d'entre elles comme «le» déclencheur de leurs difficultés de santé mentale au mitan.

Par ailleurs, il semble qu'un contexte particulièrement difficile, lors de la mort de ces proches aimé(e)s, soit un facteur externe déterminant pour provoquer un traumatisme psycho-émotif grave chez ces participantes. Quand, par exemple, la mort de ces proches se fait par suicide. Pour Gabrielle, il s'agit du suicide de son conjoint- qu'elle découvre elle-même - alors que le couple a un enfant de quelques mois. Pour Danièle, issue d'une famille qui était tricotée «assez serrée», ce sera les suicides de deux frères.

Un autre contexte extrêmement douloureux à vivre, c'est quand la disparition d'êtres chers se produit lors d'un accident tragique: c'est le cas pour Odile qui arrivera la première sur les lieux d'un accident où sa sœur a trouvé la mort.

Enfin, la perte et le deuil de ces personnes significatives s'avèrent très difficiles quand le décès de ces personnes chères se produit à répétitions sur une période de temps assez courte, ce que vivront Odile et Yvonne; cette dernière perdra cinq personnes qui lui sont chères en l'espace de huit ans, dont son père et sa mère à l'intérieur d'une même année.

### **- La prise en charge de proches**

Le dernier aspect contextuel difficile relié à la perte des personnes chères, qui explique l'importance de son impact négatif sur la santé mentale des participantes, est la prise en charge et les soins que ces dernières leur prodiguent dans les mois et dans les années qui précèdent le

décès. On sait que les personnes âgées ou malades sont généralement prises en charge par des femmes – souvent d’âge moyen - qui leur sont proches: en effet, la majorité des aidant(e)s ont 45 ans et plus et sont composé(e)s à 75% par des femmes (Ducharme, 2009). Chez les participantes qui partagent ce vécu, les liens étroits qu’elles ont tissés lors de la prise en charge de leurs proches âgé(e)s ou malades expliquent en grande partie la détresse psychologique et la dépression provoquées par leur mort.

Pour Lucie et Marie, il s’agit du père et de la mère qui décèdent à des dates assez rapprochées l’un de l’autre. Mais c’est particulièrement la mort de la mère qui aura l’impact le plus important sur la santé mentale de ces deux participantes à cause des liens de très grande proximité - pour ne pas dire fusionnels - entre mère et fille tout au long de leur vie. Et ce, d’autant plus que la prise en charge par la fille s’est effectuée d’une manière extrêmement étroite dans les dernières années de vie de la mère. Marie et Lucie nous disent que cette prise en charge sera, *en elle-même*, au centre de leurs difficultés de détresse psychologique et de dépression au mitan . Il faut ajouter que, durant quelques années, Marie devra s’occuper simultanément de ses adolescentes en très graves difficultés psychologiques et de ses parents âgés et malades qu’elle accompagne quotidiennement dans leur fin de vie difficile, ce qui lui fera vivre de profonds états de détresse. Quant à Lucie, qui tombe en dépression majeure trois mois après le décès de sa mère, elle dit être devenue en quelque sorte «la mère de sa propre mère» : c’est quotidiennement qu’elle en prendra soin durant les six derniers mois de sa vie. Cependant, c’est pratiquement durant sa vie entière que cette participante avait pris soin de sa mère car celle-ci était violentée physiquement et psychologiquement par son mari.



### **- La diminution importante de revenus**

En terme d'impact sur leur santé mentale, la diminution importante des revenus est un autre changement événementiel important du mitan pour la presque totalité de ces six femmes. On sait d'ailleurs que pour la moitié du groupe des 12 participantes, c'est même une situation de pauvreté qui les attendra au mitan.

Les causes d'un tel changement de niveau économique s'expliquent par des changements dans le statut marital ou par des ruptures brutales dans le parcours professionnel ou d'emploi, ruptures provoquées par exemple par une faillite, par la maladie ou par un congédiement après de nombreuses années de service, comme on peut le constater dans les exemples suivants:

- un divorce (même s'il fut libérateur) pour Gabrielle qui doit cumuler deux emplois pour « arriver »;
- le veuvage chez Yvonne, de même qu'un déménagement dans une autre région; elle s'y trouvera un emploi précaire qui lui fera vivre un burn-out et ensuite un congédiement;
- la faillite d'un commerce pour Danièle qui se retrouvera prestataire de l'Aide sociale;
- la maladie et le congédiement pour Lucie après 22 ans chez le même employeur et qui se retrouvera, elle aussi, prestataire de l'Aide sociale;
- l'abandon d'un emploi insatisfaisant et un arrêt de travail volontaire pour Odile après 17 ans chez le même employeur et une ré-orientation professionnelle qui aboutit à une impasse.

## **- Les difficultés dans les relations conjugales et dans les relations avec les enfants devenus adolescents**

Les relations conjugales opprimantes et les relations difficiles avec les enfants devenus adolescents représentent d'autres changements événementiels qui sont évoqués et considérés par une majorité des six participantes comme étant d'une importance capitale en regard de leur santé mentale au mitan.

À propos des relations conjugales opprimantes, on pourra lire en 4.3 (sous le thème des difficultés) le récit de vie de Gabrielle qui subit de la violence psychologique et qui prend la décision - positive pour elle - de divorcer. On lira aussi en 4.3 l'itinéraire de Danièle, mariée à un homme qu'elle décrit comme alcoolique et violent (pas de violence physique sur elle cependant), qui la laisse seule durant 25 ans pour élever les enfants. Quand son conjoint tombe malade, dans les 10 dernières années, et qu'il devient inapte au travail, Danièle en prend soin malgré le fait qu'elle se sente malheureuse et insatisfaite dans ce mariage qu'elle dit assumer «pour le meilleur et pour le pire».

Quant aux relations avec les enfants devenus adolescents, ce sont des relations qui peuvent devenir aussi très lourdes et très pénibles à vivre pour certaines participantes. On peut se référer au vécu de Gabrielle dont le fils adolescent vit des problèmes de drogue et d'alcool et fait deux tentatives de suicide. On peut aussi se référer à l'histoire de Marie avec ses deux filles : l'une souffre d'anorexie et l'autre d'un trouble de personnalité-limite (elle sera suicidaire longtemps).

Ou enfin, à Danièle dont la fille de 15 ans subit de la violence physique et psychologique de la part du garçon qu'elle fréquente.

Ces expériences douloureuses de leurs enfants ont produit sur ces femmes un impact majeur qui s'est traduit chez elles en détresse psychologique et en dépression.

### **- Les difficultés de santé physique**

Nous ne parlerons ici que des difficultés de santé physique ayant provoqué un impact important sur la santé mentale de ces femmes du groupe des six. En voici quelques exemples.

Pour Danièle, c'est l'hystérectomie (due à un fibrome) subie à l'âge de 42 ans (ou à 45 ans selon que l'on se fie au questionnaire ou à l'entrevue), après laquelle cette participante dit avoir vécu une dépression. Danièle nous confie que l'hystérectomie l'a bouleversée dans son identité de femme et de mère et ce, même si elle était ligaturée depuis l'âge de 25 ans. Danièle ajoute aussi que le syndrome de fatigue chronique découvert récemment - qui est pour elle un obstacle de taille pour se trouver un emploi - a aussi eu un impact majeur sur sa santé mentale au mitan et que cet événement lui «a coupé les deux jambes!».

Pour Marie aussi, qui n'avait à l'époque que 34 ans, l'hystérectomie (due à l'endométriose) a été un événement brutal. D'autant plus brutal qu'une ovariectomie totale sera aussi faite en même temps, ce qui induira chez Marie une ménopause précoce et bouleversera complètement son image d'elle-même et sa sexualité au moment précis où elle rentre dans l'étape du mitan de la vie. Marie témoigne aussi avoir vécu alors une dépression mais elle ne l'attribue pas à l'hystérectomie et à l'ovariectomie.

Pour Lucie, les difficultés de santé physiques consisteront en embolies multiples dans les deux jambes qui représentent, selon elle, la cause véritable et non avouée de son congédiement par son employeur après 22 ans de service.

Pour Odile, ce sera l'apparition du diabète à l'âge de 50 ans, au moment du départ de son neveu gardé en adoption durant huit ans, après la mort tragique de sa sœur quelques mois auparavant. Odile pense qu'il y a un lien entre le déclenchement de cette maladie et le traumatisme psychologique sévère d'avoir vu de ses propres yeux sa sœur qui venait tout juste de perdre la vie accidentellement. C'est au retour de l'hospitalisation pour ce diabète qu'Odile prend la décision de cesser de prendre les pilules pour dormir dont elle a l'habitude depuis 30 ans et c'est lors de ce sevrage de médicaments psychotropes que la dépendance d'Odile à l'alcool s'aggrave considérablement.

Ce thème des difficultés au niveau de la santé physique (et psychologique) personnelle, représente, par définition, l'exemple type du changement du mitan qui est synonyme de difficulté : 11 participantes sur 12 ont évoqué ce changement comme une situation difficile du mitan. Et, fait à souligner, quand ces difficultés de santé sont identifiées comme des changements **majeurs** de leur mitan, elles sont interprétées par les participantes concernées comme les conséquences négatives de **changements événementiels majeurs** – évidemment négatifs - de leur mitan.

#### **-Autres changements événementiels importants du mitan**

Si les changements événementiels du mitan décrits précédemment- qui sont aussi synonymes de situations difficiles- semblent les plus influents sur la santé mentale du groupe des six

participantes, d'autres changements événementiels reliés à l'étape du mitan inscrivent des repères importants dans leur vie.

Ainsi, le **départ des enfants de la maison** est évoqué par des participantes (qui sont mères) comme un événement important de leur mitan mais cet événement - vécu comme incontournable et nécessaire - ne semble pas être le plus important ni avoir entraîné de conséquences négatives majeures sur leur santé. Sauf pour Yvonne, Gaspésienne déménagée récemment dans le Bas-Saint-Laurent afin de retrouver sa fille après la mort de son dernier conjoint, dont la dépression se déclenche peu après le départ de celle-ci pour un emploi à Montréal : même si Yvonne trouve d'autres raisons pour expliquer sa dépression (cf. le récit de vie d'Yvonne en 4.3 sous le thème des difficultés), elle laisse entendre que ce «deuil» ultime, c'est-à-dire la perte de la présence de sa fille à ses côtés, sera la goutte de trop. Car cette participante n'a pas encore digéré les autres deuils majeurs qu'elle a vécus en quelques années avec la mort d'un nombre important de personnes chères.

Quant à Odile, c'est davantage l'adoption d'un neveu, devenu orphelin à l'âge de 11 ans, qu'elle a trouvé difficile, plus difficile d'ailleurs que le départ de celui-ci de la maison à 19 ans. Odile dit que cette adoption a provoqué des changements négatifs au niveau de l'intimité de sa vie conjugale (jusque là sans enfants) et plus particulièrement sur la vie sexuelle avec son conjoint. De même que pour Odile, nous constatons chez d'autres participantes l'effet positif et même libérateur du départ des enfants de la maison, plus particulièrement quand les difficultés d'adolescence de ces derniers ont été importantes : c'est le cas de Gabrielle et de Marie.

Nous voyons donc que tous les changements événementiels vécus au mitan ne sont pas toujours des situations difficiles ou vécues difficilement. Certains changements événementiels du mitan sont positifs et sont vécus par certaines comme ayant eu un impact favorable sur leur santé mentale : **le fait de devenir grand-mère** est l'un d'eux. Pour Danièle en particulier, le fait de devenir grand-mère a représenté une véritable bouée de sauvetage qui l'aidera à retrouver un sens à sa vie au mitan.

Pour Odile, le changement positif du mitan est le **sevrage de l'alcool** dont elle était devenue dépendante à son insu dans les 18 mois qui ont suivi le décès tragique de sa soeur.

Pour Marie, le changement positif du mitan s'avère un événement d'ordre financier avec l'**achat d'une entreprise** par son mari : cette transaction augmente les revenus familiaux et offre à Marie un travail à temps partiel qu'elle apprécie. Mais il y aura une contrepartie négative à ce départ en entreprise qui provoque l'absence physique régulière du mari loin du domicile familial : Marie va se retrouver seule pour faire face aux graves difficultés psychologiques de ses filles adolescentes, ce qui enclenchera chez elle une détresse sévère.

Par ailleurs, certains événements du mitan qui, à première vue, semblent difficiles à vivre et considérés de manière négative, seront en réalité des événements heureux pour certaines femmes : par exemple, le **divorce** de Gabrielle qui la délivre d'un union qu'elle qualifie de «malsaine» pour elle et, pour Yvonne, le **décès** d'un conjoint alcoolique, qui, dit-elle, la libèrera du «carcan» dans lequel cette union l'avait emprisonnée.

**La ménopause n'est pas considérée comme un changement événementiel important du mitan**

Les résultats du questionnaire à cet égard sont éloquentes : neuf participantes sur douze ne considèrent pas la ménopause comme un changement important du mitan.

Dans l'entrevue, sous le thème des changements du mitan, nous posons la question suivante : *est-ce que votre préménopause ou votre ménopause a été un gros changement et est-ce que vous le placeriez parmi les trois plus importants?*

Parmi les six premières participantes dont les entrevues ont été sélectionnées pour une analyse en profondeur, une seule femme retient la ménopause comme un changement important de son mitan : il s'agit de Marie qui a vécu une ménopause précoce à l'âge de 34 ans après l'ablation de son utérus et de son unique ovaire. Comme nous l'avons dit précédemment, cette ménopause chirurgicale aura des conséquences importantes sur sa vie sexuelle et sur son image d'elle-même et elle sera immédiatement suivie par une dépression dans l'histoire de vie de Marie. Cependant, cette participante attribuera cette dépression à d'autres causes.

Pour conclure sur le thème des changements événementiels qui sont synonymes de situations difficiles pour les six premières femmes dont les entrevues ont été analysées en profondeur, retenons les changements événementiels qu'elles ont identifiés comme centraux et déterminants pour expliquer leurs difficultés de santé mentale lors de leur mitan: la mort de personnes chères, la prise en charge de proches, la diminution importante de revenus, les difficultés dans les relations conjugales et dans les relations avec les enfants devenus adolescents et enfin les difficultés de santé physique.

Voyons maintenant, à partir de l'entrevue de la septième participante, quels sont les changements événementiels les plus importants qu'elle dit avoir vécus lors de son mitan, et comment la perception de son vécu est en majeure partie convergente avec celle des six participantes précédentes, à quelques nuances près.

Les trois changements majeurs que Noëlle raconte avoir vécus au mitan et qui, selon elle, auront le plus d'impact sur sa santé mentale sont, par ordre d'importance :

- la maladie de son mari;
- la ménopause;
- le départ des enfants de la maison.

À première vue, on a l'impression de certaines divergences avec ses consœurs mais, dans la réalité et après les explications et les précisions de Noëlle en entrevue, les principaux changements qu'elle déclare avoir vécus rejoignent, au moins pour quatre changements sur cinq, la liste des principaux changements événementiels vécus par les six participantes précédentes à savoir :

- 1- La prise en charge de proches.
- 2- La diminution des revenus.
- 3- Les difficultés dans les relations conjugales.
- 4- Les difficultés de santé physique.

Selon Noëlle- comme aussi chez une majorité des six premières participantes- ce qui donnera à ces changements leur ampleur et leur puissant impact négatif, c'est le fait qu'ils soient tous arrivés en même temps. En outre, ce qui ajoute à la lourdeur de ces événements, selon Noëlle,



c'est qu'elle doit, en plus, s'occuper de la grand-mère de son mari, une femme très âgée, seule et isolée.

En entrevue, Noëlle parle de l'arrêt de travail causé par la fermeture de sa garderie familiale qu'elle a tenue durant 20 ans. Mais elle oublie de situer cet événement dans la liste des changements majeurs de son milieu, alors qu'il aura pourtant beaucoup d'impact sur sa santé mentale : elle dit avoir vécu ce changement événementiel important de la fermeture de sa garderie familiale dans la même période que les trois autres changements majeurs qu'elle a identifiés, ce qui, selon nous, ajoutera au poids négatif de ces derniers et à leurs répercussions sur sa santé.

Il faut donc voir que c'est dans ce contexte précis que Noëlle déclare faire face aux changements ménopausiques de même qu'au départ de ses deux enfants de la maison. Car Noëlle est la seule du groupe des 12, avec Marie (qui a vécu une ménopause chirurgicale à 34 ans), à retenir la ménopause comme un changement important qui a eu un impact négatif sur sa santé mentale. Elle précise elle-même en entrevue que ce n'est pas la ménopause comme telle - ou toute seule - qui a eu un gros impact sur elle mais plutôt le fait qu'elle soit arrivée en même temps que tous les autres changements.

Avec Yvonne, Noëlle est aussi l'une des rares, parmi les sept participantes, à vivre difficilement le départ de ses deux enfants avec lesquels elle dit avoir pris beaucoup de temps lorsqu'ils étaient à la maison. C'est qu'au moment du départ de ses enfants, son mari (malade chronique) vient de faire sa troisième dépression. Noëlle se retrouve d'autant plus seule qu'elle vient, en plus, de

fermer sa garderie familiale et qu'il n'y a plus, dans la maison, le va-et-vient joyeux qui lui aurait permis d'oublier la maladie de son mari et l'absence de ses enfants. C'est donc une constellation de «deuils» douloureux qui s'abattent sur Noëlle en même temps : l'absence affective de son mari qui fait une dépression majeure au moment précis où Noëlle doit faire le deuil non seulement de sa capacité reproductrice avec la ménopause, mais aussi le deuil psychologique de ses enfants qui quittent la maison et, enfin, le deuil de son entreprise de garderie familiale qu'elle décide de fermer. À remarquer que ces trois derniers deuils se réfèrent au rôle maternel dans lequel cette femme a surinvesti toute sa vie.

Les difficultés de détresse de Noëlle débutent donc au moment du face-à-face avec elle-même à travers la solitude, de la même façon que la dépression d'Yvonne se déclenche lorsqu'elle se retrouve sans sa fille, après avoir déménagé (pour elle!) dans une autre région, suite à la mort de son conjoint.

Noëlle vit aussi simultanément une double prise en charge, celle de son mari très malade et celle d'une parente dans le grand âge qui devient très dépendante d'elle et dont la prise en charge devient de plus en plus lourde avec le temps. De plus, durant près de 20 ans, cette participante fera beaucoup de bénévolat et sera très engagée socialement : elle nous déclare que c'est en partie pour oublier ce qu'elle vit avec son conjoint qu'elle s'est investie dans le bénévolat.

Parmi les sept femmes sélectionnées pour l'analyse en profondeur, Noëlle représente, avec Marie, le prototype le plus représentatif de «l'aidante naturelle».

Mais de tous les changements du mitan, c'est incontestablement la maladie de son mari et les conséquences qui s'en suivent tant au niveau de l'aide et du soutien quotidiens qu'au niveau de la crise relationnelle avec lui, que Noëlle décrit comme le changement capital de son mitan. Ce sont les difficultés dans sa relation conjugale et la profonde détresse psychologique qu'elle y vit pendant neuf longues années- à partir du début de la maladie du conjoint- qui finiront par avoir raison de sa santé psychologique et acculeront Noëlle à demander une aide professionnelle, ce à quoi elle s'était toujours refusée «par fierté», et, dit-elle, parce qu'elle est «une femme autonome».

Au niveau de sa santé physique, c'est la ménopause qui sera considérée par Noëlle comme l'un des changements majeurs de son mitan. Cependant, Noëlle n'identifie pas certaines difficultés précises de santé physique de son mitan comme des changements majeurs ou ayant provoqué un impact important sur sa santé mentale, bien que certaines d'entre elles soient des manifestations ménopausiques. Elle dit avoir connu une prise de poids au mitan qu'elle attribue à des difficultés avec la thyroïde; elle a aussi subi des palpitations, des insomnies, des étourdissements et des douleurs articulaires et osseuses. Noëlle a aussi subi l'ablation d'un kyste au sein et, pour cette raison, ne prend pas d'HTR.

Enfin, il est important de noter que Noëlle expérimente une diminution de revenus au mitan - qu'elle qualifie de légère - parce qu'elle décide de se mettre à la retraite et de cesser de garder des enfants à la maison, ce qu'elle a fait durant 20 ans, comme nous l'avons dit précédemment.. En entrevue, elle explique que c'est d'ailleurs à cause de cette diminution de revenus, et pour retrouver une certaine indépendance financière, qu'elle tient tant à ce que son mini emploi

occasionnel (gardiennage à l'école) se transforme en emploi régulier; Noëlle ajoute qu'elle a aussi donné son nom pour faire du remplacement dans un restaurant, ce qui ne marche pas très fort jusqu'ici, commente-t-elle.

Avec Noëlle, on voit donc que le portrait des principaux changements du mitan- ayant eu le plus d'impact sur sa santé mentale- reste identique, à quelques variables près, à celui que nous avons dépeint précédemment avec les six premières participantes en regard de :

- la prise en charge de proches malades ou âgé(e)s;
- la diminution de revenus;
- les difficultés relationnelles avec le conjoint;
- les difficultés de santé physiques (la ménopause pour Noëlle).

Bien que Noëlle ait aussi vécu la perte de personnes chères qui sont décédées durant son mitan, ce type de changement ne fait pas partie de ceux qu'elle évoque comme ayant eu le plus d'impact sur sa santé mentale.

L'unique changement –vécu par la majorité des participantes précédentes- qui est absent du discours de Noëlle concerne les difficultés avec les enfants devenus adolescents : il s'agit apparemment d'un trait divergent que la septième participantes partage cependant avec Lucie et Odile du groupe des six puisque celles-ci n'ont pas eu d'enfants. Mais ce n'est pas parce que Noëlle n'en parle pas que ce type de difficultés (avec les enfants devenus adolescents) n'a pas été vécu par elle. C'est que, lors de l'entrevue, la chercheuse n'a pas trouvé pertinent - pour des raisons éthiques- d'insister sur cet aspect à cause de la polarisation de l'échange sur ses trois changements majeurs et de l'extrême difficulté de Noëlle à se confier et à parler de son intimité.

De plus, pour cette septième participante, il semble que la totalité des changements qu'elle a vécus au mitan, -ceux dont elle témoigne en tout cas- se sont avérés des changements négatifs qui sont devenus des situations difficiles pour elle.

Sur la thématique des changements, nous constatons donc que les résultats obtenus avec l'analyse d'une septième entrevue permettent d'affirmer que la saturation des données est atteinte.

#### **4.3- PRINCIPALES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DU MITAN POUR LES 7 PARTICIPANTES DONT LES ENTREVUES SONT ANALYSÉES EN PROFONDEUR**

Il est opportun de répéter ce qui a été dit au chapitre de la méthodologie concernant les entrevues.

Même si les thématiques sont restées les mêmes, le contenu des entrevues est différent de celui des questionnaires quant aux difficultés de santé psychologique vécues au mitan par les participantes. L'entrevue permettait d'approfondir les thèmes, de cerner les nœuds majeurs des difficultés afin de retenir ce à quoi chaque participante accordait le plus d'importance ; l'entrevue permettait aussi d'avoir une vue d'ensemble du vécu de chaque femme, de mieux comprendre les interactions de chaque thème dans ce vécu ; l'entrevue permettait enfin de clarifier et de compléter l'information du questionnaire.

Dans cette section sur le thème des difficultés psychologiques, nous peignons un portrait d'ensemble du vécu difficile de chacune des sept participantes à travers leurs récits de vie et en nous appuyant sur la parole de chacune. Les portraits des difficultés psychologiques qui vont suivre résument donc, sous forme d'histoires de vie, la nature et les «causes» des dépressions, des détresses et des dépendances vécues au mitan par ces femmes. À noter que le mot «causes» a été utilisé dans notre canevas d'entrevue non pas dans l'esprit positiviste de l'explication «de cause à effet» mais plutôt dans l'esprit de l'approche interprétative qui tente de dégager le sens que le sujet, en l'occurrence la participante, donne à l'origine de ses difficultés. Le terme «causes» a donc été retenu dans le canevas d'entrevue pour la simplicité de sa compréhension dans la vie courante.

Ces sept histoires de vie ont été élaborées par la chercheuse à partir des réponses des participantes aux trois questions du canevas d'entrevue sur les difficultés et les situations difficiles au mitan. Ces trois questions concernaient : premièrement, les principales difficultés de santé vécues au mitan du point de vue psychologique; deuxièmement, ce qui était central pour la participante dans les «causes» des difficultés et des situations difficiles vécues au mitan; et troisièmement, si les difficultés de détresse, de dépression ou de dépendance avaient pris origine *au mitan même* (avec des changements événementiels du mitan par exemple) ou *avant le mitan*.

Les réponses émises par les participantes à ces questions de l'entrevue ont donc été classées sous la thématique des principales *difficultés* psychologiques (détresse, dépression, dépendance) pour lesquelles elles avaient été sélectionnées comme participantes à notre recherche.

Quant aux principales *situations difficiles*, – traitées aussi, dans le questionnaire et dans l’entrevue, sous la thématique des *difficultés* - nous nous sommes rendue compte, dès les premières entrevues, que les *situations difficiles* s’avéraient identiques, dans le vécu des participantes, aux principaux *changements événementiels du mitan* : il s’agissait déjà pour nous, avec cette découverte précoce, d’un premier résultat d’analyse! Comme nous venons de décrire et d’analyser cette thématique des *changements événementiels* en 4. 2, il n’y a donc pas lieu d’y revenir. Par conséquent, l’on ne traite ici, dans la section 4.3, que de la seule thématique des *difficultés* de détresse, de dépression et de dépendance.

Mais que contiennent ces étiquettes de dépression, de détresse psychologique et de dépendance à l’alcool et aux médicaments? Quelle souffrance intérieure et quels désarrois profonds expriment de tels signaux d’alarme? C’est ce que les sept récits individuels suivants vont tenter de nous dévoiler.

Dans un premier temps, dans la section 4.3.1.1, nous présentons les récits de vie des six premières participantes et nous concluons en 4.3.1.2 avec les principaux constats qui se dégagent de leur analyse : nous verrons, d’une part, les traits convergents ou communs qui se dégagent et, d’autre part, les traits divergents que nous avons pu relever.

Dans un deuxième temps, en 4.3.2.1, nous présentons le récit de vie de la septième participante et nous l’analysons dans la section 4.3.2.2 à la lumière des constats (convergents et divergents) effectués précédemment en regard des difficultés de ses consoeurs.

### 4.3.1. PRINCIPALES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES POUR 6 PARTICIPANTES

#### 4.3.1.1 SIX RÉCITS DE VIE

##### Trois récits de dépression au mitan : Gabrielle, Lucie et Yvonne

Il faut remarquer au départ que Gabrielle, Lucie et Yvonne identifient leurs dépressions majeures à la fois comme changements et comme conséquences de changements brutaux survenus dans leur vie au mitan. Au moment de l'entrevue, ces trois participantes disent se situer dans la période de la pré-ménopause.

##### **L'histoire de Gabrielle**

Gabrielle a 45 ans et déclare se situer en pré-ménopause.

Pour elle, l'origine première de la dépression majeure qui lui a fait toucher le gouffre en plein mitan remonte vingt ans plus tôt - elle a 26 ans- lorsqu'elle découvre son mari suicidé. Leur fils Thierry n'est alors âgé que de quelques mois.

Environ trois ans plus tard, Gabrielle s'engage dans une seconde union alors que le deuil de ce premier conjoint n'est ni résolu ni guéri: «...je portais beaucoup la culpabilité du suicide de X (*son premier mari*) !...J'ai fait ce mariage-là avec un suicide sur les épaules !...» (p37-1<sup>ère</sup> entrevue<sup>45</sup>).

Elle vit durant six ou sept ans avec ce deuxième conjoint qu'elle décrit comme dominateur et contrôlant, dans un climat constant de violence psychologique. Quand elle réalise que sa santé physique (hypothyroïdie, tumeur pré-cancéreuse à un sein, menstruations «épouvantables»,

---

<sup>45</sup> Les participantes du pré-test ont été rencontrées en deux entrevues. Dans ce cas, le chiffre 1 ou 2 à la suite du numéro de page réfère à la première entrevue ou à la deuxième.



sinusites constantes, fatigue) est gravement affectée par ses difficultés de couple, Gabrielle décide de divorcer :

C'est le corps qui, un moment donné, a dit : «tu vas mourir d'ici deux ans si tu fais pas quelque chose». J'avais trop de symptômes de toutes sortes, j'étais toujours chez le médecin, j'étais toujours malade, tout le temps, tout le temps (p2-1).

Quand j'ai divorcé là, je me suis délivrée d'un mari, ah vraiment très très inadéquat là...un homme violent, voyons...(elle cherche le mot juste), pas «autoritaire» comment je pourrais dire ça : tu te plies à sa façon de vivre et non à la tienne, tu sais?...très «dominant»...Très !...dominant, un homme très dominant. D'ailleurs, quand on s'est séparé, lui-même de son côté a été faire une thérapie pour homme violent...o.k....puis ça, c'est très très difficile à supporter parce que t'es toujours en train de ménager la chèvre et le chou, han ! T'es toujours en train de...comme avoir des yeux tout le tour de la tête puis à te dire : bon, on fera pas telle chose pour pas provoquer telle réaction (p6-1)

Elle ajoute plus loin (p6-1), au sujet de ce divorce, qu'il a été «un bonheur total» pour elle : « Je pense que de toute ma vie, c'était le premier geste que je faisais pour moi !» Gabrielle a alors 37 ans.

Mais ce divorce ne la soulage que partiellement et temporairement de ses difficultés car son fils Thierry vit une adolescence extrêmement perturbée et Gabrielle est «confrontée à des problèmes qui la (*te*) dépassent» : son fils adolescent a des problèmes de drogue, d'alcool, des difficultés scolaires et il fait deux tentatives de suicide dont la dernière à 16-17 ans :

Et c'est là qu'en ouvrant la porte à me donner la vie que je voulais (*son divorce*), j'ai ouvert aussi la porte à tout ce que j'avais mis en arrière : les deuils non réglés, la culpabilité énorme, énorme, énorme, énorme que je portais en moi par rapport à mon fils ; l'adolescence de mon fils qui a été très difficile : tentatives de suicide, alcoolisme, drogue, problèmes à l'école. Vraiment là !...(p3-1)

En outre, Gabrielle a obtenu la garde légale de Jérôme - le fils du conjoint dont elle a divorcé - durant la première année suivant la séparation : elle doit travailler sept jours sur sept durant un an et demi avec deux emplois (l'un à temps plein et l'autre à temps partiel) afin de boucler le budget. À cette époque, elle effectue aussi un retour aux études. C'est à bout de forces, épuisée par la lourdeur de la tâche et la responsabilité d'élever seule deux adolescents en difficultés,

qu'elle se résigne à «remettre» Jérôme—qu'elle considère comme son propre fils- à son père et ne garde avec elle que Thierry.

Selon Gabrielle, les deux événements qui ont eu le plus d'impact sur sa santé mentale au mitan - déclencheurs de sa dépression majeure - sont l'adolescence difficile de son fils et la double tâche à la maison et sur le marché du travail. Cependant, elle précise que ce qui est central pour elle dans les «causes» de sa dépression au mitan et «qui a frappé vraiment très très fort», c'est le deuil non réglé de son premier conjoint (décédé par suicide) qui a fait boule de neige et s'est amalgamé avec les graves difficultés de son fils à l'adolescence.

Quatre ans après un divorce qui l'a pourtant ressuscitée, Gabrielle fait donc une dépression majeure et c'est la mère et le fils qui sont tous les deux en détresse et suicidaires. Elle dit (p8-1) :

Quand j'ai arrêté de travailler (...) puis quand j'ai consulté le médecin, quand j'ai commencé à avoir de l'aide, si j'avais pas eu de réponse, si j'avais pas eu d'aide, je me serais suicidée parce que les pulsions suicidaires étaient extrêmement grandes ! Ah oui, j'étais vraiment au bout là...j'étais vraiment au bout, au bout, au bout !...Quand tu te réveilles la nuit puis que tu penses juste à ça là !...C'était vraiment là tu sais...les plans étaient précis...Ah oui oui ! C'était vraiment...

Gabrielle avait vécu d'autres épisodes dépressifs depuis le suicide de son premier mari, mais c'est à l'occasion de cette grave dépression au mitan (qui a duré selon elle de 36 à 45 ans), qu'elle a pu enfin guérir la blessure de ce deuil difficile qui l'avait minée durant près de 20 ans.

Elle dit (p9-1) :

La quarantaine, c'est ça ! Si tu t'occupes pas, là, ici et maintenant, des problèmes qui surviennent, c'est pas comme à 30 ans où le mécanisme se régénère tout seul un moment donné. Ça se régénère pas tout seul (à 40 ans), faut que tu prennes les moyens ! Si tu les prends pas, je pense qu'on passe à côté !

Elle ajoute plus loin dans l'entrevue (p37-38-1) :

La dépression en 99 est arrivée au mitan parce que justement, tu peux pu envoyer ça en arrière ! T'as pas le choix de faire face ! T'es rendue là dans ton étape de vie ! Mais elle traînait long en arrière là ! (...) J'imagine que, dépendamment de notre vécu, y doit y avoir quelque chose qui fait...mais je pense qu'à 40 ans, on fait face ! On n'a pu le choix !

Dans le questionnaire, Gabrielle identifie aussi l'aide à ses parents âgés et le départ de son fils de la maison comme des événements difficiles de son mitan, mais elle n'en parle à peu près pas en entrevue. D'ailleurs, elle dira que le fait que son fils (habitant maintenant Montréal) la laisse sans nouvelles - si elle ne lui téléphone pas - représente une sorte de cadeau pour elle (p12-1) :

Quelque part, c'est un cadeau qu'y me fait parce que ça me permet enfin... là moi, je suis dans une pause de ma vie ! Je tourne en rond, c'est vrai, je le sais pas où je m'en vas...Mais on dirait que je peux enfin...toutes ces plaies-là que j'ai tant traînées, puis tout ce travail-là que j'ai tant fait...Mais je suis encore en train de panser tout ça puis je suis encore en train de digérer tout ça !...Ma crise de la quarantaine est pas finie !

Sa dépression ne sera soignée qu'un an après son déclenchement parce que Gabrielle attendra d'être rendue à la dernière limite – elle aura des idées suicidaires très fortes- avant de se décider à demander de l'aide. Elle a alors effectué un arrêt de travail durant dix mois et suivi une psychothérapie. Au moment de l'entrevue en 2003, Gabrielle est retournée au travail et songe à la possibilité de prendre des antidépresseurs durant toute sa vie. Quelques années auparavant, elle a fait la rencontre d'un homme avec lequel elle habite maintenant; elle dit partager une relation satisfaisante avec ce nouveau compagnon.

Ajoutons enfin que Gabrielle a subi une ovariectomie à l'âge de 21 ans et qu'elle a refusé, au mitan, l'hystérectomie que lui proposait son gynécologue : elle a dit préférer vivre avec un fibrome et garder son utérus car, pour elle, l'hystérectomie aurait porté atteinte à son identité de femme :

Parce que moi j'aurais aimé avoir plusieurs enfants. D'être rendue à 45 ans, puis c'est fini...ça, je trouve ça très difficile! Donc, une des raisons pour laquelle j'ai pas voulu me faire opérer quand le gynécologue voulait m'opérer pour l'hystérectomie, c'était que je voulais garder mes menstruations le plus longtemps possible! (...) Peut-être que c'est vrai qu'on se sent libérée quand on n'a plus de menstruations mais là je me dis : comment je vais

savoir où je suis rendue, tu sais (rires)... Tu sais, depuis l'âge de 11 ans (*que*) ta vie est réglée avec ça!(rires). Me semble que quelque part y va me manquer quelque chose! Pour moi, c'est ma féminité qui est dans tout ça!...Je suis une femme parce que je peux concevoir, parce que j'ai des seins, parce que suis menstruée, parce que je peux concevoir! (...) C'est très très fort chez moi, là! J'ai jamais rêvé d'avoir un pénis! J'ai toujours été ben contente d'être une fille! (rires).

### **L'histoire de Lucie**

Lucie a 49 ans, pense se situer en pré-ménopause mais elle n'en est pas certaine. Elle est mariée depuis l'âge de 35 ans et n'a pas d'enfants bien qu'elle dit avoir quasiment élevé ses neveux et ses nièces (p14).

Pour Lucie, la dépression (majeure) est apparue trois mois après le décès de sa mère dont elle était la confidente et le principal soutien et 19 mois après le décès de son père, un homme alcoolique et violent. Lucie affirme que c'est le décès de sa mère qui a causé sa dépression.

Parmi les six enfants de la famille (quatre filles et deux garçons), c'est Lucie qui a osé le plus se confronter à ce père qui était violent «autant verbalement que physiquement» (p22) : elle dit que «c'était lui qui était le maître dans la maison puis les autres avaient pas le droit à la parole».

Lucie dit qu'elle n'a pas eu peur d'encaisser les coups et elle sera même frappée par son père alors qu'elle est au seuil de la quarantaine et mariée (p22) :

Jamais j'ai eu peur de lui ! Y m'a frappée assez souvent ! Puis non, j'ai- comment je te dirais ben donc ça- j'avais pas peur !...Je me disais, en réalité je me disais : peu importe ce qui va arriver...T'écrases maman mais moi tu m'écraseras pas ! Puis la dernière fois qu'y m'a touchée, c'est quand même...ça fait pas ben ben des années, ça fait 10 ans de ça, en 93 !...Oui !

*-Vous aviez donc 39 ans.*

*-39 ans. J'étais mariée !*

Lucie est fière de dire que, toute sa vie, même après son départ de la maison familiale, elle a pris sa mère en charge, l'a soutenue et l'a défendue contre un mari qui la violentait et la battait.

Et, durant la maladie qui va emporter sa mère, elle s'en occupe quotidiennement (p1) :

Les six derniers mois-là, je me suis occupée d'elle continuellement là, chaque jour. Même ça faisait des années que moi, ma mère, aussitôt qu'elle avait besoin de quelque chose, elle m'appelait. Là j'y allais, je passais comme mes samedis après-midis... Je passais ça avec elle...Après son départ là, ça été un gros changement parce qu'elle était plus là ! Ça fait que là, le samedi pour moi, y avait comme un vide là...Ça été assez dur psychologiquement...

Quand sa mère décède, Lucie dissimule l'impact du choc psychologique de cette perte sur elle afin de ménager ses frères et sœurs et elle endosse le leadership affectif de la famille : c'est trois mois plus tard qu'elle tombe en dépression, la première dépression de son existence (p1) :

Le plus important (*changement*), ça été le moment où j'ai perdu ma mère. Ça, ça été un choc émotionnel assez fort pour moi...Ça m'a même amenée à une dépression...J'ai eu ma réaction beaucoup plus tard où ça s'est passé et puis je me disais en moi-même : faut que j'essaie de leur montrer que je suis quand même assez forte, là tu sais, étant donné que j'avais été avec ma mère...

Cette dépression l'amène en psychothérapie, ce qui lui permet de dire enfin, pour la première fois de son existence, la souffrance et la violence qu'elle avait vécues et toujours tues (p26) :

M. X (*nom du travailleur social*), c'est le premier que j'ai rencontré...c'est lui qui m'a dit en dépression après le décès de ma mère...Et puis, ils (*les travailleurs sociaux*) m'ont tellement fait parler, là, tu sais, que c'est là que je me suis, tu sais, comme vidé le cœur !...Y avait tellement de choses que je parlais pas ! Tout ce qui s'était passé avec mon père, j'en ai jamais parlé à l'extérieur...

Deux ans après la mort de sa mère et le début de sa dépression, alors qu'elle est toujours sous antidépresseurs, Lucie commence aussi à connaître de graves problèmes de santé physique «tous sortis quasiment en même temps» (p7) : angine, embolies multiples dans les deux jambes, fibromyalgie, ce qui l'oblige à un arrêt temporaire de travail d'une durée d'un an. Certaines manifestations pré-ménopausiques apparaissent aussi à cette époque : elle a des bouffées de chaleurs, des migraines et est «menstruée durant deux/trois semaines par mois» (p10), ce qui la convaincra de subir deux thermorégulations de l'endomètre (inefficaces selon elle). Lucie explique que ses problèmes physiques de santé cumulés avec les difficultés qu'elle éprouve avec les compagnies d'assurances provoqueront une deuxième dépression (p29): «Un moment donné

là, j'étais plus capable de supporter ça, là ! Y en avait trop ! Tout me tombait sur la tête en même temps, là !»

Après son retour au travail progressif de quelques mois, l'employeur l'avise brutalement de sa mise à pieds, après 22 ans de service. Lucie dit que ce congédiement a été «comme une bonne claque dans face» (p9) et qu'elle a été «traitée comme une moins que rien» (p16) malgré une ancienneté de plus de 20 ans. Ce congédiement, profondément injuste pour elle, l'oblige à avoir recours à l'aide sociale et à effectuer une réorientation professionnelle. Ce congédiement sera aussi identifié par Lucie comme un changement majeur et une autre difficulté capitale de son mitan : au moment de l'entrevue, cette participante se cherche un emploi dans le nouveau domaine où elle s'est recyclée.

Même si elle a suivi une psychothérapie personnelle (et une thérapie conjugale à un certain moment de sa dépression) et même si elle prend toujours antidépresseurs et tranquillisants, les situations difficiles (maladies et perte d'emploi) qui se sont accumulées après la mort de sa mère ont rendu Lucie fragile, six ans après le début de sa dépression (elle n'aura cependant pas d'idées suicidaires). Au moment de l'entrevue, Lucie nous informe que son médecin lui a dit qu'il attend encore un an de stabilité au niveau de sa santé psychologique avant de retirer les antidépresseurs qu'elle prend maintenant à une dose minimale. Pour Lucie, il s'agit d'une première dépression et cette première dépression est apparue au mitan.

## L'histoire d'Yvonne

Yvonne a 45 ans et croit se situer en pré-ménopause mais elle n'en est pas complètement certaine car elle a subi l'ablation de son utérus il y a huit ans, soit à 37 ans, et elle a aussi subi l'ablation d'un ovaire à 38 ans.

«Moi, j'aurais jamais pensé que c'aurait été difficile de même d'avoir 45 ans !»(p4), s'exclame Yvonne en entrevue. Pour elle, en effet, le mitan lui apporte sa première dépression, causée d'abord, dit-elle, par des deuils à répétitions et par le fait qu'elle n'a pu les vivre à fond. Dans les huit dernières années, Yvonne raconte avoir perdu cinq personnes qui lui étaient chères : son grand-père d'abord, puis son père et sa mère (sa confidente) en l'espace d'un an jour pour jour, ensuite sa grand-mère (qui l'aide beaucoup après la mort de sa mère) et enfin, son dernier conjoint. Yvonne avait aussi perdu un frère et un premier conjoint, le père de ses enfants, quatorze ans plus tôt. Or, tous ces deuils n'avaient jamais pu être profondément vécus et vraiment achevés : Yvonne explique qu'elle ne s'est pas permis de pleurer et de vivre ces deuils parce qu'elle se devait d'être forte afin de consoler les siens (p. 28) :

...si je m'installerais là puis je pleurerais là, j'en aurais pour au moins 2 jours à pleurer sans fin !...Pour tout sortir, tout ce que j'ai à sortir...ouf ! C'était quand le père de mes enfants est décédé (*14 ans plus tôt*), j'ai pas voulu pleurer pour les enfants !...J'ai voulu être forte pour les enfants !...Y est décédé en 89, la même année que mon frère. Mon frère est décédé en mars 89, puis en août, 5 mois plus tard, c'était mon mari qui décédait...Ça fait que même pour mon frère non plus là (*je ne voulais pas pleurer*)... je voulais être forte pour papa puis maman, tu sais...Ben pour les enfants, c'est pareil ! Ouf ! Mais un moment, c'est ben beau être fort !...Même quand mon père est décédé, ben j'ai pas voulu trop trop pleurer, je consolais ma mère !...J'étais avec ma mère puis je la consolais...

De plus, dans les cas de ses deux conjoints et de sa mère- tous trois morts du cancer-, c'est Yvonne qui s'est occupé d'eux dans leurs maladies et qui les a accompagnés jusqu'à la fin. Cependant, Yvonne a aussi pris conscience que ces deuils non résolus ne sont pas les seuls

éléments explicatifs de la détérioration de sa santé au mitan : selon elle, les difficultés de ses relations conjugales et familiales, vécues lors de son dernier mariage, ont aussi été pour beaucoup dans la détérioration de sa santé :

Au décès à X (*son dernier conjoint*), ça été comme une libération pour moi ! (p17).

J'ai compris ben des choses... que cette relation-là avait pas été bonne pour moi !...C'est le début...c'est là que ma santé a commencé à se détériorer. Je me suis aperçue que je me suis...parce que c'est une famille reconstituée...les enfants à X (*le dernier conjoint*) y m'acceptaient pas trop trop...Puis ça fait que c'est là que (...) toute l'énergie que j'avais en moi qui était bonne, je l'ai donnée à cette personne -là ! Puis j'ai jamais rien eu en retour...jamais jamais rien eu en retour...Ça fait que c'est là que ma santé a commencé à se détériorer (...). C'est pour ça que je vous dis : quand X est décédé, ça été comme une libération pour moi ! Mais le mal était déjà fait pour ma santé ! (p29)

Yvonne dit que son dernier mari, avec lequel elle a vécu durant sept ans, était alcoolique et «colérique» et qu'elle se devait d'être soumise et d'acheter la paix (p 17) :

Avant, j'étais soumise han ! Y me disait : tu vas faire ça, - oui, ok ! faut le faire pour pas entendre chialer !...pas entendre bavasser derrière moi en plus (...). J'étais soumise, puis là, maintenant, j'ai appris à m'affirmer un peu puis j'ai appris à dire non ! Puis ça, c'est arrivé après le décès de X (*son dernier conjoint*). Au décès à X, ça été comme une libération pour moi !

C'est lorsque nous l'interrogeons, en entrevue, sur le fait qu'elle n'a pas coché l'item de l'agressivité dans le questionnaire (à la question 3.1 sur la détresse), qu'Yvonne nous parle du climat de violence psychologique – sans l'identifier dans ces mots - de cette dernière relation conjugale (p63) :

J'ai un peu de colère en moi mais... c'est parce que j'ai tellement vu quelqu'un être en colère : mon ex-conjoint, X, qui est décédé, c'était un colérique. Y faisait des colères pour rien ! Je pouvais pas y faire à manger, y était pas content ! Y *pitchait* ça après le mur, je mange pas ça, j'aime pas ça ! Ça fait que je me suis dit : jamais au grand jamais que moi je vas me mettre en colère ! Quand moi je vas avoir du ressentiment, ça sert à rien...tout ce que ça fait, ça détruit la personne qui est avec toi ! Ça fait que...je trouve pas ça utile !

Yvonne dit aussi que ses propres enfants n'aimaient pas leur beau-père, «un gars qui prenait beaucoup beaucoup de boisson» (p. 2) et que c'est d'ailleurs pour cette raison que son fils a



quitté la maison à 17 ans, un départ qu'elle a «eu de la misère à accepter» (p2), qui lui a causé une énorme peine et beaucoup d'inquiétude. Elle réalise *a posteriori* qu'elle s'est remariée avec cet homme par peur de la solitude et qu'elle n'aimait pas vraiment ce dernier conjoint:

Ça fait deux ans (*le décès de son dernier conjoint*). Puis, c'est ça, ça été comme un soulagement. J'ai dit : mon Dieu, je viens de me sortir d'un carcan ! C'était un carcan que j'avais autour de moi ! Je me suis aperçue, j'ai pris conscience de ça avec Madame X (*sa travailleuse sociale*) : j'aimais pas cet homme-là. J'avais besoin d'une compagnie, je voulais pas être seule. C'est ça. C'est tout simplement ça...(18)

Après la mort de ce dernier conjoint, Yvonne se retrouve donc seule. Elle est alors physiquement loin de ses enfants et sans sécurité matérielle :« A fallu que j'apprenne à me débrouiller toute seule avec l'argent que j'avais...Je vas vous dire que je compte, je compte puis je compte»(p61).

Yvonne croit améliorer son sort en prenant la décision de changer de région, de quitter la Gaspésie et de venir habiter avec sa fille qui étudie dans une petite ville du Bas-du-Fleuve. Tout est alors à refaire pour elle, et ce, autant au niveau financier et matériel qu'au niveau relationnel puisqu'elle ne connaît personne dans cette ville nouvelle. Pour s'intégrer, elle fait d'abord du bénévolat à la Bibliothèque municipale et à la Société St-Vincent-de-Paul et doit cesser ce bénévolat quand elle trouve un emploi.

Alors qu'Yvonne détient une scolarité collégiale et un début de scolarité universitaire, elle ne peut trouver, dans sa ville d'adoption, qu'un emploi de préposée dans un super-marché, rémunéré au salaire minimum et exécuté surtout dans des conditions de travail pénibles et abusives. (L'une des intervenantes du CLSC de cette ville nous apprend que d'autres employé(e)s de cette entreprise ont été soigné(e)s pour burn-out à cause d'une organisation de travail «broche à foin», comme par exemple de n'être informé(e)s de leur horaire qu'une semaine à l'avance). Dans son département, Yvonne a comme «boss» une jeune fille de 23 ans

«qui se prend pour quelqu'une d'autre», dit-elle, et par qui elle se sent dévalorisée. Lorsque Yvonne se fait une entorse à l'épaule en travaillant, son refus d'une nouvelle affectation de son employeur, dans un secteur de travail qu'elle déteste, provoque son congédiement.

Entre-temps, la fille d'Yvonne - que celle-ci considère comme sa confidente et son soutien moral - a déniché un emploi à Montréal à la fin de ses études et a quitté sa mère. Yvonne décide tout de même de rester dans sa ville d'adoption et c'est après le départ de sa fille que se déclenche sa dépression majeure (p20-21) :

C'est difficile (*les symptômes de dépression*) depuis...Ça a commencé (...) quand ma fille est partie !...

J'ai, je pense en tout cas, que j'ai appris à *dealer* avec ma solitude !... Mais !... des fois, qu'elle est pesante ! Elle est vraiment pesante !...Puis là, quand ma fille est partie là...- j'aurais aimé la garder avec moi mais j'ai pas pu... - elle a sa vie à vivre, je la comprends, elle a 21 ans, elle a sa vie à vivre...

:

Selon Yvonne, c'est ce travail de préposée avec ses conditions abusives qui est l'élément déclencheur de sa dépression et qui finit par avoir raison de sa santé physique et psychologique. Yvonne se retrouve en burn-out/dépression pour la première fois de sa vie, elle qui avait toujours été si forte pour tout son entourage. Elle ne se reconnaît plus. Elle est d'autant plus fragilisée qu'elle se retrouve à peu près seule, dans un milieu où ses repères affectifs sont récents et peu nombreux (un nouvel amoureux qui refuse de s'engager avec elle et une unique amie) et où sa situation financière déjà précaire bascule dans la pauvreté : son maigre salaire est presque en totalité investi dans son loyer (un 5 1/2 non chauffé et non éclairé à \$495 par mois) qu'elle tient fortement à garder parce qu'elle dit qu'elle étoufferait dans un logement plus petit. Yvonne préfère se priver pour garder son 5 1/2 et pour boucler le budget, et effectivement, elle se prive de nourriture et vit dans une grande insécurité financière :

C'est l'inconnu surtout au point de vue monétaire ! Je me dis : je vas-tu être capable de continuer à payer mon logement ?... Je vas-tu être capable de continuer à faire çà, çà...manger ?! (*soupir*) Çà, je peux *dealer* avec çà parce que j'ai perdu beaucoup beaucoup l'appétit...puis j'ai perdu beaucoup de poids aussi...(p14)

Je peux pas me permettre des sorties, je peux pas me permettre de m'habiller, puis, point de vue nourriture, c'est rien que le strict nécessaire ben souvent.(p61)

Yvonne nous confie qu'elle se prive même de médicaments essentiels prescrits par son médecin pour régulariser sa tension artérielle et qu'elle doit parfois attendre un certain temps avant de pouvoir renouveler sa prescription d'antidépresseurs :

...elle (*son médecin*) m'avait prescrit un médicament (*pour la tension artérielle*), puis là j'y ai pas dit, mais là j'ai pas été le chercher !...Je me suis informée des prix, je le trouvais trop cher, çà fait que...(p64)

(*Au sujet des antidépresseurs*)Çà coûte cher, çà coûte cher par exemple ! (*en pleurant*) : je peux pas toujours aller les chercher des fois ! (...) Çà coûte 50 dollars et 60 par mois ! (...) Je suis pas capable des fois...(...) des fois je peux être une semaine sans les prendre. Faut que j'attende d'avoir des sous pour aller les chercher !...Puis quand je les prends pas, je m'en aperçois, je file pas bien...J'ai tout le temps envie de pleurer ! (p5)

Cette participante vient tout juste d'être congédiée par son employeur lorsqu'elle se présente, en larmes, à l'entrevue. Elle est alors dépassée par l'ampleur des problèmes qui s'abattent sur elle. Après avoir suivi durant six mois une psychothérapie et une thérapie médicamenteuse avec les antidépresseurs, elle était retournée au travail parce que sa période de chômage due à la maladie était expirée ; de plus, il lui était impossible de planifier des rencontres thérapeutiques avec la travailleuse sociale du CLSC à cause de son horaire de travail imprévisible. Yvonne pense qu'elle est retournée travailler trop tôt. Elle est toujours sous médication des antidépresseurs que son médecin pense lui prescrire pour 3-4 ans encore, dit-elle. Quant aux idées suicidaires, elle reconnaît en avoir mais affirme qu'elle ne passerait pas à l'acte (p15) :

- J'ai dit à mon *chum* hier, j'y dit : je pense que je serais ben mieux six pieds sous terre !
- *Y pensez-vous souvent à çà ?*
- Ces derniers temps, je me dis : çà règlerait tous mes problèmes !...Je le ferai pas ! Je passerai pas à l'acte là, parce que c'est pas dans mes principes spirituels de faire çà.

Au moment de l'entrevue, Yvonne ne savait pas si elle resterait dans sa ville d'adoption ou si elle partirait vers la région de Montréal où se trouvent ses enfants : elle disait que cela dépendait de l'évolution de sa récente relation amoureuse et, que, de plus, elle voulait se «prendre en mains» avant de retourner près de ses enfants. L'intervenante du CLSC qui nous a référée Yvonne comme participante à cette recherche nous a appris que le nouvel amoureux d'Yvonne l'avait quittée quelque temps après notre rencontre en entrevue.

### **Un récit de détresse psychologique au mitan : Marie**

#### **L'histoire de Marie**

Marie a été sélectionnée comme participante à cette recherche pour témoigner de ses difficultés de détresse psychologique. Cette détresse se manifeste chez elle sous forme d'états anxieux divers, notamment par une peur d'exprimer ce qu'elle pense intimement et par une difficulté d'élocution : le mouvement de la parole de Marie est souvent interrompu, des mots et des phrases sont commencés et non terminés, des idées sont abandonnées et Marie passe souvent du coq à l'âne, d'un sujet à l'autre. Cette participante est consciente de sa difficulté d'expression : elle dit que cette difficulté de s'exprimer est propre à sa famille et qu'elle a appris très jeune à ne pas parler pour éviter la chicane de même qu'elle a appris toute petite à vivre dans l'insécurité psychologique :

...je me suis tout le temps sentie pas sécurisée. C'est peut-être parce que ma mère était malade aussi. Elle était souvent à l'hôpital, j'avais tout le temps peur qu'elle meure ! Puis tout le temps peur !...(p 21-1)

On dirait que j'avais assez peur de parler là, puis que les autres me disent : elle est donc ben naïveuse ! (...)

Maman, des fois, c'est ça, des fois, elle disait tout le temps : c'est mieux pas trop parler, comment je dirais...pour pas que ça fasse de la chicane. (...)...des fois je disais : mon Dieu, ça vas-tu faire de la chicane, j'aurais dû dire ça... (p 31-1)

Nous savons que la détresse psychologique est associée aux états dépressifs et aux états anxieux (Guyon, 1990). Il ne faut donc pas s'étonner si Marie fait référence, dans le questionnaire et dans l'entrevue, à ses divers épisodes de «dépression». Effectivement, dans le questionnaire, elle déclare avoir vécu non seulement de la détresse, mais aussi des dépressions (diagnostiquées par le médecin) de même qu'une dépendance aux médicaments. Nous avons déjà remarqué au chapitre précédent (dans la présentation des résultats des questionnaires) comment plusieurs des participantes déclarent avoir vécu les trois types de difficultés (dépression/détresse/ dépendance) bien qu'elles aient été sélectionnées, au départ de cette recherche, pour une seule de ces difficultés, considérée comme leur difficulté principale par l'intervenant(e) de référence.

Marie identifie ses difficultés psychologiques à la fois comme des changements importants et à la fois comme des conséquences de changements majeurs survenus dans sa vie au mitan.

Lors de l'entrevue en 2003, Marie a 46 ans. Elle a vécu une ménopause chirurgicale à 34 ans, au moment où elle entrait dans l'étape du mitan. Elle raconte avoir vécu dans sa vie trois épisodes de dépression . D'abord en 1974, juste avant son mariage à 18 ans (elle avait des problèmes de possessivité et de jalousie et elle ne s'aimait pas beaucoup dit-elle (p 8-1)).

Puis, Marie vit un autre épisode dépressif vers la fin de la vingtaine, autour des années 1982-1984, après avoir déménagé de sa ville natale et s'être éloignée de ses parents : ses deux premières enfants sont alors en bas âge, elle se sent très seule (le mari est occupé à bâtir la maison) et s'ennuie de ses parents, particulièrement de sa mère qui est sa confidente. Marie tombe enceinte d'une troisième enfant alors qu'elle se sent étouffée et débordée avec les deux premières, particulièrement avec l'une qui commence à avoir des difficultés de comportement.

Enfin, le troisième épisode dépressif de Marie survient au début des années 90, soit à la mi-trentaine, au début de son mitan: les difficultés avec ses deux filles aînées devenues adolescentes s'amplifient et, après l'hystérectomie-ovariectomie – causée par l'endométriose- qui induit une ménopause précoce, Marie raconte qu'elle vit une dépression causée par les difficultés avec ses deux filles (et non à cause de l'ablation de son utérus et de son unique ovaire, dit-elle). Marie reconnaît cependant que son image d'elle-même et sa libido sont affectées par les conséquences de cette intervention chirurgicale (p14-15-1) :

C'est plus avec les relations (*sexuelles*) là tu sais (*qu'il y a eu des difficultés*). (..) Ça me disait pu rien, puis là c'est certain que mon mari...c'était pas tout le temps facile là.

(...)

...ben notre peau change (...) Mon image..., je m'aimais moins là, me semble, je le sais pas là, j'étais plus molle, plus (*en riant*), tu sais, c'est dur à dire mais...je m'aimais moins là aussi...Je le sais pas si c'est parce qu'il me manquait quelque chose aussi que...tu sais, que moi, au fond de moi, je le sais pas...

En 1994, l'achat d'une compagnie vient améliorer la situation financière de la famille - Marie y travaille une dizaine d'heures par semaine - . Mais cet événement provoque l'absence régulière, loin du foyer, de son conjoint, ce qui devient de plus en plus lourd pour Marie. En effet, les difficultés psychologiques de ses deux filles adolescentes sont maintenant identifiées: anorexie pour l'une et trouble de personnalité (personnalité «borderline» ) pour l'autre : ce sont ces graves difficultés de ses deux filles que Marie identifie clairement comme la cause première de sa dépression du mitan. Et c'est plus particulièrement la maladie de sa fille souffrant d'un trouble de personnalité qui affectera davantage Marie car l'adolescente aura, durant longtemps, des idées suicidaires. Marie assume seule la responsabilité de s'occuper de ses filles, son conjoint étant absent le plus souvent. Elle se sent complètement dépassée devant l'ampleur et la gravité de ces difficultés et elle se sent coupable des maladies de ses filles surtout envers Nadine, celle qui est atteinte d'un trouble de personnalité :

*(Parlant de sa fille Nadine qui a, très jeune, des difficultés de comportement)...tu sais, des fois je dis : elle était peut-être pas si pire, c'était peut-être moi aussi, j'étais comme dépressive un peu puis j'avais de la misère à m'endurer...(p4-1).*

*(Parlant toujours de sa fille Nadine) J'étais peut-être trop (mot inaudible)....., je le sais pas trop là, trop possessive là ? je le sais pas. (p11-1).*

*(Parlant encore de sa fille Nadine) ...avant, je me sentais coupable, j'étais plus maligne avec elle (...) je disais, Nadine, tu sais, c'est certain je suis plus maligne avec toi, c'est pas parce que je t'aime moins, mais tu viens me chercher puis t'arrêtes pas !....(p73-1).*

Ce dernier épisode dépressif de Marie se poursuivra durant toutes les années 90 et le début des années 2000, au moment où celle-ci prend en charge ses parents âgés, ce qu'elle identifie comme la seconde difficulté majeure de son mitan.

En effet, en 2000, ses parents âgés et malades déménagent plus près d'elle, dans une résidence pour personnes âgées. Marie dit aussi avoir fait difficilement- comme eux d'ailleurs- le deuil de la maison familiale. Elle se sent responsable de ses deux parents et vit difficilement leur douleur du déracinement ainsi que leur souffrance d'être obligés de vivre séparément à cause de l'état de santé de la mère (qui souffre d'Alzheimer et de Parkinson). Comme Marie est l'enfant de la famille qui se trouve le plus disponible et le plus proche des parents, elle s'en occupe beaucoup, particulièrement de sa mère (dont elle a toujours été très proche) qu'elle va faire manger chaque jour.

Marie nous confie qu'à une époque, elle s'est sentie complètement débordée par la surcharge de l'aide simultanée à apporter à tous ces proches en difficultés :

*...tout le monde m'en demandait partout là tu sais, fallait que je sois avec lui (son mari), fallait que je sois avec mes parents, avec les enfants...puis là je me suis aperçue ben que ...fallait que je pense à moi aussi là...(.) ..j'ai pris conscience (...) que ça arrêtais pas...Tu sais, je pouvais plus fournir là...(p 25-26-1)*

*...c'est parce que c'était trop là. Ça ne finissait pu ! Tu sais c'est, puis moi je passais quasiment mon temps à essayer...puis là après, j'étais épuisée...(p 32-1)*

...J'ai pas toute dit là...un bout de temps, ça arrêta plus ! Même ma sœur, elle disait : «Je sais pas comment tu fais !» Y avait Éliane, y avait Nadine (*ses 2 filles en difficultés*), y avait mes parents, y avait ses parents (*ceux de son mari*), son père est décédé aussi ..., sa mère a eu un accident d'auto, elle a été malade, tu sais fallait...Puis mon mari y a tombé en bas de son camion, y avait une épaule disloquée puis (...) en même temps y avait papa qui (*n'allait pas bien*)... Je me souviens que...c'était dans le temps que maman a sortira plus (*de l'hôpital*).. puis y pleurait !!!...moi je venais que je savais pu quoi faire ! (p 56-1)

C'est vers 1998 que Marie consulte, effectue une thérapie personnelle de même qu'une thérapie conjugale durant un an : les conjoints se sont maintenant rapprochés et retrouvés- surtout depuis le départ de leurs deux filles aînées- bien que Marie trouve son compagnon un peu possessif : il ne veut rien faire sans elle, dit-elle. À noter que Marie a eu «de la misère» à vivre le départ de sa fille « la plus vieille » mais elle a aussi été inquiète que sa seconde fille ne puisse et ne veuille partir de la maison à cause de ses problèmes psychologiques (p 29-1). C'est aussi vers 1998 que Marie commence à prendre des antidépresseurs, thérapie médicamenteuse qu'elle poursuit toujours au moment de l'entrevue en 2003. Marie explique qu'elle a peur de ne plus pouvoir se passer des antidépresseurs (elle s'en considère dépendante), de la même façon qu'elle ne peut se passer de l'hormonothérapie de substitution, elle qui «n'aime pas trop prendre des pilules».

Depuis quelque temps, Marie commence à se sentir un peu mieux, moins étouffée par la responsabilité et la prise en charge de nombreux proches. Elle a perdu sa mère il y a deux ans et son père vient de décéder, trois mois avant notre rencontre en entrevue. La cadette des filles de Marie vit toujours chez ses parents mais les deux filles aînées ont maintenant quitté la maison (les parents paient cependant leurs loyers).

Marie a réussi à prendre passablement ses distances par rapport à ses filles et surtout par rapport à leurs problèmes. Elle dit (p 61-2) : « ...tu sais, on trouve ça dur quand y reviennent (*rires*)...,



on aime ça qu'y reviennent nous voir, mais pas pour rester !» Marie reste cependant assez inquiète pour sa fille Nadine qui, à 22 ans, vit une relation de couple parfois difficile et attend un enfant. Elle se dit aussi angoissée par les ennuis de santé de son conjoint et, au moment de l'entrevue, cette participante ressent une certaine insécurité économique car l'avenir financier de la petite entreprise familiale est dépendante des fluctuations de l'industrie du bois (p63-1) : «...On est insécure parce qu'on sait pas, le moulin, si ça va fermer là, tu sais, si ça va se vendre...on vit un peu d'insécurité dans ce temps-ci...».

### **Deux récits de dépendance ou de comportements addictifs au mitan**

#### **Danièle et Odile**

À noter que Danièle et Odile identifient leurs comportements addictifs non comme des changements mais plutôt comme des conséquences aux changements négatifs survenus dans leurs vies au mitan.

#### **L'histoire de Danièle**

Danièle a 53 ans. Elle croit être ménopausée mais n'en est pas certaine car elle a été hystérectomisée. De plus, elle dit que les symptômes du syndrome de fatigue chronique qu'on lui a diagnostiqué se confondent avec certaines manifestations de la ménopause (fatigue, bouffées de chaleur, migraines).

Danièle raconte que c'est au tout début de son mitan, à 34 ans, que sa vie a basculé lorsqu'elle apprend le suicide de l'un de ses frères (il a 30 ans), le premier d'une fratrie «tricotée serrée» à décéder et ce, de manière tragique. L'année suivante, après une période éprouvante que Danièle qualifie d'«enfer», où elle s'occupe beaucoup de sa mère paralysée et atteinte d'Alzheimer,

celle-ci décède à son tour. Danièle, qui en est très proche, explique qu'elle avait encore besoin de sa mère. Elle fait alors, à 36 ans, une grave dépression/ burn-out et devient même suicidaire. Elle précise que c'est à partir de cette époque qu'elle ne sera plus jamais la même et que ce sera «toujours noir dans (s)a vie» (p 42-1). C'est à cette époque qu'elle commence la prise quotidienne, à dose thérapeutique, des tranquillisants afin de calmer son anxiété et de dormir.

Danièle est mariée depuis l'âge de 18 ans- croyant au «mariage pour le meilleur et pour le pire»- à un homme qu'elle décrit comme alcoolique et violent et qui a été la majeure partie du temps absent :

J'ai passé des veillées toute seule. J'ai passé des Jours de l'An toute seule. J'avais eu mon petit bébé qui avait deux mois, j'ai passé ça toute seule, y était parti sur la go, je ne savais même pas où y était. ( p 45-1)

*(elle parle de son journal intime qu'elle relit parfois) ...Ah, je suis toujours toute seule là, puis là, je lis: mon mari est encore rendu à l'hôtel ! Puis là...je suis toute seule avec les enfants, puis...(p 41-2)*

Cette vie de couple, qu'elle identifie comme l'une des difficultés majeures de son mitan, semble avoir été pénible depuis ses débuts : elle y a vécu une grande solitude et un vide affectif extrêmement souffrant et c'est avec une colère contenue qu'elle en parle à quelques reprises :

Ah oui, je peux te dire que ça été des années *(de 36 ans à aujourd'hui)* qui ont été très très difficiles ! que peut-être c'est à peu près depuis deux ans là que je peux dire que je commence juste à être un peu mieux, **un peu** mieux...(...) C'était vraiment pas facile. J'ai passé des hivers toute seule. Puis ça j'ai trouvé ça dur : mes enfants qui soient parties, mon mari qui a parti. C'est moi qui s'occupait de la maison, j'avais pas le temps de sortir, j'avais pas le temps de rien sauf de garder la maison. (p 46-47-1)

*(Au mitan)*, je trouvais pas la vie belle premièrement !...Je trouvais pas rien de beau ! Même si j'avais mes enfants, je me demandais si un jour j'allais avoir une vie normale comme tout me monde...parce que je voyais des femmes avec leur mari qui partaient, y allaient prendre une marche, qui allaient au restaurant...mais moé, j'avais pas connu ça moi dans ma vie ces choses-là !...(p19-2)

Au début de son mitan, Danièle vit aussi beaucoup d'inquiétude à l'égard de sa deuxième fille qui, à 15 ans, subit de la violence psychologique et physique de la part d'un garçon qu'elle fréquente :

...ma deuxième fille s'est fait battre par des chums qu'elle avait ! (...) Elle sortait avec un gars qui était quand même plus vieux. Y était tellement jaloux, possessif là, y voulait même pas qu'on se parle entre moi pis elle. J'avais un petit chien, il voulait pas qu'elle parle au chien ! Pis quand on n'était pas chez nous, y la battait ! Puis y a déjà voulu la faire débarquer sur la transcanadienne (...) parce que là y trouvait qu'elle regardait trop le monde, tu sais. Voyons donc ! Ça là, moi je l'ai pas su à ce moment-là. Jusqu'à temps qu'il lui fasse des menaces : «Là, je vais aller me tuer !» Là je lui ai dit : là, ça va faire ! Si y veut se tuer, qu'y aille se tuer ! Mais là toi, ça va faire aujourd'hui là ! Elle était toujours habillée à manches longues tout le temps tout le temps ! (p48-1)

Danièle ne parle pratiquement pas, en entrevue, du départ de ses enfants de la maison sauf pour évoquer brièvement qu'elle a «trouvé ça dur» : probablement parce que ses filles habitent près d'elle et qu'elle les voit régulièrement.

Dans la quarantaine, d'autres événements difficiles attendent Danièle: en 1995<sup>46</sup>, elle subit une hystérectomie et fait ensuite face à une autre dépression. En 1997, elle fait faillite avec un commerce, perd sa maison et se retrouve prestataire de l'Aide sociale, tout en devant prendre soin d'un mari devenu désormais inapte au travail et immobilisé au foyer pour cause de maladie. En 1999, Danièle perd un deuxième frère par suicide (il a 45 ans). Ces deux derniers événements –cette faillite et ce second suicide- auront un effet dévastateur sur elle.

En effet, la difficulté que Danièle considère comme la plus importante et la plus souffrante de son mitan, c'est de faire le deuil de ses deux frères, particulièrement de celui qui s'est suicidé à 30 ans. Elle arrive difficilement à accepter les décès tragiques de ces êtres chers (p 25-1) :

---

<sup>46</sup> Dans le questionnaire, cette participante situe son hystérectomie en 1992, à l'âge de 42 ans. Nous retenons donc qu'elle a subi cette intervention entre 42 et 45 ans approximativement.

J'ai accepté aujourd'hui, j'accepte aujourd'hui. Parce que ça pas été facile à accepter. Ça, ça été un changement dans ma vie, accepter. Y ont voulu partir...parce qu'ils étaient pas obligés de partir, mais y ont décidé de partir. Ça, j'ai accepté ça aujourd'hui, c'était leur choix puis je peux plus changer ça.

Par ailleurs, la confrontation brutale avec les difficultés financières (qui sont allées jusqu'à la pauvreté), de même que le deuil de la sécurité et de l'autonomie financières qu'elle avait déjà connues n'ont pas été faciles à vivre non plus pour cette participante. Danièle précise avec une profonde tristesse qu'elle «a manqué de manger» (p 6-1) et elle ajoute (p 8-1) :

Moi, j'ai toujours eu peur de manquer d'argent dans ma vie, depuis que je suis mariée. Puis là là, c'est quand ça arrivé ça là là, ça aussi ça été une grosse chose ça. Moi, manquer d'argent là...Faut pas que je manque d'argent ! J'ai tellement...c'est une sécurité pour moi de l'argent tu sais. Mais là, on est au compte-gouttes comme on dit. Quand même je voudrais en avoir plus ?

Enfin, on découvre en 2001 que Danièle est atteinte du syndrome de fatigue chronique, ce qui lui enlève tout espoir de retrouver un emploi et de sortir de sa pénible situation financière : «Ça m'a coupé les deux jambes», commente-t-elle (p10-1) :

...j'ai toujours gagné ma vie moi (...). J'avais mon dépanneur (*qui fera faillite*). (...) J'avais un salaire pareil, moi à la maison, j'avais les chambreurs, l'argent. C'était payé, nous autres, la maison était payée (*elle la perdra dans cette faillite*). J'avais que les taxes à payer, l'électricité. Puis j'avais toujours de l'argent dans mes poches ! Toujours de l'argent dans mes poches ! Mais là, j'en ai plus de l'argent dans mes poches !

Comme Marie, Danièle répond (dans le questionnaire) que depuis l'âge de 35-40 ans, elle a vécu de la détresse psychologique, de la dépression (diagnostiquée par le médecin) et de la dépendance aux médicaments tout en précisant qu'elle «prend des médicaments seulement quand c'est le temps d'en prendre».

En entrevue, cette participante parle abondamment de ses dépressions qu'elle considère comme des changements majeurs de son mitan et aussi des «gros *downs*» qu'elle vit parfois. Lors de la première entrevue (elle a été rencontrée à deux reprises à cause du pré-test) où elle confie son

insatisfaction affective profonde à l'intérieur de son couple, la conversation s'enchaîne sur un épisode récent de comportement compulsif relié au jeu que Danièle n'identifie pas comme tel : il y a un mois et demi, à un moment où elle n'allait pas bien, Danièle explique qu'elle a subtilisé la carte de crédit de son mari pour aller jouer «dans les machines à poker » (p 44-45-1) :

Je vais te dire ben franchement, j'ai fait une chose que je referai plus là, parce que ça été quasiment un cas de divorce ça. J'ai pris sa carte de crédit puis j'ai joué dans les machines à poker. J'ai dépensé \$5000. (...) C'est pas ben fin han ? (...) J'ai pas d'argent ! (...) Mais là là, on dirait que j'étais dans une période que ça marchait pas là tu sais ! Je dépensais moi là là avec la carte... puis j'ai jamais eu de carte de crédit de ma vie. Mais là moi...(...)...j'allais au magasin, je me trouvais des défaites, je me dis, c'est pas fin ce que j'ai fait là. Je sais que c'est pas fin de ma part, puis je contais des menteries aux enfants puis là j'allais jouer dans ces maudites machines-là ! Puis c'est quand que lui y a eu le compte !...Ça, ça été le boutte du boutte !

Au sujet de la dépendance médicamenteuse, Danièle évoque que c'est son médecin qui l'a référée- vers le début des années 2000 approximativement- auprès d'un psychologue afin qu'elle puisse effectuer un sevrage. Elle a donc environ 50 ans lorsqu'elle consulte pour réduire sa consommation de psychotropes qu'elle prend depuis la mi-trentaine, notamment les tranquillisants (Rivotril) et les antidépresseurs (Paxil).

Danièle a réussi pour un temps à se priver des antidépresseurs. Elle déclare en entrevue avoir cessé les antidépresseurs durant un an. Au moment de l'entrevue, elle prend toujours des Paxil (depuis trois ans environ) et des Rivotril (0.5 mg par jour) depuis 17 ans. Cette participante conclut qu'elle a terminé sa thérapie de sevrage avec le psychologue, déçue, insatisfaite et sans «être guérie». Elle n'a finalement pas été capable de cesser sa consommation de psychotropes:

Puis, ça m'a pas vraiment aidée lui (*le psychologue*) là...Y parlait pas, puis moi je savais pas trop quoi dire. Je sais pas moi. (...) Puis là, y s'en allait en vacances deux mois. Puis là, je tombais plus rien, puis là ben... (p27-1)

...je peux pas dire que le psychologue m'a pas aidée, ça m'a aidée...mais je pensais pas que c'était ça un psychologue ! (...) Non, j'étais pas du tout satisfaite ! (...) Peut-être que j'étais pas prête non plus à y aller tu sais ! (...) Parce que moi, je pensais que c'était- les rencontres qu'on avait-, c'était à **toutes** les semaines. Mais là, c'est une semaine, bientôt, c'était deux mois parce qu'y partait en vacances ou qu'y avait un surplus d'heures de travail

d'accumulées, tu sais là. (...) Me semble que j'en aurais eu besoin (à) la semaine là, j'en aurais eu de besoin mais y était pas là ! Ça fait que moi, à ce moment-là, c'était (*vers*) mon médecin que je me dirigeais...Puis, ça été elle ma plus grande psychologue dans le fond ! (...) Elle, elle m'a aidée beaucoup beaucoup ! (...) Puis finalement, ben, elle me les a augmentées (*les pilules*) ! J'ai pas pu ! (p21-22-2)

Après cette tentative infructueuse de sevrage, Danièle constate que son médecin «augmente» les antidépresseurs. Cette participante ne semble plus trop savoir maintenant si elle est dépendante ou non des tranquillisants (Rivotril) qu'elle prend depuis 17 ans et des antidépresseurs (Paxil) qu'elle prend depuis trois ans. Elle déclare que le psychologue lui disait qu'elle était dépendante alors que son médecin semble maintenant d'avis contraire. Danièle se considère en dépression depuis l'âge de 36 ans et, à cause de ses «gros *downs*» périodiques, elle va jusqu'à se demander si elle ne souffre pas d'un trouble bipolaire.

### **L'histoire d'Odile**

Odile a 54 ans et se considère ménopausée. Elle est mariée depuis plus de trente ans et n'a pas d'enfants mais elle a élevé un neveu orphelin de 1991 à 1999, soit de l'âge de 11 ans à l'âge de 19 ans. L'arrivée imprévue de ce jeune garçon – qui a perdu un frère et ses deux parents en très peu de temps et de manière tragique - bouleverse profondément sa vie de couple, notamment au niveau sexuel. L'adolescent est facile à élever, dit Odile, mais elle trouve difficile de l'élever pratiquement toute seule parce que son mari est toujours absent à cause de son travail :

Y a eu (*de difficile*) : élever un adolescent...Ça, c'est de 11 ans en montant là ! Quand le mari est jamais là surtout ! T'es là, c'est toi là, c'est toi qui travailles avec, là (...) puis l'enfant, ce qu'y avait vécu aussi...la perte de son frère, sa mère, son père !...(...) faut le soutenir, faut l'aider à traverser ça ! On se vide pour en remplir un autre, han ? (...) T'es toute seule pour élever un enfant, tu sais...t'es toute seule pour voir à maison ! T'es toute seule pour tout faire là ! (p3-4)

Pourtant, l'arrivée de ce neveu semblait se présenter au bon moment dans la vie d'Odile car au début des années 90, au moment de cette adoption, elle s'occupait (depuis peu) de la maison et de la famille à temps plein.

Auparavant, Odile avait travaillé dans un emploi rémunéré - dans un bureau - durant 20 ans et pour le même employeur. À 37 ans, au début de son mitan, elle avait donc décidé de quitter ce travail où elle ne se sentait pas valorisée, s'y percevant même « comme un meuble » (p 6) :

...j'étais comme tannée de travailler là un peu là...tu sais, tu deviens comme les meubles là, quand ça fait trop longtemps, là !...Et puis, j'ai décidé de m'acheter une cantine !...Ça a pas très bien été non plus, ça...J'ai revendu tout de suite l'année d'après !...

Odile explique avoir vécu une sorte d'échec professionnel du fait que ce commerce n'ait pas donné les résultats escomptés et qu'elle ait dû le fermer au bout d'un an.

Au moment de l'entrevue, la question de l'emploi semble au centre des préoccupations d'Odile et elle affirme à plusieurs reprises son besoin crucial de retourner sur le marché du travail. Elle souhaite ce retour au travail rémunéré non seulement pour l'argent mais aussi pour la «fierté» (p5). Odile explique que cet arrêt de travail lui a fait perdre son autonomie financière et qu'au fil du temps, elle a perdu beaucoup de confiance en elle-même. À prime abord, cette participante n'établit pas la possibilité de lien entre la perte de son autonomie financière et le manque progressif de confiance qu'elle a constaté chez elle. À la question de la chercheuse à savoir si l'arrêt du travail rémunéré a pu avoir, à la longue, une influence sur son image d'elle-même, Odile déclare :

Je me sens moins utile, mettons. Me semble que quand on travaille, ben c'est le redouble d'ouvrage là, la maison puis le bureau là, puis tout là ! Mais je serais prête encore à le faire ça, oui, oui ! (p9)

...(quand j'étais) mariée, mon Dieu, j'ai été 17 ans à travailler ! J'aimerais ça me trouver un travail là, tu sais. Me semble, ça..., comment je dirais ben ça donc...Ça mettrait plus de positif là, tu sais. Avoir le plaisir d'y (son mari) aider monétairement, tu sais là, je sais pas, me semble (...) c'est valorisant ! Oui, c'est ça ! (...) La dignité remonte (...) C'est pour soi là tu sais là ! (...) Ouen , la satisfaction personnelle (...) c'est valorisant !!!...(p10)

Odile ne semble pas tirer une grande valorisation non seulement de la prise en charge de son jeune neveu qu'elle a effectuée à peu près seule durant huit ans mais aussi de son travail bénévole à la Bibliothèque municipale depuis 17 ans. Elle passe d'ailleurs cette dernière occupation à peu près sous silence en entrevue et le fait que cette activité, quoique non rémunérée, reste tout de même une activité d'ordre professionnel.<sup>47</sup>

La décennie 90, qui fait suite au départ de son emploi et à l'adoption du neveu -les deux situations qu'elle identifie comme les plus difficiles de son mitan-, s'avère donc très pénible pour Odile. Mais d'autres situations difficiles se présenteront encore, qui auront aussi un impact très négatif -voire capital - sur sa santé mentale. Non seulement Odile vivra la mort de sa mère dont elle s'occupait beaucoup mais aussi et surtout, elle subira la perte tragique de sa sœur dans un accident : arrivée la première sur les lieux, Odile en sera même le témoin impuissant.

Toujours durant cette décennie 90, Odile perd, à l'occasion de deux autres accidents, un beau-frère et un neveu, puis sa belle-sœur foudroyée par un cancer à l'intérieur de six mois. C'est d'ailleurs ces dernières circonstances qui expliquent qu'Odile va recueillir et élever le neveu de son mari qui se retrouve orphelin à 11 ans.

Au cours de cette éprouvante décennie 1990, Odile commence à prendre un peu plus régulièrement de l'alcool.

---

<sup>47</sup> Elle remplit des tâches de préposée et doit notamment travailler à l'ordinateur.



Durant les 18 mois qui suivent le décès accidentel de sa sœur, sa consommation va s'aggraver : elle boit un 26 onces de Brandy aux deux jours et ses mains tremblent. Elle souffre de ce qu'on appelle le « syndrome du premier verre », c'est-à-dire qu'elle ne peut pas s'arrêter dès qu'elle a pris un verre.

Odile confie en entrevue ne pas vraiment savoir ni comprendre pourquoi elle en est arrivée là et émet des hypothèses : ce sont probablement les nombreuses mortalités à répétitions vécues dans les années 90: «T'as pas fini de sortir de une qu'y n'arrive une autre puis c'est tout le temps de même là !» (p15). Odile parle aussi du sévère choc émotionnel vécu lors de l'accident de sa sœur : à partir de ce moment, dit-elle, sa consommation augmente et elle perd le contrôle qu'elle avait avec l'alcool jusque là. Odile dit s'ennuyer de cette sœur qu'elle aimait beaucoup et qui lui téléphonait chaque matin; elle s'ennuie aussi de sa mère dont elle s'occupait de manière intensive et qu'elle allait voir souvent. À l'intervenant qui va l'accompagner dans son sevrage, Odile a d'ailleurs déclaré boire parce qu'elle s'ennuyait.

C'est le mari d'Odile qui lui imposera de cesser sa consommation d'alcool et elle affirme que c'est pour lui qu'elle décide d'effectuer- avec succès et grande facilité d'ailleurs- une thérapie de sevrage.

En octobre 2001, au moment où son accompagnateur pour le sevrage la voit une dernière fois, Odile dit qu'elle est sobre depuis six mois. Lors de notre entrevue en juin 2003, cette participante nous informe – et sa fierté est perceptible - qu'elle n'a pas repris sa consommation d'alcool et

qu'elle ne prend ni tranquillisants ni somnifères. Elle fume toujours, ajoute-t-elle, mais avec « l'intention d'arrêter *elle ne sai(t) quand* » (p 57).

Précisons qu'en plus du diabète, Odile déclare souffrir d'hypothyroïdie et que son taux de cholestérol est trop élevé.

Un fait est à retenir dans l'histoire des comportements addictifs d'Odile : le moment où celle-ci augmente de manière problématique sa consommation d'alcool correspond à celui où elle décide de cesser les tranquillisants qu'elle prend pour dormir depuis 30 ans.

Alors qu'Odile identifie le sevrage de l'alcool comme l'un des changements positifs majeurs de son mitan, elle passe presque sous silence le fait qu'elle a aussi cessé de prendre des tranquillisants après un usage thérapeutique quotidien qui a duré une très grande partie de sa vie, c'est-à-dire durant 30 ans, de l'âge de 20 ans à l'âge de 50 ans. Voilà un autre fait pourtant valorisant de son parcours qui ne semble pas revêtir une grande importance pour cette participante.

C'est au moment du départ de la maison du neveu adopté- qu'elle considère avoir très bien vécu (p 7) - et au retour du séjour hospitalier où elle apprend qu'elle est atteinte du diabète (à l'automne 1999, à 50 ans), qu'Odile se rend compte qu'elle n'a plus besoin de tranquillisants pour dormir et qu'elle en cesse subitement l'usage. Elle nous confie être certaine qu'il s'agissait de «pilules de farine» que le médecin lui prescrivait:

... y m'en prescrivait, y m'en prescrivait puis d'après moé, c'était de pilules de farine parce que j'ai rentré à l'hôpital puis y en avait pas là. J'ai arrivé chez nous (*au retour de l'hôpital*), j'ai dit : je retouche pu à ça, j'en prends pu, c'est fini. (...) J'ai dit à l'hôpital j'avais rien puis je dormais...J'ai dit pourquoi en arrivant ici je dormirais pas ! (p16)

Notons enfin qu'Odile parle beaucoup de la solitude, dans le questionnaire et dans l'entrevue, et elle insiste souvent sur l'absence de son mari dont le travail l'amène sur la route. Elle parle cependant peu de sa relation conjugale. Quand, dans l'entrevue, nous lui demandons d'expliquer

sa réponse du questionnaire où elle note avoir vécu un questionnement sur le couple, elle précise (p32) : « Oui, on se pose des questions là, on dit : bon, je suis toujours toute seule ! Tu sais, ça amène d'autres problèmes, là. Tu te dis : lui est de son bord, c'est quoi qu'y fait ? Ben beau avoir confiance, là, mais...on sait pas trop là, tu sais, qu'est ce qui se passe là. Je sais pas.»

Odile note que son mari est plus distant depuis le mitan et elle se demande si c'est à cause de son diabète, de sa dépendance passagère à l'alcool ou du fait qu'elle n'a pas de travail rémunérateur. Elle mentionne que son mari est d'avis qu'elle doit travailler et contribuer à leurs besoins financiers (p 33) :

Lui aussi, je pense qui aimerait ça que je travaille !

(...)

Y l'a déjà dit, oui ! Parce que j'ai déjà travaillé un peu au bureau de poste...Puis c'était *le fun* parce que c'était à peu près une heure et demi le matin puis après ça, c'était fini !...Puis je sentais qu'y avait changé là ! Y était déjà...(elle cherche longtemps le mot juste, nous lui suggérons «plus attentif ?»). Plus attentif, plus ouen...y trouvait ça *le fun* que je travaille !

(...) Y a pour son dire, lui, qu'y faut que je travaille (...).

Odile dit qu'elle a un bon mari et qu'elle veut le garder.

Au moment de l'entrevue, les liens familiaux soutenus d'Odile semblent se concentrer sur sa relation avec l'une de ses sœurs : en effet, Odile est très proche d'une sœur un peu plus âgée qui habite tout près d'elle, qui est sa confidente et qu'elle considère comme sa «deuxième maman» (p 55) et même sa «mère poule» (p29). D'ailleurs, cette sœur l'a beaucoup encouragée lors du sevrage de l'alcool et la soutient toujours, dit-elle, «pour maintenir» sa sobriété. Quant à son mari, à la question de la chercheuse à savoir si ce dernier l'a soutenue durant cette période de sevrage, elle répond (p28) : «Y est jamais là ! Presque jamais là ! (...) Y est très très absent !»

En entrevue, Odile laisse entendre que le fait de se voir vieillir seule et sans enfants a été une prise de conscience importante pour elle à son mitan. Elle dit :

Aussi là tu sais, tu t'aperçois que t'es toute seule ! T'es toute seule pour toujours là ! Han...c'est beau avoir une sœur près de toi (*sa sœur qui est sa confidente*) puis tout ça, mais elle itou a ses enfants... (p5)

Ajoutons enfin une dernière information significative : dans le questionnaire, Odile ne considère pas avoir vécu d'états dépressifs et d'états anxieux au mitan et note seulement qu'elle a vécu de l'irritabilité, de la fatigabilité et des difficultés de concentration, de mémoire et de jugement. Cette participante affirme aussi ne pas avoir connu la dépression et les idées suicidaires au mitan.

#### **4.3.1.2 PRINCIPAUX CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE**

Comme nous le disions précédemment, la premier résultat important qui nous a sauté aux yeux, lors de la cueillette de données, c'est que pour les participantes, la presque totalité des changements événementiels du mitan s'avéraient synonymes de situations difficiles. Ce sont précisément ces situations difficiles qui, selon les participantes, ont déclenché soit de la détresse, soit une dépression, soit des comportements addictifs.

Dans la section précédente, nous avons vu à travers les récits personnalisés et concrets de la vie de six femmes en quoi ont consisté pour elles non seulement les situations difficiles qu'elles ont rencontrées à l'étape du mitan mais aussi l'impact de telles situations sur leur santé mentale, particulièrement durant la transition ménopausique.

Nous présentons maintenant les principaux constats ou résultats d'analyse que nous avons pu dégager de ces six histoires de vie en regard des principales difficultés psychologiques. Nous

avons regroupé ces constats sous formes de traits convergents et de traits divergents dans le vécu des difficultés psychologiques des six participantes.

## **PRINCIPAUX CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE CONCERNANT LES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES VÉCUES PAR SIX PARTICIPANTES AU MITAN**

### Traits communs ou convergents des difficultés psychologiques chez les six participantes

- 1) La presque totalité des changements événementiels du mitan sont synonymes de situations difficiles pour les six participantes.
- 2) Selon les six participantes, ce qui augmente l'intensité de l'impact négatif des situations difficiles du mitan sur leur santé mentale, c'est le cumul des situations difficiles dans un délai rapproché. L'expression «tout est arrivé en même temps» a été entendue dans la majorité de leurs témoignages.
- 3) Aucune des six participantes ne relie ses difficultés de santé psychologique à la ménopause.
- 4) Le relationnel familial et conjugal est considéré comme central par toutes.
- 5) Ces six femmes témoignent que les besoins de leurs proches ont passé ou passent avant leurs propres besoins personnels: elles disent à quel point il est important pour elles de prendre soin des personnes chères qui sont dans le besoin. Elles parlent aussi de la dimension fusionnelle de leurs relations. Plusieurs des six participantes se disent particulièrement proches voire dépendantes affectivement de leurs mères ou d'un substitut maternel, surtout les deux participantes qui ont des comportements addictifs.

Certaines de ces six participantes ont déclaré avoir identifié et travaillé cette dimension fusionnelle en psychothérapie.

- 6) Certaines des six participantes parlent de leur grande difficulté à vivre la solitude. Certaines disent que la peur de la solitude les a conduites à marier des conjoints qui ne leur convenaient pas. À partir d'un long travail sur elles-mêmes et avec l'aide d'une psychothérapie, la plupart d'entre elles arrivent maintenant non seulement à apprivoiser la solitude mais à en ressentir le besoin de manière importante, comme on le verra dans les résultats concernant les besoins affectifs et spirituels.
- 7) Les six participantes sont unanimes à dire qu'elles ont éprouvé une grande difficulté à vivre la mort de personnes chères ou significatives.
- 8) Les six participantes sont unanimes à dire qu'elles ont éprouvé une grande insatisfaction dans leur vie conjugale sur le plan affectif. Certaines ont expérimenté ce manque affectif plus particulièrement à travers l'absence physique du conjoint.
- 9) Quatre de ces six femmes racontent avoir déjà vécu de la violence psychologique – notamment du conjoint- et parfois de la violence physique et sexuelle. Celles qui ont le plus vécu de violence ont plusieurs difficultés physiques de santé.
- 10) À travers leurs propos, on décèle un manque d'estime d'elles-mêmes et de confiance en elles chez les six participantes. Elles ont tendance à manifester des sentiments de résignation, d'impuissance, à exprimer qu'elles sont prisonnières et démunies face à certaines situations.
- 11) On décèle aussi, chez les six participantes, une peur de la colère et de l'agressivité et elles disent qu'elles refusent de ressentir (et d'exprimer) de tels sentiments.

- 12) Certaines des six participantes disent vivre un grand sentiment de culpabilité *dans et face* à leurs difficultés de santé psychologique et physique du mitan.
- 13) Les six participantes sont unanimes à dire qu'elles ont vécu la nécessité d'interrompre temporairement leurs activités de travail rémunéré à cause de raisons de santé psychologique et aussi physique. Toutes expriment à l'unanimité la grande importance de leur travail rémunéré.
- 14) La totalité des six participantes, plus particulièrement les plus démunies, expriment une grande insécurité financière.
- 15) Nous remarquons d'abord que la presque totalité des traits précédents, - relatifs aux difficultés psychologiques et aux situations difficiles vécues par les participantes au mitan - relèvent de deux patterns développementaux que la recherche féministe identifie comme spécifiques aux femmes (voir les perspectives théoriques au chapitre 1.4) : l'importance centrale du relationnel et du besoin relationnel et l'importance de l'interdépendance ou de la connexion aux autres. Par ailleurs, nous remarquons aussi la présence de nombreux aspects du pattern dépressif des femmes tel qu'il a été décrit dans la recherche féministe (cf. Jack, 1993), et ce, pour l'ensemble du groupe des six femmes, incluant celles qui ont été sélectionnées pour la recherche en raison de leurs vécus de détresse et de dépendance.

#### Traits divergents des difficultés psychologiques chez les six participantes

- 1) Parmi les six participantes, une seule dit qu'elle n'a pas vécu de détresse et de dépression au mitan : il s'agit d'une femme qui a vécu une dépendance à l'alcool. Cette femme est aussi la seule à déclarer ne pas avoir pris ou ne pas prendre d'antidépresseurs. Et elle est la seule participante qui déclare fumer. Malgré son déni d'un vécu de détresse et de

- dépression, nous avons pu déceler, lors de l'entretien, certains traits dépressifs chez cette participante.
- 2) En cohérence avec les valeurs féminines traditionnelles ou les stéréotypes traditionnels, les participantes ont exprimé explicitement et fortement des sentiments de sollicitude – dits « maternels » - envers les enfants (que ce soit les leurs ou ceux de leur famille) à travers leur rôle de mère, à l'exception d'une femme, la même que précédemment. Celle-ci est aussi la seule à dire, avec une autre participante, que sa sœur est sa «deuxième maman» et «une mère poule» pour elle.
  - 3) Une seule des six participantes - la même que précédemment – laisse entendre qu'elle est peu portée à l'introspection et qu'elle accorde peu d'intérêt à une démarche de connaissance de soi. Malgré le fait que cette femme se dise à l'aise en entrevue,- ce qui correspond à la perception de la chercheuse- elle semble éprouver de la difficulté à parler d'elle-même et à exprimer son vécu, particulièrement en regard du relationnel conjugal, ce que nous avons totalement respecté. Il a été difficile de percevoir clairement ce qui fait profondément souffrir et vivre cette participante, la plupart de ses confidences étant exprimées de manière indirecte et sous le mode de la généralité, avec une grande parcimonie de mots.
  - 4) Comme nous venons de le dire, l'une des six participantes déclare n'avoir jamais fait de dépression au *mitan* : cette femme témoigne avoir vécu des comportements addictifs avec les médicaments puis avec l'alcool et elle dit avoir toujours une dépendance à la cigarette (dont elle souhaite éventuellement se libérer). Parmi les cinq autres participantes, deux ont déclaré avoir fait une première dépression *au mitan* et trois participantes ont déclaré avoir vécu d'autres dépressions *avant le mitan*. Pour les deux participantes qui déclarent



avoir vécu leur première dépression à l'étape du mitan, il est possible de penser que ces femmes ne pouvaient ou ne voulaient pas se permettre de vivre une dépression plus tôt dans leur vie étant donné qu'elles se considéraient comme des soutiens essentiels pour leurs proches. C'est le cas de cette participante qui a toujours soutenu sa mère, femme violentée par son mari, et c'est aussi le cas de cette autre participante qui dit n'avoir pas pu se permettre de pleurer ses nombreux deuils pour mieux soutenir ses proches. Ces résultats nous permettent de faire «l'hypothèse» que le véritable début de la dépression de ces femmes au mitan pourrait se situer *avant* le mitan.

- 5) Une seule des six participantes - qui a vécu sans enfants - n'a pas expérimenté le changement événementiel du départ des enfants. Chez les cinq participantes qui ont élevé des enfants, le départ de ceux-ci de la maison ne s'est pas vécu de manière identique : trois d'entre elles reconnaissent que le départ des enfants n'a pas été facile à vivre bien que cet événement ne représente pas pour elles la plus grande des difficultés de leur mitan. Deux autres de ces cinq participantes reconnaissent même clairement avoir vécu plus difficilement la vie commune avec leurs adolescents que le départ de ceux-ci de la maison. Il semble donc que l'idéologie traditionnelle du «syndrome du nid vide» soit loin d'être une réalité pour l'ensemble des participantes concernées. Et même si le départ des enfants n'a pas été facile à vivre pour trois femmes, ces dernières témoignent que ce fut de manière temporaire et surtout que cette difficulté ne semble pas avoir été des plus importantes comparativement à d'autres situations difficiles de leur mitan.
- 6) Trois des six participantes ont subi une hystérectomie (dont deux avec ovariectomie). Pour deux de ces participantes, l'hystérectomie a eu des effets ambivalents : ces femmes témoignent que, sur le plan physique, cette opération les a libérées de certaines difficultés

mais que, sur le plan psychologique, elle les a atteintes dans leur identité de femmes. Une seule des trois participantes déclare avoir vécu cette opération de manière libératrice sur tous les plans. Une quatrième participante a subi une ovariectomie seulement et a dit préférer vivre avec un fibrome et garder son utérus parce que, selon elle, l'hystérectomie aurait porté atteinte à son identité de femme.

#### **4.3.2.1.1 PRINCIPALES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DE LA SEPTIÈME PARTICIPANTE**

##### **Un deuxième récit de détresse psychologique au mitan :**

##### **l'histoire de Noëlle**

Afin de démontrer la saturation des résultats des entrevues, nous présentons maintenant le récit des principales difficultés psychologiques d'une septième participante que nous appellerons Noëlle. Nous avons synthétisé son histoire à partir des données de notre entretien avec elle. Lors de son mitan, notamment durant la transition ménopausique, Noëlle a souffert d'une grande détresse psychologique.

C'est à 51 ans que Noëlle vit ces difficultés de détresse psychologique et consulte à cet égard. C'est alors la dernière année de sa pré-ménopause, car Noëlle se déclare ménopausée à 52 ans. Cette participante sera suivie durant un an et demi par une travailleuse sociale du CLSC, une psychothérapie à laquelle son mari se joindra à quelques reprises (il fera aussi une psychothérapie personnelle). Car c'est la relation avec son mari qui est au cœur des difficultés de détresse de Noëlle. La maladie chronique du mari, ponctuée de trois dépressions majeures, lui fait remettre en question sa relation conjugale.

Noëlle a attendu *neuf* ans- au moment de la troisième dépression de son mari- avant de demander une aide professionnelle. Si elle se décide à demander de l'aide après tout ce temps, c'est qu'elle est rendue au bout de ses forces. Elle doit assumer simultanément non seulement le soutien et les soins à apporter à son conjoint très malade mais aussi l'exigeante prise en charge de la grand-mère de son mari, une femme âgée dont elle doit s'«occuper, faire son épicerie, aller faire son ménage, s'occuper de ses choses personnelles». Noëlle confie: «J'ai étouffé dans ça ! J'avais pas le temps pour moi, à penser pour moi (...). Je me suis comme oubliée dans ça (...). J'avais pu d'issue, moi, j'étais rendue au bout du rouleau là!...».

Noëlle se sent aussi extrêmement seule depuis le départ de ses enfants et la fermeture de sa garderie familiale à la maison. C'est d'ailleurs à ce moment précis qu'elle se trouve aux prises avec de pénibles manifestations ménopausiques. C'est la fille de Noëlle qui se rendra compte de la gravité de la détresse psychologique de sa mère et qui lui conseillera de demander une aide professionnelle.

Noëlle se culpabilise de la maladie de son conjoint et de ses difficultés conjugales : «C'est tu moé qui a fait de quoi de pas correct?». Elle se demande si elle a suffisamment «aidé» son mari au niveau financier et dans quelle mesure elle n'est pas responsable de ses difficultés de couple, notamment de la diminution de «la capacité sexuelle» de son mari, comme elle dit. En entrevue, elle répondra elle-même à sa question : oui, pense-t-elle, elle a aidé son conjoint durant «quelques» années, c'est-à-dire durant 20 ans (!), en tenant cette garderie familiale où il y avait parfois neuf ou dix enfants et un bébé de la voisine qui restait chez elle de jour comme de nuit.

Noëlle finira par apprendre avec soulagement que ce n'est pas elle mais plutôt les médicaments qu'il prend contre la dépression qui sont responsables de la transformation de la sexualité du mari.

C'est l'un des nombreux exemples qui témoignent du manque de confiance profond et de l'auto-dévalorisation constante de Noëlle, qui, durant toute l'entrevue, sous-estime sa valeur personnelle, ses forces et ses acquis et minimise ses difficultés qu'elle trouve «banales» et qu'elle qualifie de «nuage», en admettant toutefois qu'elles ont été un véritable «drame» pour elle.

Noëlle prononcera une phrase très significative pour expliquer pourquoi elle a attendu si longtemps avant de s'occuper d'elle-même : « Mais moi, prendre du temps pour moi, je trouvais que ça valait pas la peine.»

Noëlle a beaucoup de points communs avec Marie, «aidante naturelle»-type comme elle, qui a aussi souffert d'une grande détresse psychologique. Ces deux femmes partagent un extrême manque de confiance en elles-mêmes, une difficulté majeure à s'exprimer par la parole et à se confier - Noëlle dit ne pas aimer parler d'elle - de même qu'un sentiment de culpabilité aigu.

Par ailleurs, il est important de remarquer que Noëlle affirme avoir trouvé son mitan plus facile à vivre que son adolescence malgré le fait qu'elle dit avoir vécu une pré-ménopause et une ménopause difficiles. Elle nous fait part en entrevue de son rêve d'adolescence brisé : Noëlle rêvait de devenir infirmière quand son père la retire de l'école à 13-14 ans parce que sa belle-

mère<sup>48</sup> est malade et enceinte du dernier. L'adolescente est ensuite contrainte, à l'encontre de son désir profond, de travailler comme gardienne d'enfants et comme aide-ménagère dans les maisons privées. Elle occupera cet emploi extrêmement exigeant durant sept longues années, de l'âge de 15 ans à l'âge de 22 ans : «y avait pas le moyen de me garder à la maison à rien faire après que maman a été correcte (...), fallait que je gagne de l'argent puis que je rapporte chez nous», nous explique-t-elle avec tristesse.

Cette vie d'adolescente privée de son rêve d'avenir et de sa liberté de jeunesse, profondément frustrée de n'avoir pu poursuivre des études et accablée de trop lourdes responsabilités pour son âge, se solde par un *burn-out* «quasiment un pied dans la dépression» raconte Noëlle. Elle a alors 22 ans et doit se marier dans trois mois. Noëlle ajoute : «on rentrait là (*comme aide-familiale dans les maisons privées*) le lundi matin puis on sortait le vendredi soir! Des fois, je restais là les fins de semaine...(…). C'est pas évident là quand t'as 15-16 ans!...».

Noëlle conclut de cette expérience d'adolescence qu'elle n'avait pas une grosse santé. Elle ne réalise pas qu'elle y avait vécu une situation abusive et opprimante, autre exemple de son auto-dévalorisation personnelle et de la culpabilisation constante dont elle s'accable constamment. Elle voit cependant son manque chronique de confiance en elle, précisant qu'elle a fait beaucoup de progrès à ce chapitre depuis le mitan, notamment depuis qu'elle s'est engagée dans le bénévolat où elle a effectué de nombreux apprentissages. Grâce à cette «école», dit-elle, elle ose maintenant s'affirmer, s'exprimer davantage et prendre davantage sa place face à son entourage.

---

<sup>48</sup> Noëlle perd sa mère à l'âge de deux ans. Cadette d'une famille de quatre enfants avec trois frères aînés, son père se remarie alors qu'elle a cinq ans. Elle devient alors l'aînée de quatre nouveaux frères et sœurs dont elle doit s'occuper lorsque sa belle-mère tombe malade. À la mort de sa mère, Noëlle dit avoir beaucoup souffert de l'absence de son père- qui travaillait à l'extérieur- et d'avoir été «gardée par un pis par l'autre».

Même si Noëlle déclare qu'elle a connu sa première difficulté psychologique au mitan, on apprend qu'elle avait connu un autre grave épisode de détresse à la vingtaine. Lorsque nous lui demandons comment elle explique le fait de ne pas avoir fait de dépression au mitan, elle répond:

Comment expliquer?...Je peux me considérer chanceuse d'abord, premièrement, de ne pas avoir rentré dans la dépression. Comment expliquer le fait? C'est que peut-être que j'ai su aller au bon endroit puis au bon moment aussi là, avec l'aide que j'ai eue. Puis, je le sais pas là! J'ai été chanceuse en tout cas! (p.38 )

Quand la chercheuse lui fait remarquer qu'il est possible que ce soit grâce à sa force et à ses ressources intérieures qu'elle ait évité la dépression, Noëlle répond de manière dubitative.

Enfin, il faut remarquer que Noëlle est la seule participante du groupe des sept à n'avoir pris aucun médicament psychotrope (tranquillisant et anti-dépresseur) pour soigner sa détresse. Elle a utilisé des produits naturels pour traiter autant sa détresse que ses manifestations ménopausiques. Rappelons qu'Odile aussi n'a pas pris d'antidépresseurs, mais cette dernière a consommé des tranquillisants durant 30 ans.

#### **4.3.2.2 PRINCIPAUX CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE CONCERNANT LES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DE LA SEPTIÈME PARTICIPANTE**

À partir de son entrevue, dans l'histoire de vie de Noëlle au mitan, nous pouvons donc remarquer de nombreux traits caractéristiques des difficultés psychologiques que nous avons dégagés précédemment des entretiens des six premières participantes. En effet, cette septième participante partage 11 des 15 traits communs que nous avons identifiés chez les six femmes précédentes. Les voici :

## **TRAITS CONVERGENTS DE LA 7<sup>E</sup> PARTICIPANTE AVEC LES 6 PARTICIPANTES PRÉCÉDENTES**

- 1) La presque totalité des changements événementiels du mitan sont synonymes de situations difficiles pour Noëlle..
- 2) Chez la septième participante, il y a un cumul important de situations difficiles et il y a surtout le fait majeur que celles-ci arrivent toutes en même temps, ce qui augmente leur impact négatif sur sa santé mentale.
- 3) Pour Noëlle, le relationnel familial et conjugal est central.
- 4) Les besoins des autres passent avant les besoins personnels propres de Noëlle : elle prend soin et prend en charge les personnes chères qui sont dans le besoin avec un grand dévouement. Chez Noëlle, ce trait est central : elle a pris soin des autres toute sa vie et elle en est consciente. Noëlle dit qu'elle a longtemps été incapable de dire non et que c'est maintenant qu'elle commence à apprendre à mettre des limites et à protéger son territoire. Le modèle traditionnel du rôle maternel est extrêmement prégnant chez cette septième participante.
- 5) L'insatisfaction de la vie conjugale de Noëlle sur le plan affectif, ce qu'elle témoigne avoir expérimenté avec la ou plutôt les maladies de son conjoint.
- 6) Le manque d'estime d'elle-même et de confiance en elle que nous pouvons déceler dans les propos de Noëlle : comme les six autres participantes, Noëlle a tendance à manifester des sentiments de résignation et d'impuissance, à exprimer qu'elle est prisonnière et démunie face à certaines situations.
- 7) La peur de la colère et de l'agressivité que nous pouvons aussi déceler dans l'entretien avec Noëlle : elle refuse ces sentiments pour elle.

- 8) Le profond sentiment de culpabilité que Noëlle exprime *dans* et *face* à ses difficultés de santé, comme si elle n'avait pas le droit ou ne pouvait pas se permettre d'avoir des difficultés et des besoins personnels.
- 9) Présence du pattern dépressif: Noëlle dit avoir déjà vécu un autre épisode de détresse - pour ne pas dire une dépression - *avant* le mitan, ce qui correspond au vécu de trois des six participantes précédentes.
- 10) La nécessité de cesser ses activités de travail rémunéré pour des raisons de santé psychologique et même physique et la grande importance pour Noëlle d'avoir un travail rémunéré.
- 11) Noëlle partage aussi, avec les participantes précédentes, une insécurité financière et un très grand besoin d'autonomie et d'indépendance financière.

Même si, contrairement aux six autres participantes, Noëlle fait un lien entre ses difficultés de santé psychologique au mitan et à sa ménopause, elle se dit clairement consciente que ce n'est pas la ménopause comme telle qu'elle a trouvé difficile mais plutôt le fait que celle-ci soit arrivée au même moment que ses autres difficultés majeures.

On peut faire le même constat en ce qui concerne le départ de ses enfants : Noëlle identifie le départ de ses enfants de la maison comme l'une des trois difficultés majeures de son mitan mais elle réalise que ce départ a été difficile dans le contexte précis où elle se trouvait alors et parce qu'elle vivait en même temps deux difficultés majeures.

On se souvient que trois des six premières participantes ont reconnu que le départ des enfants n'avait pas été facile bien que cet événement ne représentait pas la plus grande des difficultés de leur mitan.



Nous maintenons donc l’assertion effectuée précédemment : il ne semble pas que ce que l’idéologie traditionnelle appelle le «syndrome du nid vide» soit, en lui-même, la plus grande des difficultés psychologiques du mitan pour les sept participantes du groupe-cible. Le départ des enfants de la maison a pu être difficile, de manière temporaire, pour certaines participantes du groupe des sept, mais la gravité de cette difficulté est relative et surtout contextuelle à certaines conditions. Le phénomène du «**tout arrive e n même te mps**» semble l’une des raisons déterminantes (non la seule) pour expliquer que le départ des enfants soit un changement négatif ou une situation difficile du mitan qui se soit avérée majeure pour la santé mentale de certaines. Il faut voir aussi chez ces femmes la place centrale et prépondérante occupée par le modèle maternel..

Enfin, est-ce que Noëlle a vécu de la violence durant sa vie et notamment au mitan comme la majorité des six participantes précédentes? Comme Noëlle n’en dit mot en entrevue, nous ne pouvons retenir l’aspect de la violence comme un trait commun avec les autres femmes. En revanche, ce que la septième participante témoigne avoir vécu durant son adolescence, au niveau de ses conditions d’emploi de gardienne d’enfants et d’aide-ménagère assignée à résidence durant sept ans (parfois sept jours sur sept) représente clairement une situation d’abus: il s’agit d’une situation socio-économique d’exploitation féminine que bien des jeunes filles et des femmes de milieux démunis ont souvent vécue dans l’histoire québécoise et que certaines vivent encore aujourd’hui, dans des conditions discriminatoires,<sup>49</sup> plus particulièrement chez les femmes immigrantes.

---

<sup>49</sup> En mars 2009, on refuse toujours aux travailleuses domestiques québécoises de leur accorder les protections au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en les excluant de la définition de la catégorie «travailleurs». Claude Turcotte (*Le Devoir*, 23 février 2009) écrit à ce sujet : «Les domestiques exécutent

Par ailleurs, il faut noter que Noëlle explique en entrevue, – timidement et parcimonieusement - qu'elle se sentait comme une servante auprès de son mari, que cela la dérangeait beaucoup et que cela a été difficile de faire comprendre à son conjoint l'énorme sentiment de dévalorisation qu'elle vivait dans leur relation de couple à un certain moment. Noëlle raconte avoir dit à son mari (p. 19) :

J'aime me sentir valorisée à maison aussi quant t'arrives!...Tu sais, je suis pas rien qu'une personne qui fait tes choses...une servante, là!...Je veux être d'autre chose qu'une servante, là!...Ça, j'ai eu de la misère avec ça, là!...

Par ailleurs, le vécu psychologique difficile de Noëlle comporte cinq traits divergents par rapport aux difficultés des six participantes précédentes. Certains de ces traits divergents se rencontrent aussi chez une minorité des six participantes précédentes.

### **TRAITS DIVERGENTS DE LA 7<sup>E</sup> PARTICIPANTE AVEC LA MAJORITÉ DES 6 PREMIÈRES PARTICIPANTES<sup>50</sup>**

- 1) Au niveau des difficultés physiques d'ordre gynécologique, on remarque que Noëlle n'a pas subi d'hystérectomie et d'ovariectomie.
- 2) On n'observe pas, chez Noëlle, l'extrême difficulté à vivre la mort de personnes significatives comme les six participantes précédentes.
- 3) On ne note pas non plus chez Noëlle une extrême difficulté ou un refus de vivre la solitude qui en amènera certaines à marier des conjoints qui ne leur conviennent pas, par peur de la solitude. Noëlle déclare même avoir une tendance à s'enfermer dans une

---

un travail qui est généralement sous-rémunéré et dont les compétences requises sont sous-évaluées. Les conditions de travail sont minimales et l'accès à la syndicalisation, quasi nul.»

<sup>50</sup> Ce qui signifie que certains traits divergents de Noëlle sont partagés avec une minorité des six premières participantes.

certaine solitude, voire dans l'isolement, notamment pour vivre ses difficultés, – et sous prétexte d'autonomie - se refusant à exprimer sa détresse et à demander de l'aide. Il faut voir cependant que c'est lorsqu'elle se retrouve totalement seule avec elle-même que Noëlle dit avoir commencé à ressentir ses difficultés de détresse.

- 4) Selon son témoignage, Noëlle est aussi **la seule** des sept participantes à ne pas avoir pris ou à ne pas prendre de tranquillisants et d'antidépresseurs.
- 5) Comme Odile, Noëlle se dit peu portée à l'introspection et semble accorder peu d'intérêt à une démarche de connaissance de soi. Malgré le fait que cette septième participante se déclare, comme Odile, bien à l'aise en entrevue, - ce qui correspond à la perception de la chercheuse - Noëlle semble éprouver une grande difficulté à exprimer un vécu intime et à se confier. Elle n'aime pas parler d'elle-même, nous a-t-elle dit lors de notre rencontre, et s'est même montrée surprise de son degré d'ouverture et de sa volubilité en entrevue et dans le questionnaire. Il a été difficile de parler longuement, en entrevue, de ce qui fait profondément souffrir et vivre cette femme et surtout, de connaître ses besoins profonds : après avoir fait un certain nombre de confidences, Noëlle s'est tue et la chercheuse a respecté son silence.

En conclusion, on peut donc affirmer que, de manière globale, les données d'entrevue en regard des difficultés psychologiques de cette septième participante viennent confirmer ce que nous savions déjà et que la saturation empirique des résultats est atteinte sous cette thématique.

Dans la section 4.4 qui suit, nous entamons la thématique des besoins individuels (cognitifs, affectifs et spirituels) qu'ont exprimés en entrevue les sept participantes dont nous avons analysé le discours en profondeur et avec exhaustivité. Comme pour les thématiques précédentes, nous

présenterons d'abord les résultats de l'analyse des entrevues des six premières participantes et terminerons avec la présentation des résultats d'entrevue de la septième participante.

Au début de cette section 4.4, nous proposons une définition opérationnelle de la notion de besoin, comme nous l'avions annoncé au chapitre 1 de la problématique, dans la section des perspectives théoriques (en1.4).

#### **4.4- PRINCIPAUX BESOINS COGNITIFS, AFFECTIFS ET SPIRITUELS DES 7 PARTICIPANTES DONT LES ENTREVUES SONT ANALYSÉES EN PROFONDEUR**

##### **4.4.1 Définition opérationnelle de la notion de besoin**

Trois perspectives de la notion de besoin ont été utilisées dans le cadre de cette recherche ou, autrement dit, notre notion de besoin renvoie à trois types de besoins : le besoin de carence (manque à combler), le besoin d'intérêt (désir, attente, énergie motivante) et le besoin normatif (justifié par des normes-standards).

La notion de besoin de carence ou de besoin de déficience a été envisagée dans notre recherche à travers l'insatisfaction ou le malaise ressentis et/ou exprimés par les participantes. Maslow (1968) qualifie ce type de besoin de «D-need» (deficiency need) et il se traduit par un sentiment de manque qui crée une tension et exige d'être comblé ; il s'agit de besoins égocentriques ou centrés sur la protection de soi.

La notion de besoin d'intérêt a été saisie dans notre étude à travers l'expression -implicite ou explicite- d'une expectative, d'une espérance, d'un désir, d'une préférence et d'un souhait. C'est ce type de besoin qui se manifeste, notamment, par le désir de croissance et que Maslow (1968) qualifie de «B- need» (being need). Avec le besoin d'intérêt, c'est la satisfaction du désir, et non la gratification d'un manque, qui augmente la motivation à s'engager.

Quant au besoin normatif, il s'agit, comme son nom l'indique, d'un besoin suggéré ou imposé par des normes sociales. La recherche sur les représentations sociales a démontré comment le besoin individuel répond le plus souvent à une demande et à une attente de la société, qu'il s'agisse des stéréotypes ou des rôles sociaux de sexe/genre ou de contraintes extérieures comme, par exemple, le besoin d'obtenir un diplôme pour se qualifier sur le plan professionnel. De ce point de vue, l'expression du besoin individuel représente alors la manifestation d'une intégration de besoins socialement désirés. Cet aspect normatif de la notion de besoin s'applique particulièrement à la présente recherche qui se met à l'écoute de la parole des femmes dans un domaine- la santé mentale- dont les normes ont été traditionnellement masculines. Mais il faut dire que, de manière générale, les approches théoriques dominantes de la santé mentale se sont toujours définies «par rapport à un référent autour duquel se construit ce qui est ou n'est pas la «santé mentale normale»» (Blais 1995).

Dans cette dernière section du chapitre 4, nous présentons et analysons les besoins individuels, c'est-à-dire les besoins psychologiques et spirituels qui, dans les entrevues, ont été non seulement exprimés de manière verbale et explicite - avec des mots tels que «j'ai besoin de...» - par la participante, mais aussi qui ont été suggérés par elle comme des besoins conscients et

exprimés de manière non verbale, avec des intonations de voix, des expressions du visage ou des larmes. Ce sont donc non seulement les mots choisis, mais aussi le ton de la voix et l'expression non verbale du visage et du corps qui nous ont incitée à retenir le contenu du discours des participantes comme un contenu de besoin. Ce choix de retenir les besoins exprimés de manière manifeste et les besoins conscients mais latents est cohérent avec la méthode de l'analyse de contenu qui se préoccupe d'identifier autant le contenu latent que le contenu manifeste. Ce choix s'avère congruent avec l'approche qualitative/interprétative qui se préoccupe fondamentalement de dégager du sens et de comprendre une réalité humaine.

Par ailleurs, à cette caractéristique de l'approche qualitative, s'ajoute le fait que notre recherche est exploratoire, nous incitant à être attentive à toutes les particularités des besoins de ces femmes: c'est pourquoi chaque expression ou chaque particularité de besoins –eût-elle été ressentie par au moins une participante- a été retenue dans cette présentation de résultats des entrevues.

#### **4.4.2 Présentation de résultats comparatifs des différentes catégories de besoins**

Dans un premier temps, nous présentons le texte de l'analyse des besoins des six premières participantes : des tableaux y effectuent au passage le bilan exhaustif du nombre total d'énoncés qui ont été identifiés en fonction de chaque catégorie de besoins et ce, sans tenir compte du nombre de participantes exprimant un même énoncé. À noter cependant que les énoncés qui réfèrent à la même particularité ou au même type de besoin ont été regroupés et ne comptent que pour un seul énoncé de besoin.

Nous insistons sur le fait que ces tableaux comparatifs ne doivent être lus et interprétés qu'à titre qualitatif afin d'illustrer l'éventail complet de toutes les catégories d'analyse et, ultimement, pour éclairer l'interprétation.

Dans un deuxième temps, afin de vérifier la saturation des données, nous présentons l'analyse des données de l'entrevue de la septième participante en regard de ses besoins. Pour ce faire, nous comparons les bilans des énoncés de besoins obtenus avec les six premières participantes avec les bilans obtenus avec la septième participante.

Voici le tableau (4.4.2- A) du premier bilan comparatif des résultats d'entrevues - pour six participantes- concernant le nombre total d'énoncés identifiés en fonction de chaque catégorie de besoins (cognitive, affective et spirituelle). Nous retrouvons aussi dans ce tableau (4.4.2- A) le nombre d'énoncés par type de besoins selon chaque catégorie.

**Tableau 4.4.2- A**

<b>Nombre total des énoncés par catégorie et par type de besoins (entrevues de six participantes)</b>		
<b>Besoins cognitifs</b>	<b>Besoins affectifs</b>	<b>Besoins spirituels</b>
<b>TOTAL : 54</b>	<b>TOTAL : 94</b>	<b>TOTAL : 16</b>
-informatifs : 19 -éducatifs : 15 -d'apprentissage transformateur : 20	-affectifs-émotifs :25 (image de soi) -relationnels : 33 (intimité) -comportementaux : 36 (autonomie)	-perception pénétrante : 3 -perception globale : 4 -présence à soi : 5 -dépassement de soi : 4

À ce relevé comparatif et exhaustif du nombre total d'énoncés par catégorie et par type de besoins- que nous avons appelé le *premier bilan* -, nous avons jouté un autre genre de relevé comparatif - que nous avons appelé le *deuxième bilan* -, celui des énoncés ayant récolté une majorité ou la totalité des adhésions des six participantes, ce qui les rend, par conséquent, *prioritairement importants*. Nous retenons d'ailleurs cette expression de «prioritairement importants» pour caractériser les énoncés de ce deuxième bilan.<sup>51</sup>

Spécifions que la presque totalité des énoncés prioritairement importants sont des énoncés qui ont récolté l'unanimité chez les six participantes, ce qui signifie que nous avons rencontré l'expression de tous ces énoncés avec chacune des six femmes. **Il va sans dire que ce deuxième bilan s'avère majeur pour l'interprétation.**

Voici maintenant le tableau comparatif (4.4.2- B) de ce deuxième bilan des résultats d'entrevues concernant le nombre des besoins prioritairement importants pour les trois catégories et pour les 10 types de besoins.

**Tableau 4.4.2- B**

<b>Nombre des besoins individuels prioritairement importants par catégorie et par type de besoins (entrevues de six participantes)</b>		
Besoins cognitifs	Besoins affectifs	Besoins spirituels
<b>TOTAL : 18</b>	<b>TOTAL : 30</b>	<b>TOTAL : 11</b>
-informatifs : 7 -éducatifs : 4 -d'apprentissage transformateur : 7	-affectifs-émotifs :9 (image de soi) -relationnels : 10 (intimité) -comportementaux : 11 (autonomie)	-perception pénétrante : 0 -perception globale : 2 -présence à soi : 5 -dépassement de soi : 4

<sup>51</sup> NOTE DE RAPPEL : 1<sup>er</sup> bilan = nombre total d'énoncés de besoins par catégorie et par type. 2<sup>e</sup> bilan= énoncés de besoins prioritairement importants ou ayant récolté une majorité ou la totalité des adhésions des participantes.



### 4.4.3 DÉFINITION DU BESOIN COGNITIF ET RÉSULTATS COMPARATIFS DES 2 BILANS SUR LES BESOINS COGNITIFS

Il faut préciser au départ qu'en éducation des adultes ou dans le domaine de l'andragogie, le besoin cognitif peut aussi bien être un besoin d'information, un besoin éducatif ou un besoin d'apprentissage expérientiel ou transformateur.

Le besoin cognitif signifie fondamentalement le besoin d'acquérir un savoir, c'est-à-dire de passer d'un état de savoir moindre à un état de savoir supérieur. C'est un besoin qui fait en sorte que la personne puisse préciser ce qu'elle désire acquérir au niveau des savoirs (connaissances), des savoirs-faire (habiletés) et des savoirs-être (attitudes et comportements).

Raffinons davantage cette définition générale à partir des trois niveaux intentionnels du besoin cognitif que nous avons pu déceler lors de la lecture des entrevues.

Le premier niveau intentionnel du besoin cognitif -relatif au savoir -est de l'ordre du *connaître* : il s'agit du besoin de savoir ou de connaître dans l'ordre d'une connaissance ou d'une information objective à acquérir et qui correspond au simple besoin d'information.

Le deuxième niveau intentionnel du besoin cognitif -relatif au savoir-faire -est de l'ordre du *comprendre* : il s'agit d'un besoin de savoir plus profond (incluant le premier niveau du besoin d'information) qui consiste à comprendre, dans l'ordre de la conscientisation du vécu, et qui correspond au besoin éducatif.

Enfin, le troisième niveau intentionnel du besoin cognitif -relatif au savoir-être -est de l'ordre de *l'apprentissage transformateur* : il s'agit du besoin de savoir, de comprendre et d'intégrer une connaissance *pour se transformer soi-même ou pour transformer sa vie*.

Autrement dit, nous analysons le besoin cognitif à trois niveaux et sous trois types : à un premier niveau de type informatif, à un deuxième niveau de type éducatif (incluant le premier niveau) et à un troisième niveau (incluant les deux premiers) de type expérientiel/transformatateur.

Une dernière remarque est nécessaire dans la clarification de nos points de repères conceptuels : la dimension **psychologique** de la santé mentale telle que nous l'utilisons dans cette recherche renvoie à une composante cognitive et à une composante affective dont certaines catégories, élaborées par Massé *et al* (1998), ont été utilisées à l'étape de fabrication du questionnaire. Lors du dépouillement et de l'analyse des entrevues, nous avons donc repris les catégories de Massé *et al* concernant la composante cognitive de la santé mentale –ou du bien-être psychologique-. Massé *et al* (1998) classent comme signes cognitifs reliés à la santé mentale ou au bien-être psychologique :

- la capacité de mémorisation
- la capacité de concentration
- les capacités intellectuelles
- la facilité à prendre des décisions
- l'interprétation juste, la dédramatisation
- la créativité

Nous présentons ici les besoins cognitifs des six participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur en les regroupant selon les trois catégories de cognition (information, éducation et apprentissage transformateur) et selon les quatre thèmes des connaissances que ces

femmes expriment ou ressentent le besoin d'acquérir : l'étape du mitan, les difficultés de détresse/dépression/dépendance, la ménopause et la spiritualité.

Voici, dans le tableau 4.4.3-A, le premier bilan comparatif de notre analyse des besoins cognitifs, en fonction du nombre total d'énoncés par type de besoins et par thème.

**Tableau 4.4.3- A**

<b>Répartition des besoins cognitifs en fonction des types et des thèmes sur un TOTAL de 54 énoncés (1<sup>er</sup> bilan)</b>	
<b>types</b>	<b>thèmes</b>
-informatifs : 19	-mitan : 27
-éducatifs : 15	- détr./dépr./dépend. : 18
-d'apprentissage transformateur : 20	-ménopause : 7
	-spiritualité : 2

Voici, dans le tableau 4.4.3-B, le deuxième bilan comparatif de notre analyse en fonction du nombre d'énoncés cognitifs prioritairement importants par type de besoins et par thème.

**Tableau 4.4.3- B**

<b>Répartition des besoins cognitifs prioritairement importants en fonction des types et des thèmes sur un TOTAL de 18 énoncés (2<sup>e</sup> bilan)</b>	
<b>types</b>	<b>thèmes</b>
-informatifs : 7	-mitan : 8
-éducatifs : 4	- détr./dépr./dépend. : 5
-d'apprentissage transformateur : 7	-ménopause : 4
	spiritualité : 1

#### 4.4.3.1 CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE SUR LES BESOINS COGNITIFS DE 6 PARTICIPANTES

Le premier constat qui nous frappe au niveau des besoins cognitifs des six participantes, c'est que ces derniers ne sont pas composés, en majorité, de besoins de type informatifs.

En effet, les besoins informatifs -au nombre de 19 énoncés dans le premier bilan et de sept énoncés dans le deuxième bilan- ne forment approximativement, dans chacun des cas, que le tiers du total des énoncés. Cela signifie qu'en chiffres absolus, les deux tiers des besoins cognitifs des six participantes expriment des besoins de deuxième et de troisième niveaux dans l'ordre de l'éducation et dans l'ordre de l'apprentissage transformateur, ce dernier niveau étant d'ailleurs légèrement supérieur quantitativement parlant aux deux premiers, du moins en ce qui concerne le premier bilan, c'est-à-dire le bilan des énoncés en fonction du nombre par catégorie.

Le deuxième constat qui attire l'attention est que, toutes catégories de besoins cognitifs confondues, c'est sur le thème de l'étape du mitan de la vie que les six participantes ont exprimé le plus grand nombre de besoins cognitifs. Voici sur quoi portent les besoins cognitifs de six participantes selon les deux types de bilan :

##### Premier bilan : nombre total d'énoncés par thème

- 1) L'étape du mitan de la vie – 27 énoncés.
- 2) Les difficultés de détresse/dépression/dépendance- 18 énoncés.

- 3) La ménopause- 7 énoncés.
- 4) La spiritualité- 2 énoncés.

Deuxième bilan : nombre total d'énoncés prioritairement importants par thème

- 1) L'étape du mitan de la vie – 8 énoncés.
- 2) Les difficultés de détresse/dépression/dépendance- 5 énoncés.
- 3) La ménopause- 4 énoncés.
- 4) La spiritualité- 1 énoncé.

Non seulement le thème du mitan récolte-t-il plus d'énoncés que celui de la ménopause en termes de besoins cognitifs mais le thème des difficultés de santé psychologique passe aussi devant celui de la ménopause. Quant au thème de la spiritualité, il n'obtient que deux et un énoncés en regard des besoins cognitifs.

Cette répartition du nombre d'énoncés en fonction des thèmes n'est pas surprenante : elle reflète l'espace dévolu au mitan (ses changements et ses difficultés) dans notre recherche en général et dans le canevas d'entrevue en particulier : la ménopause y est évoquée comme l'un des multiples changements - et non le seul - vécus par les femmes à l'étape du mitan ; de plus, une place majeure a été accordée aux difficultés psychologiques des femmes au mitan de la vie, l'étape du mitan étant considérée, dans notre problématique de recherche, comme la scène centrale de la vie des femmes d'âge moyen. Quant à la dimension spirituelle, si elle occupe une place et joue un rôle importants dans notre recherche, il reste que cette place et ce rôle ne sont développés (dans

le questionnaire et dans le canevas d'entrevue) que de manière embryonnaire et occupent un espace relativement minime comparativement à la dimension psychologique.

Le troisième constat en regard des besoins cognitifs révèle que l'ordre de préséance dans la fréquence du nombre d'énoncés en fonction des thèmes – en allant des thèmes qui récoltent le plus grand nombre d'énoncés à ceux qui en récoltent le moins - est le même dans les deux genres de bilan, que ce soit celui du nombre total d'énoncés par catégorie (1<sup>er</sup> bilan) ou celui du nombre d'énoncés prioritairement importants (2<sup>e</sup> bilan).

Nous présentons, dans la section qui suit, la liste des énoncés des besoins cognitifs prioritairement importants des six premières participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur. Nous les regroupons selon les quatre thèmes des connaissances que ces femmes expriment ou ressentent le besoin d'acquérir : l'étape du mitan, les difficultés de détresse/dépression/dépendance, la ménopause et la spiritualité.

#### **4.4.3.2 LISTE DES 18 BESOINS COGNITIFS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS POUR 6 PARTICIPANTES**

##### **Sur l'étape du mitan de la vie**

*Au niveau informatif*

- Besoin de connaître la signification du mot «mitan» (1). Les participantes ont exprimé le besoin de savoir ce que signifie non seulement le mot «mitan» mais aussi l'étape du mitan. Elles ont besoin d'en savoir davantage sur la nature de l'étape du mitan.

### *Au niveau éducatif*

- Besoin d'effectuer le bilan global de sa vie (2). Ce qui domine au niveau du besoin éducatif est le besoin de faire le bilan global de sa vie, ce qui s'est notamment manifesté par leur satisfaction face à la participation à notre recherche, particulièrement par le fait d'avoir répondu au questionnaire qui, selon certaines, serait un excellent outil pour un bilan de vie.
- Besoin d'effectuer une pause de réflexion au mitan (3). C'est en raison de leurs difficultés psychologiques et d'un impératif de connaissance et de compréhension de soi qu'elles ressentent comme un besoin basique de survie –un besoin crucial pour elles- le fait de pouvoir effectuer une pause de réflexion au mitan.

### *Au niveau de l'apprentissage transformateur*

- Besoin de connaître en profondeur les étapes expérientielles du mitan (4). Nous relevons une première catégorie de besoins d'apprentissage transformateur relatifs au besoin de connaître en profondeur les étapes expérientielles du mitan.
- Besoin de se donner des outils de transformation personnelle (5). Les six participantes éprouvent le besoin de connaître en profondeur les étapes expérientielles du mitan dans le but de se donner des outils de transformation personnelle.
- Besoin de connaître les situations difficiles propres au mitan (6). Ces femmes ont aussi exprimé le besoin de connaître les situations difficiles qui sont propres au mitan.

- Besoin de se donner des outils de connaissance de soi (7). Nous avons aussi relevé une autre catégorie de besoins qui se démarque par son importance au niveau des besoins d'apprentissage transformateur: le besoin de se donner des outils de connaissance de soi.

- Besoin de se doter d'outils pour prendre soin de soi (8). De plus, nous avons relevé une autre catégorie de besoins qui se démarque par son importance au niveau des besoins d'apprentissage transformateur: le besoin de se doter d'outils pour prendre soin de soi.

### **Sur les difficultés de détresse/dépression/dépendance**

#### *Au niveau informatif*

- Besoin de savoir quand il y a dépendance aux médicaments psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants) (9). Ces femmes ont exprimé le besoin de savoir à partir de quel moment on peut dire qu'il y a dépendance aux médicaments psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants).

#### *Au niveau éducatif*

- Besoin de comprendre la nature de la dépendance (10). Elles ont besoin de comprendre la nature de la dépendance, soit face aux médicaments, soit face à l'alcool; elles ont aussi besoin de savoir quand on peut arrêter de prendre les antidépresseurs sans que les états dépressifs reviennent (peur de devenir dépendante); une participante exprime le besoin de comprendre que la surconsommation d'alcool crée un autre problème et ne règle rien.

- Besoin de comprendre différents aspects de la dépression (11). Elles ont aussi exprimé le besoin de comprendre différents aspects de la dépression comme par exemple, les causes, les



conséquences, les liens à faire entre dépression et femmes, dépression et culpabilité, dépression et femmes au mitan et, dépression et ménopause.

#### *Au niveau de l'apprentissage transformateur*

- Besoin d'apprendre à dépister la dépression et d'apprendre à la soigner (12). Ces participantes expriment le besoin d'apprendre à dépister la dépression et d'apprendre à la soigner.
- Besoin d'apprendre à voir les choses autrement (13). Elles ont aussi exprimé le besoin d'apprendre à voir les choses autrement, avec d'autres perspectives, ce qui a un effet libérateur pour elles.

#### **Sur la ménopause**

##### *Au niveau informatif*

- Besoin d'information sur la ménopause et particulièrement sur les changements pré-ménopausiques (14). Ces femmes ont exprimé le besoin de savoir tout ce qui concerne la ménopause et particulièrement les changements pré-ménopausiques.
- Besoin de connaître leur statut ménopausique (15). Les participantes incertaines de leur statut ménopausique souhaitent le connaître.
- Besoin d'information sur la sexualité à la ménopause(16). Certaines se posent aussi des questions au sujet de la sexualité à la ménopause. Elles ont besoin de savoir si leur manque d'intérêt envers la sexualité est dû aux changements hormonaux et aux manifestations de la pré-ménopause (cycles modifiés et surtout migraines) ; elles se demandent aussi quoi faire avec des difficultés comme celle de la sécheresse vaginale à la ménopause.

- Besoin d'outils d'information pour la décision de prendre ou non de l'HTR (17). L'HTR est aussi une autre des préoccupations : les participantes souhaitent des outils d'information qui les éclairent dans leur décision de prendre ou non de l'HTR.

### **Sur la spiritualité**

*Au niveau informatif*

- Besoin de connaître la signification du mot et de la notion de «spiritualité» (18). Ces femmes ont exprimé le besoin de savoir ce qu'on entend par le mot «spiritualité» et par la notion que ce mot recouvre.

#### **4.4.4 DÉFINITION DU BESOIN AFFECTIF ET RÉSULTATS COMPARATIFS DES 2 BILANS SUR LES BESOINS AFFECTIFS**

Nous avons opérationnalisé la notion de besoin affectif au moyen de deux outils conceptuels :

- 1) les trois aspects de la composante affective de la santé mentale- ou du bien-être psychologique- utilisés par les chercheurs québécois Massé *et al* (1998);
- 2) la pyramide des besoins fondamentaux de Maslow (1954).

Selon Massé *et al*, la composante affective de la santé mentale inclut l'émotif, le relationnel et le comportemental. Sont donc retenus ici les aspects affectifs-émotifs, relationnels et comportementaux classifiés par Massé *et al* (1998) pour décrire la composante affective du bien-être psychologique. Nous avons choisi de privilégier certains traits qui composent chacun de ces aspects : ce qui concerne l'image de soi et l'identité sera relié à l'aspect affectif-émotif ; ce qui

concerne l'intimité et les relations dans le privé (famille, couple, amitiés) sera relié à l'aspect relationnel et enfin, ce qui concerne l'autonomie et les comportements liés au travail sera relié à l'aspect comportemental. Il va de soi que ces choix sont théoriques et artificiels, justifiés pour des fins d'analyse et ne reflètent en rien la réalité holistique de l'expérience humaine.

Par ailleurs, la pyramide des besoins fondamentaux de Maslow s'avère aussi pertinente et utile pour notre recherche : cohérente avec notre approche de la santé mentale fondée sur la croissance personnelle, la pyramide des besoins de Maslow nous offre non seulement un outil complémentaire essentiel pour opérationnaliser la notion de *besoin* au niveau de la composante affective de la santé mentale mais cette hiérarchie des besoins a été surtout utile pour inclure les besoins de croissance transpersonnelle, c'est-à-dire les besoins spirituels, comme nous le verrons plus loin.

Dans la pyramide de Maslow, on retrouve cinq types de besoins personnels : le besoin de survie ou de bien-être physique, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime et enfin, le besoin ultime ou le plus achevé : l'actualisation de soi.

La juxtaposition de ces deux outils d'analyse (celui de Massé et celui de Maslow) a permis une analyse plus fine, plus approfondie et plus complète de nos résultats, en cohérence avec nos perspectives théoriques et nos points de repères conceptuels. Au moyen de ces deux outils, nous avons pu effectuer une catégorisation croisée des données d'entrevue : les cinq stades des besoins fondamentaux de Maslow se retrouvent ainsi sous chacun des trois aspects de la composante affective de Massé. Autrement dit, nous avons obtenu une catégorisation au moyen de trois grands aspects du bien-être affectif (l'affectif-émotif, le relationnel et le comportemental) sous chacun desquels se retrouvent les cinq stades des besoins fondamentaux.

Précisons que nous avons utilisé les définitions et les interprétations des besoins fondamentaux de la hiérarchie de Maslow qui sont expliquées dans *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation : une approche systémique* de Jacques Jean Lapointe (1992) et dans *Vivre le meilleur en soi : de la quête de sens à la transcendance de soi* de Suzanne Hamel (1999). Les recherches d'Hamel (1999, 1997), chercheure en psychologie, permettent notamment d'étayer notre définition des besoins spirituels comme nous le verrons dans la section 4.4.5. Parce qu'elle a l'avantage d'avoir été résumée brièvement dans un tableau, nous ne présenterons ici que l'interprétation de **la hiérarchie des besoins humains de Maslow** effectuée par Lapointe (1992):

#### Hiérarchie des besoins humains de Maslow (Lapointe, 1992)

- 1- Besoins de **survie** ou de **survivance** = Besoins physiologiques : nourriture, eau, abri, etc. qui représentent des BESOINS PRIMAIRES.
- 2- Besoins de **sécurité** = Besoins de protection contre la menace physique et psychologique, la crainte et l'anxiété et qui représentent des BESOINS SECONDAIRES.
- 3- Besoins d'**amour** = Besoins sociaux : appartenance, acceptation, sentiment d'amour et d'être désiré(e) qui représentent des BESOINS SECONDAIRES.
- 4- Besoins d'**estime** = Respect et appréciation de soi et des autres. Une compétence, une liberté, une renommée reconnues. Ces besoins représentent des BESOINS SECONDAIRES.

5- Besoins d'**actualisation** = Faire tout ce que nous devons pour devenir compétent(e).  
Développer notre propre individualité. Ces besoins représentent des BESOINS TERTIAIRES.

#### 4.4.4.1 RÉSULTATS COMPARATIFS SUR LE S BESOINS AFFECTIFS DE 6 PARTICIPANTES

L'analyse du besoin affectif a été plus complexe à effectuer que celle du besoin cognitif.

Nous présentons d'abord dans le tableau 4.4.4.1- A un compte rendu des énoncés affectifs prioritairement importants qui composent ce que nous avons appelé le deuxième bilan. Le premier bilan apparaît aussi dans ce tableau avec le chiffre en italiques entre parenthèses.

**Tableau 4.4.4.1 - A**

<b>Répartition du nombre d'énoncés de besoins affectifs prioritairement importants selon les catégorisations de Massé et de Maslow pour un TOTAL de 30 énoncés (entrevues de 6 participantes)</b>	
<b>N. d'énoncés de besoins affectifs pr. imp. (Massé)</b>	<b>N. d'énoncés de besoins affectifs pr. imp. (Maslow)</b>
-affectifs-émotifs :9 (25) (image de soi)	-survie : 2 (12)
-relationnels : 10 (33) (intimité)	-sécurité : 6 (8)
-comportementaux : 11 (36) (autonomie)	-appartenance : 9 (37)
	-estime : 7 (28)
	-actualisation : 6 (9)

En termes d'énoncés prioritairement importants, le premier constat qui nous frappe est que la composante affective a récolté 30 énoncés comparativement à 18 énoncés pour la composante cognitive. À l'instar du premier bilan, la composante affective du deuxième bilan récolte donc

un plus grand nombre d'énoncés-besoins que la composante cognitive en ce qui concerne les besoins prioritairement importants.

Nous remarquons aussi, quand nous considérons les résultats obtenus avec la grille de Massé, que le nombre d'énoncés sur les besoins relationnels (liés à l'intimité) est très légèrement inférieur (de un) à celui des besoins comportementaux (liés à l'autonomie) ; ces deux types de besoins d'ordre affectif, -de connexion et d'autonomie- qui représentent les deux pôles fondamentaux de la santé mentale et de la croissance, récoltent des scores presque identiques, ce qui correspond aussi aux résultats du premier bilan où la différence entre les besoins de connexion et les besoins d'autonomie était également minime, de l'ordre de trois.

Détaillons maintenant les résultats du premier et du deuxième bilan en regard de la catégorisation de Massé. Nous avons effectué avec le tableau 4.4.4.1 - B un comparatif des deux bilans et aussi une mise en priorité des besoins affectifs avec cette catégorisation de Massé.

**Tableau 4.4.4.1 - B**

<b>Mise en priorité des besoins affectifs- avec la catégorisation de Massé- selon le premier bilan et selon le deuxième bilan (entrevues de 6 participantes)</b>		
<b>ASPECTS DES BESOINS</b>	<b>PREMIER BILAN</b>	<b>DEUXIÈME BILAN</b>
1) comportemental (autonomie)	36	11
2) relationnel (intimité)	33	10
3) affectif-émotif (image de soi)	25	9

Si, par ailleurs, nous colligeons les totaux d'énoncés prioritairement importants des six participantes en fonction de la pyramide des besoins de Maslow, nous observons que, dans

l'ensemble des cinq stades pour les besoins affectifs-émotifs, relationnels et comportementaux, c'est le troisième stade- explicitement relié au relationnel- c'est-à-dire le besoin d'appartenance, de communication et d'amour qui récolte le nombre le plus élevé d'énoncés soit neuf, comme l'illustre le prochain tableau (4.4.4.1-C).

Par conséquent, si on analyse nos données d'entrevues avec la grille de Maslow, il ressort (cf tableau 4.4.4.1-C) que le besoin d'appartenance récolte le plus grand nombre d'énoncés, dans le premier comme dans le deuxième bilan. Dans la logique de la hiérarchie des besoins fondamentaux et en ce qui concerne les besoins affectifs prioritairement importants ou les plus fréquents, ces résultats démontrent donc qu'une première place est accordée par ces femmes au besoin d'appartenance, place qui est suivie par le besoin d'estime qui récolte quant à lui un nombre total de 28 énoncés dans le premier bilan et de sept énoncés dans le deuxième bilan. Ce qui oblige à conclure que le besoin d'estime est également très important, dans le premier comme dans le deuxième bilan. Or, le besoin d'estime correspond au besoin de valorisation non seulement par les autres mais aussi par soi-même et se trouve ainsi à chevaucher à la fois le besoin relationnel (appartenance) et le besoin d'autonomie (actualisation).

En utilisant la grille de Maslow, on peut dire que les deux types de besoins affectifs qui se démarquent le plus chez les six participantes sont les besoins d'appartenance et les besoins d'estime. Mais ce sont évidemment les besoins d'appartenance qui prédominent.

Comme nous l'avons fait précédemment avec la grille de Massé, nous avons effectué dans le tableau 4.4.4.1- C une mise en priorité à partir des résultats des deux bilans avec la grille des

besoins fondamentaux de Maslow, par ordre d'importance en fonction du nombre d'énoncés retenus pour chaque stade de besoins.

**Tableau 4.4.4.1- C**

<b>Mise en priorité des besoins affectifs- <u>avec la catégorisation de Maslow</u>- selon le premier bilan et selon le deuxième bilan (entrevues de 6 participantes)</b>		
<b>STADES DES BESOINS</b>	<b>PREMIER BILAN</b>	<b>DEUXIÈME BILAN</b>
1) APPARTENANCE	37	9
2) ESTIME	28	7
3) SURVIE	12	2
4) ACTUALISATION	9	6
5) SÉCURITÉ	8	6

Dans la logique de la pyramide de Maslow, ces résultats nous démontrent que l'aspect relationnel récolte le nombre le plus élevé d'énoncés de besoins, à plus forte raison si on additionne le total des énoncés des besoins d'appartenance et le total des énoncés des besoins d'estime (deux types de besoin reliés au relationnel), et ceci pour les deux bilans.

C'est seulement dans l'ordre de la mise en priorité au niveau des besoins de survie, de sécurité et d'actualisation que des différences apparaissent entre le premier bilan et le deuxième bilan de ce tableau. Nous constatons, avec le deuxième bilan, que les besoins d'actualisation sont aussi nombreux (6) que les besoins de sécurité et ils devancent de beaucoup les besoins de survie. Avec le premier bilan, nous constatons que les besoins d'actualisation sont presque aussi nombreux que les besoins de sécurité (9 versus 8) et, contrairement au deuxième bilan, ils sont



devancés par les besoins de survie. On en déduit donc que les particularités du besoin de survie (cf premier bilan) sont nombreuses chez les six participantes mais il ne s'agit pas, avec ce besoin de survie, du type de besoins qui s'avère prioritairement important (cf deuxième bilan). Toutefois, un tel résultat ne permet pas de conclure que le besoin de survie n'est pas important chez les six participantes. Nous pouvons seulement affirmer que l'application du critère de saturation empirique pour l'analyse des résultats des besoins affectifs de six participantes nous a permis de récolter des énoncés de besoins prioritairement importants plus nombreux au niveau de la sécurité et de l'actualisation qu'au niveau de la survie.

Par ailleurs, avec ce deuxième bilan du tableau 4.4.4.1- C, si on additionne le total de six énoncés de besoins d'actualisation avec le total de sept énoncés de besoins d'estime, - qui représentent aussi des besoins d'autonomie comme nous l'avons déjà dit - nous obtenons 13 énoncés de besoins d'autonomie versus 16 énoncés de besoins relationnels, ce qui confirme encore- comme dans le premier bilan- un résultat moindre pour les besoins d'autonomie. Est-ce à dire que dans les deux bilans obtenus au moyen de la grille de Maslow, les besoins relationnels s'avèrent plus nombreux que les besoins d'autonomie? La réponse est oui. Mais il faut voir que cette différence entre le nombre d'énoncés de besoins d'autonomie et le nombre d'énoncés de besoins relationnels - même si elle est plus importante dans le premier bilan - s'avère plutôt minime dans le deuxième bilan. Et les résultats du deuxième bilan sont les plus déterminants pour nous.

#### 4.4.4.2 CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE SUR LES BESOINS AFFECTIFS DE 6 PARTICIPANTES

En conclusion, si nous compilons les données issues des deux bilans comparatifs (en fonction du nombre total d'énoncés par catégorie et en fonction des énoncés prioritairement importants), nous faisons les constats suivants concernant les besoins affectifs des six premières participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur :

- 1) Les besoins affectifs sont plus nombreux et plus nombreux à être prioritaires que les besoins cognitifs et même, comme nous le verrons plus loin, que les besoins spirituels.
- 2) À partir de la grille de Massé, parmi les trois types de besoins affectifs (affectif-émotif, relationnel et comportemental), les besoins comportementaux reliés à l'autonomie ne sont que légèrement plus nombreux (de 3) et plus nombreux (de 1) à être prioritairement importants que les besoins relationnels reliés à l'intimité. Nous en déduisons qu'avec la grille de Massé, les besoins d'autonomie et les besoins relationnels sont à peu près équivalents en importance pour les six participantes, avec une légère tendance en faveur de l'autonomie.
- 3) En fonction de la grille de Maslow, en revanche, les besoins relationnels sembleraient nettement plus nombreux que les besoins d'autonomie lorsque nous procédons au dénombrement complet de toutes les particularités de besoins- sans égard aux répétitions- ce qui a fait l'objet du premier bilan ; cependant, lorsqu'avec le deuxième bilan -qui est le plus déterminant pour l'interprétation-, nous comptabilisons les énoncés qui ont récolté l'unanimité, les besoins relationnels ne sont que légèrement plus nombreux que les

besoins d'autonomie. Nous en déduisons qu'avec la grille de Maslow, les besoins d'autonomie et les besoins relationnels sont à peu près équivalents en importance pour les six participantes, avec une légère tendance en faveur du relationnel.

- 4) Dans l'ensemble de tous les énoncés et de tous les énoncés prioritairement importants concernant les cinq besoins fondamentaux selon la hiérarchie de Maslow, le besoin d'appartenance, de communication et d'amour s'avère majeur pour les six premières participantes et il est suivi de près en importance par le besoin d'estime. Précisons, avec Suzanne Hamel (1999) cette fois, que le besoin d'appartenance, de communication et d'amour concerne tous les besoins relatifs à l'appartenance, à l'acceptation, à l'intégration, au sentiment d'amour et d'être désiré(e), au besoin de communication et de partage avec une ou plusieurs personnes ; le besoin d'appartenance signifie aussi avoir des ami(e)s, donner et recevoir de l'affection, se sentir partenaire d'un groupe, que ce soit le couple, la famille, une «gang», une équipe de travail ou autres. Le besoin d'estime quant à lui – et toujours selon Hamel (1999) - concerne tous les besoins relatifs au respect, à l'appréciation, à la reconnaissance, à la valorisation par soi-même et par les autres ; le besoin d'estime signifie s'aimer soi-même, être fier(e) de ses capacités, de ses ressources, de ses réussites ou encore être aimé(e), reconnu(e), admiré(e) par les autres.
- 5) Après avoir confronté les résultats des deux types de bilans comparatifs utilisés pour notre analyse, il est possible de penser que les deux polarités majeures des besoins affectifs (de connexion ou d'intimité versus d'autonomie ou d'identité) seraient aussi importantes l'une que l'autre pour les six premières participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur et ce, en incluant le besoin d'estime. Par conséquent, l'ensemble de nos résultats d'entrevues sur les besoins affectifs nous permettent de croire

que le besoin relationnel serait central chez nos six participantes tout en étant indissociable du besoin d'autonomie et du besoin d'estime.

Voyons maintenant, de manière concrète, en quoi consistent ces besoins affectifs prioritairement importants pour ces six premières participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur. La synthèse que nous avons effectuée dans la liste qui suit en présente les grandes lignes.

#### **4.4.4.3 LISTE DES 30 BESOINS AFFECTIFS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS POUR 6 PARTICIPANTES**

##### **Besoins affectifs-émotifs (reliés à l'image de soi)**

###### *Besoins d'estime*

- S'aimer et se reconnaître soi-même (1). Dans les années qui ont précédé l'entrevue, ces six participantes ont effectué leurs premiers pas dans la découverte d'elles-mêmes, notamment à la suite d'un travail de psychothérapie : elles disent avoir encore besoin de découvrir plusieurs facettes d'elles-mêmes, avoir besoin de s'aimer et de «se reconnaître comme de belles personnes», comme l'exprime l'une d'elles. Plusieurs remarquent qu'elles ont maintenant besoin de s'accepter telles qu'elles sont et de s'évaluer par elles-mêmes sans attendre le regard de l'autre, un besoin qui est apparu dans les récentes années et qui compense, selon une autre participante, pour le sentiment de perte de séduction qu'elle vit depuis le mitan.

- Valoriser son corps par rapport au vieillissement (2). En outre, pour l'avoir constaté dans les entrevues et dans les questionnaires, le changement dans l'apparence physique- notamment par la prise de poids (7/12 participantes constatent un poids plus élevé) et par les signes apparents de

vieillesse-, s'est vécu de manière plutôt négative et dans une sorte de résignation douce amère pour la grande majorité des participantes. Ces femmes ressentent un besoin de valorisation par rapport à l'apparence physique et au vieillissement du corps.

Prendre soin de son apparence physique (3). La totalité des six participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur, expriment ressentir le besoin de prendre soin d'elles-mêmes au niveau de leur apparence physique afin de satisfaire leur besoin d'estime relié à l'image de soi.

#### *Besoin de survie*

- Retrouver ses capacités physiques et psychologiques pour retourner au travail rémunéré (4). Avoir besoin de cesser temporairement de travailler pour des raisons de santé et de survie physique et psychologique n'est pas rare chez nos participantes : cinq sur six l'ont expérimenté à un moment ou l'autre de leur milieu. Dans ce cas, le premier des besoins qu'elles expriment est celui de restaurer et de retrouver leurs capacités physiques et psychologiques parce que travailler dans un emploi rémunéré s'avère un besoin essentiel pour elles, notamment au niveau de leur image d'elle-même : dans cet optique, on peut comprendre que celles qui ont des manifestations pénibles de pré-ménopause disent éprouver le besoin lancinant d'arriver enfin à l'étape de la post-ménopause pour retrouver un bien-être nécessaire à un fonctionnement professionnel adéquat.

#### *Besoins de sécurité*

- Besoin de sécurité en termes de soutien affectif et émotif durant les changements du milieu, particulièrement lors de la prise en charge de proches (5). Ces femmes déclarent avoir alors vécu

une certaine dévalorisation par rapport à leur image d'elles-mêmes, parfois même une grande culpabilisation, et elles disent s'être perdues de vue au niveau de leur identité, englouties qu'elles étaient dans leurs difficultés. Durant leur mitan, les six participantes affirment avoir toutes ressenti le besoin de soutien affectif et émotif, particulièrement lorsqu'elles ont vécu les changements événementiels majeurs dont elles nous ont parlé: lorsqu'elles ont pris en charge, soigné puis perdu, souvent, des personnes chères, lorsqu'elles ont subi une diminution importante de revenus et lorsqu'elles ont expérimenté des crises relationnelles avec leurs conjoints ou avec leurs adolescents, toutes des situations qui les ont fait basculer dans la détresse, dans la dépression, dans la dépendance à l'alcool et aux psychotropes. Ce besoin de soutien, nous disent-elles, était particulièrement important durant les années où elles ont pris soin de leurs proches. Le fait de côtoyer la maladie de près chez des êtres chers et de prendre ceux-ci en charge s'avère une tâche lourde – voire trop lourde- avec les années. La détresse affective devient alors extrême et le besoin de soutien émotif s'avère crucial.

- Besoin de sécurité en termes de soutien affectif et émotif lors de leurs difficultés personnelles de santé psychologique et physique au mitan (6). On peut aussi constater que la totalité des six participantes se sont trouvées dans un grand besoin de soutien affectif et émotif quand elles ont connu leurs propres difficultés de santé psychologique et physique au mitan. Leur image d'elles-mêmes a alors été ébranlée par le fait qu'elles ont du prendre conscience de leurs limites. Elles disent avoir eu besoin d'être soutenues non seulement pour comprendre et traverser ces difficultés personnelles de santé mais aussi pour faire face à cette inquiétante remise en question de leur identité.

-Besoin de sécurité financière (7). Chez les six participantes, ce besoin de sécurité affective et émotive se trouve non seulement lié à leur vécu relationnel mais aussi à leurs conditions matérielles et à la sécurité financière. Les résultats de nos entrevues démontrent que le besoin de la sécurité financière est en amont du besoin de la sécurité émotive et représente l'un de ses trois piliers avec le relationnel et la santé. Cependant, toujours selon les résultats de nos six entrevues, une relative sécurité matérielle ne semble pas, à elle seule, assurer la sécurité émotive des participantes. Mais on peut dire que les participantes qui se retrouvent dans un besoin financier lancinant sont encore moins en mesure d'éprouver un fort sentiment de sécurité émotive et des sentiments positifs vis à vis leur image d'elle-même : c'est le cas pour les participantes qui manquent cruellement de l'essentiel pour vivre au moment où nous les avons rencontrées. Quant à celles qui peuvent tout de même bénéficier d'une relative sécurité matérielle, ces femmes disent avoir perdu une part profonde de leur sécurité émotive en regard de leur image et de leur estime d'elles-mêmes lorsqu'elles ont perdu leur emploi et connu une diminution de revenus en conséquence.

### *Besoin d'appartenance*

-Besoin de communication avec le conjoint (8). Le besoin d'appartenance, de communication et d'amour se manifeste plus particulièrement dans les relations conjugales. Les six participantes nous ont unanimement révélé à quel point la communication est ou a été déficiente avec leur conjoint durant leur mitan, parfois de manière invivable pour certaines et durant la plus grande partie de leur vie de couple. Ces six femmes témoignent de leur profond besoin – constamment insatisfait - de simplement pouvoir parler avec leur conjoint et d'être écoutée, que ce soit lors d'une période troublée par les difficultés pour les unes ou, de manière générale, depuis les débuts

de leur vie de couple pour les autres. Chacune a souffert ou souffre encore, à différents degrés, du manque de présence affective du conjoint et de son incapacité de communication tant sur le plan de la parole et de l'écoute qu'au niveau des gestes d'affection et de tendresse. Certaines témoignent que ce manque de présence affective du conjoint peut se traduire par un désintérêt total du conjoint envers elles ou envers les enfants : ces femmes ont alors intériorisé le sentiment qu'elles n'étaient pas importantes, qu'elles ne valaient pas grand chose, et même qu'elles ne valaient pas la peine de vivre et d'exister. Cette communication insatisfaisante, voire inexistante avec le conjoint a eu des répercussions profondément négatives sur leur image d'elles-mêmes et sur leur valorisation personnelle, d'autant plus que c'est sur ce territoire du relationnel conjugal – familial aussi - que ces femmes manifestaient le plus d'attentes affectives et émotives.

#### *Besoin d'actualisation*

- Besoin de travailler à l'extérieur dans un emploi rémunéré (9). Le besoin majeur et unanime d'actualisation que nous avons observé chez les six participantes se manifeste dans la dimension du travail rémunéré: chez ces femmes, l'actualisation par le travail rémunéré est fortement liée à l'image de soi et à l'identité. Ce type de besoin s'est rencontré chez les six participantes lorsqu'elles ont exprimé – lors d'une question précise du canevas d'entrevue - « quelle image de femme elles avaient le plus intériorisée dans leur vie ou quelle femme elles avaient rêvé d'être » : elles se voyaient toutes comme des femmes indépendantes financièrement qui se réalisaient dans un emploi et dans un métier. Avec le besoin de travailler à l'extérieur dans un emploi rémunéré, nous sommes donc en face d'un moyen capital pour ces femmes arrivées au mitan de construire leur identité, de parvenir à la réalisation de leur individualité et par là, de conquérir leur bien-être psychologique.



## **Besoins relationnels (reliés à l'intimité)**

### *Besoins d'appartenance*

- Besoin de parler et d'être écoutée de manière générale et surtout avec le conjoint (10). Parmi les besoins relationnels qui ont été exprimés en regard de l'intimité, le besoin de parler et d'être écoutée en profondeur - surtout avec le conjoint -, est partagé par les six participantes. Il va sans dire que les participantes qui ont des difficultés importantes au niveau de la communication et de l'échange dans leur vie de couple ressentent encore plus douloureusement l'absence de cette intimité au niveau de la parole. Certaines d'entre elles nous ont dit qu'elles ont alors comblé ce besoin de la conversation d'intimité - insatisfait dans leur vie de couple - dans des relations d'amitié, dans le bénévolat ou dans l'engagement social.

- Besoins d'intimité et de réciprocité affectives à travers les gestes d'affection, de tendresse et d'attention de la part du conjoint (11). Les six participantes expérimentent ou ont expérimenté, à un moment ou l'autre du mitan - et durant toute leur vie pour trois d'entre elles-, un grand vide affectif sur le plan des gestes d'affection, de tendresse et d'attention de la part du conjoint. Au moment de l'entrevue, cinq d'entre elles – mais trois encore plus fortement - expriment toujours de grands besoins d'affection, de tendresse et d'attention de la part de leur conjoint de même que des besoins élémentaires de compréhension mutuelle. Une seule parmi les six participantes semblent avoir comblé ces besoins d'intimité de manière satisfaisante pour elle au moment où nous la rencontrons. Les six participantes nous ont unanimement révélé à quel point l'intimité et la réciprocité dans la vie affective ont été déficientes à certains moments avec leur conjoint, parfois de manière invivable pour les unes et durant la plus grande partie de leur vie de couple pour d'autres.

- Besoin de la responsabilisation du conjoint comme père (12). Une majorité ont ressenti difficilement l'absence du conjoint pour élever les enfants alors qu'elles auraient eu un crucial besoin d'être épaulées dans cette tâche et dans cette responsabilité, tout particulièrement lors des périodes difficiles.

- «Besoin» de prendre en charge des êtres chers et particulièrement de leur mère (13). On sait que ce type de besoin est normatif chez les femmes, c'est-à-dire qu'il fait partie de leur socialisation et des rôles et des stéréotypes sexistes de la société à cet égard. Ce n'est pas seulement leur mère mais tous leurs proches -qu'ils soient malades, âgés ou en difficultés- que la totalité des six participantes témoignent «avoir eu besoin» de prendre en charge à un moment ou l'autre de leur mitan. Le «besoin» de prendre soin de leur mère et de la protéger s'est manifesté chez cinq des six participantes.

- Besoin de faire des deuils et de guérir la blessure des relations perdues par la mort de personnes chères (14). On sait aussi combien les participantes deviennent vulnérables lorsque les êtres chers décèdent et, à la lecture de leurs histoires de vie, on connaît le prix élevé de leurs deuils : elles nous disent avoir mis des années à s'en remettre et à combler leur besoin de guérir la blessure de ces relations perdues. Il est important de retenir que la totalité des six participantes témoignent en entrevue du fait que le relationnel familial et conjugal est plus important depuis le mitan et encore plus particulièrement depuis la mort de leur mère.

- Besoin de soutien et d'échange avec une personne-ressource au mitan (15). Quatre des six participantes expriment le besoin de soutien au mitan et de ne pas se sentir «dans le vent toute

seule» comme l'exprime l'une d'entre elles; ces femmes affirment avoir besoin d'échanger sur le vécu du mitan et de parler de leurs difficultés du mitan avec une personne-ressource et ce, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

#### *Besoin d'estime*

- Besoin d'être appréciée, respectée et traitée de manière égalitaire par leur conjoint et par leurs frères (16). Une majorité des six participantes déclarent avoir besoin d'être appréciée et respectée davantage par leur conjoint et par leurs frères.

#### *Besoin de sécurité*

- Besoin de se protéger face à une situation de violence (17). Le besoin de sécurité s'est manifesté chez quatre participantes sur six par le besoin exprimé de se protéger face à une situation de violence, que ce soit de la part d'un conjoint violent ou de la part d'un père violent.

#### *Besoins d'actualisation*

- Besoin d'actualisation (prioritairement important) dans les relations avec le conjoint et avec les enfants (18). Pour la presque totalité des six participantes, ce sont les relations de couple et les relations avec les enfants qui représentent, selon elles, le territoire privilégié de leur besoin d'actualisation au niveau relationnel.

- Besoin d'actualisation dans les relations d'amitié (19). Quant aux besoins de s'actualiser en amitié, ils sont exprimés chez quatre participantes sur six. Si ce type de besoin semble prendre une place secondaire par rapport au relationnel conjugal et familial, il est tout de même important

selon ces femmes; ce besoin peut prendre une très grande place pour celles qui vivent une relation conjugale insatisfaisante, jouant même le rôle de substitut à cette relation.

### **Besoins comportementaux (reliés à l'autonomie)**

#### *Besoins d'estime*

- Besoin d'un emploi rémunéré (20). Pour la totalité des six participantes, le travail rémunéré répond au besoin d'être appréciée, reconnue et valorisée autant individuellement que socialement à cause de la valeur économique que la société accorde au travail à l'extérieur ou sur le marché de l'emploi. En entrevue, certaines sous-estimaient et passaient même sous silence la valeur de leur production domestique dans le cadre conjugal et familial, la valeur de leur travail de «proches aidantes» de même que la valeur de leurs activités de bénévolat. Selon elles, ce n'était pas «un vrai travail» et elles n'en tiraient aucune estime d'elles-mêmes parce que ce type de travail n'était pas payé et ne leur offrait pas la sécurité financière si essentielle à leur survie, ni non plus l'autonomie économique, des vecteurs d'estime de soi pour elles. Nous avons vu précédemment que les six participantes ont raconté combien le fait d'avoir un emploi répond à leurs besoins d'identité et de fidélité à leur idéal du moi et qu'il est ressenti comme prioritaire dans leur vie pour satisfaire leurs besoins d'estime de soi, de confiance en soi, de valorisation et d'actualisation de soi tant au niveau individuel qu'au niveau social. Bref, les six participantes expriment explicitement que le travail rémunéré répond à leur besoin de sécurité et d'autonomie financières et matérielles de même qu'à leur besoin d'estime de soi.

- Besoin de mettre leurs limites et de dire non (21). Au premier chef des besoins comportementaux reliés à l'autonomie, apparaît chez les participantes le besoin de «mettre des

limites et de dire non» : cette phrase a été entendue maintes fois dans leur bouche et représente un véritable *leitmotiv* pour elles. Toutes déclarent éprouver l'impérieuse nécessité de nommer leurs besoins désormais et de ne plus s'oublier ; elles ressentent le besoin de mettre leurs limites et de dire non (par exemple quand elles sont fatiguées). Après toutes les difficultés qu'elles ont connues et particulièrement leurs difficultés de santé, les six participantes disent ressentir le besoin de ne plus se créer d'obligations et de ne pas trop s'en demander. Toutes déclarent unanimement combien elles ont maintenant besoin de prendre soin d'elles et de penser davantage à elles.

- Besoin de se prendre en mains toutes seules - pour elles-mêmes et par elles-mêmes - et de se prouver à elles-mêmes qu'elles sont capables (22). L'appel de l'autonomie financière et psychologique est devenu pressant à l'étape de vie où elles sont rendues : les six participantes déclarent avoir besoin de se prendre en mains toutes seules et de se prouver à elles-mêmes qu'elles sont capables, un nouveau besoin qui est apparu à l'étape du mitan, nous dit l'une d'entre elles. Ces femmes nous ont confié avoir besoin de faire face et d'être fortes, pour elles-mêmes cette fois, et non pour les autres et dans l'attente des autres. Elles affirment que dorénavant, c'est vers elles qu'elles veulent diriger leurs capacités maternantes. Elles disent ne plus vouloir se mettre en situation d'attente dans leurs relations affectives que ce soit à la maison ou sur le marché du travail et souhaitent se mobiliser désormais pour répondre à leurs besoins. Les six participantes nous ont confié vouloir se donner à elles-mêmes le précieux soutien moral qu'elles ont généreusement dispensé dans leur entourage durant une grande partie de leur vie, voire toute leur vie.

### *Besoins d'appartenance*

- Besoin d'affirmation de soi avec l'entourage (23). Ce besoin est généralisé chez les six participantes et se traduit de différentes manières : l'une se perçoit «plus foncée» dans son entourage familial et amical depuis le mitan alors qu'une autre dit avoir su s'affirmer et se tailler une place dans son milieu de travail.

- Besoin d'une prise de distance affective et de sortir d'un relationnel fusionnel (24). Mais ce sont les besoins de prise de distance affective et les efforts pour sortir d'un relationnel fusionnel- en particulier face au conjoint et face aux enfants- qui attirent davantage l'attention et qui semblent même avoir été l'enjeu central de la santé mentale des six participantes au mitan. Comme nous l'avons déjà mentionné., une majorité de ces femmes déclarent être maintenant en mesure de se mobiliser concrètement afin de s'occuper de leurs besoins propres et afin de vivre par elles-mêmes et pour elles-mêmes. **Il est important de retenir que ces femmes précisent que c'est à l'étape du mitan, à la suite de leurs difficultés de santé, que leur apprentissage de l'autonomie relationnelle a débuté.**

### *Besoin de survie*

- Besoin de pause, de repos et de guérison dans leur vie (25). Le besoin majeur de survie qui a été exprimé de manière récurrente et à l'unanimité chez les six participantes est le besoin de repos. Toutes nous ont dit avoir besoin de faire une pause, de prendre du temps pour elles et pour «panser les plaies», selon l'expression de l'une d'elles.

### *Besoins de sécurité*

- Besoin de ne pas attendre trop longtemps pour demander de l'aide psychologique professionnelle (26). Une majorité de participantes regrettent d'avoir attendu trop longtemps avant d'effectuer des démarches auprès des professionnel(le)s de la santé mentale et elles manifestent le besoin, dans le futur, de ne pas attendre trop longtemps pour demander de l'aide psychologique professionnelle.

- Besoin de la sécurité financière que procure le travail rémunéré (27). Pour les six participantes, le besoin d'argent et le besoin de sécurité financière sont évidemment liés à leur besoin d'un travail extérieur rémunéré. Selon leurs témoignages, le besoin de la sécurité financière ressort en effet comme l'un des besoins majeurs de ces femmes parce qu'elles ont vécu une diminution de revenus depuis le mitan.

### *Besoins d'actualisation*

- Besoin de s'épanouir et de se réaliser prioritairement à travers le travail rémunéré (28). **Les six participantes sont unanimes à vouloir s'épanouir et se réaliser à travers le travail rémunéré . En effet, en regard des comportements liés à l'autonomie et au travail, les besoins d'actualisation exprimés en entrevue par les six participantes mettent beaucoup d'emphase sur la dimension du travail rémunéré.**

- Besoin de s'actualiser à travers des projets d'études et de formation (29). Une majorité des six participantes ont aussi exprimé *en entrevue* le besoin de s'actualiser à travers des projets d'études

et de formation. **Il s'agit ici d'un aspect qui n'était pas ressorti comme important lors de l'analyse des résultats des questionnaires.**

- Besoin de solitude ou de prendre du temps et de l'espace pour elles seules (30). Au niveau des comportements liés à l'autonomie, une majorité de participantes du groupe des six disent ressentir un besoin de solitude, c'est-à-dire un besoin de prendre du temps et de l'espace pour elles seules, pour lire, pour écouter de la musique, pour aller dans la nature ou pour écrire leur journal intime.

#### **4.4.5 DÉFINITION DU BESOIN SPIRITUEL ET RÉSULTATS COMPARATIFS DES 2 BILANS SUR LES BESOINS SPIRITUELS**

Rappelons d'abord la définition de la spiritualité adoptée pour notre étude : **La spiritualité est une expérience intime de croissance inscrite dans une quête de sens et dans une relation à une transcendance, qui permet à un être humain de se réaliser (ou de s'unifier), et qui se situe dans un contexte historique et collectif déterminé.**

Notre définition de la spiritualité rejoint celle qui est proposée par May Clarkson et al (2001) dans *l'Enquête sociale et de santé 1998* et qui fait « référence à une recherche de sens et d'appartenance en relation avec des valeurs fondamentales ou en relation avec un être ou un univers transcendant ».

Cette définition laïque et contemporaine de la spiritualité – non rattachée à une forme particulière de spiritualité et bien distincte du religieux – comprend, entre autres, deux notions importantes : la notion de quête de sens et la notion de transcendance.



La notion de quête de sens est comprise dans notre recherche comme le sens à la vie, c'est-à-dire le sens de sa propre vie qui «rejoint le sens de la vie des autres et le sens de la vie tout court» (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

Quant à la notion de transcendance, elle est entendue comme tout ce qui permet le dépassement du moi, c'est-à-dire comme «une référence explicite à un Inconditionnel qui se pose "inconditionnellement" devant le sujet et qui transcende toujours ses idées et ses représentations» (Peelman, 1996).

Lorsque nous parlons de la spiritualité ou de la dimension spirituelle, nous nous campons dans une perspective de croissance ou de maturation : il s'agit pour nous d'un processus intégrateur, unificateur et transformateur du moi et de la totalité de la personne humaine, s'exprimant dans un mouvement au-delà du moi. Il s'agit aussi d'un processus qui n'est jamais achevé, multidimensionnel, holistique, c'est-à-dire intégrant toutes les dimensions d'une personne et tous les aspects de la vie humaine autant au niveau individuel que social. En son pivot central, il s'agit fondamentalement d'un processus qui concerne plus spécifiquement le développement psychologique individuel dans sa dimension la plus profonde et qui dépasse le moi en l'englobant.

La chercheuse québécoise Suzanne Hamel (1997) a observé que la croissance personnelle (psychologique) et la croissance transpersonnelle (spirituelle) sont indissociables ; elle affirme que le besoin de croissance au niveau transpersonnel «n'apparaît pas seulement une fois que la croissance personnelle est achevée, mais apparaît plutôt en cours de croissance personnelle (...) par moments plus ou moins longs, et plus ou moins intensément, selon les personnes » (1997).

Hamel remarque que ces observations «sont cohérentes avec la conception d'Erikson (1980, 1959) qui écrit que l'intégration de la personnalité dépend de l'intégration, non seulement des stades de développement précédant le stade actuel de croissance, mais aussi d'éléments des stades supérieurs de développement, y compris la sagesse» (1997).

Suzanne Hamel conclut de ses recherches (1997) «que le besoin de transcendance est un besoin qui apparaît graduellement en cours de croissance personnelle» ; elle prend soin d'ajouter qu'il «peut être intégré à tous les niveaux dans la hiérarchie des besoins personnels de Maslow, c'est-à-dire au cours de la croissance personnelle (nous soulignons). Le besoin de transcendance peut être ressenti et comblé, du moins temporairement, même si la personne n'est pas complètement actualisée. »

Pour certaines approches théoriques dont celles de Suzanne Hamel et de la présente recherche, ce type de développement d'ordre spirituel n'est pas l'apanage du monde religieux et est accessible à tout le monde; il ne dépend pas du degré de perfection, du degré d'évolution psychologique ou morale, ni de l'âge ou de l'état de santé psychologique d'une personne (ce qui ne nuit pas bien sûr); c'est plutôt un processus qui relève d'états de conscience, de prises de conscience et d'expériences (sporadiques ou continues) qui sont tributaires du besoin de transcendance de soi qu'on ressent ou non et qu'on choisit ou non de satisfaire.

Relativement à cette incidence du facteur âge dans le processus de maturation spirituelle, et s'appuyant sur sa thèse de doctorat en psychologie, Suzanne Hamel (1997) apporte les nuances suivantes :

La recherche réalisée auprès des 45 étudiant(e)s en psychologie permet de constater que le besoin de transcendance n'est pas un besoin apparaissant soudainement à un âge avancé ou à un âge particulier, ni une fois que les personnes ont intégré leur personnalité ou qu'elles se sont actualisées. Au contraire, le besoin semble s'inscrire dans un processus très personnalisé, c'est-à-dire selon le rythme de chaque personne. Même si, dans l'ensemble, nous observons une évolution avec l'âge des sujets dans la qualité ou dans la profondeur de ce processus, il demeure, d'une part, que le besoin peut atteindre une dimension assez profonde, quoique plus exceptionnelle, à un âge relativement jeune, tel que nous l'avons constaté chez certains sujets et, d'autre part, que des personnes plus âgées vivent leur besoin de transcendance moins intensément et moins profondément que d'autres.

Pour opérationnaliser la notion de besoin spirituel, nous avons donc utilisé les travaux exploratoires de Suzanne Hamel (1999,1997). Celle-ci a privilégié la notion de *transcendance de soi* pour résumer en un seul vocable les méta-besoins que sont les besoins spirituels. Voici la définition que Suzanne Hamel propose du besoin de transcendance de soi -qu'elle appelle plus simplement le besoin de transcendance- (1997): « Le besoin de transcendance est l'aspiration à un état de bien-être intérieur profond, dû à l'émergence d'un centre de conscience plus élevée et à la pratique de valeurs ultimes dans ses relations avec soi-même, les autres, la nature et l'univers».

Suzanne Hamel opérationnalise le concept de transcendance de soi à l'aide de deux dimensions majeures que Maslow avait déjà répertoriées : la métacognition et la métamotivation. Selon la chercheuse (1997), «la métacognition réfère généralement à des éléments d'ordre intuitif-cognitif recherchant une perception juste de la réalité, tandis que la métamotivation réfère davantage à des éléments d'ordre intuitif-affectif recherchant la réalisation concrète de valeurs profondes ou de valeurs d'Être». Pour Hamel, la métacognition réfère au besoin d'élever sa conscience au-delà de la perception ordinaire alors que la métamotivation réfère au besoin de pratiquer de manière concrète des valeurs d'être ou des valeurs ultimes dans sa vie. Nous insistons sur le fait que pour Hamel (1997), «le besoin de transcendance peut être intégré à tous les niveaux dans la hiérarchie

des besoins personnels de Maslow, c'est-à-dire au cours de la croissance personnelle», ce qui nous permet de penser que tous les besoins fondamentaux peuvent être ressentis autant de manière personnelle que transpersonnelle.

Sous ces catégories de métacognition et de métamotivation, Hamel a identifié quatre composantes qui forment le cadre opératoire du besoin de transcendance ou du besoin spirituel: la perception pénétrante, la perception globale, la présence à soi et le dépassement de soi. Chacune de ces composantes correspond respectivement à quatre qualités que cette chercheuse estime nécessaires à l'actualisation transcendante de soi : discernement, détachement, volonté créatrice et amour-compassion.

Nous présentons dans cette section les besoins spirituels des participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur en les classifiant selon les deux dimensions de la métacognition et de la métamotivation et selon les quatre composantes de besoins spirituels que ces femmes ressentent ou expriment: la perception pénétrante, la perception globale, la présence à soi et le dépassement de soi.

Comme il a déjà été dit, nous avons constaté que les énoncés de besoins spirituels sont peu nombreux comparativement aux énoncés de besoins cognitifs et affectifs : en effet, dans le premier bilan présentant le nombre total de tous les besoins spirituels, les énoncés de besoins spirituels se retrouvent au nombre de 16, ce qui représente la somme d'énoncés de besoins la moins élevée comparativement aux besoins cognitifs (54) et aux besoins affectifs (94).

Le fait que nous ayons obtenu un faible score d'énoncés de besoins spirituels dans notre étude s'explique, à notre avis, pour une raison majeure : bien que présente et importante dans nos deux instruments de recherche, la dimension spirituelle (avec les composantes de quête de sens et de relation à une transcendance) a dû être secondarisée au profit de la dimension psychologique de

la santé mentale. En effet, le nombre élevé d'objectifs d'ordre psychologique présents dans notre étude a nécessité que nous posions des limites au territoire de la recherche et que nous accordions davantage d'attention et d'espace à la connaissance des besoins psychologiques fondamentaux.

D'autres éléments d'explication sont à explorer pour tenter de comprendre le nombre relativement peu élevé de besoins spirituels chez les six premières participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur. La chercheuse a noté un besoin d'information, chez les femmes rencontrées, au niveau de la signification de la notion de spiritualité. C'est pourquoi – et à leur demande d'ailleurs - la chercheuse a pris soin, en entrevue, de présenter la notion de spiritualité utilisée par la recherche. Il est donc possible que le fait que les participantes identifient un nombre peu élevé de besoins spirituels illustre une conception ou une représentation d'une spiritualité confondue avec la religion, comme nous avons pu le vérifier dans les entrevues avec la majorité des femmes du groupe. Le concept de spiritualité recouvre en effet plusieurs sens et il est parfois englobé dans celui de religion. May Clarkson et les auteur(e)s de l'*Enquête Santé Québec 1998* (2001) expliquent qu'il s'agit de deux notions bien distinctes qui ont été documentées, en précisant que «la spiritualité (...) demeure un concept beaucoup plus difficile (*que la religion*) à cerner et à mesurer puisqu'il s'agit d'un élément subjectif et équivoque, auquel diverses personnes peuvent attribuer un sens différent.»

**Pour terminer cette brève réflexion concernant le nombre relativement faible d'énoncés de besoins spirituels dans nos résultats, - comparativement aux besoins psychologiques - il est pertinent de nous situer dans le contexte social contemporain de l'absence de repères au niveau de la spiritualité, comme l'ont constaté plusieurs chercheur(e)s dans les dernières décennies (Péloquin, 2001).**

Enfin, - et cette dernière remarque est à retenir - la recherche féministe dans ce domaine nous a aussi appris que, de manière générale, beaucoup de femmes ne semblent pas se faire confiance et ont tendance à sous-estimer leur vécu et leur expérience propres au niveau de l'intériorité et de la spiritualité, une caractéristique dont nous parlerons au chapitre 5 dans la discussion de nos résultats.

Quoiqu'il en soit, malgré son nombre moins élevé d'énoncés chez les six participantes, le besoin spirituel n'en est pas moins important du point de vue de la santé mentale, car il touche le besoin crucial de donner du sens à sa vie. Or, le besoin de donner du sens à sa vie est le besoin qui se retrouve au cœur des besoins de présence à soi des six participantes, l'unité de sens qui récolte le score le plus élevé dans les deux bilans, comme nous le voyons dans le tableau suivant.

**Tableau 4.4.5- A**

<b>Nombre d'énoncés des besoins spirituels - <u>avec la catégorisation de Hamel</u>- selon le premier bilan et selon le deuxième bilan (entrevues de 6 participantes)</b>		
<b>TYPES DE BESOINS</b>	<b>PREMIER BILAN</b>	<b>DEUXIÈME BILAN</b>
<b>MÉTA-COGNITIFS</b>		
1) perception pénétrante	3	0
2) perception globale	4	2
<b>MÉTA-AFFECTIFS</b>		
3) présence à soi	5	5
4) dépassement de soi	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>11</b>

#### 4.4.5.1 CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE SUR LES BESOINS SPIRITUELS DES 6 PARTICIPANTES

Nous établissons quatre constats significatifs dans l'expression des besoins spirituels des six participantes :

- 1) Parmi les quatre dimensions du besoin spirituel répertoriées par Suzanne Hamel (1999,1997), le besoin de *présence à soi* et le besoin de *dépassement de soi* s'avèrent les besoins spirituels les plus prioritairement importants. Mais c'est le besoin spirituel de présence à soi qui ressort comme l'enjeu fondamental de la santé mentale des six femmes dont nous avons analysé le discours avec exhaustivité. Pour celles-ci, le besoin de présence à soi rejoint d'abord le besoin d'autonomie de la composante psychologique de la santé mentale. Le besoin spirituel de présence à soi rallie ensuite le pôle de l'identité en s'ouvrant sur le besoin de raffiner, de parfaire et de consolider la construction de leur identité. Il est permis de penser que les besoins d'autonomie et d'identité représentent les principaux besoins psycho-spirituels dont les participantes souhaitent faire un apprentissage transformateur afin de maintenir leur santé mentale ou afin de prévenir leurs difficultés de santé mentale. Cependant, le besoin relationnel est aussi atteint à travers le besoin de présence à soi de ces six participantes et s'avère extrêmement présent au niveau de leurs besoins spirituels.
  
- 2) En effet, les six participantes expriment et vivent leurs besoins spirituels en termes relationnels. Cette réalité ou cet état de fait se trouve en cohérence avec une partie de la définition même de la spiritualité - basée sur *la relation* à une transcendance-, de même

qu'en continuité avec l'expérience psychologique de ces femmes. Au niveau des besoins spirituels, nous pouvons affirmer que le besoin de connexion ou d'intimité est fondamental et central chez les six participantes, comme il était central au niveau de leurs besoins psychologiques

- 3) **À ce premier niveau d'analyse et étant donné les deux constats précédents, il est possible de penser que ces deux types de besoins spirituels (relationnel/intimité et autonomie/identité) seraient aussi importants l'un que l'autre pour les six participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur. Toutefois, si l'ensemble de nos résultats sur les besoins spirituels nous permettent de croire que le besoin relationnel s'avère central chez les six participantes, il est probable que ce soit le besoin d'autonomie qui soit l'enjeu premier de leur santé mentale, du point de vue psychologique comme du point de vue spirituel.**
- 4) Les besoins spirituels prioritairement importants des six participantes se concentrent majoritairement dans la composante méta-affective. Cela signifie que les besoins prioritaires de ces femmes sont de réaliser concrètement, dans la pratique, des valeurs profondes ou des valeurs ultimes de vie. Pour elles, du point de vue spirituel, ce sont la mobilisation de soi et le passage à l'action dans la mise en pratique de leurs valeurs profondes qui se présentent comme prioritaires.

Voyons comment les participantes décrivent ces besoins spirituels qui leur sont prioritairement importants.



#### 4.4.5.2 LISTE DES 11 BESOINS SPIRITUELS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS

Dans le tableau 4.4.5- B, nous reprenons d'abord les résultats du deuxième bilan qui illustre la répartition des énoncés spirituels prioritairement importants en fonction des deux grandes catégories de la métacognition et de la métamotivation répertoriées par Suzanne Hamel (1999, 1997). Nous présentons ensuite le compte rendu des 11 énoncés spirituels prioritairement importants, c'est-à-dire ayant, pour la plupart, récolté le consensus chez les six premières participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur.

**Tableau 4.4.5- B**

<b>Répartition du nombre d'énoncés de besoins spirituels prioritairement importants selon les catégories de la métacognition et de la métamotivation de Suzanne Hamel pour un TOTAL de 11 énoncés (entrevues de 6 participantes)</b>	
<b>N. d'énoncés /catégorie méta-cognitive du besoin spirituel</b>	<b>N. d'énoncés / catégorie méta-affective ou de la méta-motivation du besoin spirituel</b>
-Perception pénétrante : <b>0</b> (Discernement)	Présence à soi : <b>5</b> (Volonté créatrice)
-Perception globale : <b>2</b> (Détachement)	-Dépassement de soi : <b>4</b> (Amour/compassion)

#### **11 BESOINS SPIRITUELS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS**

##### **Besoins méta-cognitifs**

*-Besoin de perception pénétrante*

Le besoin de se connaître en profondeur

Rappelons que dans l'analyse de nos résultats, le besoin spirituel de se connaître en profondeur, dans ses qualités et dans ses limites, a été comptabilisé avec les besoins cognitifs et non avec les besoins spirituels. Les participantes ont en effet exprimé le besoin de se donner des outils de

connaissance de soi et de faire un bilan approfondi de leur vie, comme on l'a vu dans la section sur les besoins cognitifs.

*-Besoins de perception globale*

Le besoin de prendre les choses telles qu'elles sont (1). Le besoin de prendre les choses telles qu'elles sont et de ne pas s'inquiéter indûment fait consensus chez les six participantes. En entrevue, elles décrivent comment elles ont abouti, après bien des souffrances et des déchirements, à la nécessité d'accepter la réalité comme elle est, à la nécessité de lâcher-prise et de se détacher. Elles ont donc été obligées d'abandonner certaines attitudes personnelles, - qu'elles jugeaient inadéquates et nocives à leur bien-être – lâcher prise face à des événements douloureux de leur vie sur lesquels elles n'avaient pas de contrôle et prendre une certaine distance face à des personnes de leur entourage, leur conjoint ou leurs enfants le plus souvent. Ces six participantes expliquent comment ce cheminement a été ardu pour elles, comment elles se sont battues contre elles-mêmes avant de décider de regarder la réalité en face, d'accepter ce qui leur semblait inacceptable parfois (comme le suicide de proches) et de prendre la réalité telle qu'elle est.

Le besoin de donner un sens global à la vie (2). Chez cinq des six participantes, ce besoin se traduit de manière claire et explicite par la nécessité impérative de comprendre le sens de la vie en regard des difficultés psychologiques et des situations difficiles qu'elles ont vécues. C'est pour cette raison qu'elles ont tant besoin de prendre du temps pour elles et de faire une pause dans leur vie; ces femmes disent ressentir l'urgence de réfléchir globalement à leur vie. Elles éprouvent, avec une grande intensité, le besoin d'avoir des réponses concernant le sens de la vie.

C'est ainsi qu'elles manifestent une qualité précise identifiée par Hamel comme nécessaire pour actualiser le désir de trouver un sens global à *la* vie : il s'agit du discernement global et intégrateur « qui permet de comprendre au-delà des apparences » et d'intégrer « des incohérences ou dichotomies en soi-même et dans le monde » (Hamel, 1997).

Mais en deçà de cette recherche globale de sens à *la* vie, il y a la quête du sens de *sa* propre vie, des dimensions qui sont inter-reliées **On sait, par les résultats des questionnaires, ce que le plus grand nombre de participant es privilégient comme ce qui donne le plus de sens à leur vie : le relationnel conjugal et familial et la spiritualité : il en est de même pour les six participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur.** Mais nous explorerons davantage ces aspects liés au sens personnel de *sa* vie dans la section qui suit, sous la composante de la présence à soi.

### **Besoins métaaffectifs ou de métamotivation**

*-Besoins de présence à soi*

Le goût de vivre en harmonie avec les autres (incluant le désir d'aider les autres) (3). Les constats réalisés dans l'analyse des besoins affectifs, - où le pôle relationnel s'avère essentiel à leur bien-être - révèlent à quel point le besoin de vivre en harmonie avec les autres est profondément important pour les six participantes notamment sur le terrain du privé familial et conjugal. Mais si le fait de vivre en harmonie avec les autres signifie de se trouver en bons termes avec l'entourage, alors là, ce type de besoin semble relativement satisfait pour ces femmes. En effet, celles-ci nous ont déclaré, dans le questionnaire, qu'elles sont «presque

toujours» en bons termes avec leur entourage ; une seule des six participantes répond qu'elle est «fréquemment» en bons termes avec l'entourage.

**Cependant, chez les six participantes, le besoin de vivre en harmonie avec les autres s'exprime surtout par le désir d'aider les autres, un autre *leitmotiv* pour elles: toutes ont ressenti et expérimenté, au mitan plus particulièrement, la nécessité d'aider des membres de l'entourage, -des parents âgés, un conjoint, leurs enfants- et toutes se sont intensément investies dans cette tâche (ou ce travail) au point d'altérer considérablement leur santé. Après les graves difficultés psychologiques qu'elles ont vécues, ces femmes se questionnent désormais sur leur désir «d'aider les autres» quand cela se fait au détriment de leurs besoins de base. Lors de l'analyse des besoins affectifs, nous avons vu comment il est important pour ces femmes de discerner la limite où doit s'arrêter leur dévouement envers les être aimés. Ce dévouement, qui est ce qui donne le plus de sens à leur vie, peut devenir destructeur pour elles et mettre leur santé psychologique et physique en péril si elles n'apprennent pas à mettre des limites et à dire non et si ce «besoin» de service altruiste n'est pas accompagné par une forte vigilance face à elles-mêmes et face à leurs propres besoins. Selon notre analyse, voilà l'enjeu fondamental qui semble se jouer pour ces femmes d'âge moyen, à la croisée de leur croissance personnelle et transpersonnelle : il s'agit d'une prise de conscience fondamentale, caractéristique du mitan de ces femmes.**

Enfin, il est important de noter que c'est à ce besoin d'aider les autres que nous rattachons le sentiment de culpabilité qui est partie prenante du paysage psycho-spirituel de ces femmes, plus particulièrement chez deux d'entre elles (Marie et Gabrielle). En effet, ces dernières nous ont

confié à quel point elles se sentaient coupables des difficultés vécues par leurs proches (enfants, conjoint) et qu'elles éprouvaient le sentiment «de ne jamais en faire assez» et de ne jamais faire les choses correctement pour les aider.

Le goût de vivre en harmonie avec soi-même (4). C'est au niveau de la recherche de l'harmonie avec soi-même que le besoin spirituel de présence à soi se manifeste avec le plus d'urgence et de nécessité impérative pour les six participantes. Elles ont répété moult fois en entrevue combien il était vital pour elles de se retrouver, de délimiter leur territoire, de respecter leurs limites, profondément conscientes que cette démarche de reprise en mains était le fondement même de leur guérison par rapport à leurs difficultés psychologiques du mitan. Si on voulait résumer en une phrase le besoin spirituel qui semble le plus prioritairement important chez les six participantes, on pourrait dire qu'elles ressentent avant tout le besoin d'être présentes à elles-mêmes. On pourrait aussi qualifier ce type de besoin comme le *besoin de se prendre en charge*, répertorié comme l'un des axes de la maturation spirituelle selon certain(e)s auteur(e)s (Jean-Luc Héту, 2001) et qui n'est pas relevé comme tel dans la catégorisation de Suzanne Hamel.

Les six participantes éprouvent maintenant le besoin d'assumer la responsabilité de leur santé mentale, de redéfinir leur identité en se mettant à l'écoute d'elles-mêmes pour la première fois de leur vie et en se donnant la permission de vivre et d'exister pour elles-mêmes, et non plus seulement dans le regard et dans les attentes des autres. Dans notre étude, ce type de besoin a été classé sous l'aspect comportemental, au niveau des besoins affectifs : nous ne le comptabiliserons donc pas ici sous les besoins spirituels mais nous devons cependant gardé à l'esprit que ce type de besoin est une dimension de la croissance spirituelle.

Le besoin de se prendre en charge trouve ainsi un écho dans l'analyse des besoins affectifs sous les angles de l'image de soi et des comportements liés à l'autonomie : nous avons constaté précédemment que le travail rémunéré répond à plusieurs besoins affectifs chez la totalité des six participantes : besoins de survie, de sécurité, d'estime et d'actualisation non seulement pour maintenir, retrouver ou re-construire leur image d'elles-mêmes et leur identité mais aussi pour accéder à leurs importants besoins d'autonomie.

Le besoin de prendre des moyens qui mènent à sa profondeur (5).

Deux constantes se dégagent avec force des divers témoignages des participantes qui se disent croyantes (dans la spiritualité chrétienne<sup>52</sup>) : d'une part elles ressentent le besoin de prier et d'autre part leur manière de prier s'avère un prolongement de leur vécu relationnel et se définit avant tout en termes de relation, que ce soit avec des figures de transcendance liées à leur appartenance spirituelle/religieuse ou avec des proches décédé(e)s.

Par ailleurs, comme nous pouvons le constater avec le besoin spirituel qui suit, la prière n'est pas le seul moyen pour les participantes d'accéder à leur intériorité.

Le besoin d'un lieu de solitude et de calme (6). Plusieurs des six participantes nous ont exprimé ressentir souvent un intense besoin de solitude et d'un lieu ressourçant de silence, de tranquillité et de calme total pour l'intériorisation ou la prière. Ce besoin d'un lieu de solitude et de silence ressourçant qui facilite la démarche d'intériorisation n'a pas été relevé par Suzanne Hamel dans sa recherche (1997). Il s'avère pourtant un besoin important pour une majorité des six

---

<sup>52</sup> Il faut rappeler que les perspectives conceptuelles de la présente recherche se situent en dehors de l'appartenance à une religion et étudient les besoins spirituels ou de transcendance exprimés à travers une spiritualité et des valeurs spirituelles (voir notre définition de la notion de spiritualité au début de la section 4.4.5).

participantes, ce qui donne à penser qu'il s'agit peut-être de l'expression d'un besoin qui se rencontre davantage chez des femmes. Ces femmes, qui ont manifestement besoin de se définir une nouvelle identité, qui éprouvent maintenant la nécessité d'établir les limites de leur territoire et qui ont aussi besoin de pause et de repos, éprouvent le désir d'aller vers leur profondeur au moyen d'un espace bien à elles ou d'une chambre à soi -pour paraphraser Virginia Woolf- , qu'elles ne semblent pas avoir (ou avoir eu souvent) à leur disposition. Chez l'une des participantes, par exemple, un lieu personnel -un logement- répondant à ses profonds besoins de tranquillité et d'espace s'avère une telle priorité qu'elle le fait passer bien avant des besoins aussi fondamentaux que la nourriture et les médicaments.

Le besoin de donner du sens à sa vie (7). Par les questionnaires, nous savons ce qui donne le plus de sens à leur vie pour les six participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur: le relationnel conjugal et familial et les valeurs spirituelles. Mais ce constat nécessite des précisions et des nuances.

À l'exception d'une participante, c'est incontestablement la relation avec le conjoint qui demeure unanimement et explicitement la première raison de vivre de ce groupe de participantes, autant dans les réponses au questionnaire qu'en entrevue. La recherche de sens pour sa propre vie s'est rencontrée de manière explicite chez cinq des six participantes et elle s'exprime surtout dans le pôle du relationnel conjugal et familial. Une participante résume bien ce qui caractérise ce relationnel conjugal si prioritairement important qui donne du sens à sa vie: «L'attention de mon conjoint face à ce que je vis, son soutien, son absence de jugement, son acceptation de ma personne dans son ensemble».

Les enfants- et même les petits-enfants quand elles en ont – représentent aussi une raison de vivre importante pour les six participantes mais nous remarquons cependant leur notable détachement affectif face aux enfants depuis qu’elles sont arrivées au mitan.

Par ailleurs, si on se fie aux résultats du questionnaire, la spiritualité n’est identifiée que par deux des six participantes comme «ce qui donne le plus de sens à leur vie». Par contre, toujours dans le questionnaire, pour quatre des six participantes, la spiritualité est qualifiée d’«importante parce que ça aide dans les situations difficiles» et pour trois des six participantes, la spiritualité est considérée comme «très» et «assez» importante. Lors de l’entrevue, nous avons validé le fait que la spiritualité et les valeurs spirituelles représentent une aide et un soutien explicites et extrêmement importants pour quatre des six participantes.

Si, dans le questionnaire, la dimension du travail n’est pas identifiée explicitement, comme ce qui donne le plus de sens à la vie, par contre, nous avons constaté, lors de l’entrevue, comment la dimension du travail **rémunéré** s’avère unanimement importante chez les six participantes pour la réalisation de nombreux besoins affectifs aux niveaux de la survie, de la sécurité, et encore plus particulièrement de l’estime de soi et de l’actualisation de soi. N’oublions pas d’ailleurs que quatre de ces six femmes disent chercher un emploi et désirent retourner sur le marché du travail.

Nous nous sommes demandée comment il se fait que cette dimension du travail rémunéré, qui s’est avérée aussi fondamentale dans les six entrevues pour la satisfaction de nombreux besoins d’ordre affectif, n’ait pas été explicitement identifiée dans le questionnaire par la majorité des six participantes comme l’un des aspects qui donnent le plus de sens à leur vie : en effet, dans le



questionnaire, nous avons constaté qu'une seule des six participantes répond que le travail fait partie de ce qui donne le plus de sens à sa vie. Avant de répondre à notre question, nous avons regardé, pour le groupe des six, les résultats du questionnaire indiquant ce qui est important pour elles parce que *ça aide dans les situations difficiles*. Or, deux femmes seulement sur six<sup>53</sup> indiquent que le travail (incluant le travail ménager) est important parce que *ça aide dans les situations difficiles*.

Force est de constater que, pour la majorité des six participantes, la dimension du travail rémunéré est perçue comme importante et même essentielle pour la satisfaction de besoins matériels de base et de besoins de croissance personnelle au niveau de l'autonomie et de l'estime de soi mais que cette dimension ne semble pas ressentie par elles comme un besoin spirituel au niveau de *ce qui donne du sens à leur vie*. Est-ce dû au fait que quatre d'entre elles ne se trouvent pas dans la situation concrète de posséder un emploi au moment de la cueillette de données? C'est tout à fait plausible. Est-ce, aussi, dû au fait de la socialisation traditionnelle où les filles et les femmes sont censées trouver le sens de leur vie à travers un conjoint et des enfants, davantage que dans l'épanouissement au travail? C'est également une explication pertinente.

Par ailleurs, si la dimension de l'autonomie liée au travail rémunéré ne semble pas identifiée, pour la majorité des six, au sens de leur vie ou à ce qui les aide, il faut voir que d'autres dimensions de l'autonomie et de la prise en charge de soi sont présentes chez les six participantes en terme de besoins spirituels, comme nous l'avons vu précédemment. Il s'avère donc que c'est en dehors de la dimension du travail rémunéré qu'une majorité des six participantes vont tenter,

---

<sup>53</sup> Il est intéressant de savoir que pour le groupe des 12 participantes, les résultats du questionnaire nous apprennent que six d'entre elles indiquent que le travail fait partie de ce qui est important parce que *ça aide dans les situations difficiles* et que deux d'entre elles considèrent que le travail fait partie de *ce qui donne le plus de sens à leur vie*.

au niveau spirituel, de concilier et d'unifier les deux grandes polarités de leur vie psychique à savoir leurs besoins de connexion et leurs besoins d'autonomie.

Il faut aussi considérer que la spiritualité et les besoins d'ordre spirituel sont fortement relationnels de par leur nature même, étant notamment définis par la relation à une transcendance et par la pratique de valeurs ultimes dans ses relations.

Pour toutes ces raisons, il est donc cohérent que ce soit davantage le pôle relationnel que les participantes impliquent dans leurs témoignages concernant ce qui donne du sens à leur vie, d'autant que ces besoins de connexion sont fondamentaux pour elles au niveau de leur croissance personnelle.

Enfin, selon Suzanne Hamel (1999), les besoins spirituels ou de transcendance ne dépendraient pas «de circonstances extérieures ou de *motivations extrinsèques* » et surtout, ils se situeraient dans un tout autre paradigme que les besoins de croissance personnelle puisque, contrairement à ces derniers, ils viseraient à «dépasser les limites de son égoïsme». Or, le besoin de travail rémunéré répond d'abord et avant tout à des besoins d'ordre «égoïste».

#### *- Besoins de dépassement de soi*

Le goût de dépasser ses limites égoïstes, c'est-à-dire ses préoccupations et ses attentes personnelles pour se tourner davantage vers les autres est le premier type de besoin spirituel que Suzanne Hamel (1997) identifie sous le thème du dépassement de soi. L'analyse de nos résultats

a amplement démontré jusqu'ici que ce type de besoin altruiste a été expérimenté à satiété durant une grande partie de leur vie par les participantes. Au mitan, selon leurs témoignages, il s'agit moins pour ces femmes de chercher à satisfaire ce type de besoin que de le vivre avec discernement et pondération, de manière constructrice pour leur santé mentale et physique. On pourrait même dire que le fait de se tourner vers les autres s'avère maintenant davantage un piège à détresse et à dépression pour les participantes plutôt qu'un besoin psycho-spirituel à satisfaire. Sous le thème précédent du besoin de présence à soi, nous avons d'ailleurs observé comment les participantes ont exprimé avec force le besoin d'harmonie avec soi et nous avons retenu chez elles le besoin d'harmonie avec les autres sous l'énoncé du *désir d'aider les autres* : car ce type de besoin altruiste d'aider les autres reste tout de même présent chez les six participantes malgré leur prise de conscience de la nécessité de le pondérer pour des raisons de santé mentale et physique.

On comprend donc que le besoin spirituel - répertorié par Hamel - de dépasser ses préoccupations et ses attentes égocentriques pour se tourner davantage vers les autres n'a pas pu être exprimé - tel quel - par les participantes dans leurs témoignages et pour cause: il représente ce qu'elles ont fait toute leur vie et l'une des explications majeures à leurs difficultés de santé au mitan. Pour cette raison, ce besoin n'apparaît pas dans la liste de leurs besoins prioritairement importants. Avec cette catégorie du dépassement de soi, nous avons ici un exemple de trait dit «universel» de développement psychologique et spirituel qui, à certains égards, peut ne pas convenir à des femmes et particulièrement à des femmes qui sont à l'étape du mitan.

Le goût d'aimer les être humains sans les juger (8). Cependant, nous avons entendu un type de besoin spirituel exprimé par les participantes qui est apparenté au goût de dépasser ses limites

égocentriques : il s'agit de ce que Suzanne Hamel (1997) appelle le goût d'aimer les êtres humains de façon universelle, sans jugement.

Ce type de besoin rejoint le besoin psycho-affectif d'amour et d'appartenance ressenti par les six participantes, comme il a été noté dans la section des besoins affectifs. Ce goût d'aimer les êtres humains sans les juger correspond pour une majorité des six au besoin de compassion et d'empathie pour les autres de même qu'à leur besoin de réciprocité affective de la part des autres. C'est, pour l'une d'entre elles, un besoin de qualité et de profondeur relationnelles dans son travail avec sa clientèle, liens qu'elle dit contribuer à créer à travers la compassion et l'ouverture, en acceptant les gens comme ils sont, sans les juger. C'est, pour une autre participante, le besoin exprimé de comprendre les autres en profondeur et de moins les juger depuis qu'elle a traversé sa longue période de difficultés psychologiques personnelles du mitan. C'est enfin, pour deux autres femmes, le besoin d'échange profond avec des personnes âgées, dans la gratuité et dans un climat de non jugement. Mais c'est aussi, pour une dernière participante, le besoin de connexion avec sa travailleuse sociale qui représente un dépassement réel d'elle-même, comme une sorte de spiritualité dit-elle, par le fait qu'elle peut vivre une relation affective respectueuse et qu'elle peut être écoutée sans être jugée, une expérience relationnelle qu'elle ne semble pas avoir connue souvent dans sa vie, d'après son témoignage.

Le besoin d'agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes (9). Nous observons que le besoin d'agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes est partagé par l'ensemble des six participantes et particulièrement par celles qui ont approfondi leur connaissance d'elles-mêmes. Ces femmes témoignent en entrevue de l'impérieuse nécessité pour elles de donner

désormais suite à leurs besoins d'estime de soi, de respect de soi et de prendre les moyens de s'approfondir et d'être en cohérence avec leur nouvelle vision d'elles-mêmes.

Le besoin de croire en quelque chose ou quelqu'un de plus grand que soi (10). Sous le thème du dépassement de soi, le besoin de relation à une transcendance ou le besoin de croire en quelque chose ou quelqu'un de plus grand que soi est un autre type de besoin spirituel observé chez cinq des six participantes et il se manifeste de différentes façons.

Pour quatre participantes, il s'agit du besoin de croire en Dieu et de prier, jumelé à un besoin de sérénité et de sagesse de vie. Mais, disent-elles, c'est la foi qui représente la source et le pivot de leur force et qui les aide à traverser les épreuves; ces femmes croyantes (chrétiennes) témoignent unanimement du fait que leur spiritualité a été et est un «plus» pour elles dans les épreuves. L'une d'elles affirme aussi avoir besoin de sa foi au niveau de son identité personnelle parce qu'elle a été élevée dans la religion catholique et vient d'un milieu très religieux.

Alors que pour une cinquième participante du groupe des six, – qui dit ne pas croire en Dieu- ce besoin de croire en quelque chose de plus grand que soi s'exprime plutôt dans sa recherche de la sérénité.

Le besoin de soutien et de protection au niveau spirituel (11). À ce type de besoin de croire en quelque chose ou quelqu'un de plus grand que soi se greffe, chez quatre participantes, un autre besoin sous-jacent: il s'agit du besoin de soutien spirituel qui n'est pas identifié nommément comme un besoin spirituel par Suzanne Hamel (1999, 1997). Mais n'oublions pas que la chercheuse précise que «le besoin de transcendance peut être intégré à tous les niveaux dans la

hiérarchie des besoins personnels de Maslow, c'est-à-dire au cours de la croissance personnelle» (1997, p. 207-208), ce qui donne à penser que les besoins d'appartenance et de sécurité interpellés ici peuvent être ressentis autant de manière personnelle que transpersonnelle. Ces types de besoin ont été exprimés avec intensité et unanimité chez les quatre participantes qui se déclarent croyantes.

Le besoin de soutien spirituel met en perspective les manques de soutien d'ordre affectif et relationnel, face au conjoint notamment, que certaines témoignent avoir vécus durant leur mitan et il semble aussi faire écho au besoin d'autonomie ou de distanciation relationnelle que ces femmes éprouvent de manière impérative depuis leurs difficultés psychologiques.

Une participante, par exemple, déclare avoir besoin du soutien que lui offre le spirituel, ce qu'elle dit ne pouvoir trouver ailleurs, notamment chez les hommes qu'elle a aimés. Elle se demande d'ailleurs si ce qu'elle perçoit comme une moindre propension des hommes envers le spirituel ne s'expliquerait pas par le fait que les hommes, dit-elle, peuvent toujours compter sur le soutien des femmes. Précisons que cette réflexion de cette participante s'inscrivait dans une question du canevas d'entrevue concernant une possible différence hommes-femmes dans la manière de vivre la spiritualité, une thématique que les limites de temps ne nous ont pas permis d'analyser.

Face aux difficultés du mitan, certaines participantes ont eu recours au soutien et à l'accompagnement spirituels explicites de la part de personnes-ressources. Pour elles et selon

leurs témoignages, la prière et même un rêve spirituel important peuvent aussi exercer ce rôle de soutien spirituel et donner le courage de se mobiliser face aux difficultés.

Par ailleurs, une autre variante du besoin de soutien spirituel se manifeste dans les témoignages de certaines participantes sous la forme d'un besoin de protection spirituelle: comme le besoin de soutien spirituel, le besoin de protection spirituelle a été ressenti et exprimé de manière importante chez les quatre participantes qui sont croyantes. Faut-il y voir, là aussi, un écho du besoin psycho-affectif de protection – notamment face à la violence – et des divers besoins de sécurité que certaines ont exprimés, comme on l'a vu précédemment dans la liste des besoins affectifs? Nous postulons, en effet, qu'il s'agit là de besoins identiques qui sont vécus à travers deux registres différents, c'est-à-dire le registre des besoins personnels et celui des besoins transpersonnels. Rappelons que certaines de ces quatre femmes ont vécu des situations de violence psychologique et physique au mitan de même que des situations de pauvreté qui peuvent aussi être considérées comme une forme de violence. Il est donc tout à fait cohérent que ce type de besoin psychologique se répercute au niveau spirituel. Selon Hamel (1999), il s'agit d'une tentative d'harmonisation des besoins personnels et transpersonnels qui s'effectue à chacun des stades de la hiérarchie des besoins personnels de Maslow : par exemple au niveau du besoin de sécurité, Hamel fait correspondre la qualité spirituelle de *détachement* où, pour la personne, il s'agit de «dépasser la peur du manque par la confiance en la vie».

#### **4.4.6- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE DES BESOINS DE LA SEPTIÈME PARTICIPANTE**

Comme l'analyse du contenu d'entrevue de la septième participante a pour objectif de valider la saturation des données, seule la présentation du deuxième bilan- celui des énoncés de besoins prioritairement importants- s'avère nécessaire ici. Il s'agit en effet de savoir dans quelle mesure la majorité des besoins cognitifs, affectifs et spirituels de cette septième participante correspondent aux énoncés qui ont récolté la majorité ou la totalité des adhésions des six premières participantes et rejoignent les constats-résultats d'analyse effectués précédemment.

Dans le texte d'analyse présenté dans cette section, nous indiquons au passage les traits divergents qui se manifestent chez cette septième participante, non seulement ceux qu'elle partage avec une minorité des participantes du groupe des six mais aussi ceux qu'elle a en propre et qu'elle apporte comme matériel nouveau et original.

Après avoir analysé les résultats concernant chaque catégorie de besoins (cognitifs, affectifs, spirituels) de la septième participante, nous concluons cette section 4.4.6 avec une synthèse des principales divergences que nous avons pu identifier entre les besoins de la septième participante et ceux des six participantes précédentes.

Il faut rappeler que Noëlle éprouve une grande difficulté à parler d'elle-même et à se confier. Il est donc logique de constater dans son cas un total moins élevé d'énoncés de besoins prioritairement importants (46) en comparaison du total des énoncés de besoins prioritairement



importants des six participantes précédentes (59) et ce, pour toutes les catégories de besoins (cognitifs, affectifs, spirituels) (Cf. tableaux 4.4.6-A, -B, -C qui suivent).

#### 4.4.6.1 BESOINS COGNITIFS DE LA 7<sup>e</sup> PARTICIPANTE

Nous présentons, dans le tableau 4.4.6 -A, les résultats du deuxième bilan d'énoncés de besoins cognitifs des six premières participantes en les comparant à ceux de la septième participante dont nous avons analysé l'entrevue en profondeur. Dans ce tableau, les chiffres entre parenthèses correspondent aux résultats d'analyse de l'entrevue de la septième participante.

**Tableau 4.4.6 - A**

<b>Répartition des besoins cognitifs prioritairement importants selon les types et les thèmes : un TOTAL de 18 énoncés pour les 6 premières participantes versus un TOTAL de 11 énoncés pour la 7<sup>e</sup> participante</b>	
<b>types</b>	<b>thèmes</b>
-informatifs : 7 (3)	-mitan : 8 (6)
-éducatifs : 4 (3)	- détr./dépr./dépend. : 5 (3)
-d'apprentissage	-ménopause : 4 (2)
transformateur : 7 (5)	spiritualité : 1 (0)

Chez Noëlle, à l'instar des six premières participantes, nous pouvons effectuer deux **CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE** majeurs en regard des besoins cognitifs :

- 1) chez les sept participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur, la majorité des besoins cognitifs prioritairement importants se situent au niveau de l'apprentissage transformateur;

2) chez les sept participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur, la majorité des besoins cognitifs prioritairement importants concernent le mitan de la vie.

Par ailleurs, il faut aussi noter, dans les résultats de Noëlle sur les besoins cognitifs, la présence du même ordre de préséance dans la fréquence des énoncés en fonction des thèmes que nous avons constaté préalablement chez ses consœurs. Ces constats nous permettent donc de vérifier l'atteinte d'une première saturation au niveau des besoins cognitifs. Dans la liste détaillée des besoins cognitifs prioritaires de Noëlle, nous verrons comment la saturation se vérifie aussi à travers le contenu et le sens même des besoins cognitifs de la septième participante.

## **LISTE DES 11 BESOINS COGNITIFS DE LA 7<sup>e</sup> participante**

### **Sur l'étape du mitan**

#### **Au niveau informatif**

- Besoin de connaître la signification du mot «mitan» (1). Au niveau informatif, le besoin dominant de Noëlle en regard du mitan est celui de connaître la signification même du mot mitan; on remarque d'ailleurs qu'elle confond à quelques reprises durant l'entrevue la notion de mitan avec celle de la ménopause.

#### **Au niveau éducatif**

- Besoin d'effectuer le bilan global de sa vie (2). Au niveau éducatif, Noëlle a commencé une démarche de connaissance d'elle-même avec la psychothérapie. Cette participante nous a confié à quelques reprises qu'elle était surprise et fière d'être capable de parler autant d'elle-même et de

son intimité à travers le questionnaire et l'entrevue de notre recherche. Au moment où nous l'avons rencontrée, cette femme commence à peine à éprouver le besoin de s'occuper d'elle-même, de penser à elle et de parler d'elle. Rappelons que ce qui dominait au niveau du besoin éducatif, chez les six premières participantes, c'était le besoin de faire le bilan global de sa vie, un besoin qu'elles disaient avoir comblé avec satisfaction en participant à notre recherche. Chez Noëlle, ce besoin semble commencer à poindre au moment de l'entrevue et, selon son témoignage, la connaissance de soi serait un objet d'apprentissage nouveau pour elle.

- Besoin d'effectuer une pause de réflexion au mitan (3). En raison de leurs difficultés psychologiques et de cet impératif besoin de connaissance et de compréhension de soi, les six premières participantes ressentaient comme une nécessité basique de survie le fait de pouvoir effectuer une pause de réflexion au mitan. Chez Noëlle, le discours n'est pas encore clair et explicite à ce niveau mais nous constatons la nécessité qu'elle éprouve de prendre une pause au mitan avec sa décision de prendre sa retraite au niveau de sa garderie familiale, ce qui s'est avéré un impératif de survie pour elle, au niveau de sa santé mentale et physique.

### **Au niveau de l'apprentissage transformateur**

Si nous n'avons pas relevé, chez la septième participante, le besoin de connaître en profondeur les étapes expérientielles du mitan, ni le besoin de connaître les situations difficiles qui sont propres au mitan, c'est qu'elle nous dit ne pas avoir eu l'occasion de beaucoup réfléchir à l'étape du mitan et qu'elle aurait besoin de pouvoir en parler avec des femmes qui vivent cette réalité. Par contre, nous avons noté chez elle trois besoins au niveau de l'apprentissage transformateur.

- Besoin de se donner des outils de transformation personnelle (4). Noëlle insiste beaucoup sur les apprentissages transformateurs qu'elle a effectués au mitan dans ses expériences de bénévolat et d'engagement social : elle dit avoir eu besoin de ces outils pour se transformer au niveau de sa confiance en elle, de même qu'elle a eu besoin d'une psychothérapie pour transformer sa relation avec son mari et pour sortir de la grave détresse psychologique qu'elle a connue.

- Besoin de se donner des outils de connaissance de soi (5). Noëlle a exprimé le besoin de se donner des outils de connaissance de soi principalement en acceptant de participer à la recherche : le questionnaire et l'entrevue l'ont aidée à se découvrir et à se connaître davantage, témoigne-t-elle en entrevue.

- Besoin de se doter d'outils pour prendre soin de soi (6).

Au niveau des besoins à se donner pour prendre soin de soi, Noëlle dit qu'elle doit apprendre à aller chercher de l'aide, ce qui est encore très difficile pour elle. Cette participante ne fait que commencer à penser à elle-même et à trouver qu'elle en vaut la peine, comme elle nous l'a confié dans l'entrevue. En effet, Noëlle n'a commencé que récemment à se mobiliser pour elle-même : sa psychothérapie de même que la décision de se mettre à la retraite et de prendre désormais du temps pour elle en témoignent mais elle nous déclare qu'elle a encore du chemin à faire en ce sens.

### **Sur les difficultés de détresse**

Noëlle est la seule participante à ne pas avoir pris ou à ne pas prendre de tranquillisants et d'antidépresseurs et elle ne se pose aucune question en relation avec la dépendance. Avec Odile,

Noëlle est la seule participante à dire qu'elle n'a pas fait de dépression au mitan. Ses besoins cognitifs au niveau de la détresse psychologique sont au nombre de trois.

*Au niveau informatif, Noëlle dit avoir eu besoin de consulter son médecin afin de connaître des produits naturels - soya et tisanes- pour relaxer (7).*

*Au niveau de l'apprentissage transformateur, Noëlle a eu besoin d'apprendre à soigner sa détresse (8) et elle a éprouvé le besoin d'apprendre à voir les choses autrement (9). En effet, après avoir longtemps pleuré seule, enfermée dans son isolement et sa souffrance, Noëlle nous dit avoir compris qu'elle ne pouvait plus continuer à souffrir ainsi. Sur les conseils de sa fille, elle a pris la décision de se prendre en mains et d'aller en psychothérapie. Avec la psychothérapie, cette participante a eu besoin d'apprendre à voir les choses autrement, avec d'autres perspectives, ce qui, selon son témoignage, a eu un effet libérateur pour elle.*

### **Sur la ménopause**

#### **Au niveau informatif**

Au besoin d'outils d'information pour la décision de prendre ou non de l'HTR, exprimé par les six premières participantes, Noëlle a substitué le besoin de connaître des alternatives naturelles à l'HTR (10). C'est ainsi que Noëlle a utilisé la massothérapie et des produits naturels lorsqu'elle a expérimenté des changements physiques difficiles lors de sa pré-ménopause, notamment l'huile d'onagre et des capsules de phyto-soya qui réduisaient de beaucoup ses bouffées de chaleurs, dit-elle. Cette septième participante déclare que la décision de prendre ou non de l'HTR avait été prise à un certain moment de son mitan, avant sa pré-ménopause, d'une part à cause d'un kyste

non cancéreux à un sein qui a nécessité une intervention chirurgicale, d'autre part parce que sa mère est décédée d'un cancer du sein.

### **Au niveau éducatif**

Selon Noëlle, ses changements ménopausiques ont été difficiles à vivre, physiquement parlant, mais plus particulièrement au niveau psychologique : d'une part parce qu'ils se sont déroulés au même moment que ses deux difficultés majeures à savoir la maladie de son mari et le départ de ses enfants de la maison, d'autre part au niveau de son identité et de son image d'elle-même parce que Noëlle s'est beaucoup identifiée à son rôle de mère. Cette participante raconte que son père disait d'elle qu'elle aurait été «faite pour avoir 35 enfants». Quand elle a réalisé, avec la cessation des menstruations, qu'elle ne connaîtrait plus jamais la maternité, Noëlle nous dit avoir vécu un grand deuil. La ménopause a donc eu un impact négatif au niveau de son image d'elle-même, de la même façon que l'hystérectomie a eu des effets négatifs sur certaines participantes précédentes dont l'identité de femme était fortement liée à leur rôle de mère et à leur fonction reproductrice.

Afin de minimiser l'impact psychologique de la ménopause sur elle, - avec l'arrêt de ses menstruations qui l'«a beaucoup dérangée» selon ses propres mots - Noëlle dit qu'elle aurait eu besoin de comprendre les changements psychologiques en lien avec la ménopause (11). Parmi les sept femmes dont nous avons analysé l'entrevue en profondeur, Noëlle est la seule participante ménopausée qui exprime *explicitement* ce type de besoin en entrevue. Rappelons que Gabrielle – âgée de 45 ans et en pré-ménopause- nous a dit appréhender la ménopause du point de vue de son identité de femme et que certaines participantes hystérectomisées ont noté un impact négatif de cette intervention chirurgicale sur le plan de leur image personnelle et de leur

identité. Mais Noëlle est manifestement la seule, parmi les sept participantes, à avoir exprimé clairement le besoin de comprendre les changements psychologiques en lien avec la ménopause.

### **Sur la spiritualité**

#### **Au niveau informatif**

Les six premières participantes ont exprimé le besoin de savoir ce que la chercheuse entendait par le mot «spiritualité» et par la notion que ce mot recouvre; la définition qui leur était proposée a semblé les étonner. Ce ne fut pas le cas de Noëlle. Pour cette septième participante, le mot et la notion de spiritualité qui lui ont été présentés par la chercheuse lors de l'entrevue ont semblé correspondre à ce qu'elle en savait déjà. Rappelons cette définition que nous avons présentée au chapitre 1 dans la section 1.4 :

**La spiritualité est une expérience intime de croissance, inscrite dans une quête de sens et dans une relation à une transcendance, qui permet à un être humain de se réaliser (ou de s'unifier) et qui se situe dans un contexte historique et collectif déterminé.**

#### **4.4.6.2 BESOINS AFFECTIFS DE LA 7<sup>E</sup> PARTICIPANTE**

Nous présentons, dans le tableau 4.4.6-B qui suit, les résultats du deuxième bilan d'énoncés de besoins affectifs des six premières participantes en les comparant à ceux de la septième participante dont nous avons analysé l'entrevue en profondeur. Les nombres entre parenthèses correspondent aux résultats d'analyse de l'entrevue de la septième participante.

**Tableau 4.4.6-B**

<b>Répartition du nombre d'énoncés de besoins affectifs prioritairement importants selon les catégorisations de Massé et de Maslow : un TOTAL de 30 énoncés pour les 6 premières participantes versus 25 énoncés pour la 7<sup>e</sup></b>	
<b>N. d'énoncés de besoins affectifs (Massé)</b>	<b>N. d'énoncés de besoins affectifs (Maslow)</b>
-affectifs-émotifs :9 (9) (image de soi)	-survie : 2 (1)
-relationnels : 10 (6) (intimité)	-sécurité : 6 (5)
-comportementaux : 11 (10) (autonomie)	-appartenance : 9 (7)
	-estime : 7 (7)
	-actualisation : 6 (5)

Si nous reprenons les cinq CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE SUR LES BESOINS AFFECTIFS obtenus précédemment avec les six premières participantes, nous remarquons qu'ils se vérifient tous avec la septième participante. Nous pouvons donc affirmer ce qui suit.

- 1) Chez les sept participantes, les besoins affectifs prioritairement importants sont plus nombreux que les besoins cognitifs et même, comme nous le verrons plus loin, que les besoins spirituels.
- 2) Chez les sept participantes, parmi les trois types de besoins affectifs (affectif-émotif, relationnel et comportemental), les besoins comportementaux reliés à l'autonomie sont, de manière générale, presque aussi nombreux à être prioritairement importants que les besoins relationnels reliés à l'intimité<sup>54</sup>. Nous en déduisons, à partir de la grille de Massé, que les besoins d'autonomie et les besoins relationnels sont à peu près équivalents en importance

<sup>54</sup> Nous pouvons faire cette affirmation en nous basant sur le point de vue majoritaire même si la différence est un peu plus grande chez la septième participante et que son besoin d'autonomie est un peu plus marqué.



pour les sept participantes, avec une tendance plus marquée pour l'autonomie chez la septième participante.

- 3) Chez les sept participantes, en fonction de la grille de Maslow et toujours avec le 2<sup>e</sup> bilan, les besoins relationnels (appartenance) sont presque aussi nombreux que les besoins d'autonomie (actualisation) – la différence entre les deux types de besoins n'étant pas significative -. Nous en déduisons, à partir de la grille de Maslow, que les besoins d'autonomie et les besoins relationnels sont à peu près équivalents en importance pour les sept participantes, avec une légère tendance en faveur du relationnel pour les six premières participantes de même que chez la septième participante.
  - 4) Chez les sept participantes, dans l'ensemble de tous les énoncés affectifs prioritairement importants et en ce qui concerne les cinq besoins fondamentaux de la hiérarchie de Maslow, le besoin d'appartenance, de communication et d'amour s'avère majeur et il est suivi de très près en importance par le besoin d'estime. Dans le cas de la septième participante, ces deux types de besoins (d'appartenance et d'estime) récoltent d'ailleurs chez elle exactement le même nombre d'énoncés (7).
  - 5) Chez les sept participantes, nous remarquons que les résultats selon la grille Massé mettent l'emphase sur les besoins d'autonomie et d'estime et que les résultats selon la grille Maslow mettent l'emphase sur les besoins d'appartenance et d'estime.
  - 6) Après avoir confronté tous ces résultats, nous concluons que les deux polarités majeures des besoins affectifs de ces femmes (de connexion ou d'intimité versus d'autonomie ou d'identité) seraient aussi importantes l'une que l'autre et ce, en incluant le besoin d'estime.
- Par conséquent, l'analyse en profondeur de nos résultats d'entrevues sur les besoins affectifs nous permet de croire que les besoins relationnels ou de connexion seraient**

**centraux chez sept participantes – soit la majorité des participantes du groupe des 12**  
**- tout en étant indissociables de leurs besoins d'autonomie et de leurs besoins**  
**d'estime.**

Voici la description des besoins affectifs prioritairement importants de la septième participante selon notre double lecture analytique, soit celle de Raymond Massé *et al* avec les aspects affectifs-émotifs, relationnels et comportementaux et celle d'Abraham Maslow avec les cinq stades des besoins humains fondamentaux.

## **LISTE DES 25 BESOINS AFFECTIFS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS DE LA 7<sup>e</sup>** **PARTICIPANTE**

### **Besoins affectifs-émotifs (reliés à l'image de soi)**

#### **Besoins d'estime**

- S'aimer et se reconnaître soi-même (1). Comme les six participantes précédentes, c'est au mitan que Noëlle dit avoir effectué ses premiers pas dans la découverte d'elle-même, notamment à la suite d'une démarche de psychothérapie. Pour elle, c'était il y a trois ans environ, à l'âge de 51 ans. Comme les autres participantes mais à un degré encore plus fort chez elle, Noëlle nous déclare avoir besoin de découvrir encore plusieurs facettes d'elle-même. Si plusieurs des six premières participantes remarquent qu'elles ont maintenant besoin de s'accepter telles qu'elles sont et de s'évaluer par elles-mêmes sans attendre le regard de l'autre, Noëlle, en revanche, continue à se dévaloriser et à minimiser ses difficultés : elle est la seule des sept participantes à dire que c'est «banal» ce qu'elle ressent ou a ressenti et qu'elle n'a «pas vécu beaucoup de

problèmes». Pourtant, elle qualifie de véritable «drame» la détresse sévère qu'elle a vécue au mitan, notamment avec la maladie de son mari.

- Valoriser son corps par rapport au vieillissement (2). Chez Noëlle, à l'instar des autres participantes, le changement dans l'apparence physique,- notamment par la prise de poids durant la pré-ménopause et par les signes apparents de vieillissement- s'est vécu de manière plutôt négative, selon elle. Noëlle se réjouit donc d'avoir connu une importante diminution de poids (30 livres) qui s'est produite un an et demi avant notre rencontre en entrevue. Elle dit s'en réjouir malgré le fait que ce changement drastique lui ait été causé par de graves problèmes digestifs (une incapacité de manger durant deux mois sans que la médecine puisse en identifier la cause, dit-elle). Nous avons constaté en entrevue combien les sept participantes ressentent un grand besoin de valorisation par rapport à leur image d'elle-même et à leur apparence physique.

- Prendre soin de son apparence physique (3). Comme la totalité des six participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur, Noëlle nous dit ressentir le besoin de prendre soin d'elle au niveau de son apparence physique afin de satisfaire son besoin de s'apprécier à travers une image valorisante d'elle-même : elle indique même que cet aspect fait partie de ce à quoi elle accorde de l'importance parce que ça l'aide dans les situations difficiles.

### **Besoin de survie**

- Retrouver ses capacités physiques et psychologiques pour retourner au travail rémunéré (4). On se souvient qu'avoir besoin de cesser temporairement de travailler pour des raisons de santé et de survie physique et psychologique n'est pas rare chez les participantes : cinq sur six l'ont expérimenté à un moment ou l'autre de leur mitan. Dans ce cas, le premier des besoins qu'elles

ont exprimé en entrevue est celui de restaurer et de retrouver leurs capacités physiques et psychologiques car le fait de travailler dans un emploi rémunéré demeure un besoin de survie essentiel pour elles, qui a aussi des répercussions au niveau de leur image d'elle-même. Chez Noëlle, l'arrêt de travail dans son entreprise de garderie familiale - imposé par ses difficultés physiques et psychologiques - était cependant définitif. Sa décision (prise deux ans avant l'entrevue) avait été de fermer définitivement la garderie familiale tenue durant 20 ans et de se mettre en situation de quasi retraite. Trois facteurs ont été déterminants dans la décision de Noëlle de fermer définitivement sa garderie : l'importance de ses difficultés de santé, la très grande exigence que requiert ce type d'emploi où il faut assumer la responsabilité quotidienne d'une dizaine d'enfants et enfin un niveau de revenu familial relativement suffisant assuré par le salaire de son mari. Au moment où nous la rencontrons en entrevue, Noëlle se cherche un emploi à temps partiel afin d'aider son mari, comme elle dit, et pour payer ses propres dépenses personnelles. Pour l'instant, elle a trouvé en attendant un petit emploi de gardiennage scolaire (une heure et demi par jour). Comme dit Noëlle (p. 28) : «On nage pas dans l'argent, là, (...) mais seulement si je pourrais décrocher un p'tit travail pour au moins avoir mon argent pour mes choses personnelles, ça, ça m'aiderait beaucoup, là!...». Sur le plan de sa fierté personnelle et de son image d'elle-même, Noëlle - qui a connu auparavant une grande autonomie financière - nous laisse entendre qu'elle n'aime pas avoir à demander de l'argent à son mari pour ses dépenses personnelles.

### **Besoins de sécurité**

- Besoin de sécurité en terme de soutien affectif et émotif durant les changements du mitan, particulièrement lors de la prise en charge de proches (5). Durant son mitan, comme les six

autres participantes, Noëlle affirme avoir ressenti un besoin de soutien affectif et émotif, particulièrement durant la période où elle a vécu simultanément plusieurs situations difficiles : lorsqu'elle a pris en charge et soigné son mari ainsi que la grand-mère de celui-ci, lorsqu'elle a expérimenté une crise relationnelle avec son conjoint, lorsqu'elle a vécu le départ de ses enfants et lorsqu'elle a subi les changements ménopausiques. Dans ces cinq situations qu'elle a trouvées pénibles à vivre, Noëlle dit s'être perdue de vue au niveau de son identité et de son image d'elle-même et elle a basculé dans la détresse psychologique. Mais là où Noëlle a connu la plus grave détresse affective et le plus intense besoin de soutien émotif, c'est lors du vécu difficile avec son mari malade qui souffrait d'une troisième dépression en 12 ans : cette situation, que Noëlle a jugée au-dessus de ses forces, l'a poussée dans ses derniers retranchements. C'est là qu'elle a atteint «le bout du rouleau» comme elle dit. Elle nous confie y avoir vécu de profonds sentiments de dévalorisation et même de la culpabilité. C'est avec le soutien de la psychothérapie qu'elle a pu re-construire son image d'elle-même.

-Besoin de sécurité en terme de soutien affectif et émotif lors des difficultés de santé psychologique et physique au mitan (6). À l'instar des six autres participantes, Noëlle s'est aussi trouvée dans un grand besoin de soutien affectif et émotif quand elle a connu ses propres difficultés de santé psychologique et physique au mitan. Comme ses consœurs, son image d'elle-même a été ébranlée par le fait qu'elle a dû prendre conscience de ses limites. Il faudra de nombreuses années avant que Noëlle accepte de recevoir un soutien thérapeutique et qu'elle accepte l'existence de ses limites et de ses besoins. Ce fut une bouleversante remise en question de son image d'elle-même où la sécurité du soutien affectif et émotif de la thérapie a joué un rôle capital.

- Besoin de sécurité financière (7). Malgré le fait qu'elle s'en sorte relativement bien sur le plan financier, Noëlle confie en entrevue, à l'instar des six autres participantes, avoir besoin de la sécurité financière d'un travail rémunéré car son revenu familial basé sur l'unique revenu de son mari ne lui permet pas de subvenir à ses besoins personnels. Noëlle s'est toujours donnée à elle-même et pour elle-même la sécurité de l'autonomie financière et elle aspire pouvoir combler à nouveau ce besoin qu'elle considère inhérent à son identité.

### **Besoin d'appartenance**

- Besoin de communication avec le conjoint (8). Noëlle a souffert du manque de présence affective du conjoint- due à sa maladie- et de son incapacité de communication tant sur le plan de la parole qu'au niveau des gestes d'affection et de tendresse. Les sept participantes nous ont unanimement révélé à quel point la communication a été déficiente avec leur conjoint, particulièrement durant les situations difficiles de leur mitan. Comme Noëlle, toutes ces femmes témoignent de leur profond besoin – basique pour elles - de simplement pouvoir échanger avec leur conjoint. Au niveau de leur image personnelle, ce manque de communication avec le conjoint leur donnait le sentiment de ne pas être acceptées dans leur totalité et sapait leur confiance en elles-mêmes. Noëlle nous confie qu'elle avait le sentiment de n'être qu'une servante pour son mari, de devoir «se tasser» continuellement «pour lui plaire» et pour être à son service quand il était malade.

## Besoin d'actualisation

Besoin de travailler à l'extérieur dans un emploi rémunéré (mais surtout dans un métier de soin pour la septième participante (9). Bien que le besoin du travail rémunéré est prioritaire pour Noëlle à divers niveaux, son besoin majeur d'actualisation se manifeste surtout dans une fonction précise, c'est-à-dire dans un métier relié au rôle maternel : il s'agit ici d'une caractéristique propre à cette participante et d'un trait nouveau parmi les sept participantes dont nous avons analysé les entrevues en profondeur. On se souvient que pour les six premières participantes, la réalisation de soi (synonyme d'actualisation de soi) par le travail rémunéré était intimement liée à l'image de soi et à l'identité : elles se voyaient toutes comme des femmes indépendantes financièrement qui se réalisaient dans un emploi et un métier à l'extérieur du foyer. Pour Noëlle, et selon ce qu'elle nous a dit en entrevue, bien que les besoins d'emploi rémunéré et d'indépendance financière soient importants, c'est plutôt le rôle de mère et le métier de soignante et d'aidante qu'elle a intériorisés davantage dans son désir d'actualisation d'elle-même. Noëlle dit : «J'ai vécu ça toute ma vie (*prendre soin des autres, être une mère*)! Puis quand j'étais jeune, dans le travail que je voulais faire plus tard, c'était infirmière, m'occuper des autres!...». Avec Noëlle, c'est donc plus que le travail extérieur rémunéré, c'est le métier et le métier relié au rôle maternel qui semble un moyen capital pour construire son identité. Noëlle nous dit avoir intériorisé l'image d'une femme-mère qui «travaille» à la maison, ce qu'elle a d'ailleurs pu concrétiser en termes professionnel et rémunéré avec sa garderie familiale. Une seule autre participante, Marie, nous a dit avoir éprouvé dans sa jeunesse ce désir de s'actualiser comme femme-mère au foyer, – pas dans le travail rémunéré cependant - mais que ce besoin s'est transformé au mitan avec le désir de devenir une femme qui se réaliserait à l'extérieur du foyer et qui serait indépendante financièrement.

## **Besoins relationnels (reliés à l'intimité)**

### **Besoins d'appartenance**

- Besoin de parler et d'être écoutée (surtout avec le conjoint) (10). Parmi les besoins relationnels qui ont été exprimés par la septième participante, la satisfaction du besoin d'intimité qui s'exprime par le fait de pouvoir échanger en profondeur avec son conjoint et par le fait de se sentir écoutée avec respect et attention par lui est capital; il s'agit d'ailleurs d'un besoin qui est partagé par les six participantes précédentes. Le cœur des difficultés psychologiques qu'a connues Noëlle au mitan et à la ménopause se loge en grande partie, selon elle, au niveau de ce manque souffrant de la communication avec son mari, causé entre autres par la maladie et les dépressions successives de ce dernier.

- Besoins d'intimité et de réciprocité affectives à travers les gestes d'affection, de tendresse et d'attention de la part du conjoint (11). Comme les six premières participantes, Noëlle a expérimenté un grand vide affectif au niveau conjugal. Dans son cas et selon son témoignage, c'était à cause de la maladie et des trois dépressions de son conjoint. Les sept participantes nous ont en effet unanimement révélé en entrevue à quel point l'intimité et la réciprocité affectives sont ou ont été cruellement déficientes avec leur conjoint durant leur mitan. Au moment de l'entrevue, trois des sept participantes expriment très fortement ressentir toujours un cruel vide au niveau de l'affection, de la tendresse et de l'attention de la part de leur conjoint. Pour quatre autres participantes (dont Noëlle), la situation conjugale s'est progressivement améliorée au mitan grâce notamment à la thérapie de couple.



- «Besoin» de prendre en charge des personnes chères (12). Le «besoin» de prendre soin des personnes significatives s'exprime, chez Noëlle, dans les soins qu'elle dispense à son mari et à la grand-mère de celui-ci. Il est d'ailleurs étonnant d'apprendre que c'est Noëlle qui détient un mandat d'inaptitude pour s'occuper de cette personne âgée dont la propre fille et un autre petit-fils vivent pourtant à proximité. Comme nous l'avons dit, Noëlle représente – avec Marie - le prototype de l'«aidante naturelle». C'est en remplaçant son mari dans les soins à apporter à cette grand-mère que Noëlle finira, sans s'en rendre compte, par se «ramasser avec les lourdes tâches» pour employer ses propres mots. Noëlle nous confie qu'elle a décidé d'accepter cette tâche par fidélité à sa foi et à ses valeurs spirituelles : c'est la seule des sept participantes qui nous fera cette confidence.

Remarquons enfin d'autres traits distinctifs et même divergents de la septième participante par rapport aux participantes précédentes. Lors de l'entrevue, nous n'avons pas relevé chez Noëlle les trois besoins d'appartenance suivants que nous avons pourtant répertoriés chez la majorité des six premières participantes : le besoin de la responsabilisation du conjoint comme père, le besoin de faire des deuils et de guérir la blessure des relations perdues par la mort de personnes chères et le besoin de soutien et d'échange avec une personne-ressource au mitan. Si Noëlle note ce dernier besoin dans le questionnaire, il ne trouve pas beaucoup d'écho chez elle lors de l'entrevue.

### **Besoin d'estime**

- Besoin d'être appréciée, respectée et traitée de manière égalitaire par son conjoint (13). Comme une majorité de participantes, Noëlle témoigne avoir eu besoin d'être appréciée et respectée

d'avantage par son conjoint : elle dit en entrevue qu'elle a exprimé explicitement à son mari son besoin d'être valorisée par lui et lui avoir notamment demandé de ne pas la considérer comme une servante : «Je suis pas rien qu'une personne qui fait tes choses», lui a-t-elle dit.

### **Besoins d'actualisation**

- Besoin d'actualisation au niveau relationnel (prioritaire dans les relations avec le conjoint et avec les enfants) (14). Comme la presque totalité des six participantes, Noëlle témoigne que ce sont ses relations de couple et ses relations avec ses deux enfants qui représentent le territoire prioritaire de son besoin d'actualisation au niveau relationnel. Il faut cependant noter, chez la septième participante, une plus grande distanciation affective face au conjoint et aux enfants : elle est la seule, dans le groupe des sept, à ne cocher ni le conjoint ni les enfants à la question 4.7 du questionnaire pour savoir à qui ou à quoi elle accorde de l'importance parce que *ça aide dans les situations difficiles*. Comme on le verra avec ses besoins spirituels, elle est aussi la seule à ne pas mentionner le conjoint ou les enfants dans ce qui donne le plus de sens à sa vie.

- Besoin d'actualisation au niveau relationnel (important dans le bénévolat et dans l'engagement social) (15). Quant au besoin de trouver une réalisation personnelle dans l'amitié, il est exprimé chez Noëlle et chez quatre autres participantes. Cependant, chez cette septième participante, ce type de besoin est vécu à travers le bénévolat et l'engagement social. Une seule autre participante, Odile, avait déjà exprimé l'importance des amitiés de bénévolat (dans son travail bénévole à la bibliothèque durant de nombreuses années) mais, dans le groupe des sept, seule Noëlle accordera autant d'importance dans sa vie au relationnel amical expérimenté dans le bénévolat et dans l'engagement social. Il s'agit là d'un autre trait distinctif ou divergent chez la

septième participante. Celle-ci reconnaît clairement que ce relationnel d'engagement social a pris une très grande place dans sa vie parce qu'elle vivait une relation conjugale insatisfaisante : «Je me garrochais dans le bénévolat pour oublier!» nous dira-t-elle en entrevue.

Enfin, il faut retenir un dernier trait distinctif de la septième participante par rapport à une majorité de ses consœurs : chez Noëlle, il n'y a pas l'expression du *besoin de sécurité* que l'on a retrouvé chez la majorité des six participantes précédentes qui ont éprouvé, à certains moments de leur mitan, le besoin de se protéger face à une situation de violence.

### **Besoins comportementaux (reliés à l'autonomie)**

#### **Besoins d'estime**

- Besoin d'un emploi rémunéré (16). Pour la totalité des six participantes et pour Noëlle, le travail rémunéré, - dans un métier dans le cas de cette septième participante – répond au besoin d'être appréciée et valorisée à travers l'autonomie et la dignité que procure le fait d'être indépendante financièrement et de subvenir à ses besoins matériels ; toutes ont raconté combien le besoin de l'indépendance financière que procure un emploi rémunéré répond à leurs besoins de confiance en soi, de fierté et d'estime de soi.

Besoin de mettre leurs limites et de dire non (17). Il s'agit ici d'un besoin capital chez ces participantes, qui semble tout à fait caractéristique de leur arrivée au mitan. Comme nous l'avons déjà dit, le besoin de «mettre des limites et de dire non» est un besoin qui apparaît au premier chef chez les six participantes précédentes: cette phrase a été entendue maintes fois dans leur

bouche et représente un véritable *leitmotiv* pour elles. La septième participante ne fait pas exception à cet égard : dire non a été l'un des apprentissages majeurs du mitan de Noëlle. Par exemple, elle dit qu'auparavant, elle était incapable de refuser une tâche de bénévolat ou un poste d'engagement social lorsqu'on les lui proposait. De même, elle a été incapable de refuser de s'occuper de la grand-mère de son mari. Les sept participantes déclarent donc éprouver désormais l'impérieuse nécessité de nommer et d'affirmer leurs besoins personnels et de ne plus jamais s'oublier. Mais il a fallu que ces femmes tombent malades et vivent une grande détresse affective avant d'arriver à cette prise de conscience et avant de faire primer le respect de soi et de sa santé en mettant des limites aux demandes de l'entourage. Toutes déclarent à l'unanimité combien elles ont maintenant besoin de prendre soin d'elles-mêmes et de penser davantage à elles.

- Besoin de se prendre en mains seules, -pour elles-mêmes et par elles-mêmes- et de se prouver qu'elles en sont capables (18). Par le passé, Noëlle a cependant et d'une certaine façon beaucoup satisfait ce besoin de prise en charge personnelle dans l'autonomie psychologique et financière. Elle pourvoyait à ses besoins financiers avec son emploi et n'a jamais demandé d'aide psychologique pour elle-même. Noëlle dit que la détresse sévère qu'elle a connue au mitan vient notamment du fait d'avoir trop voulu se prendre en mains toute seule et d'être restée trop longtemps seule. Comme elle nous l'a confié elle-même, le défi pour Noëlle, - fruit de l'apprentissage qu'elle a fait à partir de ses difficultés de détresse - consiste plutôt à se prouver à elle-même qu'elle vaut la peine qu'elle s'occupe d'elle. Comme les six autres participantes, c'est vers elle et ses besoins propres que la septième participante dit vouloir diriger ses capacités maternantes désormais. Toutes ces femmes souhaitent se donner dorénavant à elles-mêmes le

précieux soutien qu'elles ont généreusement dispensé dans leur entourage durant une grande partie de leur vie.

### **Besoins d'appartenance**

- Besoin d'affirmation de soi avec l'entourage (19). Avec Noëlle, on peut affirmer que ce besoin est généralisé chez les sept participantes. Noëlle confie avoir appris à s'affirmer et à trouver une confiance personnelle grâce au bénévolat et à l'engagement social qui, selon ses propres mots, ont été une véritable école pour elle durant son mitan. Elle explique aussi en entrevue comment ses difficultés de détresse et sa psychothérapie lui ont permis de beaucoup cheminer et l'ont aidée à s'affirmer davantage dans ses besoins psychologiques face à son entourage.

- Besoin de prise de distance affective et de sortir d'un relationnel fusionnel (20). Mais ce sont les besoins de prise de distance affective et les efforts pour sortir d'un relationnel fusionnel- en particulier face au conjoint- qui attirent davantage l'attention et qui semblent même avoir été l'enjeu central de la santé mentale de la septième participante durant son mitan. Comme nous le disions précédemment, c'est au mitan et à cause de leurs difficultés de santé, que la majorité de ces femmes se mobilisent maintenant concrètement afin de s'occuper de leurs besoins propres. C'est au mitan que débute pour la majorité voire la totalité des sept participantes l'apprentissage de l'autonomie relationnelle dans toutes les sphères de leurs activités..

### **Besoin de survie**

- Besoin de pause, de repos et de guérison dans leur vie (21). Le besoin majeur de survie qui a été exprimé de manière récurrente et unanime par les sept participantes est le besoin de repos,

notamment par rapport au travail. Toutes nous ont dit avoir besoin de faire une pause, de prendre du temps pour elles, ce qui s'avère aussi un besoin central et capital chez Noëlle; comme elle nous l'a raconté en entrevue; celle-ci dit s'être oubliée et s'être perdue de vue en ne concentrant son attention, son travail et ses soins que sur les autres et en oubliant ses besoins personnels profonds durant toute sa vie.

### **Besoins de sécurité**

- Besoin de ne pas attendre trop longtemps pour demander une aide psychologique professionnelle (22). Comme une majorité de participantes, Noëlle reconnaît avoir attendu trop longtemps avant de s'occuper d'elle-même et avant d'effectuer des démarches auprès des professionnel(le)s de la santé mentale. Ces femmes manifestent le besoin, dans le futur, de ne pas attendre trop longtemps pour demander une aide psychologique professionnelle et de se responsabiliser face à leur santé.

- Besoin de la sécurité financière que procure le travail rémunéré (23). Pour les sept participantes, le besoin d'argent pour faire face aux nécessités matérielles et leur besoin de la sécurité financière sont évidemment liés à leur besoin d'un travail rémunéré. Le besoin de la sécurité financière ressort en effet comme un besoin majeur et fondamental chez ces sept femmes qui, on le sait, ont vécu depuis le mitan une diminution de revenus souvent importante. Noëlle nous dit en entrevue qu'elle vit de l'inquiétude à ce sujet puisqu'elle ne sait pas encore si son mini-emploi deviendra stable : elle déclare avoir besoin de cet argent pour ses besoins personnels et ne pas aimer dépendre financièrement de son mari.

## **Besoins d'actualisation**

- Besoin de s'épanouir et de se réaliser prioritairement à travers un travail rémunéré (et un métier) (24). Les sept participantes sont unanimes à vouloir s'épanouir et se réaliser à travers le travail rémunéré; on a vu que ce besoin s'exprime de manière plus précise chez Noëlle à travers le désir d'un métier de service relié au rôle maternel.

- Besoin de solitude ou de prendre du temps et de l'espace pour elles seules (25). Comme une majorité des six participantes précédentes, Noëlle ressent maintenant un besoin de solitude positive et créatrice, c'est-à-dire un besoin de s'accorder du temps et de l'espace pour elle seule.

Il faut noter enfin qu'au moment de l'entrevue, Noëlle n'exprime pas le besoin de s'actualiser à travers des projets d'études et de formation comme c'était le cas chez une majorité de ses consœurs.

### **4.4.6.3 BESOINS SPIRITUELS DE LA SEPTIÈME PARTICIPANTE**

Nous avons établi quatre constats significatifs dans l'expression des besoins spirituels des six premières participantes: nous verrons dans quelle mesure les données obtenues avec cette septième participante se conforment à ces constats, tout en tentant de déceler ce qui semble original et nouveau chez elle.

## **CONSTATS-RÉSULTATS D'ANALYSE SUR LES BESOINS SPIRITUELS DES 7 PARTICIPANTES**

- 1) Le besoin de *présence à soi* et le besoin de *dépassement de soi* s'avèrent les besoins spirituels les plus prioritairement importants autant pour la septième participante que pour

les six premières participantes. Les résultats d'entrevue de la septième participante - indiquant un nombre identique d'énoncés pour les besoins de présence à soi et les besoins de dépassement de soi - viennent-ils moduler légèrement le constat effectué précédemment, à savoir que c'est le besoin spirituel de présence à soi qui ressort comme l'enjeu fondamental de la santé mentale des participantes? Nous ne croyons pas. À notre avis, ce constat demeure vrai avec la septième participante. La non-expression du besoin d'un lieu de silence et de tranquillité chez cette femme, comme on le verra plus loin, ne doit pas être interprétée comme un moindre besoin de présence à soi et vient plutôt confirmer le fait que le besoin d'un lieu intériorisant est comblé chez elle : sa pratique religieuse régulière, avec la fréquentation de l'église, de même que sa nouvelle vie de solitude à la maison font en sorte que la septième participante peut combler son besoin d'un lieu de silence et de tranquillité. Nous persistons donc à dire que les besoins d'autonomie et les besoins d'identité – rattachés au besoin spirituel de *présence à soi* - représentent les principaux besoins psycho-spirituels dont les sept participantes souhaitent faire un apprentissage transformateur durant leur mitan afin de maintenir leur santé mentale ou afin de prévenir leurs difficultés de santé mentale. Mais nous ne devons pas oublier que le besoin relationnel ou de connexion reste extrêmement présent au niveau des besoins spirituels des participantes.

- 2) Les six participantes expriment et vivent leurs besoins spirituels en termes relationnels et il en est fortement ainsi pour la septième participante dont la foi est synonyme d'engagement et de service altruiste. Une autre des valeurs spirituelles fondamentales de la septième participante s'exprime par une relation d'amour, d'émerveillement et de



respect envers la nature et les animaux. Au niveau des besoins spirituels, nous pouvons donc affirmer avec certitude que le besoin de connexion ou d'intimité est fondamental et central chez les sept participantes, comme il était central au niveau de leurs besoins psychologiques.

- 3) À ce premier niveau d'analyse et étant donné les deux constats précédents, il est possible de penser que ces deux types de besoins spirituels (relationnel/intimité et autonomie/identité) seraient aussi importants l'un que l'autre pour les sept participantes dont les entrevues ont été analysées en profondeur. Toutefois, **si l'ensemble de nos résultats sur les besoins spirituels nous permettent de croire que le besoin relationnel s'avère central chez les sept participantes, il est probable que ce soit le besoin d'autonomie qui soit l'enjeu premier de leur santé mentale, du point de vue psychologique comme du point de vue spirituel.**
  
- 4) Les besoins spirituels prioritairement importants des sept participantes se concentrent majoritairement dans la composante méta-affective. Cela signifie que les besoins prioritaires de ces femmes sont de réaliser concrètement, dans la pratique, des valeurs profondes ou des valeurs ultimes de vie. Pour les participantes, du point de vue spirituel, c'est donc la mobilisation de soi et le passage à l'action dans la mise en pratique de leurs valeurs profondes ou ultimes qui sont prioritaires.

Nous présentons ici le compte rendu des 10 énoncés spirituels prioritairement importants de la septième participante qui font consensus avec les résultats des six participantes précédentes. Dans le tableau 4.4.6 – C, nous rappelons la répartition des énoncés de besoins

spirituels prioritairement importants des six premières participantes en fonction des deux grandes catégories de la métacognition et de la métamotivation répertoriées par Suzanne Hamel (1999,1997). Dans ce tableau, les résultats de l’entrevue de la septième participante quant aux besoins spirituels sont indiqués entre parenthèses.

**Tableau 4.4.6 - C**

<b>Répartition du nombre d'énoncés de besoins spirituels prioritairement importants selon les catégories de la métacognition et de la métamotivation de Hamel : un TOTAL de 11 énoncés pour 6 participantes et un TOTAL de 10 énoncés pour la 7<sup>e</sup> participante</b>	
<b>N. d'énoncés /catégorie méta-cognitive du besoin spirituel</b>	<b>N. d'énoncés / catégorie méta-affective ou de la méta-motivation du besoin spirituel</b>
-Perception pénétrante 0 (0) (Discernement)	Présence à soi 5 (4) (Volonté créatrice)
-Perception globale 2 (2) (Détachement)	-Dépassement de soi 4 (4) (Amour/compassion)

Examinons maintenant comment les besoins spirituels de la septième participante s’orientent dans le même sens que les besoins spirituels prioritairement importants des six participantes précédentes.

**LISTE DES 10 BESOINS SPIRITUELS PRIORITAIREMENT IMPORTANTS DE LA 7<sup>e</sup> PARTICIPANTE**

**Besoins méta-cognitifs**

*-Besoins de perception pénétrante*

Rappelons que le besoin spirituel de se connaître en profondeur, dans ses qualités et dans ses limites – qui relève des besoins de perception pénétrante-, a été comptabilisé dans notre analyse

avec les besoins cognitifs et non avec les besoins spirituels. Les participantes ont en effet exprimé le besoin de se donner des outils de connaissance de soi et de faire un bilan approfondi de leur vie, comme on l'a vu précédemment, dans la section sur les besoins cognitifs.

Chez la septième participante, nous avons répertorié le besoin d'apprécier la beauté de la nature, un type de besoin appartenant aussi aux besoins de perception pénétrante. Cependant, ce type de besoins ne fait pas partie des énoncés spirituels prioritairement importants ou ayant récolté la majorité ou la totalité des adhésions des six premières participantes : seules deux d'entre elles (Gabrielle et Lucie) l'évoqueront comme un besoin d'ordre spirituel. En revanche, comme ce besoin d'apprécier la beauté de la nature est important pour la septième participante parce que cet aspect l'aide dans les situations difficiles et qu'elle l'a explicitement relié au sens de *sa* vie, c'est dans cette catégorie (besoin de donner du sens à *sa* vie) que nous le retiendrons plus loin, dans la composante de la présence à soi.

#### *-Besoins de perception globale*

Le besoin de prendre les choses telles qu'elles sont (1). Le besoin de prendre les choses telles qu'elles sont fait consensus chez les sept participantes. En effet, Noëlle nous déclare que ce besoin a été fondamental dans son rétablissement et qu'elle a abouti, après bien des souffrances, à la nécessité d'accepter la réalité, au besoin de lâcher-prise, et ce, autant en abandonnant certaines attitudes personnelles qu'en acceptant les choses et en gardant une distance saine par rapport à la maladie de son mari et dans sa relation avec lui.

C'est ici que nous pouvons situer le besoin de détachement affectif que nous avons pu déceler chez Noëlle comme chez les six participantes précédentes : nous en parlerons davantage plus loin, dans la composante de la présence à soi au niveau du besoin de donner du sens à *sa* vie.

### Le besoin de donner un sens global à *la* vie (2).

Chez cinq des six participantes, ce besoin se traduit de manière claire et explicite par la nécessité impérative de comprendre le sens de la vie en regard des difficultés psychologiques et des situations difficiles qu'elles ont vécues. C'est pour cette raison qu'elles ont tant besoin de prendre du temps pour elles et de faire une pause dans leur vie; ces femmes éprouvent l'urgence de réfléchir globalement à leur vie.

Au moment de notre rencontre et peut-être parce qu'un tel besoin est déjà en partie comblé chez elle, Noëlle ne manifeste pas explicitement ce type de besoin comme elle ne semble pas trouver un grand intérêt pour l'introspection. En revanche, elle donne à entendre que le besoin d'avoir des réponses concernant le sens de *la* vie est comblé dans sa foi.

Par ailleurs, Noëlle témoigne aussi en entrevue du fait que l'amour de la nature et des animaux et le respect de la vie représentent pour elle des valeurs spirituelles fondamentales qui lui donnent non seulement le sens de *la* vie mais aussi un terrain d'entente commun avec son mari : nous retiendrons cet aspect de la relation avec la nature lors de la présentation du besoin de Noëlle de donner un sens à *sa* vie.

Car en deçà de cette recherche globale de sens à *la* vie, il y a, comme nous l'avions remarqué, la quête du sens de *sa* propre vie, des dimensions qui sont inter-reliées. Or, on sait, par les résultats des questionnaires, ce que les six participantes privilégient comme ce qui donne le plus de sens à leur vie : le relationnel conjugal et familial et les valeurs spirituelles. Pour Noëlle, c'est sa foi religieuse, sa spiritualité et ses valeurs spirituelles qui prennent la première place en regard du sens de sa vie. Nous explorons donc, pour la septième participante, les aspects liés au sens plus personnel de *sa* vie sous la composante de présence à soi qui suit.

### **Besoins métaaffectifs ou de métamotivation**

#### *-Besoins de présence à soi*

Le goût de vivre en harmonie avec les autres et le désir d'aider les autres (3). De même que le besoin de vivre en harmonie avec les autres est important pour les six premières participantes, de même ce besoin s'avère central pour Noëlle. Cependant, si on interprète le besoin de vivre en harmonie avec les autres à travers la capacité d'être en bons termes avec l'entourage, on peut dire que de ce point de vue Noëlle a comblé ce besoin : en effet, celle-ci se déclare dans le questionnaire «presque toujours» en bons termes avec son entourage et pour elle, l'entourage tient une «très grande place».

Comme il a déjà été dit pour les six premières participantes, le besoin de vivre en harmonie avec les autres s'exprime fortement par le désir d'aider les autres, un autre grand *leitmotiv* chez ces femmes: toutes ont ressenti, au mitan plus particulièrement, la nécessité d'aider des membres de l'entourage, et toutes se sont intensément investies dans cette tâche, au point d'altérer considérablement leur santé. C'est aussi le cas de Noëlle mais celle-ci est la seule des sept

participantes à dire explicitement qu'il s'agit pour elle d'un besoin d'ordre spirituel. En effet, la septième participante déclare que pour elle la relation d'aide et le désir d'aider les autres font partie de sa façon de vivre sa spiritualité.

Enfin, il est important d'ajouter que c'est à ce besoin d'aider les autres que nous rattachons le sentiment de culpabilité qui est partie prenante du paysage psycho-spirituel de ces femmes, plus particulièrement chez Noëlle, Marie et Gabrielle. En effet, ces dernières nous ont confié à quel point elles se sentaient coupables des difficultés vécues par leurs proches (enfants, conjoint) et qu'elles éprouvaient le sentiment «de ne jamais en faire assez» et de ne jamais faire les choses correctement pour les aider.

Le goût de vivre en harmonie avec soi-même (4). C'est au niveau de la recherche de l'harmonie avec soi-même que le besoin spirituel de présence à soi se manifeste avec le plus d'urgence et de nécessité impérative, non seulement pour les six premières participantes mais aussi pour la septième.

Toutes ces femmes ont souvent répété, en entrevue, combien il était vital pour elles de se retrouver, de délimiter leur territoire, de respecter leurs limites, profondément conscientes que cette démarche de reprise en mains et d'*empowerment* était leur seule issue par rapport à leurs difficultés psychologiques du mitan. Comme nous l'avions dit précédemment, **si on voulait résumer en une phrase le besoin spirituel qui semble le plus prioritairement important chez les sept participantes, on pourrait affirmer avec certitude qu'elles ressentent avant tout le besoin d'être activement présentes à elles-mêmes.**

**Comme les six premières participantes, Noëlle éprouve maintenant le besoin de redéfinir son identité en se mettant à l'écoute de ses besoins pour la première fois de sa vie et en se donnant la permission de vivre et d'exister pour elle-même, et non plus seulement dans le regard et dans les attentes des autres.**

**Re-construire leur identité devient, pour ces sept femmes parvenues au milieu de leur vie, un projet de création, un projet d'ordre spirituel relevant du besoin de présence à soi : il s'avère incontournable pour elles si elles ne veulent pas revivre les affres de la détresse et de la dépression graves.**

De ce point de vue, le besoin de présence à soi et d'harmonie avec soi-même est très proche du *besoin de se prendre en charge dans l'autonomie* que certain(e)s auteur(e)s comme Jean-Luc Héty (2001) estiment essentiel dans la démarche de la maturation spirituelle. Si nous n'avons pas situé et comptabilisé le besoin de se prendre en charge dans la rubrique des besoins spirituels mais plutôt dans celle des besoins affectifs, il ne faut pas oublier l'importance primordiale de cet aspect dans la dimension spirituelle, particulièrement chez les sept participantes.

Pour ce qui est de la septième participante, nous avons vu, dans la présentation de ses besoins affectifs, que par le passé Noëlle a beaucoup satisfait ce besoin de prise en charge personnelle dans l'autonomie psychologique et financière : elle pourvoyait à ses besoins financiers avec son emploi et n'a jamais demandé d'aide psychologique pour elle-même. La détresse sévère qu'elle a connue au milieu est, selon elle, venue notamment du fait d'avoir trop voulu se prendre en mains

toute seule et sans aide et d'être restée trop longtemps dans le silence et l'isolement sans demander de secours.

Comme elle nous l'a confié elle-même en entrevue, le défi pour Noëlle, fruit de l'apprentissage effectué à travers ses difficultés de détresse, consiste plutôt à se prouver à elle-même qu'elle vaut la peine qu'elle s'occupe d'elle. **Il faut donc ajouter une dernière variante du besoin de présence à soi et d'harmonie avec soi : le besoin d'estime de soi c'est à dire de *considérer qu'on vaut la peine de s'occuper de soi*, qui représente un besoin de croissance autant personnelle que transpersonnelle.** Cette autre expression du besoin de présence à soi serait d'ailleurs une particularité de l'expérience spirituelle féminine, comme nous le verrons au chapitre 5, lors de la discussion des résultats.

Le besoin de prendre des moyens qui mènent à sa profondeur (5).

Pour Noëlle, qui est chrétienne (catholique), c'est le besoin de pratique religieuse, plus particulièrement le besoin d'aller à la messe une fois par semaine qui ressort comme le premier besoin qui mène à sa profondeur. Mais Noëlle s'empresse d'ajouter que pour elle, la spiritualité signifie aussi d'aider les gens de son entourage «dans la maladie ou même dans la joie». Chez la septième participante, - et c'est là un autre de ses traits originaux - la spiritualité s'exprime d'abord et clairement à travers ses liens de service auprès de son entourage. Aider les gens représente une manière de prier pour Noëlle. Comme il avait déjà été constaté pour les femmes croyantes du groupe des six et qui s'avère explicite chez la septième participante, la spiritualité est un prolongement du vécu relationnel et se définit avant tout en termes de relation.



Par ailleurs, dans l'entrevue, la prière au sens traditionnel du terme est aussi mentionnée par Noëlle à titre d'outil spirituel mais elle n'en parle qu'en relation avec sa période difficile où elle priaait toute seule, «pour essayer de s'en sortir», disant n'avoir pas cherché le soutien d'une personne ressource et d'un accompagnement précis au niveau spirituel. Nous pouvons vérifier encore une fois que cette participante a vécu ses difficultés dans une extrême solitude et dans un grand isolement.

Si Noëlle ne manifeste pas le besoin d'un lieu de solitude et de calme comme les participantes précédentes, c'est, selon notre analyse, non seulement parce qu'elle l'a trouvé à l'église et à la maison – où elle se retrouve souvent seule - mais aussi et d'abord parce qu'elle a trouvé ce lieu de tranquillité et de calme à l'intérieur d'elle-même avec sa forte capacité à vivre en solitude. De plus, la septième participante, à l'instar des six participantes précédentes, a appris la nécessité d'établir les limites de son territoire et sait qu'elle doit désormais respecter son besoin de pause et de repos afin d'obtenir la tranquillité et le calme nécessaire à l'intériorisation.

#### Le besoin de donner du sens à sa vie (6).

Par les questionnaires, nous savons ce qui donne le plus de sens à leur vie pour l'ensemble des 12 participantes : le relationnel conjugal et familial et les valeurs spirituelles.

Quant à Noëlle, c'est uniquement sa foi qu'elle invoque dans le questionnaire pour ce qui donne le plus de sens à sa vie. Si on se fie aux résultats du questionnaire, nous avons donc, avec Noëlle, trois participantes sur sept pour qui la spiritualité donne clairement et explicitement le sens de leur vie.

De plus, toujours selon les résultats des questionnaires et en incluant ceux de Noëlle, la spiritualité a été qualifiée d'importante (parce que *ça aide dans les situations difficiles*) par cinq des sept participantes; et pour quatre des sept participantes, la spiritualité est considérée comme «très» et «assez» importante.

Ce qu'il faut retenir de l'entrevue de Noëlle, c'est qu'elle nous permet de valider le constat selon lequel la spiritualité et les valeurs spirituelles représentent une aide et un soutien explicites et centraux pour cinq des sept participantes en regard du sens de *leur* vie.

À travers son entrevue, Noëlle nous permet de vérifier à quel point les valeurs spirituelles peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé psychologique de certaines femmes. Elle parle des «petits bonheurs» que lui apporte la spiritualité, notamment dans sa relation avec la nature et avec les animaux : «Je pense à ce qu'il y a de plus beau, je me fais souvent des «petits bonheurs» avec des petits riens comme voir un oiseau sur le bord de la fenêtre, etc.» Dans la liste de ses «petits bonheurs», Noëlle dit placer le fait de «faire un jardin, sa relation avec ses deux chats et avec les oiseaux ainsi que le fait de refuser de tuer la plus petite araignée» et également d'éprouver un intense respect pour la vie animale jusqu'à s'opposer à la chasse. Ces valeurs ultimes reliées à la nature l'aident à vivre, à l'instar de deux des six premières participantes.

Par contre, dans l'ensemble du groupe des sept participantes, comme nous l'apprennent les résultats du questionnaire, Noëlle est la seule, avec Danièle, à ne pas trouver le sens de sa vie dans le relationnel conjugal. Enfin, ce qui est encore plus marquant chez Noëlle, - car on sait la force du pattern maternel dans son cas - cette septième participante représente l'unique femme du groupe des sept à ne pas mentionner les enfants, non seulement en terme de ce qui donne le

plus de sens à sa vie mais aussi comme ce qui aide dans les situations difficiles. Est-ce, pour Noëlle, la manifestation du détachement affectif du mitan face aux enfants que nous avons aussi remarqué chez les autres participantes? Nous pensons que oui, bien que cette question n'ait pas été abordée avec Noëlle en entrevue. Fait à remarquer : Noëlle note dans le questionnaire qu'il n'est pas important pour elle que ses enfants habitent à proximité «parce que je n'ai pas à leur imposer ça, ils ont leur vie à vivre, tout comme nous, nous avons vécu le départ de chez nos parents pour aller soit à Montréal ou ailleurs. L'important, c'est de garder le contact».

Il ne fait pas de doute pour nous que la septième participante manifeste ici l'une des qualités que Suzanne Hamel (1995) identifie comme nécessaire à l'actualisation transcendante de soi, c'est-à-dire le *détachement* que cette chercheuse relie à la dimension spirituelle de perception globale.

Chez Noëlle, à l'instar de la presque totalité des six premières participantes, la dimension du travail en général et du travail rémunéré en particulier n'est pas identifiée, dans le questionnaire, comme ce qui donne le plus de sens à sa vie. Nous avons cependant constaté, en entrevue, comment la dimension du travail rémunéré s'est avérée importante pour Noëlle, au niveau de l'autonomie financière et encore davantage au niveau de la réalisation d'elle-même, à travers un métier et une fonction maternelle de service. En effet, pour la totalité des sept participantes dont Noëlle, le travail rémunéré et le métier (dans le cas de cette septième participante), répondaient aux besoins matériels de base et aux besoins d'identité et d'être appréciées, reconnues, valorisées. Nous posons alors la question : comment il se fait que cette dimension du travail rémunéré, aussi fondamentale pour la satisfaction de nombreux besoins personnels, n'ait pas été clairement et explicitement identifiée par la majorité des participantes comme l'un des aspects

qui donnent le plus de sens à leur vie? Rappelons la réponse que nous faisons dans l'analyse des résultats des six premières participantes effectuée précédemment.

Il est plausible de trouver une première explication dans le fait que cinq des sept participantes (incluant Noëlle qui cherche un emploi plus stable) ne se trouvent pas dans la situation concrète de posséder un emploi au moment de la cueillette de données. C'est également une explication pertinente de considérer la socialisation traditionnelle où les filles et les femmes sont censées trouver le sens de leur vie à travers un conjoint et des enfants, davantage que dans l'épanouissement au travail.

Par ailleurs, si la dimension de l'autonomie liée au travail rémunéré ne semble pas rattachée au sens de leur vie ou à ce qui les aide, il faut voir que d'autres dimensions de l'autonomie et de la prise en charge de soi sont présentes chez les sept participantes en terme de besoins spirituels. Il s'avère donc que c'est en dehors de la dimension du travail rémunéré qu'une majorité des sept participantes vont tenter, au niveau spirituel, de concilier et d'unifier les deux grandes polarités de leur vie psychique, à savoir leurs besoins de connexion et leurs besoins d'autonomie.

Comme nous le disions précédemment, il faut aussi prendre en compte le fait que la spiritualité et les besoins d'ordre spirituel sont fortement relationnels de par leur nature même: il est donc tout à fait cohérent que ce soit davantage le pôle relationnel que les participantes impliquent dans leurs témoignages concernant ce qui donne du sens à leur vie.

Enfin, ajoutons-nous, les besoins spirituels ou de transcendance ne dépendraient pas «de circonstances extérieures ou de *motivations extrinsèques* » selon Suzanne Hamel (1999), et surtout, ils se situeraient dans un tout autre paradigme que les besoins de croissance personnelle puisque, contrairement à ces derniers, ils viseraient à «dépasser les limites de (*l'*) égoïsme». Or, le besoin de travail rémunéré répond d'abord et avant tout à des besoins d'ordre «égoïste», ce qui expliquerait peut-être qu'il n'est pas identifié comme une dimension qui donne le plus de sens à la vie de la majorité des sept participantes.

Pour conclure, on peut dire que la recherche de sens pour *sa* vie s'est rencontrée de manière explicite chez six des sept participantes. Si cette recherche de sens s'exprimait surtout et de manière évidente dans le pôle du relationnel conjugal et familial pour les six premières participantes, pour la septième participante, en revanche, c'est uniquement la foi et les valeurs spirituelles qui semblent en constituer la trame. Mais il faut vite ajouter que le relationnel du service aux autres et celui de l'amour des animaux sont fondamentaux dans la spiritualité de Noëlle et qu'ils demeurent omniprésents dans sa quête du sens de *sa* vie.

#### *- Besoins de dépassement de soi*

Comme il avait été expliqué dans la présentation des résultats des six participantes précédentes, parmi les besoins de dépassement de soi répertoriés par Suzanne Hamel (1999, 1997), il y a le besoin spirituel de dépasser ses préoccupations et ses attentes personnelles pour se tourner davantage vers les autres : nous avons vu de quelle façon et dans quel sens ce type de besoin peut représenter l'un des obstacles psychologiques majeurs des participantes sur le chemin de leur santé mentale à l'étape du milieu. Pour cette raison, nous comprenons que les participantes

n'aient pu identifier comme un besoin spirituel le fait de se tourner davantage vers les autres puisque c'est ce qu'elles avaient effectué toute leur vie et surtout, c'est ce type de «besoin» qui, selon leurs témoignages, les avait acculées à leurs difficultés psychologiques au mitan. Par contre, nous avons noté que le besoin spirituel *d'aider les autres* restait tout de même présent chez les participantes malgré leur prise de conscience de la nécessité de le pondérer pour des raisons de santé mentale et physique.

Ces divers constats restent vrais en regard de la septième participante. Dans son cas et selon son témoignage, nous remarquons que le besoin d'aider les autres est non seulement maintenu chez Noëlle au mitan, mais aussi qu'il se renforce davantage en devenant explicitement sa manière à elle de vivre sa spiritualité, tout en s'accompagnant de l'importante prise de conscience qu'elle a faite récemment d'y mettre des limites en respectant ses besoins.

C'est dans le goût d'aimer les êtres humains dans l'ouverture et le non-jugement (7) que nous avons surtout entendu, de la part de la septième participante, son besoin pour elle de dépasser ses limites égocentriques. Comme pour une majorité des six premières participantes, le besoin d'aimer les êtres humains sans les juger correspond, pour Noëlle, au besoin de compassion et d'empathie pour les autres. C'est par exemple, pour Noëlle, le goût du bénévolat et de l'engagement social qui lui a appris à se dévouer à des causes et à dépasser ses préjugés, de même que le désir de porter secours à une personne âgée de son entourage, dans l'honnêteté et dans la gratuité, dit-elle. C'est aussi, pour elle, le fait d'accepter de poursuivre avec authenticité une relation d'amour avec son conjoint sans y mettre trop d'attentes égocentriques. Ce besoin spirituel rejoint le besoin psycho-affectif d'amour et d'appartenance ressenti et exprimé par toutes ces femmes.

Le besoin d’agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes (8). Nous avons observé que le besoin d’agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes est partagé et nommé par l’ensemble des six participantes et particulièrement par celles qui ont approfondi leur connaissance d’elles-mêmes. Même si au moment précis de notre rencontre, Noëlle n’exprime pas par la parole un grand souci d’approfondir sa connaissance d’elle-même, en revanche le besoin explicite qu’elle nous confie d’agir concrètement en fonction de ses valeurs ultimes est très présent et même très fort chez elle : ce besoin est même placé au premier plan dans son expérience spirituelle (de foi chrétienne), à travers son engagement social concret et ses nombreuses actions de service auprès de son entourage et dans sa communauté.

Le besoin de croire en quelque chose ou quelqu’un de plus grand que soi (9). Sous le thème du dépassement de soi, le besoin de relation à une transcendance ou le besoin de croire en quelque chose ou quelqu’un de plus grand que soi est un autre type de besoin spirituel observé chez six des sept participantes et il se manifeste de différentes façons.

Pour les participantes qui se disent croyantes à travers une spiritualité chrétienne (cinq sur sept incluant Noëlle), il s’agit du besoin de croire en Dieu et de prier, jumelé à un besoin de sérénité, de sagesse de vie et plus précisément de paix intérieure dans le cas de la septième participante. Mais, comme ces participantes croyantes en ont témoigné en entrevue, c’est la foi qui représente la source et le pivot de leur force et qui les aide à traverser les épreuves : comme nous l’avons dit déjà, ces femmes témoignent unanimement du fait que le besoin de croire en quelqu’un de plus grand que soi a été et est un «plus» pour elles dans les épreuves de la vie.

Les besoins de soutien, de protection et de sécurité au niveau spirituel (10). Au besoin de croire en quelque chose ou quelqu'un de plus grand que soi, se greffent, chez certaines participantes, d'autres types de besoins qui lui sont sous-jacents: il s'agit des besoins de soutien et de protection au niveau spirituel qui sont exprimés avec intensité et unanimité chez les quatre premières participantes qui se déclaraient croyantes. Chez Noëlle, la cinquième participante (dans le groupe des sept) à se déclarer croyante, ce type de besoin s'est exprimé par le besoin de sécurité et de paix intérieure. À l'instar de ses consœurs, ce besoin de sécurité au niveau spirituel met en perspective les manques d'ordre psycho-affectif et relationnel éprouvés par Noëlle, face au conjoint notamment, que celle-ci a vécus au mitan. Pour combler ce type de besoin au niveau spirituel, rappelons que certaines participantes avaient affirmé avoir eu recours au soutien et à l'accompagnement spirituels explicites de la part de personnes-ressources. Ce ne fut pas et ce n'est toujours pas le cas de Noëlle, d'après son témoignage au moment de l'entrevue. Selon la septième participante, la prière et la pratique religieuse lui ont été suffisantes pour répondre à ses besoins spirituels, notamment pour l'aider à trouver une paix intérieure et un sentiment de soutien de même que pour lui donner le courage de se mobiliser face à ses difficultés.

#### **4.4.6.4 SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DIVERGENCES CONCERNANT LES BESOINS DE LA 7<sup>e</sup> PARTICIPANTE**

Pour conclure cette section sur les besoins de la septième participante, rappelons brièvement le nombre de besoins prioritairement importants que celle-ci partage avec les six participantes précédentes, dans chacune des catégories.



La septième participante est unanime avec ses consœurs sur 11 des 18 besoins cognitifs prioritairement importants, sur 25 des 30 besoins affectifs prioritairement importants et sur 10 des 11 besoins spirituels prioritairement importants.

La difficulté de parler d'elle-même - que la septième participante dit éprouver - explique en partie le nombre moindre d'énoncés de besoins que cette dernière peut partager à l'unanimité avec les six participantes précédentes. Cependant, il y a une autre explication à ce moins grand nombre de besoins «unanimés» chez la septième participante : en effet, certains besoins de cette participante s'expriment sous forme de divergences; d'une part parce que le vécu de celle-ci quant à ses changements et difficultés du milieu diverge de celui de ses compagnes et d'autre part à cause de certaines caractéristiques de sa personnalité et de son histoire de vie. Nous allons passer rapidement en revue les besoins divergents de Noëlle aux niveaux cognitifs, affectifs et spirituels.

Au niveau cognitif, Noëlle ne ressent pas de besoins en lien avec la prise de tranquillisants, d'antidépresseurs et d'HTR, comme ce fut le cas chez la plupart des participantes précédentes.

Noëlle avait déjà eu un kyste au sein et sa mère est décédée d'un cancer du sein, deux événements qui l'ont incitée à s'orienter assez tôt, avant même sa pré-ménopause, vers des alternatives naturelles à l'HTR. Est-ce parce qu'elle avait déjà fait ce type de choix préalablement dans sa vie que Noëlle a préféré opter pour des alternatives naturelles lors de ses difficultés de détresse au milieu et à la ménopause? C'est une hypothèse, car les informations du questionnaire et de l'entrevue ne permettent pas de l'affirmer. Mais nous pouvons comprendre ce

qui explique que Noëlle exprime plutôt le besoin de connaître les alternatives naturelles et qu'elle ne ressent pas de besoins cognitifs en lien avec les médicaments.

Par ailleurs, si la septième participante ne ressent pas le besoin de connaître en profondeur les étapes du mitan, c'est non seulement parce qu'elle n'a pas eu le temps d'y réfléchir, comme elle l'affirme, mais c'est aussi, très probablement, parce que c'est le passage difficile de la ménopause qui a polarisé une grande part de son attention. Nous savons en effet que la ménopause est identifiée par Noëlle comme l'une de ses plus grandes difficultés du mitan. Nous savons aussi que cette femme construit son identité principalement dans son rôle de mère et que c'est, en partie du moins, ce qui explique pourquoi la ménopause a été vécue comme une perte et un deuil pour elle. Il est donc logique que Noëlle soit une des rares participantes à exprimer le besoin explicite de comprendre les changements psychologiques en lien avec la ménopause.

Enfin, au niveau des besoins cognitifs, Noëlle se démarque aussi du groupe des six femmes précédentes par le fait qu'elle dit très bien comprendre le sens du mot et de la notion de spiritualité utilisés dans notre étude : est-ce que cela s'expliquerait par le fait que Noëlle nous a semblé effectuer depuis longtemps une démarche spirituelle profonde et explicite? Nous ne pouvons répondre à cette question de façon catégorique mais, c'est ce qui transpire de son entrevue.

Au niveau des besoins affectifs, nous avons noté que Noëlle n'exprime pas le besoin de guérir la blessure de la perte d'être chers. En effet, selon son témoignage, ce n'est pas là la principale difficulté qui a pesé lourd sur sa santé mentale au mitan. Selon Noëlle, c'est davantage la prise

en charge de proches, particulièrement celle de son mari malade, qui aurait représenté la plus grande difficulté pour elle au mitan. Il est d'ailleurs probable que le fait qu'elle n'ait pas ressenti, comme ses consœurs, le besoin d'une plus grande responsabilisation du conjoint comme père ait quelque chose à voir avec la maladie de celui-ci. Noëlle semble en effet avoir fait le deuil de plusieurs attentes affectives face au conjoint. Il faut aussi considérer que la septième participante dit avoir été très présente comme mère auprès de ses enfants et qu'elle ne témoigne pas avoir connu de difficultés avec eux, ce qui explique peut-être que la responsabilisation du conjoint comme père ne lui soit pas apparue nécessaire.

Nous remarquons enfin chez Noëlle une plus grande distanciation affective face aux enfants – depuis leur départ de la maison- que chez les autres participantes. Cette femme se démarque de ses consœurs par une capacité exceptionnelle à assumer sa solitude. Lors de l'entrevue, il est d'ailleurs remarquable que Noëlle ait été la seule parmi sept participantes à ne pas exprimer le besoin de soutien et d'échange avec une personne-ressource au mitan (bien qu'elle note ce besoin dans le questionnaire). Cette réponse doit toutefois être éclairée de cette information, à savoir que Noëlle a eu besoin, à un moment de son mitan et lors de sa période de détresse grave, de rencontrer une psychothérapeute.

Rappelons, en outre, que Noëlle n'exprime pas le besoin d'une personne-ressource au niveau spirituel et qu'elle ne ressent pas le besoin d'un lieu de solitude et de silence. Comme nous l'avions noté précédemment, si Noëlle ne ressent pas le besoin d'un lieu de solitude et de silence, c'est vraisemblablement parce qu'elle jouit d'une expérience très marquée d'intériorisation

personnelle et qu'elle a divers outils à cet égard dont celui de la fréquentation régulière de l'église.

D'autres besoins spirituels divergents – et qui s'avèrent majeurs - font également que la septième participante ressort du groupe des six participantes précédentes. D'abord, Noëlle est l'unique participante à ne trouver le sens de sa vie QUE dans sa spiritualité. Ensuite, Noëlle est également l'unique participante à témoigner que le relationnel conjugal et familial ne fait pas partie de ce qui donne le plus de sens à sa vie, comme l'ont exprimé les six autres participantes. Enfin, dans le groupe des sept participantes, Noëlle est la seule femme à exprimer explicitement qu'elle conçoit et vit sa spiritualité à travers le service aux autres.

Au terme de cette analyse, nous pouvons conclure que malgré la présence de certains besoins divergents, la grande majorité des besoins de la septième participante correspondent aux énoncés qui ont récolté la majorité ou l'unanimité chez les six femmes dont nous avons précédemment analysé les entrevues. Cela signifie que les constats-résultats d'analyse qui ont été effectués dans ce chapitre en regard des besoins sont valables pour les sept participantes. Quant aux besoins divergents qui ont été notés chez certaines des sept participantes, nous avons pu voir qu'ils sont minoritaires et se retrouvent chez peu de participantes. Par conséquent, après l'analyse rigoureuse et approfondie des entrevues de sept participantes, nous pouvons affirmer que les données obtenues ont atteint la saturation non seulement sous les thèmes des changements et des difficultés mais aussi dans la thématique des besoins. Avec l'ensemble de ces résultats et malgré les limites de notre étude, – notamment en regard des besoins spirituels- nous disposons de quelques pistes de réflexion prometteuses qui inspireront le chapitre qui suit.

## **CHAPITRE 5**

### **DISCUSSION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS**

## CHAPITRE 5

### DISCUSSION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans la première section de ce chapitre, nous présentons une vue d'ensemble des principaux résultats de notre étude sur chacune des thématiques en regard de la santé mentale à l'étape du mitan de la vie et à la période de la ménopause: nous faisons ressortir les changements, les difficultés et les besoins qui nous apparaissent les plus significatifs parmi tous ceux qui ont été exprimés par les participantes. Dans une deuxième section intitulée « discussion des résultats », nous rassemblons certains résultats d'analyse majeurs qui se dégagent de notre étude en les éclairant de quelques réflexions interprétatives. Enfin, dans la dernière section du chapitre, nous proposons des recommandations susceptibles de répondre aux principaux besoins de cette population de femmes en regard de leur santé mentale à l'étape du mitan de la vie et à la période de la ménopause.

Rappelons d'abord les objectifs de notre étude.

Le **1<sup>er</sup> objectif** était de dresser un portrait de situation concernant la santé mentale de femmes qui traversent l'étape du mitan de la vie et la période de la ménopause. Pour ce faire, nous avons identifié les principaux changements, les principales difficultés et les principales situations difficiles vécus par les 12 participantes sélectionnées et qui, selon elles, ont eu un impact sur leur santé mentale (chapitres 3 et 4).

Le **2<sup>e</sup> objectif** consistait à identifier les principaux besoins de santé mentale chez des femmes qui traversent l'étape du mitan de la vie et la période de la ménopause. Pour ce faire, nous avons identifié, à partir de leurs témoignages, d'une part, leurs principaux besoins collectifs de santé mentale en regard de ressources et d'interventions souhaitées (chapitre 3) et d'autre part, leurs

principaux besoins individuels, c'est-à-dire leurs besoins cognitifs, affectifs et spirituels (chapitre 4).

Voici donc en 5.1 une vue d'ensemble des résultats de notre étude qui nous semblent les plus significatifs.

## **5.1 Vue d'ensemble des résultats de l'étude**

### **5.1.1 Les principaux changements qui ont eu un impact sur la santé mentale des participantes.**

#### *Les changements événementiels*

Au niveau des principaux changements **événementiels** qui, selon les participantes, ont eu le plus d'impact sur leur santé mentale au mitan, il faut retenir la mort de personnes chères, la prise en charge de proches ou plutôt l'alourdissement de la charge de travail non rémunéré par le fait de devenir des aidantes pour leurs proches malades ou âgé(e)s, la diminution de revenus et même la pauvreté, ainsi que des difficultés dans les relations, principalement avec le conjoint et avec les enfants et enfin, les maladies et les difficultés de santé pour elles-mêmes, surtout au niveau physique.

Un événement ou un changement qui se démarque par l'importance de son impact sur la santé mentale de ces femmes au mitan est la mort de personnes chères ou significatives. La mort de personnes chères est d'autant plus douloureuse à vivre pour les participantes quand elle survient dans des circonstances tragiques (accidents et suicide par exemple), ou lorsque des liens particulièrement serrés ont été tissés pendant de nombreuses années, notamment avec la prise en charge et les soins à ces personnes chères et quand plusieurs deuils importants sont vécus à répétitions sur une période de temps assez courte.

On sait que les personnes âgées ou malades sont généralement prises en charge par les femmes qui leur sont proches: la majorité de ces femmes sont des femmes de quarante et de cinquante ans (cf problématique, chapitre 1). Chez les participantes qui partagent ce vécu, les liens étroits qu'elles ont tissés, lors de la prise en charge de leurs proches âgé(e)s ou malades, expliquent en grande partie la détresse psychologique et la dépression provoquées par leur mort.

On se souvient aussi que la moitié des femmes du groupe-cible ont expérimenté une diminution significative de revenus et que c'est même la pauvreté qui les attendait au mitan. Les causes d'un tel changement de niveau économique s'expliquent par des bouleversements dans le statut marital ou par des ruptures brutales dans le parcours professionnel ou d'emploi, ruptures provoquées par exemple par une faillite, par la maladie ou par un congédiement après de nombreuses années de service.

Parmi les changements relationnels, ceux qui, selon les participantes, ont provoqué un impact négatif déterminant sur leur santé mentale concernent les difficultés avec les enfants devenus adolescents et surtout les difficultés dans les relations avec leur conjoint. Certaines participantes ont même témoigné avoir vécu des situations de violence psychologique dans ces relations. D'ailleurs, nous avons découvert lors des entrevues que la majorité des participantes du groupe-cible (8/12) avaient subi, soit dans leur jeunesse soit au mitan, des situations de violence physique, sexuelle et/ou psychologique qui impliquaient généralement des hommes de leur famille (père, frère, fils, conjoint).

Quant au départ des enfants de la maison, il est évoqué par des participantes (qui sont mères) comme un événement important de leur mitan mais ce changement, vécu comme incontournable et nécessaire, ne semble pas être le plus important ni avoir entraîné des conséquences négatives majeures sur leur santé mentale. En effet, le départ des enfants de la maison est considéré comme



une *situation difficile* par la moitié et non par la majorité des femmes du groupe. Nous avons même constaté, chez certaines participantes, l'effet positif et libérateur du départ des enfants de la maison, plus particulièrement quand les difficultés d'adolescence de ces derniers ont été importantes.

### *Les changements physiques*

Ce thème des difficultés au niveau de la santé physique personnelle, représente, par définition, l'exemple-type du changement du mitan qui est synonyme de difficulté : 11 participantes sur 12 l'évoquent comme une situation difficile du mitan. Et, fait à souligner, quand ces difficultés de santé sont identifiées comme des changements majeurs de leur mitan, elles sont interprétées par les participantes concernées comme les conséquences négatives de changements événementiels majeurs – évidemment négatifs - de leur mitan.

Au sujet de la ménopause, on remarque que la moitié des femmes du groupe-cible ne connaissent pas leur statut ménopausique ni l'âge de leur pré-ménopause et de leur ménopause.

**Pour la majorité des 12 participantes (9/12), la ménopause n'est pas considérée comme un changement événementiel majeur de leur mitan** malgré le fait que, pour six femmes sur 12, le vécu physique de la *pré-ménopause* et de la *ménopause* a été perçu comme difficile à vivre.

Pour une minorité de participantes (3/12), la ménopause est considérée comme l'un des trois changements événementiels les plus importants de leur mitan : deux de ces trois femmes témoignent que la ménopause a eu un impact négatif sur leur santé mentale, notamment parce qu'elle les a bouleversées dans leur identité, au niveau de leur image d'elles-mêmes.

Deux participantes témoignent aussi que l'hystérectomie (avec ovariectomie pour l'une), qu'elles ont subie au mitan, a été suivie par une dépression et qu'elle les a bouleversées dans leur identité et leur image d'elles-mêmes.

Il faut remarquer que l'hystérectomie et l'ovariectomie représentent des changements physiques majeurs qui ont touché plus de la moitié des participantes (7/12). Chez ces sept femmes, six ont subi une hystérectomie avant 50 ans et quatre ont subi une ovariectomie avant 40 ans. On remarque les âges relativement précoces où ont été vécues ces interventions.

De manière générale, toutes répondent qu'elles étaient obligées de subir ces interventions. Quant à ce qu'elles ont ressenti face à ce vécu, les réponses sont ambivalentes : quatre participantes sur sept expriment des commentaires positifs et la même proportion de participantes expriment des commentaires négatifs (une participante exprimant les deux). Au sujet de leur satisfaction face à l'information reçue sur les interventions et leurs résultats, environ le tiers des femmes opérées déplorent ne pas avoir été bien informées.

Le changement du mitan qui remporte une frappante unanimité chez les 12 participantes, ce sont les comportements et les manifestations liés à la sexualité : pour la totalité des 12 participantes, la sexualité revêt moins d'intérêt depuis le mitan et, pour la majorité d'entre elles, les relations sexuelles sont moins confortables et elles ont moins de satisfaction sexuelle qu'avant.

Une nette majorité de participantes remarquent que leur niveau d'énergie a baissé depuis le mitan, qu'elles dorment moins ou moins bien et que leurs maux de tête ont augmenté. La presque totalité des participantes ont plus de douleurs articulaires, osseuses et musculaires et leur poids est plus élevé depuis le mitan. En revanche, les changements physiques du mitan ont amené des habitudes de vie plus saines, notamment au niveau de l'alimentation et cinq participantes sur 12

disent avoir effectué des sevrages au mitan : avec le tabac, avec l'alcool et avec des psychotropes.

### *Les changements psychologiques*

Au niveau des principaux changements **psychologiques** que les participantes estiment significatifs, elles parlent de changements cognitifs au niveau de la mémoire, mais plus particulièrement au niveau de leur capacité de concentration qui serait moins performante depuis leur arrivée au mitan. D'ailleurs, elles remarquent qu'elles ont plus d'inquiétude, une plus grande préoccupation par rapport à elles-mêmes et par rapport à l'âge et que leur niveau de stress a augmenté de manière importante depuis le mitan. Elles disent que leurs attitudes psychologiques face à la santé et face au travail se sont modifiées dans un sens négatif.

La majorité des participantes disent expérimenter la perte de leur valeur sociale et de leur valeur sexuelle depuis le mitan, ce qui a une incidence négative importante sur leur estime d'elles-mêmes et sur la perception qu'elles ont du sens de leur vie.

Par ailleurs, sur le plan psychologique, les participantes affirment que c'est la pré-ménopause qui est difficile à vivre et non la ménopause comme telle, même quand elles se disent non certaines de leur statut ménopausique.

En dépit de tous ces changements psychologiques négatifs identifiés par la majorité, une faible minorité de participantes (3/12) déclarent une plus grande irritabilité et une humeur moins bonne depuis le mitan.

En revanche, le mitan a aussi, selon elles, apporté des changements psychologiques positifs. Pour une majorité de participantes, les attitudes face à la vie, face aux enfants et face à l'entourage sont devenues plus positives depuis le mitan. Le sentiment d'identité personnelle, la

compréhension de soi et le contrôle de soi sont aussi perçus comme plus grands depuis le mitan chez la grande majorité des participantes. Et six femmes sur 12 ont expérimenté une ouverture à la dimension spirituelle plus grande depuis leur arrivée à cette étape de vie.

Parmi les dimensions psychologiques qui récoltent l'ambivalence chez les participantes, il y a d'abord l'attitude face à la mort qui est vécue autant de manière plus positive que de manière plus négative depuis le mitan. Ensuite, nous remarquons que seulement la moitié des participantes déclarent avoir «assez souvent» et «très souvent» une bonne estime de soi alors que l'autre moitié déclare détenir «de temps en temps» une bonne estime de soi. Nous pensons qu'il y a un lien entre ce manque d'estime de soi et le regard dévalorisant qu'une majorité d'entre elles portent sur elles-mêmes au niveau social et au niveau sexuel.

### **5.1.2 Les principales difficultés et situations difficiles qui ont eu un impact sur la santé mentale des participantes**

#### *Les difficultés psychologiques*

Rappelons que les 12 participantes déclarent avoir souffert de détresse psychologique au mitan. Les trois quarts d'entre elles (9/12 participantes) disent avoir vécu une dépression au mitan.

Pour quatre femmes, la première dépression est arrivée au mitan même et pour cinq autres femmes, la dépression du mitan est une récurrence : leur première dépression a été vécue soit à l'adolescence, soit dans la vingtaine. Quatre participantes se sont déclarées explicitement dépendantes des psychotropes dans le sens où elles déclaraient ne pouvoir s'en passer pour fonctionner (dont une femme qui prend des tranquillisants depuis 17 ans). Une participante – qui ne se déclare pas dépendante – dit qu'elle doit prendre des antidépresseurs à vie. Chez les deux participantes ayant vécu la dépendance à l'alcool au mitan, on note que la dépendance à l'alcool

était consécutive à la dépendance aux tranquillisants pour l'une et à la dépendance aux drogues pour l'autre.

Quand nous demandons aux 12 participantes d'évaluer laquelle des **difficultés psychologiques** - de détresse, de dépendance ou de dépression - a été la plus importante pour elles, six déclarent la détresse (états anxieux et fatigabilité), quatre la dépression et deux la dépendance.

Quand on demande aux participantes à quel âge elles ont vécu la difficulté psychologique la plus importante de leur vie, on apprend que pour la grande majorité d'entre elles, c'est-à-dire huit femmes sur 12, la difficulté psychologique identifiée comme la plus importante s'est vécue entre la mi-trentaine et le début de la cinquantaine.

On peut constater que chez la moitié des participantes du groupe-cible, la souffrance psychologique a imprégné une grande partie de leur vie, mais que c'est durant la période du mitan qu'elles disent avoir connu leurs plus grandes souffrances, notamment en ce qui concerne la dépression.

Enfin, si on observe les indices de bien-être psychologique déclarés par certaines participantes, la faible estime de soi - notamment au niveau de l'affirmation de soi et de l'autonomie - représente, avec le manque de soutien de l'entourage, un aspect préoccupant.

### *Les situations difficiles*

Les **situations difficiles** principalement vécues par les 12 participantes au mitan et qui ont eu, selon elles, un impact majeur sur leur santé mentale correspondent aux changements événementiels identifiés précédemment :

- la mort de proches aimé(e)s, parfois dans des circonstances tragiques, ou après avoir pris soin d'eux ou d'elles durant de nombreuses années;

- la prise en charge de proches malades et/ou âgé(e)s;
- une diminution de revenus pour la majorité et la pauvreté pour la moitié des participantes du groupe-cible;
- de graves difficultés relationnelles avec les enfants devenus adolescents et surtout des difficultés de communication dans le couple après plusieurs années de vie commune. Le manque de communication dans le couple a eu un impact majeur sur la santé mentale des 12 participantes. De même que les situations de violence qu'une majorité d'entre elles (8/12) déclarent avoir subies dans leur jeunesse ou au mitan, notamment de la part de certains hommes de leur famille. Pour la majorité des participantes du groupe-cible, le sens de leur vie ou leurs raisons de vivre se concentrent dans le relationnel conjugal et familial. Quand le relationnel conjugal ou familial est en souffrance et quand ces femmes se retrouvent trop souvent seules et sans soutien pour y faire face avec, de surcroît, tous les autres changements et situations difficiles du mitan, elles disent que leur existence bascule et perd son sens. D'ailleurs, les participantes témoignent aussi que le fait de ne pas trouver de sens à leurs épreuves représente *en soi* une situation difficile du mitan et que la solitude et l'impuissance ressenties provoquent également une situation difficile qui les mène à des idées suicidaires.
- les problèmes de santé psychologique et surtout physique.

### **5.1.3 Les principaux besoins des participantes en regard de leur santé mentale au mitan et à la ménopause**

#### **5.1.3.1 Les principaux besoins individuels**

##### *Les besoins COGNITIFS*

En chiffres absolus, les deux tiers des besoins cognitifs des participantes expriment des besoins dans l'ordre de l'éducation et dans l'ordre de l'apprentissage transformateur. Toutes catégories de besoins cognitifs confondues, c'est sur le thème de l'étape du mitan de la vie que les participantes ont exprimé le plus grand nombre de besoins cognitifs.

(1) Sur le thème du mitan de la vie, ce qui domine au niveau du besoin éducatif, c'est le besoin de se connaître en profondeur, le besoin de faire le bilan global de sa vie et le besoin d'effectuer une pause de réflexion au mitan. Il y a aussi bien sûr le besoin d'avoir de l'information sur le mitan, sur la nature de cette étape spécifique de vie. Enfin, toujours sur la thématique du mitan, certains besoins cognitifs précis sont exprimés au niveau de l'apprentissage transformateur :

- besoin de se donner des outils de connaissance de soi;
- besoin de se doter d'outils pour prendre soin de soi;
- besoin de connaître les situations difficiles qui sont propres au mitan;
- besoin de connaître en profondeur les étapes expérientielles du mitan dans le but de se donner des outils de transformation personnelle.

(2) Sur le thème des difficultés de détresse/dépression/dépendance, les participantes expriment un moins grand nombre de besoins cognitifs que sur la thématique du mitan, mais ces besoins sont tout aussi importants, voire majeurs pour elles. Au niveau informatif, ces femmes

manifestent le besoin de savoir à partir de quel moment on peut dire qu'il y a dépendance aux médicaments psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants). Au niveau éducatif, elles souhaitent comprendre la nature de la dépendance soit face aux médicaments, soit face à l'alcool. Ces femmes disent aussi avoir besoin de savoir quand on peut arrêter de prendre les antidépresseurs sans que reviennent les états dépressifs.

Par ailleurs, les participantes désirent aussi comprendre différents aspects de la dépression comme par exemple ses causes et ses conséquences, les liens à faire entre la dépression et les femmes, la dépression et le sentiment de culpabilité; elles souhaitent plus particulièrement approfondir les liens entre la dépression et l'étape du milieu de la vie pour les femmes. Quelques-unes d'entre elles souhaitent comprendre les changements psychologiques – au niveau de la dépression par exemple - qui pourraient être attribuables à la ménopause comme telle. Au niveau de l'apprentissage transformateur, les participantes expriment le besoin d'apprendre à dépister la détresse et la dépression, à les prévenir et à les soigner, notamment avec des produits naturels. Elles manifestent aussi le besoin d'apprendre à voir les choses autrement, avec d'autres perspectives, parce qu'elles disent que cela aurait un effet libérateur sur elles.

**(3) Sur le thème de la ménopause également**, le nombre moindre d'énoncés de besoins cognitifs ne doit pas faire minimiser leur importance au niveau du contenu. Les besoins qui y sont identifiés par les participantes sont fondamentaux. Au niveau informatif, ces femmes expriment le besoin de savoir tout ce qui concerne la ménopause et particulièrement les changements pré-ménopausiques. Par ailleurs, les participantes incertaines de leur statut ménopausique souhaitent le connaître. Certaines se posent aussi des questions au sujet de la sexualité à la ménopause. Elles ont besoin de savoir si leur manque d'intérêt envers la sexualité est due aux



changements hormonaux et aux manifestations de la pré-ménopause (cycles modifiées et surtout migraines) ; elles se demandent aussi quoi faire avec des difficultés comme celle de la sécheresse vaginale à la ménopause. L'hormonothérapie de remplacement (HTR) et les approches alternatives à l'HTR font partie de leurs préoccupations : les participantes souhaitent des outils d'information qui les éclairent dans leur décision d'aller vers l'HTR ou vers les approches alternatives pour faire face aux diverses manifestations ménopausiques.

### *Les besoins AFFECTIFS*

Chez les participantes, les besoins affectifs sont plus nombreux à être manifestés que les besoins cognitifs et même, comme nous le verrons plus loin, que les besoins spirituels.

L'analyse en profondeur de nos résultats d'entrevues sur les besoins affectifs nous permettent de croire que **les besoins relationnels ou de connexion (polarisés surtout dans le besoin d'appartenance, de communication et d'amour) sont centraux pour la majorité des participantes du groupe des 12, tout en étant indissociables de leurs besoins d'autonomie et de leurs besoins d'estime.** Il est difficile de résumer ici des besoins aussi nombreux et aussi importants qui touchent à *toutes* les dimensions de la vie des femmes au mitan : nous référons au chapitre 4 à la section 4.4.4.3 pour mesurer l'ampleur et la profondeur des besoins affectifs.

Cependant, nous retiendrons **dix** besoins affectifs qui nous semblent caractéristiques des expériences et des situations vécues par ces femmes à l'étape du mitan.

### *Les besoins d'estime*

**(1)** Parmi les besoins liés à l'image de soi, nous retenons d'abord le besoin de s'aimer et de se reconnaître soi-même. À cause de leurs difficultés psychologiques du mitan, ces femmes ont

effectué leurs premiers pas dans la connaissance d'elles-mêmes, notamment à la suite d'une démarche de psychothérapie. Plusieurs remarquent qu'elles ont maintenant besoin de s'accepter telles qu'elles sont et de s'évaluer par elles-mêmes sans attendre le regard approuvatif de l'autre. Ce type de besoin serait apparu au mitan et compenserait, selon une participante, le sentiment de perte de séduction que peut apporter cette étape de vie. À ce sujet, on remarque que les participantes manifestent aussi un besoin important de valorisation de leur corps par rapport au vieillissement.

(2) Parmi les besoins liés à l'image de soi, nous retenons ensuite, chez les participantes, le besoin de soutien affectif durant les changements événementiels, physiques et psychologiques que le mitan leur a apportés, et ce, plus particulièrement lors de la prise en charge de proches et lors de leurs difficultés personnelles de santé psychologique et physique. Les participantes racontent comment leur image d'elles-mêmes a été ébranlée par le fait qu'elles ont du prendre conscience de leurs limites suite à ces changements exigeants. Elles auraient eu besoin d'être soutenues, non seulement pour comprendre et pour traverser leurs difficultés personnelles face à ces changements, mais aussi pour faire face à la profonde remise en question de leur identité que ces bouleversements du mitan ont provoquée chez elles.

(3) Parmi les besoins liés à l'image de soi, nous retenons enfin le besoin de communication des participantes qui s'est manifesté plus particulièrement dans leurs relations conjugales. Toutes nous ont unanimement révélé à quel point la communication est ou a été déficiente avec leur conjoint durant leur mitan, parfois de manière invivable pour certaines et même durant la plus grande partie de leur vie de couple. Chacune a souffert ou souffre encore, à différents degrés, du

manque de présence affective du conjoint et de son incapacité de communication tant sur le plan de la parole et de l'écoute qu'au niveau des gestes d'affection et de tendresse. Certaines témoignent que ce manque de présence affective du conjoint peut se traduire par un désintérêt total du conjoint envers elles ou envers les enfants (elles parlent même de déresponsabilisation du conjoint envers les enfants). Ces femmes confient que, dans de telles situations, elles ont intériorisé le sentiment qu'elles n'étaient pas importantes, qu'elles ne valaient pas grand chose et même qu'elles ne valaient pas la peine de vivre et d'exister. Même si l'amitié est importante pour une majorité de participantes, les relations et le besoin de communication avec le conjoint – et avec les enfants - représentent le territoire prioritaire de leur actualisation relationnelle.

#### *Les besoins relationnels*

(4) Parmi les besoins affectifs liés aux besoins d'intimité relationnelle, l'un des besoins qui s'avère majeur pour les participantes concerne le besoin de faire des deuils et de guérir la blessure des relations perdues par la mort de personnes chères. On sait combien les participantes deviennent vulnérables lorsque les êtres chers décèdent et, à la lecture de leurs histoires de vie, on connaît le prix élevé de leurs deuils : elles nous disent avoir mis des années à s'en remettre et à guérir cette blessure. Dans la même foulée, il est intéressant de retenir que plusieurs participantes témoignent du fait que le relationnel familial et conjugal est plus important depuis le mitan et encore plus particulièrement depuis la mort de leur mère.

(5) Parmi les besoins affectifs liés au besoin d'intimité relationnelle, il faut aussi remarquer le besoin de sécurité qui correspond au besoin de se protéger face à une situation de violence que plusieurs (huit des 12 femmes du groupe-cible) déclarent avoir subie de la part de leurs proches,

que ce soit d'un conjoint ou d'un enfant violents ou d'un père violent. Chez la majorité des participantes, on remarque d'ailleurs un besoin apparenté à ce besoin de sécurité: celui d'être appréciées, respectées et traitées de manière égalitaire par leur conjoint et par les hommes de leur famille.

### *Les besoins d'autonomie*

(6) Du côté des besoins d'autonomie, nous retenons celui qui apparaît au premier chef chez les participantes et qui nous semble particulièrement caractéristique de leur mitan : c'est le **besoin d'apprendre à mettre des limites et à dire non,** une phrase qui a été entendue maintes fois dans leur bouche et qui représente un véritable *leitmotiv* pour ces femmes. En effet, il s'agit pour elles d'un besoin capital qui semble caractéristique de leur arrivée au mitan et qui s'avère même l'un des apprentissages majeurs de cette étape de leur vie. Les participantes déclarent éprouver désormais l'impérieuse nécessité d'affirmer leurs besoins personnels et de ne plus jamais s'oublier. Mais il a fallu que ces femmes tombent malades et vivent une grande détresse affective avant d'arriver à cette prise de conscience et avant de faire primer le respect de soi et de sa santé en mettant des limites aux demandes de l'entourage. Toutes déclarent à l'unanimité combien elles ont maintenant besoin de prendre soin d'elles-mêmes et de penser davantage à elles. D'ailleurs, on remarque que le besoin d'affirmation de soi avec l'entourage est généralisé chez les participantes et, selon leurs témoignages, il serait apparu au mitan.

(7) Un autre besoin d'autonomie concerne le besoin de se prendre en mains toute seules (pour elles-mêmes et par elles-mêmes) et de se prouver à elles-mêmes qu'elles sont capables. L'appel de l'autonomie financière et psychologique est devenu pressant à l'étape de vie où ces femmes

sont rendues. Il s'agit, là aussi, d'un nouveau besoin qui serait apparu à l'étape du mitan. Ces femmes nous ont confié avoir besoin de faire face et d'être fortes, pour elles-mêmes cette fois, et non pour les autres et en fonction des attentes des autres. Elles affirment que dorénavant, c'est vers elles qu'elles veulent diriger leurs capacités maternantes. Elles disent ne plus vouloir se mettre en situation d'attente et de dépendance dans leurs relations affectives, que ce soit à la maison ou sur le marché du travail, et elles souhaitent désormais se mobiliser pour répondre à leurs besoins personnels. Les participantes nous ont confié vouloir se donner à elles-mêmes le précieux soutien moral qu'elles ont généreusement dispensé dans leur entourage durant une grande partie de leur vie, voire *toute* leur vie.

Certaines d'entre elles déclarent avoir beaucoup satisfait, par le passé, ce besoin de prise en charge personnelle dans l'autonomie psychologique et financière : elles pourvoyaient à leurs besoins financiers avec un emploi et n'ont jamais demandé d'aide psychologique pour elles-mêmes. Le défi pour elles, - fruit de l'apprentissage qu'elles ont fait à partir de leurs difficultés de détresse - consiste d'une part, à apprendre à demander et à recevoir de l'aide et d'autre part, à prendre conscience qu'elles valent la peine de s'occuper d'elles-mêmes et de s'accorder du temps pour elles seules. D'ailleurs, il s'agit là d'un besoin spécifique du mitan de ces femmes : le besoin d'une solitude positive et créatrice, c'est-à-dire le besoin de s'accorder du temps et de l'espace *pour elles seules*. Les participantes affirment qu'il n'est plus question pour elles d'oublier leurs besoins personnels profonds et de se perdre de vue en ne concentrant leur attention, leur travail et leurs soins que sur les autres.

**Bref, l'objectif est le même pour toutes les participantes de notre recherche : depuis leurs difficultés psychologiques du mitan, c'est vers elles et leurs besoins propres qu'elles veulent désormais diriger leurs capacités maternantes. Enfin, la majorité d'entre elles manifestent**

**le besoin, dans le futur, de ne pas attendre trop longtemps pour demander une aide psychologique professionnelle.**

**(8)** Par ailleurs, il y a aussi un autre besoin affectif qui relève du besoin d'autonomie, mais qui rejoint le besoin d'appartenance de ces femmes au mitan : il s'agit du besoin de prise de distance affective afin de sortir d'un relationnel fusionnel particulièrement avec le conjoint et avec les enfants. **Selon notre analyse, ce type de besoin (sortir du relationnel fusionnel) semble avoir été l'enjeu central de la santé mentale des participantes au mitan.** Comme nous l'avons déjà mentionné, une majorité de ces femmes déclarent être maintenant en mesure de se mobiliser concrètement afin de s'occuper de leurs besoins propres et afin de vivre par elles-mêmes et pour elles-mêmes. Nous insistons sur le fait que ces femmes ont affirmé que c'est à l'étape du mitan, à la suite de leurs difficultés de santé, que leur apprentissage de l'autonomie relationnelle a débuté.

**(9)** Nous ne pouvons passer sous silence le besoin de pause, de repos et de guérison manifesté par les participantes. En effet, le besoin de repos représente le besoin majeur de survie qui a été exprimé de manière récurrente et à l'unanimité chez les 12 participantes. Toutes nous ont dit avoir besoin de faire une pause, de prendre du temps pour elles et du temps pour «panser les plaies» selon l'expression de l'une. Bien entendu, ce besoin fait écho aux difficultés de santé physique et psychologique que ces femmes ont connues au mitan et à l'urgent besoin qu'elles ont exprimé de retrouver toutes leurs capacités de santé pour retourner sur le marché du travail.

**(10)** Enfin, nous retenons un dernier besoin affectif relié aux besoins d'autonomie et d'actualisation de soi, qui englobe tous les autres besoins fondamentaux (répertoriés par

Maslow), notamment les besoins de survie et de sécurité au niveau financier. Ce type de besoin nous semble particulièrement significatif pour ne pas dire prioritaire dans le vécu de ces femmes au mitan : il s'agit du besoin de s'épanouir et de se réaliser qui se manifeste prioritairement à travers le travail rémunéré.

Les participantes sont unanimes à vouloir s'épanouir et se réaliser à travers le travail rémunéré. En effet, en regard des comportements liés à l'autonomie et au travail, les besoins d'actualisation exprimés par les participantes se polarisent avec force sur la dimension du travail rémunéré. Il faut savoir que l'actualisation par le travail rémunéré est, pour les participantes, liée à l'image de soi et à l'identité : toutes ont dit avoir intériorisé l'image de femmes indépendantes financièrement qui se réalisent dans un emploi et dans un métier à l'extérieur du foyer. **Nous sommes donc ici en face d'un moyen capital pour ces femmes arrivées au mitan de construire leur identité, de parvenir à la réalisation de leur individualité et par là, de conquérir leur bien-être psychologique** . Ce besoin d'actualisation par le travail rémunéré inclut les besoins primaires de survie et de sécurité financière qui sont, eux aussi, exprimés avec force et de manière récurrente chez la majorité des participantes, parce qu'elles ont vécu une diminution de revenus – voire la pauvreté - depuis le mitan.

### *Les besoins SPIRITUELS*

Parmi les dimensions du besoin spirituel opérationnalisées par Suzanne Hamel (1999,1997), la *présence à soi* et le *dépassement de soi* s'avèrent les besoins spirituels que les participantes identifient comme les plus prioritairement importants. Mais c'est le besoin spirituel de présence à soi qui ressort comme l'enjeu fondamental de la santé mentale des femmes sondées. Pour les participantes, le besoin de présence à soi rejoint d'abord le besoin d'autonomie inhérent au bien-

être psychologique. Le besoin spirituel de présence à soi rallie ensuite, chez elles, les pôles de l'identité et de l'estime de soi en les ouvrant à leurs besoins de raffiner, de parfaire et de consolider la construction de leur identité dans des situations qui renforcent leur estime d'elles-mêmes.

**Il est permis de penser que les besoins d'autonomie et d'identité/estime de soi représentent les principaux besoins psycho-spirituels** dont les participantes souhaitent faire un apprentissage transformateur à l'étape du milieu afin de prévenir leurs difficultés psychologiques et afin de maintenir leur bien-être.

Cependant, le besoin relationnel est aussi impliqué dans le besoin de présence à soi des participantes et il s'avère extrêmement présent au niveau de leurs besoins spirituels. En effet, les participantes expriment et vivent leurs besoins spirituels en termes relationnels. Cette réalité ou cet état de fait se trouve en cohérence avec une partie de la définition même de la spiritualité, - basée sur *la relation* à une transcendance- de même qu'en continuité avec l'expérience psychologique de ces femmes. Au niveau des besoins spirituels, nous pouvons donc affirmer que le besoin de connexion ou d'intimité est fondamental et central chez les participantes, comme il était central au niveau de leurs besoins psychologiques.

**Bref, nous concluons que ces deux types de besoins spirituels (relationnel/intimité et autonomie/identité) sont aussi importants l'un que l'autre pour les participantes. Toutefois, il est probable que ce soit le besoin d'autonomie qui soit l'enjeu premier de leur santé mentale, du point de vue psychologique comme du point de vue spirituel.**

Notons enfin que les besoins spirituels prioritairement importants des participantes se concentrent majoritairement dans la composante méta-affective. Cela signifie que les besoins prioritaires de ces femmes sont de réaliser concrètement, dans la pratique, des valeurs profondes



ou des valeurs ultimes de vie. Pour les participantes, du point de vue spirituel, ce sont la mobilisation de soi et le passage à l'action dans la mise en pratique de leurs valeurs profondes qui se présentent comme prioritaires.

Pour clore cette vue d'ensemble, nous présentons les besoins spirituels des participantes qui nous semblent particulièrement significatifs.

(1) Parmi les besoins de perception pénétrante, nous retenons le besoin de se connaître en profondeur que nous avons relevé au niveau des besoins cognitifs.

(2) Parmi les besoins de perception globale, nous retenons le besoin de prendre les choses telles qu'elles sont et (3) le besoin de donner un sens global à la vie.

À noter que **le relationnel conjugal et familial et la spiritualité représentent ce que le plus grand nombre de participantes privilégient comme ce qui donne le plus de sens à leur vie.**

Or, les aspects reliés au sens personnel de *sa* vie relèvent davantage du besoin de présence à soi. Parmi les besoins spirituels de présence à soi, nous retenons (4) le besoin de vivre en harmonie avec les autres qui s'exprime surtout par le désir d'aider les autres, un autre *leitmotiv* pour les participantes. En effet, toutes ces femmes ont ressenti et expérimenté, plus particulièrement à l'étape du mitan, la nécessité d'aider des membres de leur entourage, - des parents âgés, un conjoint, leurs enfants - et toutes se sont intensément investies dans cette tâche au point d'altérer considérablement leur santé. Après les graves difficultés de santé qu'elles ont vécues, ces femmes se questionnent désormais sur leur désir «d'aider les autres» quand cela se fait au détriment de leurs besoins de base. Lors de l'analyse des besoins affectifs, nous avons vu comment il est important pour les participantes de discerner la limite où doit s'arrêter leur dévouement envers les êtres aimés.

Autrement dit, le besoin de vivre en harmonie avec les autres qui s'exprime surtout par le désir d'aider les autres doit être temporisé chez ces femmes par (5) le besoin de présence à soi-même.

**Selon notre analyse, voilà l'enjeu fondamental qui semble se jouer pour ces femmes d'âge moyen, à la croisée de leur croissance psychologique et spirituelle: la *présence à soi-même* devient alors le besoin «numéro un» et même le devoir de conscience qui, selon leurs témoignages, s'avèrent caractéristiques de leur mitan.**

Ce besoin est aussi relié au besoin d'estime de soi quand il s'agit, pour certaines, de considérer qu'elles en valent la peine.

À l'étape du mitan, il a donc été vital pour les participantes de se retrouver, de délimiter leur territoire, de respecter leurs limites, profondément conscientes que cette démarche de reprise en mains était le fondement même de leur guérison par rapport à leurs difficultés psychologiques. Les participantes éprouvent maintenant le besoin d'assumer la responsabilité de leur santé mentale, de redéfinir leur identité en se mettant à l'écoute d'elles-mêmes pour la première fois de leur vie et en se donnant la permission de vivre et d'exister *pour elles-mêmes* et non plus en fonction du regard et des attentes des autres.

Parmi les besoins spirituels de présence à soi figure aussi (6) le besoin de donner du sens à sa vie. Comme nous l'avons dit, le relationnel conjugal et familial et les valeurs spirituelles représentent ce qui donne le plus de sens à leur vie pour la majorité des participantes. Mais les difficultés que ces dernières ont affrontées au mitan leur ont appris que l'enjeu de leur santé mentale qui se joue au travers de ce relationnel conjugal et familial réside dans leurs efforts d'autonomisation affective et dans leur volonté de prise en charge de leurs besoins personnels de santé.

Il faut remarquer que la moitié des femmes du groupe-cible (6/12) estiment que la dimension du travail (incluant le travail ménager) est importante parce que ça aide dans les situations difficiles. Cependant, pour la majorité des participantes du groupe (10/12), la dimension du travail (rémunéré ou non) n'est pas ressentie comme un besoin spirituel au niveau de *ce qui donne du sens à leur vie*, même si la dimension du travail rémunéré est perçue comme essentielle pour la satisfaction de leurs besoins matériels de base et de leurs besoins de croissance personnelle au niveau de l'autonomie et de l'estime de soi.

Notons enfin, parmi les besoins de dépassement de soi, **(7)** le besoin d'agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes et **(8)** le besoin de soutien et de protection au niveau spirituel.

Le besoin d'agir concrètement en fonction de ses valeurs profondes est exprimé particulièrement chez les participantes qui ont approfondi leur connaissance d'elles-mêmes, grâce à la psychothérapie notamment. Ces femmes témoignent de l'impérieuse nécessité pour elles de donner suite à leurs besoins d'estime de soi et elles désirent prendre les moyens pour s'approfondir intérieurement et pour être en cohérence avec leur nouvelle vision d'elles-mêmes.

Quant au besoin de soutien spirituel, il met en perspective le manque de soutien d'ordre affectif et relationnel, surtout de la part du conjoint, que plusieurs participantes témoignent avoir vécu durant leur mitan. Le besoin de soutien spirituel semble aussi faire écho au besoin d'autonomie relationnelle que ces femmes éprouvent de manière impérative depuis leurs difficultés psychologiques.

Comme le besoin de soutien spirituel, le besoin de protection spirituelle a été ressenti et exprimé de manière importante par les participantes. Faut-il y voir un écho du besoin psycho-affectif de protection – notamment face à la violence que huit participantes sur 12 ont subi avant et pendant le mitan – de même que des divers besoins de sécurité que certaines ont exprimés, comme on l'a

vu précédemment dans la liste des besoins affectifs? Nous postulons, en effet, qu'il s'agit là de besoins identiques qui sont vécus à travers deux registres différents, c'est-à-dire le registre des besoins psychologiques et celui des besoins spirituels.

Voyons maintenant comment les besoins individuels que nous venons de décrire se répercutent dans les besoins collectifs que les participantes ont exprimés.

### **5.1.3.2 Les principaux besoins collectifs**

Afin de tracer un portrait d'ensemble des principaux besoins d'interventions et de ressources qui ont été exprimés par les 12 participantes, nous avons réuni dans cette section, non seulement les besoins d'interventions et ressources qui, pour les participantes, semblent les plus prioritaires, mais aussi certains besoins collectifs spécifiques au niveau de l'information et du soutien.

#### Besoins collectifs d'information

Les participantes du groupe-cible se déclarent globalement satisfaites de l'accueil et de l'information qu'elles ont reçus dans les réseaux public et communautaire concernant les divers changements du mitan et les difficultés de santé mentale qui lui sont reliées. Cependant, leur degré de satisfaction semble moindre du côté de *l'information*. Voici les besoins collectifs d'information qu'elles ont exprimés:

- 1) au niveau de la santé physique au mitan et à la ménopause, notamment pour connaître leur statut ménopausique;
- 2) sur les *changements* divers du mitan;
- 3) sur les *difficultés* de santé *mentales* et *physiques* reliées au mitan et particulièrement sur les *difficultés* de santé mentale propres au mitan;

- 4) sur la ménopause : les besoins d'information sur la ménopause semblent davantage ressentis parmi les femmes du groupe-cible (6/12 participantes) qui se trouvent en pré-ménopause;
- 5) concernant la nature et l'impact sur leur santé de certaines interventions médicales et médicamenteuses qu'on leur propose au mitan de la vie, telles l'hystérectomie, l'ovariectomie et surtout l'hormonothérapie de remplacement (HTR);
- 6) sur des outils pour prendre une décision face à l'HTR ou face aux approches alternatives; nous pensons que c'est à cause du manque d'information que la majorité des participantes (8/12) n'utilisent AUCUN moyen pour faire face aux manifestations ménopausiques;
- 7) sur l'hormonothérapie de remplacement (HTR), notamment en ce qui concerne ses bénéfices et ses risques, en particulier les risques liés à la prise *à vie* de l'HTR;
- 8) sur les approches alternatives pour faire face aux manifestations ménopausiques;
- 9) sur les aspects psychologiques et spirituels de la ménopause;
- 10) les outils d'*information* qui sont privilégiés par le plus grand nombre de participantes en regard des changements et des difficultés spécifiques vécus par les femmes au mitan sont : un bulletin d'information et des capsules régulières d'information dans les médias ; des ateliers, des sessions d'information, des conférences et des activités thématiques sont aussi souhaités mais par un moins grand nombre de participantes.

#### Besoins collectifs de soutien

Voici les besoins collectifs de soutien qui ont été exprimés par les participantes du groupe-cible :

- 1) besoin de soutien de la part des intervenant(e)s dans le réseau public de la santé et dans le réseau communautaire; les participantes souhaitent majoritairement que les outils et les activités d'intervention au niveau de l'information et du soutien soient coordonnés par le

réseau public de la santé, mais la moitié des participantes souhaitent que cette coordination soit effectuée par un groupe de femmes ; il est surtout important pour ces femmes que ces outils et ces activités soient disponibles dans leur milieu ;

- 2) besoin d'une personne avec qui parler de leurs changements et de leurs difficultés au mitan;
- 3) besoin d'une démarche de croissance lorsqu'elles vivent certains changements et certaines difficultés du mitan; la majorité souhaite un accompagnement thérapeutique individuel dans le CLSC de leur territoire ;
- 4) besoin de soutien pour les aider à prendre soin d'elles et besoin de sortir avec des gens plus souvent;
- 5) la moitié des participantes du groupe-cible souhaitent des sessions de formation, des sessions de croissance en groupe et un service d'écoute téléphonique pour répondre à leurs besoins de soutien.

#### Les interventions et les ressources prioritaires

Les participantes privilégient majoritairement les CLSC de leur territoire comme lieux d'intervention sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause. Cependant, un nombre significatif d'entre elles ciblent leur domicile et les groupes ou les centres de femmes pour d'éventuelles interventions d'information et de soutien concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

**Au premier rang**, le type d'intervention que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une organisation de société qui prenne en compte les besoins de santé des femmes au mitan et à la ménopause avec différentes mesures, comme l'instauration d'un congé ménopause par

exemple. Le type de ressources que les participantes ont le plus fréquemment choisi, c'est une équipe **médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

**Au deuxième rang**, voici les types d'intervention qui ont été le plus fréquemment choisis par les participantes : qu'on donne de l'information sur les *difficultés* de santé (mentales et physiques) des femmes au mitan et qu'une démarche de croissance leur soit offerte lorsqu'elles vivent des difficultés psychologiques au mitan. Au deuxième rang, le type de ressources qui a été le plus fréquemment souhaité par les participantes, c'est une équipe **non médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause.

**Au troisième rang**, voici les types d'intervention qui ont été retenus par les participantes: de l'information sur les *changements* du mitan vécus par les femmes, de même qu'une personne et/ou un groupe avec qui parler des changements et des difficultés du mitan et qui peut leur donner du soutien. Au troisième rang, voici les types de ressources qui ont été retenus par les participantes: une intervenante du réseau public de la santé chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause, une association ou un groupe de femmes chargé de coordonner diverses activités concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause et enfin un lieu de coordination de ces activités dans leur milieu.

Après cette vue d'ensemble de ce qui nous a semblé le plus significatif parmi les changements, les difficultés et les besoins principaux des participantes, nous proposons, dans la section suivante, une interprétation de certains constats d'analyse. Devant l'ampleur de nos résultats, nous devons nous limiter à certaines questions<sup>55</sup>. Cette discussion est donc non seulement embryonnaire, mais elle se situe aussi dans la perspective d'une étude exploratoire. D'autres

---

<sup>55</sup> La question de la médication (versus la santé mentale des femmes et versus la ménopause) ayant fait l'objet de plusieurs recherches, – féministes et autres – nous l'abordons uniquement à travers nos recommandations en 5.3.

recherches québécoises – nous l’espérons - pourront investiguer davantage dans l’avenir la santé mentale des femmes au tournant de la ménopause **en la situant dans la problématique du mitan de la vie.**

## 5.2 Discussion des résultats

1. Pour la majorité des 12 participantes, la presque totalité des changements événementiels du mitan représentent des situations difficiles.

2. Selon la majorité des participantes, c’est le cumul des changements/situations difficiles dans un laps de temps relativement court qui a provoqué leurs difficultés de santé mentale au mitan.

Pour comprendre la santé mentale des femmes au mitan, il faut d’abord tenir compte du cumul, concentré dans le temps, de certaines situations difficiles dont notre étude a identifié les cinq principales (voir le point 5.1 du présent chapitre).

Pour comprendre la santé mentale des femmes au mitan, il faut aussi tenir compte du fait que ces situations difficiles sont reliées aux rôles et aux tâches traditionnels attribués aux femmes dans notre société et même à la discrimination systémique vécue par l’ensemble de la population féminine. En effet, les femmes sont plus pauvres que les hommes à cause de facteurs comme les emplois traditionnellement féminins moins bien rémunérés, la perte de revenus liée aux grossesses, la monoparentalité et la responsabilité des enfants assumées souvent par elles seules, l’appauvrissement lié à la séparation, etc. (RQASF, 1999). Parvenues à l’étape du mitan, de nombreuses femmes se retrouvent dans des conditions de vie très précaires où la place des responsabilités familiales s’avère déterminante sur leur santé. Le virage ambulatoire, la désinstitutionnalisation et la réduction des séjours hospitaliers ont fait que les femmes, -



particulièrement les femmes d'âge moyen - ont assumé de plus en plus de responsabilités, comme proches aidantes, envers les personnes malades, handicapées et/ou âgées. Comme le remarque le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), elles y épuisent souvent leurs épargnes, les avantages sociaux liés aux emplois (lorsqu'elles en ont) de même que leurs réserves de santé et d'énergie.

Il faut également tenir compte du fait que plusieurs femmes commencent à vivre, à partir du milieu, le long processus de dévalorisation sociale et économique lié au vieillissement dans lequel elles subissent un «cumul» de discriminations en fonction de la classe sociale, du sexe et de l'âge pour ne nommer que quelques-unes des exclusions qu'elles peuvent vivre.

Enfin, la violence sous toutes ses formes marque toujours le quotidien des femmes à travers toutes les étapes de leur vie. *Le Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) rapporte que 34 % des Québécoises de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans et que les femmes victimes de violence conjugale représentent 38% de l'ensemble des femmes victimes de crimes contre la personne. Malgré le fait que nous connaissions la prévalence de la violence vécue par les Québécoises, nous ne nous attendions pas à ce que les deux tiers (8/12) des participantes de notre étude aient subi des situations de violence dans leur vie. D'après ces résultats, il est permis de penser que les situations de violence prennent une place importante dans le vécu de plusieurs femmes au milieu. Dans le Bas-Saint-Laurent, les statistiques régionales (CSF, 2006) nous apprennent d'ailleurs que le deuxième groupe<sup>56</sup> de femmes qui rassemble le plus grand nombre de victimes connues de violence conjugale se retrouve, en 2003, chez les femmes de 40-49 ans (22, 9%).

---

<sup>56</sup> Le premier groupe étant formé par les femmes de 30-39 ans : en 2003, celles-ci représentent 27% des victimes connues de violence conjugale dans le Bas-Saint-Laurent.

Dans des recherches ultérieures, pour comprendre la santé mentale des femmes québécoises au mitan, il faudra donc considérer l'interaction de trois facteurs majeurs:

- la diminution de leurs revenus au mitan et les conditions de pauvreté et de précarité qu'elles vivent;
- l'alourdissement de leur charge de travail par des tâches et des responsabilités qu'elles assument comme proches aidantes;
- l'impact à court et à long terme des situations de violence qu'elles ont vécues durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte.

**3. Parmi toutes les étapes de vie, c'est le mitan qui, selon les participantes, a été l'étape de vie la plus difficile sur le plan de leur santé mentale.** Rappelons que pour la grande majorité des participantes (8/12), la difficulté psychologique identifiée comme la plus importante de leur vie s'est vécue au mitan entre la mi-trentaine et le début de la cinquantaine.

Cependant, nos résultats donnent à penser que certaines origines des difficultés de santé mentale au mitan se trouvent AVANT le mitan, même pour les participantes dont les premiers épisodes de détresse, de dépression et de dépendance ont eu lieu au mitan même. Pour celles qui n'ont pas fait de dépressions avant le mitan, on se demande si c'est parce qu'elles ne pouvaient se permettre de dépression étant donné qu'elles étaient des aidantes pour leurs proches. Par ailleurs, il faut savoir, selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, que chez les femmes de 15 ans et plus, la part d'entre elles se classant au niveau élevé de détresse s'élève considérablement selon le nombre d'événements traumatisants que ces femmes ont vécus dans l'enfance et l'adolescence (Fournier, 2005). Bref, c'est toute l'histoire de vie d'une femme qui est interpellée lorsque l'on veut comprendre sa santé mentale au mitan.

Enfin, voici un constat majeur que la majorité des participantes ont émis en effectuant *a posteriori* le bilan de leurs difficultés psychologiques du mitan : c'est au mitan que ces femmes ont appris à s'affirmer davantage, à trouver plus de sérénité, de compréhension et d'acceptation d'elles-mêmes et de leur vie, à intégrer leurs expériences de vie; elles se sont dites fières de posséder ce vécu – même s'il a été difficile - et de pouvoir maintenant s'appuyer sur ce précieux bagage que seule l'expérience permet d'acquérir. Au bout du compte, une majorité de participantes (7/12) ont pu témoigner, - malgré la gravité des difficultés psychologiques vécues - qu'elles sont arrivées à faire du mitan une étape positive pour elles.

Comme nous le disions au chapitre 3, si les 12 participantes étaient un peu plus nombreuses à identifier des changements psychologiques négatifs du mitan (le mitan apporte plus d'agressivité, d'inquiétude et plus de facilité à déprimer) versus des changements psychologiques positifs, il faut retenir que, selon elles, le mitan apporte aussi une certaine satisfaction face à sa maturité et plus d'affirmation de soi.

4. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les difficultés spécifiques de l'étape du mitan pour les femmes. En plus des facteurs présentés précédemment (dont le cumul des situations difficiles), il faut tenir compte des six enjeux psychologiques du mitan adulte en les éclairant des conditions particulières dans lesquelles les femmes le vivent. Voici les six enjeux ou descripteurs «universels» du mitan selon Renée Houde (1999) qui expliquent selon elle – avec les événements de vie - la crise «normative» ou la poussée de croissance du mitan :

1. Un nouvel éclairage sur son temps individuel.
2. Une prise de conscience de la finitude de sa vie et de sa propre mort.
3. Une prise de conscience des limites de son corps.
4. Un mouvement de retour sur soi.

5. Un réaménagement de son identité personnelle et sociale comme femme et homme du mitan.
6. Une nouvelle lecture du sens de sa vie et une réorganisation de sa structure de vie.

5. Conditions psychologiques particulières susceptibles d'expliquer que la poussée de croissance du mitan ait pu se transformer en crise pour les participantes.

Selon Renée Houde (1999), les six enjeux psychologiques du mitan sont des composantes de la poussée de croissance ou de la crise développementale (qu'elle qualifie de normative) de cette étape de vie. Cependant, pour cette chercheuse, les enjeux du mitan, associés à certains événements douloureux de la vie, peuvent déclencher une crise «adaptative» chez certaines personnes. Houde tente quelques hypothèses pouvant expliquer une crise plus grave au mitan, qu'elle qualifie d'«adaptative». Comme nous le disions au chapitre 1, il faut considérer avec prudence une conception de la santé mentale basée sur la notion d'équilibre et d'adaptation *individuels* à un environnement : nous pensons, comme plusieurs chercheuses féministes (De Koninck et al, 1983), que l'environnement doit être évalué en fonction des besoins des individu(e)s et non l'inverse. Nous croyons cependant que certaines des hypothèses de Renée Houde peuvent aider à comprendre des dimensions psychologiques reliées aux expériences et aux situations vécues par une majorité des 12 participantes de notre recherche. Voici donc certaines conditions psychologiques - tirées du travail de Renée Houde – susceptibles d'expliquer (partiellement faut-il dire avec insistance) comment la poussée de croissance du mitan a pu se transformer en difficultés de détresse, de dépression et de dépendances pour les participantes:

A) dans la mesure où le sentiment d'identité était lié à un rôle précis, soit celui de mère et d'épouse, et dans la mesure où ces femmes ont tout investi dans cette seule zone de leur vie. Ce constat concorde avec celui de Michèle Charpentier (1995) où elle cite des études comparatives de Pauline Bart à partir de l'analyse de dossiers médicaux de 500 femmes d'âge moyen hospitalisées pour dépression. «Il s'agit, écrit Charpentier, de femmes dont les préoccupations sont presque exclusivement tournées vers leurs enfants et/ou vers leur mari.»

Le mitan semble donc avoir été plus difficile pour les participantes qui se sont surtout définies comme mères et comme épouses et qui ont investi toute leur vie dans ces deux seuls territoires : ce qui était encore, il n'y pas si longtemps, le normatif de la socialisation des petites filles et de la condition des femmes adultes. On a constaté, à travers les vécus des participantes, que les valeurs et les rôles féminins traditionnellement véhiculés par l'idéologie dominante (une vie à travers les autres et pour les autres) représentent un coût élevé pour les femmes d'âge mur qui y ont investi la majeure partie de leur vie.

Comme le rôle et le travail des femmes dans le cadre du couple et de la famille sont peu reconnus et valorisés socialement et économiquement, il en résulte un manque de confiance en soi et d'estime de soi chez celles qui y ont consacré toute leur vie. En d'autres mots et selon notre analyse, le mitan semble plus difficile à traverser pour les femmes qui doivent opérer une transformation profonde et un changement de cap radical par rapport à la manière de vivre et d'être en relation qu'elles avaient expérimentée jusque là. Suite à leurs difficultés psychologiques, ces femmes ont fait des efforts énormes pour sortir de relations fusionnelles en essayant de re-tisser des liens plus

autonomisants avec les êtres chers et en se donnant la permission d'exister en tant qu'individues autonomes, sujets et actrices de leur vie. Toutes les participantes témoignent qu'au mitan et à la suite de leurs difficultés psychologiques, elles ont dû apprendre une autre manière d'être et de vivre en cessant de n'exister que par le regard de l'autre et en cessant de prendre soin des autres sans prendre soin d'elles-mêmes. Cependant, ce qui explique encore plus la dépression des femmes dont la vie a été presque exclusivement consacrée aux enfants et au mari, c'est le fait qu'elles y ont tu leurs besoins personnels. En effet, plusieurs recherches auprès de femmes en dépression démontrent que «l'attitude que celles-ci «doivent» adopter dans leur couple pour éviter la rupture est étroitement liée à la dépression féminine» (Jack, 1993). Il s'agit des attitudes et des valeurs prônées par le modèle traditionnel de la «bonne épouse» et de la «bonne mère». Comme l'écrit Dana Crowley Jack (1993) :

Le piège que constituent ces valeurs est en partie la conséquence de leur complexité et de leur nature enchevêtrée : elles englobent une *vision* du moi relationnel, elles dictent le *comportement* de l'individu dans la relation, elles incitent à l'*autocritique négative*, elles éveillent la *colère* mais exigent son refoulement, et elles affectent directement l'*estime de soi*.

- B) quand on a déjà connu, comme certaines participantes, des crises personnelles dans sa vie. En effet, on sait que la dépression de certaines participantes au mitan n'était pas la première et qu'elles avaient vécu d'autres dépressions avant le mitan;
- C) selon la manière de réagir à la perte. En effet, Houde (1999) dit que «quelqu'un qui réagit à la perte en se cabrant (peur, déni, sentiment d'échec, sentiment d'impuissance, etc.), ou en démissionnant risque plus facilement de connaître une crise (et possiblement la dépression, l'épuisement professionnel, la stagnation)». Nous avons vu comment le cumul des situations difficiles dans une période de temps assez courte explique le fait que plusieurs participantes de notre recherche se sont senties acculées à l'impuissance. Ce

qui ne signifie d'ailleurs pas qu'elles ont démissionné comme le prouve leur démarche de reconstruction de soi par la suite. Il faut aussi ajouter que l'insécurité financière et le manque de soutien affectif (du conjoint notamment) dans lesquels se sont longtemps maintenues et se maintiennent toujours certaines participantes représentent des situations qui compromettent gravement leur possibilité d'atteindre un bien-être psychologique au mitan.

Au sujet du sentiment d'impuissance, nous avons remarqué comment certaines participantes s'interdisent des sentiments et des comportements que l'idéologie traditionnelle considère comme répréhensibles pour les femmes, telles l'agressivité et la colère. Ce refoulement et cette orientation de la colère contre soi-même sont parfois interprétés dans la recherche féministe comme l'origine du sentiment de culpabilité et de la dépression chez les femmes : celles-ci éprouveraient inconsciemment un sentiment de trahison envers elles-mêmes (Jack, 1993). Par ailleurs, nous avons aussi noté l'importance du sentiment de culpabilité chez plusieurs participantes. En effet, certaines femmes ont exprimé le fait d'avoir vécu de forts sentiments de culpabilité au mitan quand elles se sont retrouvées malades ou parce qu'elles se sentaient personnellement responsables des difficultés vécues par leurs proches, enfants ou conjoints notamment. Il faut donc voir comment les apprentissages liés à la socialisation traditionnelle des filles - centrée sur l'oubli de soi - font en sorte que, devenues adultes, elles soient portées à l'anxiété et à la culpabilité quand elles ne peuvent pas ou ne peuvent plus répondre aux attentes des autres (Corbeil et al, 1983). On voit donc comment l'**oubli de soi** – valeur féminine suprême traditionnellement inculquée aux femmes à travers l'image de la maternité - représente le piège par excellence qui peut conduire certaines femmes vers la

dépression. Jack (1993) donne un exemple de la complexité et de la nature enchevêtrée du piège des valeurs traditionnelles (cf. sa citation au point 5 A) pour les femmes:

Si, par exemple, une femme est convaincue que «Croire que mes besoins sont aussi importants que ceux des personnes que j'aime est égoïste» (4<sup>e</sup> énoncé), cette valeur morale gouverne sa perception de l'échelle hiérarchique des besoins dans un couple; elle lui impose un choix lorsque ses besoins entrent en conflit avec ceux des êtres chers; elle lui fournit les instruments d'une autocritique sévère en cas de désobéissance. En outre, elle éveille sa colère lorsqu'elle obtempère et fait passer ses besoins au second plan; elle lui ordonne néanmoins de refouler cette colère en donnant un fondement moral à la suppression de ses besoins. Elle renforce la mésestime de soi d'une femme en lui assurant qu'elle vaut moins que ses proches, et elle sanctionne l'image ancienne et toujours prédominante, qui veut que *la (nous soulignons) femme* soit naturellement maternelle et portée à l'abnégation.

#### 6. L'importance de l'événement-ménopause pour les participantes.

Pour la majorité des participantes (9/12), la ménopause n'a pas été retenue dans la liste des changements du mitan qui ont été importants pour elles. Ce résultat correspond aux résultats de la recherche documentaire dont fait état la problématique (cf. chapitre 1). En effet, certaines recherches (Bernier, 2003, Greer, 1992; Corporation des médecins du Québec, 1988; enquête Santé Québec, 1987; Notman, 1979) ont démontré que la ménopause ne semble pas être un événement prépondérant ou central pour les femmes.

Par ailleurs, seule une faible minorité de participantes (2/12) témoignent que la ménopause a eu un impact (négatif) sur leur santé mentale, notamment par le fait d'avoir été vécue en même temps que d'autres changements importants de leur mitan. Ces résultats corroborent ceux que nous mentionnons au chapitre 1 de la problématique, qui concluent que pour la majorité des femmes au mitan de la vie et en bonne santé, la ménopause ne provoque pas de conséquences négatives sur leur santé mentale :

Nos résultats démontrent que ce qui est relié à la dépression des participantes durant la période ménopausique, ce sont :



- leurs conditions de vie *avant* et *pendant* le mitan (notamment la pauvreté et la violence);
- les rôles et les responsabilités que les femmes assument tout au long de leur vie et particulièrement au mitan, avec la prise en charge de proches;
- les changements propres au mitan et plus particulièrement au mitan des femmes :
  - les changements *évènementiels* et *physiques* propres au mitan des femmes et en particulier le CUMUL de situations difficiles et d'événements stressants dans une période de temps relativement courte;
  - les changements *psychologiques* propres au mitan des femmes: l'impact des six enjeux psychologiques du mitan et de certaines conditions psychologiques particulières sur les patterns développementaux spécifiques aux femmes et à leurs expériences.

Selon les résultats de notre étude, il faut donc démystifier et relativiser l'importance de la ménopause pour la majorité des femmes au mitan, non seulement comme un événement prépondérant de cette étape de leur vie, - et focalisant toute leur attention - mais aussi au niveau de son impact négatif sur leur santé mentale.

Nous avons vu que non seulement la ménopause a été vécue de manière variée sur le plan physique et psychologique mais elle n'a pas la même signification et la même importance pour *toutes* les femmes que nous avons sondées. Nos résultats corroborent les recherches dont nous faisons état au chapitre 1 de la problématique, en particulier celle de la sociologue Christiane Bernier en Ontario (2003) qui remet en question le stéréotype de «la» femme en transition de ménopause. On voit donc comment la vision bio-médicale de la ménopause est une construction

qui participe aux rapports sociaux de sexe et fait en sorte «que la question hormonale occupe la presque totalité du champ des préoccupations» (Bernier, 2003) quand il est question du vécu des femmes au mitan.

À travers leurs perceptions et leurs vécus pluriels – que ce soit ceux du mitan, de la transition ménopausique ou de la détresse, de la dépression et de la dépendance - on constate comment les femmes ont des expériences diverses et variées. Comme bien d'autres expériences de leur vie, ces expériences ne correspondent pas à un unique pattern, ce qui rejoint l'assertion de Rosemary Caffarella (1992) à savoir que le développement psychosocial des femmes est notamment caractérisé par de multiples patterns et par la diversité des expériences (voir chapitre 1, section 1.4.2).

#### 7. L'importance du «syndrome du nid vide» pour les participantes.

Ce que l'on appelle le «syndrome du nid vide» n'a pas été expérimenté par la majorité des participantes. Seule une moitié des femmes du groupe-cible ont trouvé que le départ des enfants avait représenté un événement difficile pour elles. Et même si le départ des enfants n'a pas été facile à vivre pour ces femmes, celles-ci témoignent que ce fut de manière temporaire et surtout que cette difficulté n'aurait pas été des plus importantes comparativement à d'autres situations difficiles de leur mitan. Selon les résultats de notre étude, il faut donc relativiser et démystifier l'importance du fameux «syndrome du nid vide» sur la santé mentale pour TOUTES les femmes au mitan. Encore là, il s'agit d'une construction sociale révélatrice des rapports sociaux de sexe qui enferme les femmes dans un rôle unique, la maternité, et qui les conditionne au mal-être psychologique lorsque celui-ci s'amenuise ou se transforme.

8. Le nombre actuel de Québécoises hystérectomisées et ce, avant 50 ans et les liens entre l'hystérectomie et la santé mentale des femmes.

La moitié des participantes du groupe-cible (6/12) ont subi une hystérectomie et ce, avant 50 ans. Ce nombre nous a semblé anormalement élevé. Nous pensons important que des recherches se penchent avec attention sur le nombre actuel de Québécoises hystérectomisées et ce, avant 50 ans. Les statistiques sur l'hystérectomie et l'ovariectomie ne sont pas présentes dans les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de même que sur le site internet du MSSS. Il ne nous a donc pas été possible de connaître les statistiques récentes de l'hystérectomie au Québec, ni le nombre de Québécoises hystérectomisées avant 50 ans. En novembre 2008, la RAMQ exigeait des frais de 500\$ à 550\$ pour effectuer cette recherche. Par contre, comme nous l'écrivions dans notre problématique (chapitre 1), nous avons pu apprendre de l'Agence de la santé du Bas-Saint-Laurent<sup>57</sup> que, dans notre région en 2004-2005-2006, **66%** des femmes qui ont subi l'hystérectomie et/ou l'ovariectomie avaient moins de 50 ans. Est-ce que cela signifie qu'actuellement, en 2009, les deux tiers des Québécoises hystérectomisées le sont avant 50 ans? Par ailleurs, si plus des deux tiers des femmes hystérectomisées récemment dans notre région ont moins de 50 ans, c'est le groupe des 40-49 ans qui détient le plus haut taux (Bérubé, Agence du BSL, 2008). Comme nous l'avons aussi mentionné au chapitre 1 (dans la section sur le suicide), le groupe des femmes de 40-49 ans sont, dans la population féminine du Québec et de notre région, les plus nombreuses à se suicider. Et **proportionnellement parlant**, les femmes québécoises de 30 à 49 ans sont plus nombreuses à se suicider que les hommes québécois du

---

<sup>57</sup> Ces statistiques ont été traitées et compilées par Nathalie Bérubé, agente de planification, de programmation et de recherche à l'Agence de la Santé du Bas-Saint-Laurent, en octobre 2008.

même âge. De plus, dans la région du Bas-Saint-Laurent, la population féminine de 45 à 64 ans est celle qui est la plus vulnérable à la dépression, trois fois plus que la population masculine de ce groupe d'âge.

Or, nous savons que certaines recherches ont documenté les liens entre l'hystérectomie et la santé mentale des femmes, notamment par rapport au suicide. Le chercheur Éric Volant (2006) rapporte :

De 1991 à 1999, la Fondation HERS a recueilli les données sur les effets négatifs de l'hystérectomie sur 621 femmes entre 15 et 65 ans résidant aux États-Unis, au Canada et en d'autres pays. Outre le fait du changement de la personnalité (77,9%), de la fatigue profonde (76,0%), de la difficulté d'établir des rapports avec d'autres personnes (67,8%), elles souffrent de pensées suicidaires (53,1%) et ont fait des tentatives de suicides (6,4%). Parmi les 130 femmes ayant subi une hystérectomie sans se faire enlever les ovaires, 54,6% ont eu des idéations suicidaires, parmi les 61 femmes ayant subi l'ablation d'une ovaire, 52,5% ont eu des idéations suicidaires et parmi les 430 femmes ayant subi l'ablation des deux ovaires, 52,8% ont eu des idéations suicidaires. La baisse de leur qualité de vie, causée par l'insatisfaction à l'égard de leur vie sexuelle et de leur image corporelle, est un facteur à prendre en considération dans l'étude du suicide chez les femmes.

Par conséquent, il serait nécessaire que des recherches documentent les liens possibles entre l'hystérectomie, la dépression, les pensées et les tentatives suicidaires de même que le suicide chez les Québécoises des années 2000, en particulier dans le groupe des 40-49 ans.

9. Chez certaines participantes, – particulièrement les plus démunies - le médecin est l'unique confident et même l'unique intervenant au niveau de leur santé mentale. Nous attirons l'attention sur l'importance du rôle préventif des médecins de famille par rapport à plusieurs aspects de la santé mentale des femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine. L'actuelle pénurie de médecins en médecine familiale au Québec de même que la détérioration au quotidien de leurs conditions de travail – dénoncées en septembre 2008 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec – ne peuvent qu'être défavorables aux femmes d'âge moyen, surtout celles qui vivent des situations de pauvreté et de précarité.

10. Des interventions futures axées sur la connaissance du mitan de la vie et qui permettent un apprentissage transformateur.

On constate, chez les participantes de notre étude, l'importance primordiale du besoin d'information qui concerne à la fois les *difficultés* et les *changements* spécifiques vécus au mitan de la vie. Cependant, il faut savoir que les deux tiers des besoins cognitifs des participantes expriment des besoins dans l'ordre de l'éducation et dans l'ordre de l'apprentissage transformateur. C'est sur le thème de l'étape du mitan de la vie que ces femmes ont exprimé le plus grand nombre de besoins cognitifs.

Les dimensions éducatives qui permettent un apprentissage transformateur devraient donc représenter une facette importante des interventions futures auprès de cette population de femmes en intégrant des contenus axés principalement sur la connaissance de l'étape de vie adulte qu'on appelle le mitan.

Les interventions qui sont à recommander, suite à notre recherche, doivent donc s'inscrire prioritairement dans une optique formatrice et andragogique et dépasser le simple niveau informatif. Mais cette remarque ne signifie pas que les besoins de formation exprimés par les participantes ne doivent faire appel qu'à des expert(e)s, bien au contraire. Certains témoignages nous renvoient à l'importance de la transmission du savoir expérientiel des femmes d'une génération à l'autre, une question que nous n'avons pas pu aborder dans notre étude et qu'il vaudrait la peine d'investiguer davantage dans des recherches ultérieures, notamment au niveau de la sexualité et de la spiritualité des femmes d'âge mur. En effet, l'une des participantes nous confiait qu'elle se sentait privilégiée d'avoir pu parler avec sa mère de la sexualité à la ménopause et elle souhaitait ce «privilège» à toutes les femmes.

Quant aux besoins éducatifs des participantes concernant la spiritualité, nous avons pu constater, lors des entrevues, que la plupart des femmes ne font pas confiance à leur expérience au niveau spirituel et ont tendance à chercher la vérité en dehors d'elles-mêmes et auprès de figures d'autorité, ce que la recherche féministe dans le domaine a d'ailleurs documenté. Bref, il est d'une grande importance que les interventions formatrices avec les femmes qui traversent l'étape du milieu s'inscrivent dans une démarche d'*empowerment*, à partir de leur savoir expérientiel.

11. Pour comprendre les besoins affectifs des femmes au milieu, il faut tenir compte de l'importance de trois pôles du développement psychologique adulte (relationnel, estime et autonomie) et de leur interaction.

La recherche féministe québécoise nous avait appris que la santé mentale des femmes se caractérisait principalement par l'importance centrale du relationnel et du besoin relationnel, ce que Louise Guyon et Louise Nadeau (1990) expliquaient comme «une plus grande sensibilité aux relations avec les autres et une tendance à assumer la charge émotive de leur entourage». Toutefois, les résultats de notre étude se rapprochent davantage de l'assertion de la recherche féministe américaine en regard du développement psychologique des femmes adultes (cf chapitre 1, problématique): à savoir que l'importance centrale des besoins relationnels pour les femmes serait indissociable de l'importance continue de leurs besoins d'autonomie et, nous ajoutons, de leurs besoins d'estime.

L'ensemble de nos résultats sur les besoins affectifs nous permettent en effet de croire que **les besoins relationnels sont centraux chez les participantes tout en étant indissociables de leurs besoins d'autonomie et de leurs besoins d'estime.** Bref, il est permis de penser que les

besoins d'intimité et de connexion des femmes du mitan sont intimement liés à leur processus d'individuation et d'autonomisation.

Les participantes nous ont fait comprendre que si leurs besoins relationnels sont déconnectés de leurs besoins personnels d'estime et d'autonomie, ils peuvent les conduire à la détresse, à la dépression, aux comportements addictifs et même aux pensées et aux tentatives suicidaires. Selon les témoignages des participantes, certaines situations difficiles du mitan - le fait d'être aidantes pour leurs proches, les difficultés de communication conjugale et la diminution de leurs revenus - les rendent particulièrement vulnérables parce que leurs besoins d'autonomie et d'estime y sont non comblés. Nous avons aussi noté la présence importante d'une grande insatisfaction affective dans l'histoire de vie conjugale de plusieurs femmes du groupe. À ce sujet, le constat de Louise Blais (1998) en regard de la relation homme-femme dans des familles montréalaises en situation de pauvreté peut s'appliquer à nos résultats, à quelques nuances près<sup>58</sup> :

L'aspect le plus saisissant qui émerge des récits est la révélation de la pauvreté profonde des relations hommes/femmes dans la vie familiale. (...) Au-delà de la violence physique et morale que plusieurs disent avoir subie, ou subir encore, la principale plainte formulée (...) concerne l'inégalité dans la division du travail face aux responsabilités familiales. Face à celles-ci les pères sont largement absents (...).

Nos résultats viennent donc confirmer la nécessité d'assurer, pour l'avenir, la continuité des interventions féministes,- comme par exemple le programme Antidote - pratiquées actuellement dans les Centres de femmes : ce type d'intervention vise à favoriser le développement des pôles de l'autonomie et de l'estime de soi chez les femmes, surtout chez celles qui sont aux prises avec les situations que les participantes de notre recherche identifient comme les plus difficiles à vivre. Comme nous le résumions en 2003 dans le journal de bord des entrevues:

---

<sup>58</sup> Puisque, au moment de notre cueillette de données, la responsabilisation des enfants est moins présente (ils sont généralement partis de la maison); de plus, certaines des participantes ont eu recours à une thérapie de couple et depuis, ont noté une amélioration dans la relation avec leur conjoint. Enfin, c'est, de manière générale, la violence *psychologique* que certaines participantes avaient subie de leur conjoint.

Énorme besoin de ces femmes de parler, d'être écoutées en profondeur, sans être jugées. Et surtout en étant soutenues et valorisées. Besoin d'intimité et de tendresse des femmes rencontrées qui, pour la plupart de celles vivant en couple, ne semblent pas être comblées avec les hommes de leur vie. L'effet mortel de l'étiquette social/médical qui les stigmatise. (...) Le regard valorisant de l'autre, le regard social positif est déterminant pour elles.

**12. Les besoins d'autonomisation et de responsabilisation par rapport à soi sont les clés de voûte de la santé mentale des femmes au mitan.** Comme nous l'avons dit précédemment, nos résultats permettent de conclure que c'est dans le processus d'autonomisation que les participantes de notre étude ont le plus d'apprentissages à effectuer pour satisfaire leurs besoins de santé psychologique et spirituelle.

C'est au mitan, à la suite de leurs difficultés psychologiques, que ces femmes affirment débiter l'apprentissage de l'autonomie relationnelle. En effet, elles ont expliqué que c'est au mitan qu'elles ont appris à se mobiliser concrètement afin de s'occuper de leurs besoins propres, afin de vivre par elles-mêmes et pour elles-mêmes. Elles doivent donc effectuer ce nouvel apprentissage tout en maintenant des liens affectifs avec un entourage généralement habitué à leur disponibilité totale et permanente, à leur absence de territoire privé de même qu'à leur silence sur leurs besoins personnels.

D'ailleurs, ce silence sur ses besoins propres et cette perte du *moi* ou du *je* de l'identité se trouvent au cœur de la dépression des femmes (Jack, 1993) : ce silence, nous l'avons «entendu» de manière bouleversante dans la profonde difficulté, voire l'impossibilité et même la peur de certaines participantes de parler d'elles-mêmes et de leurs besoins. Elles savent pourtant que ce silence dissolvant leur a fait côtoyer le gouffre où il n'est plus question pour elles de retourner. Mais quel défi d'apprentissage et de reconstruction! Ces femmes ont manifestement besoin de soutien extérieur et d'accompagnement pour relever un tel défi. La démarche d'accompagnement en psychothérapie demeure, pour plusieurs d'entre elles, un outil essentiel de reconstruction. Il



s'avère primordial qu'elles disposent également d'espaces de parole – comme dans les groupes ou dans les Centres de femmes – où elles puissent échanger, dans un climat de confiance chaleureuse, sur les principales questions qui les préoccupent au mitan, notamment le relationnel conjugal et familial et certaines thématiques spirituelles comme celle du sens de la vie. Un autre de ces soutiens ou de ces outils pour elles – qu'elles identifient clairement et fortement d'ailleurs – est le fait d'avoir un emploi rémunéré. Il faut donc prendre sérieusement en compte le besoin de travailler à l'extérieur dans un emploi rémunéré pour les femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine et son impact majeur sur leur santé mentale.

Nous savons que le travail rémunéré peut jouer un rôle positif au niveau de la santé mentale des femmes et qu'il peut aussi la menacer à plusieurs niveaux (RQASF, 2008). Il reste cependant **qu'un emploi sécuritaire pour la santé, va lorisant et rémunéré de manière adéquate représente un outil capital qui permet aux femmes – en l'occurrence aux femmes d'âge moyen - de répondre à leurs besoins de survie et de sécurité matérielle et financière, et il représente un moyen de prévention au niveau de leur santé mentale.**

D'ailleurs, comme nous l'avons noté, c'est notamment pour retrouver un emploi que les participantes disent avoir besoin de faire une pause et de se reposer au mitan. Mais il faut voir aussi que le besoin de faire une pause et de se reposer – par l'espace de réflexion et de distanciation qu'il permet – se veut une réponse à la remise en question apportée par le mitan: il s'agit maintenant pour ces femmes de changer leur vie, c'est-à-dire, pour employer le langage de la psychanalyste jungienne Clarissa Pinkola Estés (1996), elles sont arrivées à une nouvelle tâche de conscience. Après les difficultés qu'elles ont vécues au mitan, ces femmes ont pris conscience de la nécessité de changer leur manière d'être au monde et d'être en relation avec le monde :

elles sentent le besoin d'effectuer le réaménagement de leur identité personnelle et sociale et de faire une nouvelle lecture du sens de leur vie, en cohérence avec les enjeux du mitan.

Ainsi, un autre type de besoin d'actualisation apparaît chez certaines d'entre elles. Il s'agit du besoin de solitude, du besoin de prendre du temps et de l'espace pour elles seules, que ce soit pour lire et pour écouter de la musique, pour aller marcher dans la nature et même pour écrire un agenda ou un journal intime. Ce besoin est en lien direct avec celui de faire une pause dans leur vie et représente une véritable «cure à l'état d'extrême fatigue auquel nombre de femmes d'aujourd'hui sont réduites» comme l'écrit encore Clarissa Pinkola-Estés (1996). On peut même affirmer qu'il s'agit pour ces femmes d'un besoin de survie autant physique que spirituelle. En ce sens, ce type de besoin – celui de la solitude - est à considérer avec sérieux car il rejoint un réseau complexe de besoins sous-jacents qui sont basiques pour la santé mentale de plusieurs femmes au mitan. En revanche, si une majorité de participantes peuvent éprouver un fort besoin de solitude, il faut aussi retenir que d'autres (3/12) redoutent ardemment se retrouver seules et vivre seules.

### **13. L'importance des besoins d'estime (de soi et des autres) chez les participantes.**

Malgré le fait que le sentiment d'identité personnelle récolte une réponse relativement positive chez une majorité (sept participantes sur 12), toutes les composantes de la perception de soi n'ont pas accusé la même courbe positive ascendante et notamment l'estime de soi. En effet, les résultats du questionnaire nous ont appris qu'une bonne estime de soi est éprouvée assez souvent et très souvent chez seulement la moitié des 12 participantes.

Il faut se souvenir qu'au moment de la cueillette, les participantes sortent à peine de difficultés psychologiques très importantes et qu'elles ressentent un intense besoin de se mobiliser pour

elles-mêmes : leurs besoins d'estime d'elles-mêmes représentent alors leur premier carburant pour se prouver à elles-mêmes qu'elles sont capables de prendre leur vie en mains et de relever des défis, dans un retour au travail par exemple. En ce sens, il est donc permis de penser que pour les participantes, au moment où nous les rencontrons, le besoin d'estime se module surtout par rapport à elles-mêmes, à travers le regard qu'elles se portent, et non prioritairement à travers le regard de l'autre : il s'agit véritablement pour ces femmes de l'estime de soi *par* soi qui est liée à l'autonomisation.

Mais les participantes témoignent aussi vivre une grande dévalorisation au mitan. Elles parlent de leurs sentiments de dévalorisation tant au niveau social et économique qu'au niveau de leur image corporelle et sexuelle. Toutes ont connu une diminution de revenus au mitan et la moitié ont vécu ou vivent encore la pauvreté. Celles qui ont été obligées de quitter temporairement leur emploi ou celles qui l'ont perdu, suite à leurs difficultés de santé, souhaitent ardemment le reprendre ou en retrouver un autre.

Quant à leur sentiment de dévalorisation au niveau de leur image corporelle et sexuelle, on connaît les dictats de la société qui proposent aux femmes «des standards de beauté et de sexualité stéréotypés et irréalistes» (Corbeil et al, 1983): les femmes - et encore plus fortement les femmes d'âge mur - éprouvent un sentiment d'infériorité du fait de ne pas se percevoir conformes à ces normes.

Cette idéologie dominante véhicule aussi que «tout ce qui advient aux femmes dans cette période de leur vie (*le mitan*) est dû à leurs hormones» (Bernier, 2003), et « la ménopause est dépeinte comme une maladie (...) dont on *soigne les symptômes* en administrant des hormones de remplacement, des antidépresseurs, des somnifères, des analgésiques, des tranquillisants et, à la

limite, en faisant intervenir la chirurgie pour *régler le problème*» (Bernier, 2003/RQASF, 1998).

Un tel discours réduit non seulement la richesse du mitan féminin à la seule ménopause, - dont l'évocation suscite le plus souvent sarcasmes, railleries quand ce n'est pas pur mépris dans le discours social populaire et médiatique – mais il transmet aussi aux femmes une image négative de leur corps, à travers une représentation de vulnérabilité qu'elles intériorisent et qui est susceptible de les rendre dépendantes des experts (De Koninck, 1999).

Enfin, les valeurs et les normes traditionnelles sur la féminité encouragent les femmes à se réaliser à travers le mari et les enfants alors que la société ne reconnaît aucune valeur économique au travail de soin et d'aide dans le privé. Or, ce type de travail occupe une place centrale chez les femmes d'âge mûr qui représentent au Québec 75% des proches aidant(e)s (*Le Devoir*, Ducharme, 2009).

Une telle dévalorisation économique et sociale globale - ressentie par plusieurs participantes- ne peut donc qu'empêcher la capacité de plusieurs femmes parvenues au mitan d'accueillir sereinement et même de trouver un sens dans le fait de vieillir et cela ne peut que jouer un rôle défavorable sur leur santé mentale. Car, comme nos résultats l'ont démontré, la dimension de l'estime de soi et de l'identité est fortement liée au sens de la vie pour la majorité des femmes du groupe-cible.

Enfin, il faut rappeler qu'une majorité de participantes déclarent avoir besoin d'être appréciées et respectées davantage par leur conjoint et par les hommes de leur famille.

Bref, à l'étape du mitan et à la période de la ménopause, toutes les conditions sont rassemblées pour rappeler aux femmes qu'elles vivent dans une société où les rapports hommes-femmes sont encore à bien des égards inégalitaires et que, pour les femmes, le fait de vieillir semble s'apparenter à une maladie qui se prévient et se soigne avec des pilules.

Mais plusieurs participantes nous ont aussi appris que même si elles perçoivent de la société le message de ne plus avoir de valeur au mitan, un tel regard social négatif ne les a pas empêchées de se trouver, de percevoir davantage *qui* elles sont et de se comprendre mieux à cette étape de vie. Bref, il faut aussi retenir que le mitan a été l'occasion pour plusieurs participantes d'apprendre à s'estimer davantage à leurs propres yeux.

**14. Au sujet des besoins spirituels : l'importance d'être présente à soi-même, de se réapproprier son autorité personnelle et de découvrir sa spiritualité personnelle.**

Comme nous l'avons dit à quelques reprises, si on voulait résumer en une phrase le besoin spirituel qui semble prioritaire chez les participantes, lors du mitan, on pourrait dire qu'elles ressentent avant tout le besoin d'être présentes à elles-mêmes. Ce qui signifie qu'elles éprouvent maintenant le besoin de redéfinir leur identité en se mettant à l'écoute d'elles-mêmes pour la première fois de leur vie, en se donnant la permission de vivre et d'exister pour elles-mêmes et non plus seulement dans le regard et dans les attentes des autres. Re-construire leur identité devient, pour ces femmes parvenues au mitan de leur vie, un projet de création, un projet d'ordre spirituel relevant du besoin de présence à soi, et s'avère incontournable pour elles si elles ne veulent pas re-vivre les affres de la détresse et de la dépression graves.

Ce constat est majeur lorsque l'on veut comprendre la croissance psycho-spirituelle de plusieurs femmes au mitan. Comme l'explique la théologienne féministe Ursula King (1993), l'un des obstacles majeurs dans le développement psycho-spirituel des femmes, c'est leur faible estime d'elles-mêmes, le fait de ne pas s'accepter et de ne pas se centrer sur elles-mêmes. Plusieurs femmes, dit Ursula King, seraient trop centrées sur les autres, trop effacées, dans l'oubli et dans

le sacrifice de soi et de leurs besoins, ce qui, selon la chercheuse, ne peut pas les orienter sur la route de la liberté spirituelle et d'une authentique transcendance de soi.<sup>59</sup>

Lorsque nous nous situons dans la dimension spirituelle du point de vue des femmes et de leurs expériences, nous devons donc remettre en question les dictats des spiritualités traditionnelles qui mettent toute l'emphase sur l'oubli de soi et sur l'abnégation de la personne au service des autres. Selon notre analyse, il apparaît fondamental pour les femmes, et pour les femmes du mitan en particulier, de se réapproprier leur dimension spirituelle en fonction de leurs expériences propres et de trouver d'autres points de référence que les points de vue et les expériences des hommes qui font encore figure d'autorité en ce domaine.

Pour les femmes en général et pour les femmes du mitan en particulier, l'*empowerment* ou l'auto prise en charge au niveau du spirituel implique la réalisation de deux tâches, qui sont d'ailleurs deux tâches incontournables du mitan selon certain(e)s auteur (e)s (Hollis, 2005) : d'abord, la tâche de recouvrer leur *autorité personnelle*, ensuite, celle de découvrir leur *spiritualité personnelle*. C'est ainsi que les femmes parvenues au mitan trouveront la capacité intérieure de découvrir leur vérité et de la vivre, de reconnaître leurs forces, d'acquérir un sentiment de pouvoir sur sa vie et des outils pour faire face à sa solitude et à sa souffrance, lors des moments de crise. **Autrement dit, la nécessité pour les femmes de développer l' *empowerment* au niveau spirituel apparaît comme un outil de base dans la prévention de leur santé mentale au mitan et même une façon, pour elles, de se prémunir contre le suicide.** Souvenons-nous en effet : les participantes nous ont appris que c'est non seulement la souffrance psychologique qui les a conduites à des idées suicidaires mais c'est aussi le fait qu'elles se sont senties si seules, si impuissantes et si démunies devant cette souffrance.

---

<sup>59</sup> Nous avons traduit ainsi la phrase d'Ursula King (1993) : « A wrongly understood self-denial cannot lead women on the road to genuine spiritual freedom and self-transcendence ».

Par ailleurs, une autre constante se dégage avec force des divers témoignages des participantes, nous informant de leur manière de s'approprier leur profondeur la plus intime: **pour ces femmes, la spiritualité est non seulement un prolongement de leur vécu relationnel mais elle se définit avant tout en termes de relation.** Avec les besoins spirituels, nous pouvons en effet affirmer que le besoin de connexion est central chez les participantes, comme il était central dans leurs besoins psychologiques.

Ce dernier constat rejoint ce que de nombreuses chercheuses féministes ont découvert jusqu'ici sur la spiritualité des femmes et sur la maturation psycho-spirituelle des femmes : à savoir que dans le domaine spirituel, les expériences des femmes se vivent en termes relationnels (Rupp, 1998). En effet, la plupart des théories féministes actuelles parlent davantage de relationnalité et d'interconnexion, dans une perspective holistique de relation à une transcendance, pour décrire les expériences de maturation spirituelle des femmes et insistent davantage sur l'expérience d'intimité et d'interdépendance avec le sacré à travers la nature, le corps humain et la sexualité : cette façon d'expérimenter le spirituel correspond en tous points aux témoignages sur leurs besoins spirituels que nous avons reçus de la part des participantes.

Or, les principales théories psychologiques et spirituelles traditionnelles, élaborées par des chercheurs masculins, avaient davantage valorisé le pôle d'individuation-séparation et l'expérience de la transcendance de soi (dans un langage dualiste) en mettant l'accent sur le détachement (ou l'oubli) de soi et du monde. Nous avons là un exemple des répercussions sur les femmes de la valorisation traditionnelle - en fonction du point de vue et de l'expérience des hommes - de certaines dimensions spirituelles au détriment de d'autres (notamment de l'oubli de soi au détriment de l'autonomie et de l'affirmation de soi) qui ont fait la norme dans l'histoire occidentale. Une telle perspective nous paraît assez éloignée de l'expérience des femmes et plus

particulièrement du discours des participantes de notre étude quant à leurs besoins d'ordre psychologique et d'ordre spirituel.

Dans cet esprit, nous nous questionnons sur le «besoin» d'aider les autres chez les participantes quand il se manifeste au détriment de leurs besoins personnels de base. D'ailleurs, on a vu, avec les besoins affectifs, comment il est important pour ces femmes de discerner où doit s'arrêter leur dévouement envers les être aimés. Ce dévouement, qui est ce qui donne le plus de sens à leur vie, peut aussi devenir destructeur pour elles et mettre leur santé psychologique et physique en péril si elles n'apprennent pas «à mettre des limites et à dire non», comme elles nous l'ont dit, et si ce «besoin» de service altruiste n'est pas accompagné par une forte vigilance face à elles-mêmes et à leurs propres besoins. **Selon notre analyse, cet équilibre – qui demande discernement et vigilance - entre la présence à soi et la présence à l'autre pourrait représenter l'enjeu fondamental de la santé mentale pour plusieurs femmes au mitan de leur vie, à la croisée de leur croissance personnelle et transpersonnelle.**

Bref, nous pensons que pour plusieurs femmes qui traversent le mitan, la «tâche de croissance» consiste surtout à travailler sur le pôle de l'autonomie, c'est-à-dire à l'affirmation et à la prise en charge d'elles-mêmes et à répondre avec pondération et de manière non fusionnelle à leurs importants besoins d'interdépendance et de connexion. Et ce, tant au niveau psychologique qu'au niveau spirituel.

La spiritualité et les valeurs spirituelles sont sans conteste une aide authentique pour le bien-être psychologique de plusieurs femmes au mitan. D'ailleurs, la presque totalité des participantes de notre recherche (10/12) déclarent que la foi, la spiritualité et les valeurs spirituelles font partie de «ce qui est important parce que ça aide dans les situations



difficiles»<sup>60</sup> et six d'entre elles ont déclaré que leur ouverture à la dimension spirituelle est plus grande depuis le mitan. Cependant, il serait souhaitable que les femmes arrivées au mitan prennent conscience que certaines dimensions spirituelles peuvent représenter un piège pour elles si le discernement est absent de leur démarche. Le besoin spirituel ou le besoin d'intériorité figure parmi les six enjeux du mitan adulte. Mais la prise de conscience des limites de son corps en est un autre et, pour les femmes qui sont parvenues à l'étape de la maturité, cela signifie qu'il leur faut éviter le piège d'une spiritualité qui s'exprime dans l'oubli de soi et de ses besoins, au détriment de sa santé physique et de son bien-être psychologique.

#### **15. La demande d'aide professionnelle est tardive pour la majorité des participantes.**

Dans les milieux d'intervention comme dans les écrits, il est courant d'entendre ce constat à l'effet que les femmes, en ce qui a trait à leur santé mentale, auraient une plus grande facilité à aller chercher de l'aide professionnelle (Guyon et Nadeau,1990). Cependant, cette assertion ne semble pas convenir tout à fait aux participantes de notre recherche. Comme la majorité des 12 participantes en ont témoigné dans les questionnaires et dans les entrevues, elles ne demandent d'aide psychologique aux services sociaux et de santé qu'en dernière limite, lorsqu'elles ont épuisé toutes leurs forces et toutes leurs ressources intérieures. Plusieurs d'entre elles préfèrent s'appuyer, le plus souvent, uniquement sur elles-mêmes pour résoudre leurs difficultés et ont appris à se débrouiller seules. La majorité des participantes de notre étude ont affirmé préférer s'adresser d'abord à des proches (famille et ami(e)s) avant de se tourner vers les services. Est-ce que ce phénomène serait spécifique aux femmes du mitan et plus particulièrement à celles

---

<sup>60</sup> Avec la nature, la solitude et les activités d'écriture, de lecture et de musique.

d'entre elles qui n'ont pas les moyens d'aller dans le privé et qui consultent en CLSC ? C'est une question qu'il faudrait documenter davantage.

Nous pourrions attribuer à plusieurs participantes de notre recherche certaines caractéristiques liées à la demande d'aide que Louise Blais ( 1998) remarque chez des femmes qui vivent des situations de pauvreté et de précarité dans certains quartiers de Montréal :

On ne demande pas de l'aide facilement, soit parce que l'on cherche à ne pas étaler ses problèmes, soit parce que l'entourage connaît une situation semblable à la sienne, ou encore parce qu'on préfère «se débrouiller» par soi-même. Au-delà de la gravité perçue du problème qui se présente, ce qui semble présider à l'acte de demander de l'aide met en cause un sentiment de **confiance** (*nous soulignons*) : confiance que l'on sera respecté, que l'on ne sera pas jugé, que les «confidences» resteront confidentielles...

Lors des entrevues, nous avons pu vérifier, effectivement, comment les besoins de confiance, de non-jugement et de confidentialité étaient importants chez les participantes. Si on ajoute à cela l'importance centrale, chez elles, du relationnel – surtout au niveau familial – de même que leur besoin d'aider les autres, il est fort plausible, comme le postule Louise Blais (1998), que leur demande d'aide (lorsqu'elles consentent à la faire) se situe d'abord, dans un premier temps, dans une dynamique d'échange et de réciprocité avec les plus proches qu'elles ont (parfois ou souvent) secouru(e)s:

Tant aux enfants et aux proches qu'à l'étrangère et à l'autre inconnue, tant par obligation que par principe et choix, les femmes donnent, à travers les multiples gestes posés pour prendre soin des autres : des enfants en premier lieu, mais aussi d'un parent âgé, d'un mari malade, de l'amie qui divorce, d'une voisine sans logement, d'un compatriote réfugié et sans droits, de l'inconnue dans les groupements associatifs, dont on n'oublie pas le secours que l'on y a un jour trouvé...C'est ainsi, aussi, que l'on panse.

Dans une optique de prévention, un telle hypothèse donne à penser qu'il faut favoriser et consolider davantage diverses stratégies de solidarité locale et communautaire – surtout dans les groupes de femmes – pour l'avenir; il faudrait renforcer l'expertise des intervenantes en leur

donnant plus de moyens pour détecter et pour répondre rapidement aux signes de détresse de femmes – comme celles d’âge moyen - dont on sait que la demande d’aide peut être tardive.

Dans le réseau de la santé, nous devons nous préoccuper sérieusement du fait que plusieurs femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine tardent à consulter et à demander une aide professionnelle alors qu’elles sont à risques élevés de suicide, ont déjà fait des tentatives de suicide, souffrent de dépression ou ont des problèmes graves de dépendance. **Il faut donc se pencher de manière urgente et prioritaire sur la problématique de la demande d’aide professionnelle tardive chez les femmes d’âge moyen.**

Par ailleurs et pour conclure cette discussion, nous trouvons important de souligner que la nécessaire responsabilisation individuelle des femmes d’âge mûr envers leur santé ne doit pas faire oublier que nous devons travailler dans le champ social pour améliorer leurs conditions de vie et leur santé et ce, en partenariat avec les milieux concernés. Car «selon nous, la santé est affaire de société et non de médecine exclusivement. Elle relève davantage des déterminants sociaux et de la justice sociale» (RQASF, 2008).

Dans cette optique, nous endossons toutes les revendications actuelles du mouvement féministe québécois, notamment celles qui concernent la santé, la sécurité physique et économique et l’autonomie financière des femmes, comme par exemple : l’élimination des violences envers les femmes, une politique de soutien à domicile – pour un service public et gratuit - tenant compte des besoins spécifiques des femmes comme proches aidantes, la gratuité des médicaments et l’indexation des prestations d’aide sociale pour toutes les personnes dont les revenus sont inférieurs à \$13, 267 \$<sup>61</sup> par année, la hausse du salaire minimum, l’équité salariale et la conciliation travail-famille, pour ne nommer que quelques-unes de ces revendications.

---

<sup>61</sup> Mesure du panier de consommation établi par Statistique Canada en 2007 (FFQ, 2008).

À la lumière des témoignages et des expériences du mitan des 12 Bas-laurentiennes qui ont contribué aux résultats de ce rapport, nous proposons certaines recommandations d'actions et de mesures spécifiques qu'il serait nécessaire d'entreprendre, au Québec et dans notre région, en regard de la santé mentale des femmes au mitan de la vie et à la ménopause.

### **5.3 Recommandations**

À la suite des résultats de notre étude et pour répondre à l'objectif 2.4, nous effectuons les recommandations suivantes que nous avons regroupées selon les destinataires et en fonction des responsabilités spécifiques.

#### **A) Recommandations qui s'adressent au MSSS et aux Agences en ce qui concerne la recherche et la diffusion de données sur la population des femmes d'âge moyen :**

- 1- Que le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) mette sur pied un Comité provincial de vigie sur la santé des femmes afin de mieux connaître les déterminants de la santé pour la population des femmes (notamment les femmes d'âge moyen) et pour développer une offre de services de santé et de services sociaux mieux adaptés à leurs besoins;
- 2- que la session de formation et de sensibilisation à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) préparée par le MSSS soit dispensée en 2009-2010 dans la région du Bas-Saint-Laurent; que les outils de formation soient mis à la disposition de l'Agence régionale pour que l'on tienne compte de la spécificité de la clientèle féminine et que l'on se

réfère aux indicateurs sexués pour assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale;

- 3- que la prochaine stratégie d'action du MSSS sur la santé et le bien-être des femmes cible les femmes d'âge moyen (notamment celles de 45 à 54 ans) pour améliorer la connaissance des problématiques et des besoins spécifiques de cette population;
- 4- que les futures enquêtes sociales et de santé du Québec permettent de connaître et de suivre l'évolution de la situation de la *détresse psychologique* chez les femmes de 45 à 54 ans et qu'une question précise pour obtenir toutes les caractéristiques de santé des femmes<sup>62</sup> selon leur statut ménopausique soit toujours systématiquement posée et surtout sous le même libellé d'une enquête à l'autre;
- 5- que les futures enquêtes sociales et de santé du Québec décrivent le statut ménopausique des femmes de manière précise et rigoureuse avec l'utilisation d'une nomenclature plus appropriée<sup>63</sup>;
- 6- en ce qui concerne l'hystérectomie et l'ovariectomie :
  - 6.1 qu'une recherche soit effectuée concernant le taux d'hystérectomie des femmes québécoises **avant 50 ans**;
  - 6.2 qu'une recherche soit effectuée concernant les liens possibles entre le taux d'hystérectomie, le taux de dépression et le taux de suicide des femmes québécoises **entre 40 et 49 ans**;
  - 6.3 que les statistiques sur l'hystérectomie et l'ovariectomie soient disponibles sur le site internet du MSSS et incluses dans le prochain rapport de Santé Québec;

---

<sup>62</sup> Dans l'*Enquête Santé Québec de 1998*, le statut ménopausique n'est mis en lien qu'avec la consommation d'hormones et de médicaments.

<sup>63</sup> Dans la dernière monographie *Santé et conditions de vie des Québécoises* (2005, p.83), les auteures expriment aussi cette demande.

- 6.4 que le MSSS, par l'intermédiaire des CLSC, informe les femmes des critères de recours précis qui justifient l'hystérectomie et l'ovariectomie;
- 6.5 que les femmes du Québec soient informées des effets et des risques importants de l'hystérectomie et de l'ovariectomie sur leur santé physique et leur bien-être psychologique.

**B) Recommandations qui s'adressent au MSSS, aux Agences et aux établissements de santé en ce qui concerne la planification des soins et des services et l'adaptation des offres de services à la population des femmes d'âge moyen :**

- 7- que le MSSS prenne désormais en considération et cible les femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine, plus particulièrement le groupe des 45-54 ans, lors de la planification des soins et des services et ce, en regard des catégories de femmes identifiées comme les plus vulnérables au niveau de la santé mentale;
- 8- que les stratégies de prévention en santé mentale prennent en compte ce résultat de notre recherche à savoir que la demande d'aide professionnelle au niveau psychologique est tardive pour plusieurs femmes de 45 à 54 ans en situation de détresse;
- 9- que le prochain bilan de la stratégie d'action du MSSS et que la prochaine stratégie d'action sur la santé et le bien-être des femmes du MSSS tiennent compte des résultats de la présente recherche;
- 10- que la problématique de la santé physique et mentale des femmes au milieu de la vie soit incluse dans les orientations du prochain Plan d'action provincial du MSSS;
- 11- que dans la problématique de la santé mentale du prochain Plan d'action provincial du MSSS, on tienne compte de la problématique du milieu de la vie chez les femmes;

- 12- que, dans le prochain Plan d'action provincial du MSSS, la ménopause devienne l'une des problématiques spécifiques ou sous-jacentes à l'intérieur de la problématique générale plus large de la santé des femmes au mitan de la vie;
- 13- que la population des femmes de 40 à 49 ans fasse partie des groupes à risques élevés de suicide et que des stratégies précises de prévention et de promotion de la santé soient mises en place au Québec pour faire face à cette problématique. Nous recommandons plus particulièrement que des efforts soutenus soient déployés pour mieux rejoindre les femmes de 40 à 49 ans qui ont déjà fait des tentatives de suicide, qui souffrent de dépression et qui ont des problèmes de dépendance;
- 14- qu'un leadership provincial soit mis en place afin d'assurer le développement de conditions et d'actions structurantes (notamment le financement) pour faire face à la situation du suicide dans la population des femmes québécoises de 40 à 49 ans.

**C) Recommandations qui s'adressent au MSSS, aux Agences et aux établissements de santé en ce qui concerne le développement d'outils d'information, d'intervention ou de développement des compétences des professionnel(le)s :**

- 15- que divers outils d'information en regard des principaux changements et des principales difficultés vécus par les femmes au mitan de la vie soient élaborés par le MSSS et diffusés gratuitement par les CLSC à toutes les femmes, particulièrement à celles qui habitent en milieux éloignés ;
- 16- que ces outils d'information soient **prioritairement**: un bulletin d'information et des capsules régulières d'information dans les médias écrits et parlés ;

- 17- que l'on adapte les services actuels d'écoute téléphonique (principalement INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL) en fonction des besoins spécifiques des femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine ;
- 18- que l'outil provincial et régional appelé *grille de dépistage et d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire* soit adapté aux risques et à l'urgence suicidaire spécifiques des femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine ;
- 19- que le MSSS élabore des programmes de prévention/promotion de la santé et de formation des personnels qui prennent en compte les besoins spécifiques des femmes de 40 à 49 ans qui sont à risques élevés de suicide, qui ont déjà fait des tentatives de suicide, qui souffrent de dépression et qui ont des problèmes de dépendance;
- 20- que les résultats de ce rapport soient transmis aux personnels du MSSS tant au niveau provincial que régional et qu'ils servent à élaborer des outils de prévention/promotion de la santé et de formation pour les intervenantes et les intervenants afin que soit désormais prise en compte **la problématique du mitan de la vie en regard de la santé mentale des femmes**;
- 21- que ces outils de prévention/promotion de la santé et de formation prennent en compte non seulement le fait que plusieurs femmes du mitan vivent un cumul de situations difficiles dont, entre autres, la prise en charge de proches mais aussi le fait que plusieurs femmes du mitan subissent ou ont déjà subi des situations de violence;
- 22- que les médecins de famille soient formé(e)s et outillé(e)s pour le dépistage du risque suicidaire chez les femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine;
- 23- que les services soient adaptés dans les CLSC afin que l'on réponde plus adéquatement aux importants besoins d'**information** et de **soutien** des femmes d'âge moyen, plus



particulièrement chez celles qui se trouvent dans la période ménopausique (45-54 ans) et qui rencontrent des difficultés de détresse, de dépression et de dépendance ;

24- que des groupes de soutien soient offerts dans les CLSC en regard de la **santé globale des femmes au mitan et à la ménopause** ;

25- que l'ensemble des services curatifs en santé mentale de la région prennent en compte les résultats de notre recherche et notamment le fait que la demande d'aide professionnelle au niveau psychologique est tardive pour plusieurs femmes de 45 à 54 ans en situation de détresse;

26- que les personnels des services post-crise, – par exemple dans les projets particuliers de suivi étroit des personnes à risque suicidaire tels qu'expérimentés dans le Bas-Saint-Laurent- soient formés et outillés pour faire face aux caractéristiques de la population des femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine et à leurs besoins de santé mentale spécifiques;

27- que les médecins de famille soient formé(e)s et outillé(e)s pour faire face aux besoins de santé mentale spécifiques aux femmes d'âge moyen, plus particulièrement celles qui sont aux prises avec des difficultés de détresse, de dépression et de dépendance;

28- que les médecins de famille en CLSC ou en cliniques privées soient formé(e)s et outillé(e)s en regard de certaines approches alternatives non médicamenteuses de la dépression<sup>64</sup>;

29- que certaines approches alternatives non médicamenteuses pour la prévention et le traitement de la dépression soient offertes dans les CLSC;

---

<sup>64</sup> Comme celles qui sont proposées par le Dr David Servan-Schreiber (2003).

- 30- que les outils d'information qui seront élaborés par le MSSS en regard des changements et des difficultés spécifiques vécus par les femmes au mitan de la vie incluent la problématique de la surconsommation de psychotropes dans cette population, en expliquant clairement la nature de la dépendance aux psychotropes et ses effets à long terme sur la santé;
- 31- que les médecins de famille en CLSC ou en cliniques privées soient suffisamment informé(e)s des risques de dépendance aux psychotropes chez plusieurs femmes qui traversent le mitan et la ménopause, de même que des modalités de sevrage et des effets de sevrage qui peuvent parfois être extrêmement sévères;
- 32- que les centres de désintoxication ayant pignon sur rue dans la région offrent des services non seulement adaptés aux problématiques spécifiques des femmes qui traversent le mitan de la vie mais aussi qu'ils soient accessibles financièrement aux femmes qui ont des moyens limités et qui ne peuvent ou ne veulent «s'expatrier» au Nouveau-Brunswick où ces services sont gratuits;
- 33- que les outils d'information qui seront élaborés par le MSSS en regard des changements et des difficultés spécifiques vécus par les femmes au mitan de la vie incluent la problématique spécifique de la **ménopause** en la situant dans la problématique générale plus large du mitan de la vie ;
- 34- que le MSSS donne un mandat renouvelé – avec financement suffisant – aux Centres de femmes afin que soient créés et mis sur pied des ateliers gratuits d'information sur la ménopause;

- 35- que la population des femmes qui se trouvent dans le groupe d'âge le plus nombreux à vivre la transition ménopausique (45-54 ans)- plus particulièrement celles qui se trouvent en pré-ménopause.(45-51 ans)- soient systématiquement informées:
- 35.1 de l'existence d'un test sanguin sur le taux hormonal qui leur permette de connaître leur statut ménopausique et que ce test leur soit proposé de façon systématique par les médecins de famille et par les gynécologues;
- 35.2 qu'un protocole soit appliqué dans le cas des femmes qui choisissent l'HTR afin que le principe de précaution soit respecté et que le médecin effectue de manière systématique et régulière avec leurs patientes l'analyse des risques et des bénéfices de la prise à long terme d'HTR.
- 36- que l'Agence de la santé et des services sociaux de la région mandate une **personne chargée du dossier de la santé des femmes au mitan de la vie**;
- 37- que cette personne mette sur pied et anime une **Table de concertation spécifique sur la problématique de la santé des femmes au mitan de la vie** en impliquant toutes et tous les partenaires du milieu concerné(e)s par cette problématique au moyen d'activités de type préventif et de type curatif;
- 38- que l'Agence de la santé et des services sociaux de la région assure le suivi des recommandations du présent rapport par l'intermédiaire de la personne chargée du dossier de la santé des femmes au mitan de la vie et par l'intermédiaire de la Table de concertation des groupes de femmes.

**D) Recommandations qui s'adressent aux organismes communautaires et aux groupes de femmes :**

- 39- que les organismes communautaires et les groupes de femmes tant au niveau provincial<sup>65</sup> que régional s'approprient les résultats de ce rapport pour élaborer des outils de prévention/promotion de la santé et des outils de formation afin que soit désormais prise en compte **la problématique du mitan de la vie en regard de la santé mentale des femmes**;
- 40- que les groupes de femmes au niveau provincial – notamment le Conseil du statut de la femme (CSF) – examinent la proposition d'un congé de ménopause pour les femmes et l'acheminement au gouvernement québécois s'il y a lieu;
- 41- que les services soient adaptés dans les organismes communautaires et dans les groupes de femmes afin que l'on réponde plus adéquatement aux importants besoins d'**information** et de **soutien** chez les femmes d'âge moyen, plus particulièrement chez celles qui se trouvent dans la période ménopausique (45-54 ans) et qui rencontrent des difficultés de détresse, de dépression et de dépendance ;
- 42- que l'on prenne en compte la problématique du mitan de la vie dans les divers *groupes de soutien* en santé mentale, que ce soit dans les organismes communautaires ou dans les groupes de femmes, surtout quand des personnes –femmes ou hommes - d'âge moyen sont présentes comme participantes ;

---

<sup>65</sup> Parmi les groupes de femmes intervenant au niveau provincial, nommons entre autres la Fédération des femmes du Québec (FFQ), l'R des centres de femmes du Québec, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), le Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail (CIAFT), les comités de condition féminine dans les syndicats et le Conseil du statut de la femme (CSF).

- 43- qu'un soutien financier soit accordé aux Centres de femmes pour dispenser les sessions du Programme de formation *Antidote* ainsi que la trousse de formation *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie* du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2004) ;
- 44- que les Centres de femmes, en partenariat avec les groupes de femmes intervenant aux niveaux provincial et régional et certains organismes (CLSC ou autres) concernés:
- 44.1 offrent ou continuent d'offrir aux femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine des outils d'information, de formation et de soutien comme des conférences, des ateliers et des sessions de croissance portant sur ces thématiques :
- la connaissance de l'étape de vie qu'on appelle le *mitan* ;
  - les situations difficiles fréquemment vécues par les femmes au mitan: la mort de personnes chères, la prise en charge de proches, les difficultés de communication (et les situations de violence) dans le couple et avec les adolescent(e)s, les difficultés financières et les difficultés de santé physique et mentale;
- 44.2 que ces activités prennent en compte les enjeux psychologiques spécifiques du mitan et les principaux besoins psychologiques et spirituels de femmes dans la quarantaine et dans la cinquantaine identifiés dans ce rapport comme par exemple le bilan de vie, l'accès ou le retour sur le marché du travail de même que l'autonomie dans le relationnel conjugal/familial et la question du sens de la vie;

45- que les ateliers d'information sur la ménopause (financés par le MSSS) mis sur pied par les Centres de femmes assurent une information rigoureuse, impartiale et indépendante<sup>66</sup> permettant aux femmes de prendre une décision éclairée en regard des moyens – HTR versus approches alternatives - pour faire face aux changements ménopausiques et ce, à l'intérieur d'une démarche autonomisante dans le respect de l'histoire de santé (personnelle et familiale) et des valeurs propres à chaque femme.

---

<sup>66</sup> Impliquant que toutes les informations concernant les deux types d'approche soient mises à jour - avec les données **connues** et **inconnues à date** – en présentant sans parti pris leurs risques et leurs avantages respectifs. Le RQASF (2004) propose des outils pertinents pour baliser une décision éclairée dans la trousse de formation *Notre soupe aux cailloux*.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Elles sont au service de leur entourage depuis toujours. Elles ont passé leur vie à ne pas s'apitoyer sur leur sort, à ne pas parler d'elles-mêmes et à avoir honte de leurs besoins.

Mais, depuis deux, trois ou quatre ans, elles se surprennent. À la mi-quarantaine, elles ne se reconnaissent plus. Elles témoignent qu'elles en avaient marre d'être tenues pour rien et, pour plusieurs d'entre elles, de subir la violence, parfois depuis l'enfance. Elles ont décidé, enfin, de prendre soin d'elles-mêmes, elles qui, toujours et encore, prennent soin de la vie des autres.

Elles débarquent dans leur vie au bout d'une longue fatigue. Une fatigue qui est devenue, au fil du temps, détresse psychologique, dépression ou dépendance aux psychotropes ou à l'alcool : elles ont perdu le contact avec *leur* vie, leur vie à elles. Pour être capables de continuer à vivre, elles doivent partir à la recherche de ce moi perdu. Mais toutes n'arrivent pas à rejoindre leur terre ferme intérieure. Certaines désespèrent ou se perdent en chemin avant de l'atteindre: elles ont 45 ans et décident de s'enlever la vie.

Dans la population féminine québécoise, ce sont les femmes de 40 à 49 ans qui sont les plus nombreuses à se suicider, leur âge moyen étant, dans le Bas-Saint-Laurent, de 44,5 ans. De plus, **dans la population féminine**, les femmes québécoises de 30 à 49 ans sont plus nombreuses à se suicider que les hommes québécois du même âge **dans la population masculine**.



Rappelons d'autres statistiques alarmantes<sup>67</sup>. Les données les plus récentes à notre disposition indiquent que :

- le groupe d'âge des 50-64 ans est actuellement le seul au Québec où le suicide augmente et ce, tant chez les femmes que chez les hommes; **proportionnellement parlant**, les femmes québécoises de 50 à 64 ans se suicident davantage (31%) que les hommes québécois de 50 à 64 ans (24%);
- **proportionnellement parlant**, les femmes veuves (8,5%), séparées ou divorcées (20,3%) se suicident davantage que les hommes veufs (5,1%), séparés ou divorcés (16,9%);
- dans l'ensemble de la population québécoise, le taux de dépression chez les femmes – la dépression étant un facteur de risque suicidaire reconnu - augmente de façon notable à partir de 45 ans et, dans notre région en particulier, la population féminine de 45 à 64 ans est celle qui est la plus vulnérable à la dépression, trois fois plus que la population masculine de ce groupe d'âge.

L'état des lieux de la santé mentale de Québécoises à l'étape du mitan et à la période de la ménopause a été peint, dans cette recherche, par 12 femmes de 45 à 54 ans du Bas-Saint-Laurent. Nous avons parcouru avec elles l'itinéraire douloureux de (trop) nombreuses situations difficiles qui les attendaient à partir du mitan de leur vie et qui ont fait le lit de leurs difficultés de détresse, de dépression ou de dépendance. Elles nous ont partagé leurs besoins les plus intimes en ces moments charnières de leur existence. Ces femmes fières, qui se sont voulues – et se veulent toujours - autonomes financièrement, nous ont aussi fait part de leurs sentiments de dévalorisation, comme femmes, dans une société dont elles ressentent cruellement le regard à

---

<sup>67</sup> On trouvera les sources de ces statistiques et des précédentes au chapitre 1.

mesure qu'elles avancent en âge, (notamment à partir du tournant de la ménopause) surtout quand elles se retrouvent, malgré elles, dans la pauvreté et dans la précarité.

Notre étude qualitative, de type exploratoire, a ainsi voulu documenter, – à même leur parole - la détresse silencieuse et cachée d'un grand nombre de femmes à l'étape du mitan et à la période de la ménopause. La description du vécu des participantes durant leur mitan s'est effectuée à travers trois thématiques : 1- les changements, 2- les difficultés/situations difficiles et 3- les besoins. Nous avons étudié leur santé, surtout dans ses dimensions psychologique et spirituelle, à travers la problématique et les enjeux propres au mitan de la vie, dans l'interaction entre les changements physiques, psychologiques, événementiels et divers facteurs socioéconomoculturels spécifiques aux femmes d'âge moyen.

Selon nous, la perspective du mitan de la vie offre des lunettes mieux ajustées pour étudier la complexité de la santé mentale des femmes parvenues à la quarantaine et à la cinquantaine. Cette lecture « élargie » permet, entre autres, de remettre en question le mythe de la prépondérance de l'événement-ménopause dans la vie de plusieurs femmes d'âge moyen et de voir cet événement dans sa juste perspective, comme l'un des multiples changements – non le seul et non nécessairement le plus important - vécus par les femmes à cette étape de vie qu'on appelle le mitan.

Nous avons pu constater, au fil de notre analyse, qu'il y a des besoins de santé mentale qui sont spécifiques au mitan des femmes. Avec les déterminants sociaux de la santé, nous concluons que ce sont les différences de genre et les événements de vie qui marquent le plus le mitan des femmes et qui influent le plus «dans (*leur*) manière de composer avec cette grande poussée de

croissance qu'est le mitan» (Houde, 1999). En effet, comme nous le disions au chapitre 5, nos résultats démontrent que ce qui est relié à la dépression des participantes alors qu'elles traversent la période ménopausique, ce sont :

- leurs conditions de vie *avant* et *pendant* le mitan (notamment la pauvreté et la violence);
- les rôles et les responsabilités que les femmes assument tout au long de leur vie et particulièrement au mitan, avec la prise en charge de proches;
- les changements propres au mitan et plus particulièrement au mitan des femmes :
  - les changements *évènementiels* et *physiques* propres au mitan des femmes et en particulier le **CUMUL** de situations difficiles et d'événements stressants dans une période de temps relativement courte;
  - les changements *psychologiques* propres au mitan des femmes: l'impact des six enjeux psychologiques du mitan et de certaines conditions psychologiques particulières sur les patterns développementaux spécifiques aux femmes et à leurs expériences.

Le mitan de la vie adulte est une étape de deuil pour les hommes comme pour les femmes. Fondamentalement, le mitan se présente comme un *cap spirituel* de croissance. Il signifie un passage – voire une «collision» - entre deux modes de maturation, le mode psychologique et le mode spirituel, le mode du *moi* et le mode du *soi*, « une invitation lancée à l'ego de réorienter ses priorités » (Hollis, 2008). En effet, le mitan a ceci de particulier qu'il décape l'adulte face à ses rêves de vie et qu'il lui demande des «renoncements nécessaires» qui peuvent frôler l'héroïsme (Hollis, 2008; Viorst, 1988). Le mitan est un passage où la poussée de croissance incontournable peut parfois se transformer en crise dramatique et se conclure par un suicide. Mais, justement à

cause de sa radicale exigence de « renoncements » ou de « deuils », le mitan adulte peut être aussi la période la plus porteuse de construction de soi, comme une majorité de participantes en ont témoigné. À quel prix pour elles, faut-il ajouter. Et grâce à une aide professionnelle sans laquelle plusieurs reconnaissent qu'elles ne seraient pas « passées au travers », tout en déplorant avoir trop tardé à la demander.

Du point de vue psychologique, la poussée de croissance du mitan s'avère un cap exigeant parce que l'on ne peut y passer que seul-e. Pour plusieurs femmes, l'arrivée du mitan nécessite d'effectuer un changement radical dans leur manière d'être: il leur faut apprendre à être davantage présentes à elles-mêmes, à nommer leurs besoins fondamentaux et surtout à les respecter. Pour plusieurs femmes qui traversent le mitan, la « tâche de croissance » consiste surtout à travailler sur le pôle de l'autonomie, c'est-à-dire à l'affirmation et à la prise en charge d'elles-mêmes et à répondre avec pondération et de manière non fusionnelle à leurs importants besoins d'interdépendance et de connexion.

En effet, selon les témoignages des participantes de notre recherche, ce repère si fondamental pour elles du *relationnel conjugal/familial* représente non seulement une raison de vivre mais il peut aussi et surtout devenir un piège destructeur pour leur santé si elles n'apprennent pas « à mettre des limites et à dire non », comme elles nous l'ont répété tant de fois.

Par ailleurs, chez ces femmes parvenues au mitan de leur vie, la spiritualité représente également un autre repère au niveau de leur raison de vivre, et leur donne un outil de santé mentale « qui les aide dans des situations difficiles ». La dimension spirituelle de la santé mentale est d'autant plus importante pour ces femmes parce que, nous disent-elles, l'étape du mitan a été la plus difficile

période de croissance de leur existence. Mais le spirituel peut aussi devenir un piège pour elles quand il se vit dans l'oubli et dans la négation d'elles-mêmes et de leurs besoins profonds.

L'étape du mitan serait-elle plus difficile à vivre pour les femmes ?

Nous pensons en effet que le mitan serait plus difficile pour les femmes à cause des rôles et des tâches spécifiques que la société attend d'elles. Parce que ce sont les femmes qui, tout au long de leur vie, doivent « prendre soin » : non seulement au quotidien (dans le travail domestique ou dans des métiers traditionnellement féminins), mais ce sont elles qui, le plus souvent, portent secours à leur entourage lors des situations difficiles et stressantes provoquées par la maladie, la vieillesse ou la mort. Le mitan est plus difficile pour les femmes à cause aussi des violences qu'elles subissent tout au long de leur vie et qui laissent des traces indélébiles dans leur psyché et dans leur corps. Le mitan est plus difficile pour les femmes parce qu'elles sont les plus pauvres de notre société. Enfin, le mitan est plus difficile pour les femmes parce que lorsque tant de changements se précipitent dans leur vie, et que « tout arrive en même temps » comme elles disent, elles sont déjà épuisées par ces nombreuses années où elles ont écouté et pris soin des besoins des autres en taisant leurs propres besoins.

Cependant, s'il faut voir comment le mitan a pu devenir une étape difficile sur le plan de leur santé mentale, il faut aussi retenir que plusieurs participantes de notre recherche témoignent qu'elles ont mûri et évolué à travers ces difficultés : elles affirment avoir fait des situations difficiles du mitan des occasions de transformation profonde et de mieux-être. C'est au mitan que ces femmes ont appris à mettre des limites entre elles et leur entourage; c'est au mitan qu'elles ont appris à structurer plus solidement leur identité, à se connaître, à s'affirmer et à s'estimer davantage; c'est au mitan qu'elles ont appris que le passé appartient au passé et que

leur responsabilisation d'elles-mêmes dans le présent leur donnait du pouvoir pour orienter leur futur. Enfin, c'est au mitan qu'elles ont commencé à se distancier de certaines perceptions sociales toxiques pour elles, telles les normes et les valeurs dites féminines véhiculées par l'idéologie traditionnelle : plusieurs participantes de notre recherche avaient compris, à la suite de leurs difficultés, qu'elles se devaient de remettre en question et de couper des ponts avec des dictats sociaux et des attentes de l'entourage qui ne respectaient pas leurs besoins fondamentaux. Malheureusement, comme nous l'apprennent les statistiques récentes sur la détresse, la dépression et le suicide des femmes d'âge moyen, toutes n'arrivent pas à retrouver le bien-être psychologique et à restaurer leur santé à travers les écueils du mitan.

Au terme de cette longue démarche de recherche, après avoir vu ce qui était au cœur de la souffrance de plusieurs femmes au mitan et après avoir été mise au fait de leurs besoins, nous ne pouvons que conclure à la nécessité et à l'urgence de la responsabilisation collective sur cette problématique et ce, autant dans le mouvement des femmes que dans le réseau gouvernemental.

La population des femmes d'âge moyen augmente au Québec. En 2009, ce sont des milliers de Québécoises qui sont arrivées au mitan de la vie et qui ont besoin de services mieux adaptés à leurs besoins spécifiques de santé mentale. Il nous semble donc impératif que le mouvement des femmes québécois se penche davantage sur divers aspects de la santé mentale et physique des femmes d'âge moyen et c'est pourquoi nous l'interpellons à travers certaines recommandations de ce rapport (cf. recommandations : chapitre 5 en 5.3).

Quant au réseau gouvernemental de la santé, des mesures et des actions concrètes ont aussi été identifiées à son intention dans nos recommandations. Comme nous le notions au début de ce

rapport, des pas tangibles ont été faits, depuis 12 ans, afin de connaître et d'intégrer certains besoins spécifiques des femmes en matière de santé physique et de bien-être psychologique. Mais beaucoup reste à faire encore pour atteindre les trois grands objectifs de 2002, notamment en regard des besoins spécifiques des femmes d'âge moyen au niveau de leur santé mentale.

Nous insistons sur le fait qu'à notre connaissance, aucune action préventive particulière n'existerait actuellement pour faire face à la problématique spécifique de la santé mentale dans la population féminine des 30-49 ans, plus particulièrement chez les 40-49 ans qui sont à risque élevé de suicide. D'ailleurs, dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* de même que dans le *Plan d'action 2003-2008 La stratégie québécoise d'action face au suicide «S'entraider pour la vie»*, la catégorie de femmes de 30-49 ans n'est pas identifiée parmi les personnes à risque suicidaire élevé.

En conformité avec les trois objectifs généraux sur lesquels le MSSS travaille depuis 2002, il est de première importance non seulement d'améliorer notre connaissance de la population des Québécoises d'âge moyen mais aussi d'adapter des soins et des services à leurs besoins et, enfin, d'intégrer les besoins de cette population à la planification provinciale et régionale des soins et des services.

Nous espérons que, malgré ses limites, notre étude apportera un éclairage fécond sur les difficultés spécifiques de santé mentale des femmes d'âge moyen et nous souhaitons que d'autres recherches poursuivent les pistes soulevées, approfondissent et documentent davantage la santé mentale des femmes dans la perspective du mitan de la vie. À notre connaissance, c'est la première fois au Québec qu'est identifiée et documentée de façon explicite la problématique du

mitan de la vie en tant que problématique importante lorsqu'on veut comprendre la santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause. C'est aussi, à notre connaissance, l'une des rares recherches québécoises qui donne la parole à ces femmes sur leurs vécus du mitan et de la ménopause et qui tient compte de la dimension spirituelle de leur santé mentale. Enfin, notre recherche voulait aussi pallier – dans sa modeste mesure - au manque de données québécoises actualisées concernant la santé mentale des femmes d'âge moyen en période de ménopause.

Notre travail n'aura pas été vain s'il a réussi à faire entendre, à travers les voix de ces 12 femmes du Bas-Saint-Laurent, celles de nombreuses Québécoises qui traversent dans le désespoir et l'isolement, l'étape la plus difficile de leur vie.



## BIBLIOGRAPHIE

Action pour la protection de la santé des femmes : site internet [www.whp-apsf.ca](http://www.whp-apsf.ca)

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Recueil de données démographiques, sociales et de santé : Le Bas-Saint-Laurent et ses territoires de MRC., édition 2004.

André, Christophe et Lelord, François (1999), L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris, Éditions Odile Jacob.

Assagioli, Roberto (1994), Le développement transpersonnel, Paris : Desclée de Brouwer (ouvrage original publié en 1988).

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004), Offre de services de première ligne en santé mentale. Cahier 5 : Le programme de santé mentale de première ligne pour la clientèle adulte. Montréal.

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) (1998), Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec. Ottawa, Condition féminine Canada.

Association québécoise de suicidologie (1999), Cahier statistique sur la problématique du suicide, sous la direction de Lucie Charbonneau.  
En ligne : [www.cam.org/aqs/docs/cahier\\_statistiques.html](http://www.cam.org/aqs/docs/cahier_statistiques.html) (page consultée le 13 février 2003).

Berkun, C.S. (1986), «On behalf of women over 40: understanding the importance of the menopause», Social work, 31, (p378-384).

Bélangier, Huguette et Charbonneau, Louise (1995) La santé des femmes. Edisem, F.M.O.Q, Maloine.

Bernier, Christiane (2003), «Ménopause et mitan de vie: deux phénomènes, une symbolique», Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire. Le genre en contexte : pratiques sociales et représentations. Volume 9, numéro 1, printemps 2003, sous la direction de Christiane Bernier, Cécile Coderre et Jacinthe Michaud.

Berthaux, Daniel (1980) «L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités», Cahiers internationaux de sociologie, vol. LXIX, no. spécial, juillet-décembre 1980.

Bilsker, Dan et Paterson, Randy (2005), Programme d'autotraitement de la dépression. Guide du patient. Titre en anglais : The Antidepressant Skills Workbook. Vancouver, Simon Fraser

University, Center for Applied Research in Mental Health & Addictions, Faculty of Health Sciences. Document PDF téléchargeable sur le site : [www.carmha.ca/publications](http://www.carmha.ca/publications)

Blais, Louise (1998), Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangères à nos portes. Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Blais, Louise (1997), "La question de la santé mentale en milieu de pauvreté: masque ou vitrine du pouvoir et de l'oppression?" Revue canadienne de santé mentale communautaire, 16 (1), p5-22.

Blais, Louise (1993), L'étrangère à nos portes. Femmes, pauvretés et santé mentale. Thèse de doctorat. Ecole de service social de l'Université de Montréal.

Bouchard, Pierrette (1986), «La recherche-action féministe : enjeux et défis,» dans H. Dagenais (sous la dir. de ), Approches et méthodes de la recherche féministe, Actes du Colloque organisé par le groupe de recherche multidisciplinaire féministe (GREMF), Québec, Presses de l'Université Laval.

Boyd, Robert et al (1991), Personal transformation in small groups, London : Routledge.

Boyer, R. (1990), «Sur l'épidémiologie des maladies mentales : mise à jour des données récentes», Santé mentale au Québec, XV (2), (p73-88).

Brouillette, Diane et Courchesne, Marie Christine (1995). «Sexualité», chapitre 13 in La santé des femmes. Edisem, F.M.O.Q, Maloine.

Bruenjes, Shirley, J. (1994), "Orchestrating Health: Middle-aged women's process of living health". In Holistic Nurs Pract, 1994, 8 (4), p22-32.

Bureau de la statistique du Québec (1995), Compilations spéciales préparées pour le Conseil du statut de la femme à partir des chiffres de Statistique Canada, Recensement de 1991.

Caffarella, Rosemary S. (1997), 'Psychosocial development of women: linking this literature to the study of leadership', Journal of adult education, Vol. 25, no.1, sum 1997, (p2-16).

Caffarella, Rosemary S. (1992), Psychosocial development of women; linkages to teaching and leadership in adult education, Columbus: Center on Education and training for employment, College of Education, The Ohio State University, Information Series No.350.

Centre d'excellence pour la santé des femmes (2002), Bulletin de recherche, volume 2, numéro 3, hiver 2002.

Chandler, Cynthia K. et al. (1992), «Counseling for spiritual Wellness: theory and practice», Journal of counseling and development, v71, n2, nov-dec., (p168-175).

Charpentier, Michèle (1995), Condition féminine et vieillissement. Montréal, éditions du remue-ménage.

Chevalier, Serge et Lemoine, Odette (2000<sup>68</sup>), «Consommation d'alcool», dans Enquête sociale et de santé 1998, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4.

Clarkson, May, Pica, Lucille et Lacombe, Hébert (2001), «Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire», dans Enquête sociale et de santé 1998, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 29.

Comité de la santé mentale du Québec (1993), Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes, Boucherville : gaëtan morin éditeur.

Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes (1997), Écoute-moi quand je parle. Rapport, Québec : MSSS.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (2000), Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000. MSSS.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (2001), La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir. Guide d'intervention, janvier 2001. MSSS.

Conseil du statut de la femme (2006), Bas-Saint-Laurent : Portrait des Québécoises en 8 temps. Feuilleton, Conseil du statut de la femme, janvier 2006, gouvernement du Québec.

Conseil du statut de la femme (2004), Les conditions de vie des femmes dans le Bas-Saint-Laurent : mise à jour 2004. Recherche et rédaction : Monique Bellavance. Québec, Conseil du statut de la femme, 2004.

Conseil du statut de la femme (2001), Femmes et santé. Conseil du statut de la femme, Collection *La Gazette des femmes*. Québec, Conseil du statut de la femme.

Consortium Université de Montréal (2001), An inventory of conceptual frameworks and women's health indicators. Montréal : Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal (CESAF).

Corbeil, Christine, Pâquet-Deehy, Ann, Lazure, Carole et Legault, Gisèle (1983), L'intervention féministe : l'alternative des femmes au sexisme en thérapie. Montréal, Les éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Corbeil, Diane (1995), «Aspect biologique : physiologie ovarienne», chapitre 10 et «Ménopause», chapitre 14. In Bélanger, Huguette et Charbonneau, Louise (1995), Section III, 45-64 ans. La santé des femmes. Montréal : Edisem, en collaboration avec Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec et Maloine.

---

<sup>68</sup> Dans l'ESS 1998, on suggère cette date de publication (p.6) alors que la 2<sup>e</sup> édition a été publiée en 2001. Dans notre étude, nous utilisons plus souvent l'année 2001 comme date de référence de l'ESS 1998.

Corporation professionnelle des médecins du Québec (1988), Enquête sur la santé des Québécoises de 45 à 54 ans. Rapport d'analyse.

Dagenais, Huguette (1994) «Méthodologie féministe pour les femmes et le développement. Concepts, contextes et pratiques», in Labrecque, Marie-France (1994), L'égalité devant soi, rapports sociaux et développement international, Ottawa : CRCQ, (258-290).

De Koninck, Maria (2000),«La ménopause, une expérience à considérer dans son contexte socioculturel», Le médecin du Québec, vol.35, no3, mars 2000 (p47-50).

De Koninck, Maria (1999a), "Définir la santé, ça ne change pas le monde sauf que..." Actes du Forum pour la santé des femmes, 21 et 22 novembre 1998, Montréal : Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, (p 5-10).

De Koninck, Maria (1999b), "La santé de la reproduction: un concept stratégique pour les analyses féministes". In Huguette Dagenais (sous la direction de), La recherche féministe dans la francophonie. Pluralité et convergences. Montréal, les éditions du Remue-Ménage, (p 117-135).

De Koninck, Maria (1994),« Aspects psychosociaux», in Bélanger, H. et Charbonneau, L., (1994), La santé des femmes, section 3, 45-64 ans, chap.10, Montréal; Edisem, F.M.O.Q., Maloie.

De Koninck, Maria (1994), «Femmes et santé», in Labrecque, M.-F., L'égalité devant soi. Sexes, rapports sociaux et développement international, Ottawa : CRDI, (p 127-143).

De Koninck, Maria, Saillant, Francine et Dunnigan, Lise (1983), Essai sur la santé des femmes. CSF. Québec. Gouvernement du Québec.

Deschênes, Lorraine (2003), «L'évaluation de l'implantation de *La stratégie québécoise d'action face au suicide*», in Revue québécoise de psychologie : Le suicide. Vol. 24 no1, 2003.

Desrosiers, Gilles (1995), «Préface». In Bélanger, Huguette et Charbonneau, Louise (1995). La santé des femmes. Montréal : Edisem, en collaboration avec Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec et Maloie.

Deslauriers, Jean-Pierre (1987) «Introduction», in Deslauriers, Jean-Pierre (1994), Les méthodes de la recherche qualitative, Québec : Presses de l'Université du Québec, (1-8).

Devoir (Le), 11 septembre 2008 (page A2), «Suicide : Québec soutient la prévention chez les baby-boomers», article signé Le Devoir.

Ducharme, Francine (2009), « Maladie d'Alzheimer : il faut soutenir les aidants naturels» dans Le Devoir, mardi 10 février 2009, p.A7.

Enns, Carolyn, Z. (1991), «The «new» relationship models of women's identity- a review and critique for counselors», Journal of counseling and development, vol.69, no3, janv.-fév. 1991, (p209-217).

Estés, Clarissa Pinkola (1996), Femmes qui courent avec les loups. Histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage. Paris, Grasset (le livre de poche).

Fédération des femmes du Québec (2008), «Sortir de la pauvreté : un choix de société» dans le numéro spécial Le Féminisme en bref, Montréal, FFQ, été 2008.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (1998), Mémoire déposé aux audiences publiques de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998.

Ford Foundation (1991), Reproductive health: a strategy for the 1990's. A program paper of the Ford Foundation. Ford Foundation, New York, NY, É-U.

Fournier, Claire (2005), Santé et conditions de vie des Québécoises. Québec, Publications du Québec.

Gilbert, L.A. (1993), «Women at midlife: Current theoretical perspectives and research». Women in therapy, vol 14, p 105-113.

Gohier, Christiane (1998), "La recherche théorique en sciences humaines: réflexions sur la validité d'énoncés théoriques en éducation. " Revue des sciences de l'éducation, Volume XXIV, numéro 2, (p267-284).

Gohier, Christiane (1997), "Du glissement de la macro à la microanalyse ou du comment en éducation le sujet est redevenu le centre du monde ", Les Cahiers de LABRAPS (Université Laval). La recherche en éducation : la personne et le changement, vol. 23, (p41-54)

Gould, Roger L. (1981), 'Transformational tasks in adulthood', in S.L. Greenspan et G.H. Pollock (sous la dir. de), The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personality development, vol.III: Adulthood and the aging process, Adelphi, Md., National institute of mental health, (p55-90).

Gould, Roger L. (1980), 'Transformations during early and middle adult years', in N.J. Smelser et E.H. Erikson (sous la dir. de), Themes of work and love in adulthood, Cambridge, MASS: Harvard University Press, (p213-237).

Grand Dictionnaire de psychologie (2002), Paris, Larousse.

Grant, Karen R. (2002), « Analyse comparative entre les sexes : au-delà du syndrome de la Reine rouge ». Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes, volume 2, numéro 3, Hiver 2002.

Greer, Germaine (1992), Le passage.L'expérience de la ménopause, Paris : Plon.

Grell, P. (1986) «Les récits de vie : une méthodologie pour dépasser les réalités partielles», D. Desmarais et P. Grell, (éd.), Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoire, Montréal : éditions Saint-Martin.

Guay, Jérôme (1984) L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle, Boucherville : gaëtan morin éditeur.

Guyon, Louise (1999), «La santé des femmes, faut-il encore s'en préoccuper?». In Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), Actes du Forum pour la santé des femmes, 21, 22 novembre 1998, RQASF, Montréal.

Guyon, Louise. (1996), Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes, Québec, Publications du Québec.

Guyon, Louise. (1995), «Aspects épidémiologiques», chapitre 37. In Bélanger, Huguette et Charbonneau, Louise (1995), section VIII, La femme et la santé mentale. La santé des femmes. Montréal : Edisem, en collaboration avec Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec et Maloine.

Guyon, Louise. (1994), «Aspects épidémiologiques» in Bélanger, H. et Charbonneau, L. (1994), La santé des femmes. Section 8, La femme et la santé mentale, chap.37, Montréal : Edisem, F.M.O.Q., Maloine.

Guyon, Louise. (1991), «La perception qu'ont les femmes de leur état de santé ou la face cachée du diagnostic.» in Quéniart, A. (Sous la direction de), Femmes et santé, aspects psychosociaux, Boucherville : Gaëtan Morin éditeur, (p9-19).

Guyon, Louise (1990), Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Publications du Québec.

Guyon, Louise et Messing, Karen (1996), « De l'inclusion à l'innovation : réflexions sur l'apport féministe à l'étude de la santé ». In Dagenais, Huguette (1996). Science , conscience et action. 25 ans de recherche féministe au Québec. Montréal : Remue-ménage.

Guyon, Louise et Nadeau, Louise. (1990), "Le mouvement féministe et la santé mentale: que reste-t-il de nos amours? ", Santé mentale au Québec. Dossier. Les Québécoises: dix ans plus tard, Volume XV, numéro 1, mai 1990, (p7-28).

Hamel, Suzanne Ph.D. (1999), Vivre le meilleur en soi. De la quête de sens à la transcendance de soi, Montréal, Stanké.

Hamel, Suzanne (1997), Étude exploratoire du besoin de transcendance et des modalités de satisfaction chez des étudiant(e)s universitaires en psychologie, thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du doctorat en psychologie, Université de Montréal, avril 1997.

Havighurst, R.J. (1972), Developmental tasks and education, 3<sup>rd</sup> ed. New York: McKay.

Héty, Jean-Luc (2001), L'humain en devenir. Une approche profane de la spiritualité. Montréal: Fides.

Hollis, James (2008), Le meilleur est à venir. Trouvez un sens à la deuxième moitié de votre vie, Montréal, Le Jour. Traduction de Finding meaning in the second half of life, USA, Gotham Books, 2005.

Houde, Renée (1999) Les temps de la vie. Le développement psychosocial de l'adulte, (3e édition), Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

Houde, Renée (1991), Les temps de la vie. Le développement psycho-social de l'adulte selon la perspective du cycle de vie, (2<sup>e</sup> édition), Boucherville : gaëtan morin éditeur.

Hurtig, Marie-Claude et Pichevin, Marie-France (1982), "La psychologie et les femmes", Nouvelles questions féministes, Numéro 4, automne 1982, (p3-34).

Hurtig, Marie-Claude et Pichevin, Marie-France (1986), La différence des sexes. Questions de psychologie, Paris : Tierce.

Hurtig, Marie-Claude et Pichevin, Marie-France (1995), "Psychologie et essentialisme: un inquiétant renouveau", Nouvelles questions féministes. Psychologie et essentialisme, Volume 16, numéro 3, août 1995, (p7-32).

Hurtig, Marie-Claude, Kail, Michèle et Rouch, Hélène (1991), "Introduction", in Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes, Paris: Éditions du CNRS, (p11-20).

Institut de la statistique du Québec (2001), sous la direction de Daveluy, Carole, Pica, Lucille, Audet, Nathalie, Courtemanche, Robert et Lapointe, France. Enquête sociale et de santé 1998, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec.

Jack, Dana Crowley (1993), Née pour se taire : la dépression chez la femme, Montréal : Le Jour. Traduction de : Silencing the Self (1991).

Jung, Carl Gustav (1962), L'homme à la découverte de son âme. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Jung, Carl Gustav (1953), La guérison psychologique, Paris/Genève: Buchet-Chastel.

Karsenti, Thierry et Savoie-Zajc, Lorraine (2000). Introduction à la recherche en éducation, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.

King, Ursula (1993), Women and Spirituality. Voices of protest and promise. (Second edition). University Park: The Pennsylvania State University Press.

Kolander, Cheryl.A et Chandler, Cynthia K.(1990), Spiritual health :a balance of all dimensions, Paper presented at the annual meeting of the american alliance for health, physical education, recreation and dance.The american alliance for health, physical education, recreation and dance, New Orleans, LA, March 28-april 1, 1990.

Kovess, Viviane, Lesage, Alain, Boisguérin, Bénédicte, Fournier, Louise, Lopez, Alain, Ouellet, Aubert (2001), Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Paris: Médecine-Sciences/ Flammarion.

Krieger, L.M. (1995), View of menopause as disaster fades away. San Francisco examiner p.C-7

Lacourse, Marie-Thérèse (2002), Sociologie de la santé, Montréal : Chenelière/McGrawe-Hill.

Lacy, W.B. et J. Hendricks (1980), «Development models of adult life: myth or reality», International journal of aging and human development, 11(2), (p89-110).

Langlois, Diane et Larose, Lucie (1999), Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches. Cap sur la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches: les problèmes et les besoins exprimés. Régie régionale de Chaudière-Appalaches/Santé publique.

Lapointe, Jacques Jean (1992), La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation. Une approche systémique, Sillery, Presses de l'Université du Québec.

Legendre, Renald (2005), Dictionnaire actuel de l'éducation, Montréal , Guérin.

Le médecin du Québec (2000), «Ménopause, globalité et santé», volume 35, numéro 3, mars 2000 (p.43-101).

Levinson, D.J. (1986),«A conception of adult development», American psychologist 41, no1, january 1986, (p.3-13).

Lippert, Laurel (1997), «Women at midlife: implications for theories of women's adult development», Journal of counseling and development, vol 76, no1, winter 1997, (p.16-22).

Lippman, Abby (2004), La néo-médicalisation et la santé reproductive des femmes. Mis en ligne sur Sisyphe, le 27 avril 2004 (adresse internet : Sisyphe.org). Une version de cet article a d'abord été publiée dans la revue Sans préjudice (adresse internet : rqsaf.qc.ca)

Lock, Margaret (1993), Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America, University of California Press.

Marchand, Louise (1997), L'apprentissage à vie. La pratique de l'éducation des adultes et de l'andragogie. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.

Maslow, Abraham, H (1972), Vers une psychologie de l'être, Paris: Fayard.

Maslow, Abraham, H (1980), Religion, values and peak-experiences, New-York: Penguin (ouvrage original publié en 1964).

Masse, Lucie (1988), Stratégie de conscientisation à des aspects de la santé mentale pour des femmes à la ménopause. Rapport de stage présenté à la Faculté des Études supérieures de



l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.), avril 1988.

Massé, Raymond, Poulin, Carole, Battaglini, Alex (1998), Elaboration d'un outil de mesure de la santé mentale. Tome 1. Etude ethnosémantique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique.

Massé, Raymond (1995), Culture et santé publique. Boucherville : Gaëtan Morin Editeur.

Mayer, Robert et Ouellet, Francine (1991) «L'analyse de besoins d'une population», in Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Boucherville : gaëtan morin éditeur, (59-100).

MacArthur foundation (1997), «Research network on successful development (MIDMAC)» sur internet.

McKinlay, J.B. et coll. (1987), The relative contributions of endocrine changes in social circumstances to depression in mid-aged women, Journal of health and social behavior, 28, (p.345-363).

Mezirow, Jack (1991), Transformative Dimensions of Adult Learning. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Mezirow, Jack (1981), «A critical Theory of Adult Learning and Education». Adult Education, 32 (1), p. 3-24.

Mezirow, Jack (1978), "Perspective Transformation". Adult Education, XXVIII, p. 100-110.

Michelat, G. (1975) «Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie», Revue française de sociologie, vol.16.

Millett, Kate (1991), «La maladie mentale: une illusion? ». Santé mentale au Québec, Volume XVI, numéro 1, juin 1991.

Millet-Bartoli, Françoise (2002), La crise du milieu de vie: une deuxième chance. Paris : Odile Jacob.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications (mai 2008), Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. «Au féminin...À l'écoute de nos besoins» : Bilan 2002-2007. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005), Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Potvin, Nelson (avril 2004), Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide «S'entraider pour la vie». Québec, Direction des communications du MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe de travail sur l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide (juillet 2003), La stratégie québécoise d'action face au suicide : «S'entraider pour la vie». Plan d'action 2003-2008. Document de travail. Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (2003), Programme national de santé publique 2003-2012. Québec, Direction des communications du MSSS.

Ministère de l'Éducation (2001), Pour approfondir sa vie intérieure et changer le monde, document de travail. Québec : Secrétariat aux affaires religieuses, service d'animation spirituelle et d'engagement communautaire, cadre ministériel, 29 mars 2001.

Moisan, Marie (2000), Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes. Québec, Conseil du statut de la femme.

Morrow. Marina (2000), The Challenges of Change. The Midlife Health Needs of Women with Disabilities. British Columbia Center of Excellence for Women's Health. Vancouver, Canada.

Nadeau, Louise (1995), «Toxicomanie» dans Bélanger, Huguette et Charbonneau, Louise, La santé des femmes. Edisem, F.M.O.Q, Maloine.

Neugarten, Bernice L. (1973), «Personality change in later life:a developmental perspective», in C. Eisdorfer et M.P. Lawton , The psychology of adult development and aging, Washington, American psychological association,( p311-335).

Neugarten, Bernice L. (1968), Middle age and aging, Chicago: University of Chicago press.

Noble, Kathleen D. (1987), Psychological health and the experience of transcendence. Counselling-Psychologist, 15, (4), (p601-614).

Northrup, Christiane (2003), La sagesse de la ménopause: cultiver la santé physique et psychique durant cette période de changement. Varennes, Ada.

Notman, M. (1979), «Midlife concerns of women: implications of the menopause», American journal of psychiatry, 136, (p.1270-1273).

Ollivier, Michèle et Tremblay, Manon (2000), Questionnements féministes et méthodologie de la recherche. Paris/Montréal/Budapest/Torino : L'Harmattan.

Organisation mondiale de la santé (2000), Aide-mémoire no 246. Adresse internet : [www.OMSWho.int/](http://www.OMSWho.int/)

Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (1986), Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada.

Paillé, Pierre et Mucchielli, Alex (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin Éditeur.

Pampalon, Robert (1994), "La santé des Québécois et des Québécoises". In Vincent Lemieux et al. (sous la direction de), Le système de santé au Québec. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

Peelman, Achiel (1996), "Spiritualité et conscience planétaire", in Ménard, C. et Villeneuve, F. (Sous la direction de), (1996), Spiritualité contemporaine. Défis culturels et théologiques, Montréal: Fides, (p21-53).

Péloquin, Marjolaine (2002), Points de repère conceptuels pour un cadre de référence sur les besoins de santé mentale de femmes à l'étape du mitan de la vie en période de la ménopause (version provisoire). Document de travail interne présenté au comité de suivi du projet régional sur la santé mentale des femmes au mitan de la vie et à la ménopause. Rimouski, 4 juillet 2002 (non publié).

Phaneuf, Margot (1996), La planification des soins: un système intégré et personnalisé. Montréal: Chenelière-McGraw-Hill.

Pineault, Raynald et Daveluy, Carole (1995), La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Éditions nouvelles.

Pineault, Raynald et Daveluy, Carole (1995) «La détermination des besoins», in La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies, Montréal : Éditions nouvelles, (73-275).

Poisson, Yves (1991), La recherche qualitative en éducation, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Poupart, Groulx, Mayer, Deslauriers, Laperrière, Pires. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (1998), La recherche qualitative : Diversité des champs et des pratiques au Québec. Montréal-Paris-Casablanca, gaëtan morin éditeur.

Presses de la santé de Montréal (2000), La ménopause. Site internet : [worldsfinest.com](http://worldsfinest.com)

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, (novembre 2002), Cadre de référence : Services offerts par le programme de santé mentale-adultes dans les CLSC. Document de travail, version finale. Coordination : Pierrette Pichette avec la collaboration de Danielle Roy.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, Direction de la santé publique, Légaré, Gilles (1998), Surveillance épidémiologique du suicide. Détermination de la fiabilité et de la validité des données de la clientèle du Centre de prévention du suicide du Bas-St-Laurent. Rapport final. Direction régionale de la santé publique du BSL.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Bas-St-Laurent (1996), Stratégie régionale de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et de promotion de la santé auprès des femmes, Rimouki : Régie régionale de la santé et des services sociaux Bas-St-Laurent.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, Direction de la santé publique, Légaré, Gilles (1995), La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-St-Laurent. Enquête santé mentale. Rapport final et Faits saillants. Rimouski : Direction régionale de la santé publique du BSL.

Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (1997), Enquête sur les besoins, intérêts et préoccupations des femmes montréalaises face au cancer du sein et la santé en général, Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Réseau canadien pour la santé des femmes (2008), Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon. En ligne : [www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2008), Changeons de lunettes! Pour une approche globale et féministe de la santé. Montréal, RQASF.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2004), Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie. Montréal, RQASF.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), Cadre de référence : La santé des femmes au Québec. Montréal, RQASF.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1999), Actes du Forum pour la santé des femmes, 21 et 22 novembre 1998. (1998), Forum pour la santé des femmes, 21 et 22 novembre 1998. Cahier de la participante. Montréal : RQASF.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (Comité ménopause) (1997), Grille thématique: La ménopause. Montréal, RQASF.

Riopelle, Lise et al. (1984), Soins infirmiers: un modèle centré sur les besoins de la personne. Montréal: McGraw-Hill.

Ross, Lucie et François, Harry (janvier 2007), Profil du suicide au Québec 1981-2005p : mise à jour en 2007. Québec, Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ross, Lucie et Prévost, Stéphane (21 octobre 2005), Profil du suicide au Québec 1981-2002 : mise à jour en 2005. Québec, Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rupp, Joyce (1998), Dear heart, come home. The path of midlife spirituality, New York: The Crossroad Publishing Company.

Sadik, N. (1991), Investir dans les femmes : Objectif des années 90. New-York : Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population.

Saint-Paul, Josiane de (1999), Estime de soi, Confiance en soi : les fondements de notre équilibre personnel et social. Paris, InterÉditions.

Santé Canada, Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé (1995), La ménopause. Rapport du Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction. Canada, Ministère des approvisionnements et services.

Santé Québec (1995), Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, Volumes 1, 2, 3. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.

Santé Québec (1988), Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Et la santé, ça va?, tomes 1, 2 et cahier de recherche numéro 2 « L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères : analyse des données de l'enquête Santé Québec », Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.

Savoie-Zajc, Lorraine (2000), «La recherche qualitative/interprétative en éducation», in Karsenti, Thierry et Savoie-Zajc, Lorraine (2000). Introduction à la recherche en éducation, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.

Savoie-Zajc, Lorraine (1993), "Qu'en est-il de la triangulation : là où la recherche qualitative interprétative se transforme en intervention sociale." La Revue de L'Association pour la recherche qualitative (ARQ), vol. 8, hiver 1993, (p. 121-133).

Schasseur, Barbara (2002), La boulimie : Un suicide qui ne dit pas son nom. Bruxelles, Éditions De Boeck Université.

Servan-Schreiber, David (2003), Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. Paris, Robert Laffont, Pocket Évolution 12199.

Sheehy, Gail (1982), Les Passages de la vie. Montréal : Sélect.

St-Arnaud, Yves (1996), S'actualiser par des choix éclairés et une action efficace. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

Statistique Canada, Recensement de 2001 : compilations spéciales préparées pour le Conseil du statut de la femme, Institut de la statistique du Québec, 2003 et 2004.

Statistique Canada, Recensement de 1991 : compilations spéciales préparées pour le Conseil du statut de la femme, Bureau de la statistique du Québec, 1995.

Stein, Murray (1983), In Midlife, A Jungian Perspective. Dallas, Texas: Spring Publications.

St-Laurent, Danielle et Bouchard, Clermont. Institut national de santé publique du Québec, Unité Connaissance-surveillance (2004), L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

St-Laurent, Danielle et Gagné, Mathieu (2008), Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

St-Laurent, Danielle et Gagné, Mathieu (janvier 2007), La mortalité par suicide au Québec : Évolution du problème. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

St-Laurent, Danielle et Gagné, Mathieu (2007), Surveillance des suicides au Québec : Les décès imputables aux suicides dans la population québécoise. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Tousignant, Michel (1999), «Une question de sens...», dans la revue Vis-à-vie, volume 9, numéro 3, 1999. Thème du numéro : «Suicide et maladie mentale».

Tremblay, André (2007), «Suicide et rapports de sexe», in Recherches sociographiques, vol. XLVIII, numéro 3, 2007.

Turcotte, Claude (2009), « Les travailleuses domestiques veulent être couvertes par la CSST comme les autres travailleurs », dans Le Devoir, lundi 23 février 2009, p. A3.

Viorst, Judith (1988), Les renoncements nécessaires : tout ce qu'il faut abandonner en route pour devenir adulte. Paris, Laffont.

Volant, Éric (2006), Culture et mort volontaire : le suicide à travers les pays et les âges. Montréal, Liber.

Walters, Vivienne, Lenton, Rhonda, McKeary, Marie (1995), La santé des femmes dans le contexte de la vie des femmes. Rapport présenté à la direction de la promotion de la santé. Santé Canada : Ottawa, Canada.

## ANNEXE

### LISTE RÉSUMÉE DES RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

#### LISTE DES 17 THÉMATIQUES DES 52 TABLEAUX DESCRIPTIFS RÉALISÉS À PARTIR DES DONNÉES DES 12 QUESTIONNAIRES DU GROUPE-CIBLE

- 1- Profil général des 12 participantes du groupe-cible
- 2- Profil social des 12 participantes du groupe-cible
  - 2.1 Profil social général
  - 2.2 Goût et obstacles aux études
- 3- Profil économique des 12 participantes du groupe-cible :
  - 3.1 occupation (*en 2 tableaux*)
  - 3.2 revenu
- 4- Éléments descriptifs de la pré-ménopause et de la ménopause
- 5- Conceptions du mitan et de la ménopause :
  - 5.1 Perceptions de la santé au mitan et du vécu de ménopause
  - 5.2 Mythes et préjugés sur la ménopause
- 6- Changements événementiels du mitan :
  - 6.1 Situations de vie
  - 6.2 Relations et activités
  - 6.3 Ménopause, changement important du mitan?
  - 6.4 Maladies, accidents, mortalités
- 7- Changements psychologiques du mitan :
  - 7.1 Éléments généraux ou descriptifs de base
  - 7.2 Attitudes
  - 7.3 Perception de soi
  - 7.4 Éléments d'introspection
  - 7.5 Changements dans les choses que j'ai l'habitude de faire
  - 7.6 Autres changements psychologiques observés
- 8- Changements physiques du mitan :
  - 8.1 Santé en général et changements versus stabilité générale au mitan
  - 8.2 Éléments généraux ou descriptifs de base (*en 2 tableaux*)
  - 8.3 Interventions obstétricales (hystér. et ovariect.)
  - 8.4 Habitudes de vie
- 9- Difficultés psychologiques des 12 participantes du groupe-cible : éléments généraux ou descriptifs de base

- 10- Difficultés psychologiques : comportements addictifs**
  - 10.1 Consommation de médicaments**
  - 10.2 Consommation d'alcool**
  
- 11- Difficultés psychologiques : éléments particuliers**
  - 11.1 Capacité d'affronter difficultés et situations difficiles, facilité à prendre des décisions, bonne estime de soi**
  - 11.2 Place de l'entourage dans leur vie**
  
- 12- Prise en charge de sa santé psychologique durant les derniers 6 mois**
  
- 13- Situations difficiles attribuées aux changements du mitan :**
  - 13.1 Description et commentaires**
  - 13.2 Effets psychologiques des situations difficiles**
  - 13.3 Demande d'aide lors de situations difficiles**
  - 13.4 Réseau social et suivi professionnel**
  - 13.5 Ce qui est important parce ça aide dans les situations difficiles**
  - 13.6 L'importance de la spiritualité**
  
- 14- Besoins d'information:**
  - 14.1 Besoins d'information sur le mitan**
  - 14.2 Satisfaction versus accueil et information sur le mitan**
  - 14.3 Besoins d'information sur l'HTR**
  - 14.4 Besoins d'information sur les approches alternatives**
  
- 15- Besoins d'intervention**
  - 15.1 En général**
  - 15.2 En particulier**
  - 15.3 Besoins de soutien**
  - 15.4 Commentaires et autres types d'intervention possibles**
  - 15.5 Priorisation des besoins d'intervention**
  - 15.6 Lieux souhaités pour les interventions**
  
- 16- Besoins de ressources**
  - 16.1 Ressources professionnelles**
  - 16.2 Outils de communication**
  - 16.3 Personnes-ressources**
  - 16.4 Ateliers, sessions, conférences et activités**
  - 16.5 Lieux souhaités pour les ressources**
  - 16.6 Priorisation des besoins de ressources**
  
- 17- Commentaires généraux sur les expériences du mitan et de la ménopause (changements ou autres)**





DES FEMMES PARLENT  
DE  
LEUR SANTÉ MENTALE  
AU MITAN DE LA VIE  
ET  
À LA MÉNOPAUSE

Étude exploratoire  
de besoins  
chez 12 femmes de 45 à 54 ans  
du Bas-Saint-Laurent

*ANNEXE AU RAPPORT FINAL*

**INSTRUMENTS DE COLLECTE**

**Marjolaine Péloquin**

Recherche ayant bénéficié d'une subvention conjointe du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans le cadre d'un programme de subventions en santé publique

**Rimouski, mars 2009**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE CONFIDENTIALITÉ

Je mène présentement une recherche pour la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Les objectifs de cette recherche sont de connaître les principales difficultés de santé mentale de femmes qui vivent l'étape du milieu de la vie en période ménopausique et d'identifier les principaux besoins de santé mentale de cette population du territoire du Bas-Saint-Laurent.

C'est dans le cadre de cette recherche que vous avez accepté de répondre à ce questionnaire et de me rencontrer, à un moment ultérieur, dans une entrevue qui sera enregistrée sur magnétophone.

Je tiens à vous assurer que votre nom ne sera pas retenu et que les réponses au questionnaire ainsi que le contenu de notre entrevue ne figureront dans aucun dossier, médical ou autre, et ne feront l'objet d'aucune divulgation. Aux fins du rapport de recherche, vos réponses au questionnaire et le contenu de notre entrevue seront intégrés à des données collectives, sans aucun lien personnel qui permettrait de vous reconnaître. De plus, le questionnaire complété par vous sera détruit après compilation et les bandes d'enregistrement de l'entrevue seront effacées dès que la transcription en sera faite.

Je vous remercie chaleureusement de votre collaboration.

J'accepte de participer à la recherche

---

(nom de la participante)

---

(signature de la participante)

Je m'engage à respecter la confidentialité du questionnaire et de l'entrevue

---

(nom de la chercheure)

---

(signature de la chercheure)

**DATE :** \_\_\_\_\_

# **DIFFICULTÉS ET BESOINS DE SANTÉ MENTALE DE FEMMES AU MITAN ET À LA MÉNOPAUSE**

## **QUESTIONNAIRE AUX FEMMES**

Ce questionnaire peut prendre environ 2 heures pour être complété. Il sera suivi ultérieurement d'une entrevue d'une durée approximative de 2 heures, qui permettra d'approfondir certains thèmes de notre recherche.

Vous recevrez des honoraires de \$ 25.00 pour le questionnaire et de \$25.00 pour l'entrevue.

Vos expériences du mitan de la vie et de la ménopause sont une source d'informations qui ont une grande valeur pour les responsables de cette recherche. Votre participation à cette recherche permettra de connaître les principales difficultés et d'identifier les principaux besoins de santé mentale de femmes du Bas-Saint-Laurent qui vivent le mitan de la vie et la ménopause.

Si vous ne souhaitez pas compléter ce questionnaire, vous pouvez vous désister à tout moment et en informer la personne qui vous a recrutée dans les meilleurs délais.

### ***INSTRUCTIONS***

**S.V.P. UTILISER UN STYLO POUR RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.**

Quand vous indiquez un choix de réponse, utilisez une coche (✓).

Pour corriger un choix de réponse erroné, mettez un très gros « X » sur la mauvaise réponse et cochez la bonne réponse.

S'il n'y a pas assez d'espace ligné pour votre réponse après une question, utilisez l'endos des pages ou la dernière page du questionnaire en précisant bien le numéro de la question.

**CE QUESTIONNAIRE VOUS RÉFÈRE À LA PÉRIODE DU MITAN DE LA VIE QUI COMMENCE À L'ÂGE DE 35-40 ANS. QUAND VOUS VERREZ L'EXPRESSION «COMME AVANT», CELA SIGNIFIE : «COMME AVANT LE MITAN».**

**1. CONCEPTIONS DU MITAN ET DE LA MÉNopause**

**1.1 VOUS VOUS SITUEZ DANS LE GROUPE D'ÂGE DU MITAN DE LA VIE ADULTE QUI VA DE 35-40 ANS À 60-65 ANS. SI VOUS COMPAREZ CETTE PÉRIODE DU MITAN DE LA VIE À D'AUTRES PÉRIODES DE VOTRE VIE (ENFANT, ADOLESCENTE, JEUNE ADULTE), COMMENT CONSIDÉREZ-VOUS VOTRE ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE ? (COCHEZ UN ÉLÉMENT DE RÉPONSE).**

Plus facile  plus difficile  comme les autres

Qu'est ce qui vous semble le plus facile ou le plus difficile?

---

---

---

**1.2 VOUS ÊTES EN PRÉMÉNOPAUSE OU VOUS ÊTES MÉNopause. SI VOUS ÊTES MÉNopause, VOUS N'AVEZ PLUS DE MENSTRUATIONS DEPUIS 1 AN (MÉNOPAUSE NATURELLE) OU VOUS AVEZ EU UNE MÉNOPAUSE CHIRURGICALE.**

Comment considérez-vous vivre ou avoir vécu votre **préménopause**

-du point de vue de votre santé physique?

Facilement  difficilement

-du point de vue de votre santé mentale?

Facilement  difficilement

Comment considérez-vous vivre ou avoir vécu votre **ménopause**

-du point de vue de votre santé physique?

Facilement  difficilement

-du point de vue de votre santé mentale?

Facilement  difficilement

Qu'est ce qui vous semble ou vous a semblé facile ou difficile dans votre préménopause et/ou votre ménopause?

Dans votre préménopause :

---

---

---

Dans votre ménopause :

---

---

---

**1.3 DEPUIS QUE VOUS ÊTES EN PÉRIODE DE MÉNOPAUSE, QU'EST-CE QUI VOUS SEMBLE LE PLUS ADÉQUAT POUR DÉCRIRE CE QUE VOUS VIVEZ PHYSIQUEMENT ET PSYCHOLOGIQUEMENT?**

Manque d'hormones  surplus d'hormones  déséquilibre hormonal   
Rééquilibrage hormonal  changement (transition) hormonal   
Stabilité hormonale

Autres :

---

---

---

**1.4 CROYEZ-VOUS QUE LES MALADIES QUI ARRIVENT AUX FEMMES APRÈS 50 ANS SONT CAUSÉES PAR LA MÉNOPAUSE?**

Oui  Non  Pas certaine

Commentaires

---

---

---

**1.5 EST-CE QUE SELON VOUS, IL Y A DES PRÉJUGÉS, DES MYTHES ET DES TABOUS QUI ENTOURENT LA MÉNOPAUSE ?**

Oui  Non

Dans la liste suivante, lesquels sont les plus présents dans votre entourage?  
(Cochez)

La ménopause, ce n'est pas normal, c'est une maladie ou presque   
La ménopause, c'est le début de la vieillesse   
La ménopause, c'est la fin de la séduction et de la sexualité pour les femmes   
Les femmes deviennent «folles» à la ménopause   
La ménopause, c'est la fin de la productivité pour les femmes

Commentaires/Autres préjugés, mythes et tabous :

---

---

---

**1.6 EST-CE QUE LES PRÉJUGÉS, LES MYTHES ET LES TABOUS SUR LA MÉNOPAUSE VOUS INFLUENCENT PERSONNELLEMENT ?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non pas du tout     Ne sais pas

Expliquez brièvement :

---

---

---

**1.7 EST-CE QUE LES PRÉJUGÉS, LES MYTHES ET LES TABOUS SUR LA MÉNOPAUSE INFLUENCENT LES INTERVENANT(E)S DE LA SANTÉ, QUE CE SOIT DANS LE RÉSEAU PUBLIC (CLSC, HÔPITAL, CLINIQUE, SERVICE DE TOXICOMANIE PAR EXEMPLE ) OU DANS LES GROUPES COMMUNAUTAIRES (GROUPES ET CENTRES DE FEMMES, RESSOURCES COMMUNAUTAIRES EN TOXICOMANIE PAR EXEMPLE)?**

Oui, beaucoup     Oui, un peu     Non pas du tout     Ne sais pas

Expliquez brièvement :

---

---

---

**2. CHANGEMENTS DU MITAN**

**2.1 CHANGEMENTS ÉVÉNEMENTIELS**

Dans la liste suivante, **cochez** les **changements événementiels** que vous avez vécus depuis l'âge de 35-40 ans et qui sont importants pour vous :

**2.1.1 REVENU :**

**diminution :**    *légère*        *moyenne*        *importante*   

**augmentation :**    *légère*        *moyenne*        *importante*   

**prestations**

**de chômage :**    *diminution du montant*        *augmentation du montant*   

*non admissibilité*        *admissibilité*

**prestations de bien-être :** *diminution du montant*  *augmentation du montant*   
*non admissibilité*  *admissibilité*

**pension alimentaire :** *diminution du montant*  *augmentation du montant*   
*cessation*

**héritage :** *petit*  *moyen*  *important*

autre :  (indiquez quoi)

---

---

---

### 2.1.2 TRAVAIL RÉMUNÉRÉ :

perte d'emploi  promotion  rétrogradation   
diminution des jours de travail   
changement de responsabilités au travail   
augmentation de responsabilités au travail   
diminution de responsabilités au travail   
mutation  retour en emploi  entrée sur le marché du travail   
autre :  (indiquez quoi)

---

---

---

### 2.1.3 TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ :

retour à la maison   
prise en charge de proches  (indiquez si c'est au foyer et pour quelles raisons :  
malade, âgé(e) ou handicapé(e))

---

bénévolat  engagement social   
autre :  (indiquez quoi)



**2.1.4 RETOUR AUX ÉTUDES :**  (spécifiez à quel niveau et dans quel domaine)

---

**2.1.5 RETRAITE :** personnelle  du conjoint

**2.1.6 LIEU DE RÉSIDENCE :**

déménagement :

autre :  (indiquez quoi)

---

**2.1.7 RELATIONS D'AMITIÉ :**

plus d'investissement  moins d'investissement

nouvelle(s) amitié(s)  perte(s) d'amitiés

**2.1.8 RELATIONS AMOUREUSES OU INTIMES :**

nouvelle relation amoureuse  relation extraconjugale

mariage ou remariage  relation homosexuelle

questionnement sur le couple

rupture  séparation  divorce

autre :  (indiquez quoi)

---

**2.1.9 RELATIONS AVEC LES MEMBRES DE LA FAMILLE :**

naissances ou adoptions  retrouvailles  monoparentalité

familles reconstituées  départ des enfants

homosexualité d'un(e) proche

autre :  (indiquez quoi)

---

**2.1.10 MÉNOPAUSE**

**2.1.11 MALADIE, ACCIDENT OU DIFFICULTÉS DE SANTÉ PERSONNELLE**

**2.1.12 MALADIE, ACCIDENT OU DIFFICULTÉS DE SANTÉ DE PROCHES**

**2.1.13 MORT DE PERSONNES SIGNIFICATIVES**

**2.1.14 ANIMAUX**

perte  acquisition

nouvelle relation avec les animaux

### 2.1.15 ACTIVITÉS

voyages  création  sport  culture

participation régulière à une activité de groupe

autre :  (indiquez quoi)

---

Autres changements événementiels que vous avez notés :

---

Commentaires additionnels sur cette question concernant les changements événementiels :

## 2.2 CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Depuis l'âge de 35-40 ans, est-ce que vous avez noté certains des **changements psychologiques** suivants?

**Cochez TOUT** ce qui s'applique à vous :

Mémoire :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Concentration :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité :	<i>plus grande</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins grande</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Niveau de stress :	<i>plus élevé</i>	<input type="checkbox"/>	<i>plus bas</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Humeur :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Attitude face à la vie :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Attitude face à la santé :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Attitude face à la mort :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Attitude face à l'entourage :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Attitude face aux enfants :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>

- Attitude face au travail (incluant travail ménager) :  
*meilleure*  *moins bonne*  *pareille*
- Sentiment d'identité personnelle :  
*meilleur*  *moins bon*  *pareil*
- Sensation d'être sexuellement désirable :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Perception de sa valeur sociale :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Perception du sens de sa vie :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Contrôle de soi: *plus grand*  *moins grand*  *comme avant*
- Compréhension de soi :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Préoccupation par rapport à soi :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Préoccupation par rapport à l'âge :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Ouverture à la dimension spirituelle :  
*plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Inquiétude : *plus grande*  *moins grande*  *comme avant*
- Intérêt dans les choses que j'ai l'habitude de faire :  
*plus grand*  *moins grand*  *comme avant*
- Rythme dans les choses que j'ai l'habitude de faire :  
*plus rapide*  *plus lent*  *comme avant*

Autres changements psychologiques que vous avez notés :

---



---



---

Commentaires additionnels sur cette question concernant les changements psychologiques :

---



---



---

## 2.3 CHANGEMENTS PHYSIQUES :

Depuis l'âge de 35-40 ans, est-ce que vous avez noté certains des **changements physiques** suivants? **Cochez** TOUT ce qui s'applique à vous :

### 2.3.1 CHANGEMENTS AU NIVEAU DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE EN GÉNÉRAL :

Santé en général :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Vision :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Audition :	<i>meilleure</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bonne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareille</i>	<input type="checkbox"/>
Contrôle urinaire :	<i>meilleur</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins bon</i>	<input type="checkbox"/>	<i>pareil</i>	<input type="checkbox"/>
Fréquence des mictions :						
	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Bouffées de chaleur :						
	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Frilosité :	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Suées nocturnes :	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires et osseuses :						
	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaires :						
	<i>plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>
Problèmes intestinaux :						
	<i>Plus</i>	<input type="checkbox"/>	<i>moins</i>	<input type="checkbox"/>	<i>comme avant</i>	<input type="checkbox"/>

Autres changements physiques que vous avez notés :

---

---

---

Commentaires additionnels sur cette question concernant les changements physiques :

---

---

---

**2.3.2 CHANGEMENTS DANS LE NIVEAU D'ÉNERGIE :**

Niveau d'énergie : *plus*  *moins*  *comme avant*   
Sommeil : *plus*  *moins*  *comme avant*

Autres changements que vous avez notés dans le changement d'énergie :

---

---

---

**2.3.3 CHANGEMENTS DANS L'APPARENCE PHYSIQUE :**

Poids : *plus élevé*  *plus bas*  *comme avant*   
Grandeur : *plus élevée*  *plus basse*  *comme avant*   
Peau :  Cheveux :

Autres changements que vous avez notés dans l'apparence physique :

---

---

---

**2.3.4 CHANGEMENTS DANS LES RÈGLES MENSTRUELLES :**

Durée de vos règles : *+longue*  *+courte*  *comme avant*   
Abondance de vos règles : *+grande*  *- grande*  *comme avant*

Cycles non au rendez-vous ou interruption de cycles (combien de fois?)

---

Cycles arrêtés (depuis quand?) \_\_\_\_\_

Disparition complète des règles depuis 1 an ou plus (précisez combien d'années)

---

Autres changements que vous avez notés dans l'apparence physique :

---

---

---

### 2.3.5 CHANGEMENTS AU NIVEAU SEXUEL :

Intérêt envers la sexualité :  
*plus*  *moins*  *comme avant*

Confort durant les relations :  
*plus*  *moins*  *comme avant*

Muqueuse vaginale :  
*+ lubrifiée*  *+ sèche*  *comme avant*

Orgasme : *augmentation*  *diminution*  *disparition*   
*comme avant*

Fréquence des relations (depuis 6 mois) :  
*plus*  *moins*  *comme avant*

Satisfaction au niveau sexuel :  
*plus*  *moins*  *comme avant*

Libido du ou de la partenaire :  
*augmentation*  *diminution*  *disparition*   
*comme avant*

autres changements que vous avez notés au niveau sexuel :

---

---

---

### 2.3.6 CHANGEMENTS AU NIVEAU DES SEINS :

sensibilité : *+grande*  *- grande*  *comme avant*

masses : *+souvent*  *+rarement*  *comme avant*

autres changements que vous avez notés au niveau des seins :

---

---

### 2.3.7 HYSTÉRECTOMIE (utérus enlevé) /OVARIECTOMIE (ovaire(s) enlevé(s))

#### 2.3.7.1 Est-ce que votre utérus a été enlevé chirurgicalement?

Oui  Non  Pas certaine

Si oui, quel âge aviez-vous? \_\_\_\_

(Cochez ici si vous n'êtes pas certaine de votre âge : ).

Étiez-vous obligée de faire enlever votre utérus?

Oui  Non  Pas certaine

**2.3.7.2 Est-ce que vos deux ovaires ont été enlevés chirurgicalement?**

Oui  Non  Pas certaine

Est-ce que **un ovaire** a été enlevé?

Oui  Non  Pas certaine

Est-ce que **une partie d'ovaire** a été enlevée?

Oui  Non  Pas certaine

Si oui, quel âge aviez-vous? \_\_\_\_

(Cochez ici si vous n'êtes pas certaine de votre âge : )

Étiez-vous obligée de faire enlever votre ovaire ou cette partie d'ovaire ou vos deux ovaires ?

Oui  Non  Pas certaine

**2.3.7.3 Si votre utérus et/ou vos (votre) ovaire(s) ont été enlevés, sentez-vous que vous avez été suffisamment bien informée sur l'opération et ses résultats?**

Oui  Non  Pas certaine

**2.3.7.4 Comment vous sentez-vous face à ce vécu de l'hystérectomie/ovariectomie ?**

---

---

---

Commentaires additionnels concernant certaines sous questions du numéro sur les changements physiques :

---

---

---

**2.3.8 EST-CE QUE LES CHANGEMENTS PHYSIQUES QUE VOUS AVEZ VÉCUS AU MITAN ONT CHANGÉ VOS HABITUDES DE VIE (ALIMENTATION, EXERCICE PHYSIQUE, SOMMEIL, GESTION DU STRESS ET RÉDUCTION DES TOXIQUES COMME LE TABAC, L'ALCOOL ET LES MÉDICAMENTS NON ESSENTIELS) ?**

Oui  Non

Si oui, pouvez vous expliquer brièvement quelles habitudes de vie ont été changées?

---

---

---

**2.3.8.1** Considérez-vous que les changements physiques que vous avez vécus au milieu vous ont amenée à des habitudes de vie plus saines?

Oui  Non

Commentaires

---

---

---

**2.3.8.2** Considérez-vous que les changements physiques que vous avez vécus au milieu vous ont amenée à des habitudes de vie moins saines?

Oui  Non

Commentaires

---

---

---

**2.4** EST-CE QUE LES PÉRIODES DE CHANGEMENTS QUE VOUS AVEZ VÉCUES AU MILIEU (AUTANT AU NIVEAU ÉVÉNEMENTIEL QU'AU NIVEAU PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIQUE) ÉTAIENT SUIVIES DE PÉRIODES DE STABILITÉ?

Oui  Non  Ne sais pas

Considérez-vous que vous vous trouvez actuellement dans une période de changement ou dans une période de stabilité ?

Période de changement  Période de stabilité



### 3. DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES AU MITAN

3.1 DEPUIS L'ÂGE DE 35-40 ANS, EST-CE QUE VOUS AVEZ VÉCU CERTAINES DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES SUIVANTES? COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS :

**Détresse psychologique :**

- états dépressifs
- états anxieux
- agressivité
- irritabilité
- difficultés de concentration, de mémoire, de jugement
- fatigabilité

**Dépendance :**

- aux médicaments
- à l'alcool
- aux drogues

**Dépression :**

Par qui cette dépression a-t-elle été dépistée? (Cochez)

Par vous-mêmes

- Par un(e) professionnel(le) de la santé :
- médecin
  - psychiatre
  - psychologue
  - travailleuse ou travailleur social(e)
  - autre

Si autre : précisez le type de professionnel(le) : \_\_\_\_\_

Était-ce votre première dépression ? (Cochez)      Oui       Non

Si NON, à quand remontent la ou les précédentes?

\_\_\_\_\_

**Autres difficultés psychologiques** (veuillez les identifier) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.2 PARMIS LES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES MENTIONNÉES À LA QUESTION PRÉCÉDENTE (EN 3.1), LAQUELLE A ÉTÉ LA PLUS IMPORTANTE?**

---

---

---

**3.3 À QUEL ÂGE PRÉCIS ET DURANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS VÉCU CETTE DIFFICULTÉ PSYCHOLOGIQUE ? (NOMBRE DE MOIS ET D'ANNÉES ET COCHEZ SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE DU NOMBRE DE MOIS ET D'ANNÉES)**

---

**3.4 AVEZ-VOUS PRIS DES MÉDICAMENTS QUI VOUS AVAIENT ÉTÉ DONNÉS PAR VOTRE MÉDECIN ET QUI ÉTAIENT RELIÉS À L'UNE OU L'AUTRE DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES IDENTIFIÉES PLUS HAUT ? (Cocher)**

Oui  Non  Pas certaine

Si OUI, quel(s) type(s) de médicament(s) avez-vous pris? Cochez TOUT ce qui s'applique à vous :

Tranquillisants

Somnifères

Antidépresseurs

Autre (précisez le type de médicament et sa fonction)

---

---

---

**3.5 LEQUEL OU LESQUELS DE CES MÉDICAMENTS CONTINUEZ-VOUS À PRENDRE SUR UNE BASE RÉGULIÈRE ?**

Tranquillisants  Somnifères  Antidépresseurs  Autre

---

---

---

**3.6 POUR QUELLES RAISONS EN PRENEZ-VOUS ? (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS)**

Pour relaxer

Pour dormir

Pour m'aider dans des circonstances et/ou de situations difficiles

Pour m'aider à fonctionner dans mon quotidien

Je suis dépendante de ces médicaments

Ça diminue les bouffées de chaleur

Ça diminue la douleur

Autre (expliquez)

---

---

---

**3.7 EST-CE QU'IL VOUS EST ARRIVÉ DE REFUSER UN MÉDICAMENT SUGGÉRÉ PAR LE MÉDECIN? (COCHEZ)**

Oui  Non  Pas certaine

Si OUI, cochez à quel moment vous avez refusé :

au moment où le médecin voulait me prescrire ce médicament

après la prescription du médecin, avant d'aller la remplir à la pharmacie

après avoir rempli la prescription et reçu le médicament de la pharmacie

Si OUI, pour quelles raisons avez-vous refusé ce médicament? (Précisez ici de quel type de médicament il s'agissait).

---

---

---

Avez-vous remplacé ce médicament par autre chose ? (Cochez)

Oui  Non

Si OUI, par quoi avez-vous remplacé ce médicament?

---

Commentaires additionnels concernant la question sur les médicaments

---

---

---

**3.8 BUVEZ-VOUS DES BOISSONS ALCOOLISÉES (BIÈRE, VIN, «FORT», ETC) ? (Cochez)**

Oui  Non  Parfois

**3.9 POUR QUELLES RAISONS BUVEZ-VOUS DES BOISSONS ALCOOLISÉES? (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS)**

- Des raisons sociales (*lors de fêtes et de «partys» par exemple*)
- Des raisons culturelles (*c'est courant dans mon milieu*)
- Pour relaxer
- Pour dormir
- Pour m'aider dans des circonstances et/ou de situations difficiles
- Pour me dégêner
- Pour m'aider à fonctionner dans mon quotidien
- Je suis dépendante de l'alcool
- Ça diminue la douleur
- Ça diminue la nausée
- C'est plus «naturel» qu'un médicament
- Autre (expliquez)

---

---

---

Commentaires additionnels concernant la question sur les boissons alcoolisées :

---

---

---

**3.10 QUAND IL VOUS ARRIVE MAINTENANT DE REVIVRE CERTAINES DIFFICULTÉS OU QUE VOUS FAITES FACE À DES SITUATIONS DIFFICILES, VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE DE LES AFFRONTER ET DE LES AFFRONTER POSITIVEMENT, EN SACHANT FAIRE LA PART DES CHOSES? (COCHEZ).**

- Jamais  Rarement  La moitié du temps
- Fréquemment  Presque toujours

**3.11 AVEZ-VOUS DE LA FACILITÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS? (COCHEZ)**

- Jamais  Rarement  La moitié du temps
- Fréquemment  Presque toujours

**3.12 CONSIDÉREZ-VOUS QUE VOUS AVEZ UNE BONNE ESTIME DE VOUS-MÊMES? (COCHEZ)**

- Jamais  De temps en temps  Assez souvent
- Très souvent

**3.13 QUELLE PLACE VOTRE ENTOURAGE TIENT-IL DANS VOTRE VIE ? (COCHEZ)**

Très grande  Grande  Moyenne   
Petite  Très petite  Aucune

Depuis que vous êtes au mitan de la vie, comment considérez-vous la place de votre entourage dans votre vie ? (Cochez)

plus importante maintenant qu'avant le mitan   
moins importante maintenant qu'avant le mitan   
aussi importante maintenant qu'avant le mitan

Êtes-vous en bons termes avec votre entourage? (Cochez)

Jamais  Rarement  La moitié du temps   
Fréquemment  Presque toujours

De façon générale, sentez-vous que votre entourage vous soutient? (Cochez)

Jamais  Rarement  La moitié du temps   
Fréquemment  Presque toujours

**3.14 ACTUELLEMENT (DEPUIS LES DERNIERS SIX (6) MOIS), AVEZ-VOUS DES BUTS ET DES AMBITIONS? (COCHEZ)**

Oui  Non

Que faites-vous pour réaliser vos buts et vos ambitions?

---

---

---

---

---

**3.15 POUVEZ-VOUS IDENTIFIER TROIS (3) ACTIONS QUE VOUS POSEZ ACTUELLEMENT, OU QUE VOUS AVEZ POSÉES DANS LES DERNIERS SIX (6) MOIS, POUR RÉPONDRE À VOS BESOINS ET POUR ÊTRE MIEUX DANS VOTRE PEAU?**

---

---

---

Commentaires additionnels concernant votre santé psychologique depuis les derniers six (6) mois) :

---

---

---

---

---

#### 4. SITUATIONS DIFFICILES ET CHANGEMENTS DU MITAN

**4.1** DANS LA LISTE DE SITUATIONS DIFFICILES QUI SUIT, COCHEZ TOUTES CELLES QUE VOUS VIVEZ OU AVEZ VÉCUES ET QUE VOUS ATTRIBUEZ SPÉCIFIQUEMENT aux CHANGEMENTS DU MITAN; SI VOUS LE CROYEZ NÉCESSAIRE, PRÉCISEZ EN QUELQUES MOTS.

A-  Avoir des difficultés financières à cause de certains changements du mitan

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

B-  Avoir des problèmes de santé

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

C-  Vivre des difficultés au niveau du couple

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

D-  Vivre des difficultés avec les enfants (adolescents ou adultes)

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

E-  Vivre le départ des enfants de la maison

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**F-**  Vivre une séparation après plusieurs années de vie commune

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**G-**  Assumer seule la responsabilité des enfants

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**H-**  Vivre seule

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**I-**  Assumer la responsabilité d'un(e) proche malade, âgé(e) ou handicapé(e)

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**J-**  Vivre la mort d'un(e) proche

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**K-**  Devoir retourner sur le marché du travail

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

**L-**  Vivre la retraite (la sienne ou celle du conjoint)

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

M-  Autres situations difficiles attribuées aux **changements du mitan**

---

---

---

---

---

**4.2 VOICI CERTAINS EFFETS QUE PEUVENT CAUSER LES SITUATIONS ÉNUMÉRÉES PRÉCÉDEMMENT. COCHEZ À GAUCHE TOUS LES EFFETS QUI SE FONT SENTIR CHEZ VOUS ET PRÉCISEZ EN QUELQUES MOTS DANS QUELLES SITUATIONS PARTICULIÈRES QUI SE RÉFÈRENT AUX SITUATIONS (DE A À M) IDENTIFIÉES EN 4.1.**

Ça cause du stress

---

---

---

Ça déprime

---

---

---

Ça porte à se culpabiliser

---

---

---

Ça porte à vouloir en finir avec la vie

---

---

---

Ça rend agressive, irritable

---

---

---



Ça cause de la fatigue, des troubles physiques

---

---

---

Ça empêche de fonctionner normalement

---

---

---

Ça porte à boire, à manger

---

---

---

Ça porte à fumer, à prendre des médicaments, de l'alcool, des drogues

---

---

---

Autre (s)

---

---

---

---

---

---

**4.3 LORS DE SITUATIONS DIFFICILES, EST-CE QUE, EN GÉNÉRAL, VOUS ÊTES PORTÉE OU ÉTIEZ-VOUS PORTÉE À DEMANDER DE L'AIDE ? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, à qui ? (Cochez)

À la famille  Aux ami(e)s  Aux voisins

Aux services de santé ou sociaux

Aux groupes de femmes ou à d'autres groupes communautaires

Spécifiez quel type de service ou quel sorte de groupe

---

---

---

**4.3.1 DANS QUELLES CIRCONSTANCES DEMANDEZ-VOUS DE L' AIDE GÉNÉRALEMENT?**

---

---

---

**4.3.2 DIRIEZ-VOUS QUE SANS CES PERSONNES, CES SERVICES OU CES GROUPES VOUS NE SERIEZ PAS PASSER AU TRAVERS? (COCHEZ)**

Oui  Non  Ne sais pas

**4.3.3 Y A-T-IL DES SERVICES OU DES GROUPES QUE VOUS NE RECOMMANDERIEZ À PERSONNE? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, lesquels et pour quelles raisons

---

---

---

**4.3.4 Y A-T-IL DES SERVICES OU DES GROUPES QUE VOUS RECOMMANDERIEZ À VOS PROCHEs ? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, lesquels et pour quelles raisons :

---

---

---

**4.4 AVEC QUI ÊTES-VOUS EN CONTACT LE PLUS SOUVENT EN DEHORS DES GENS AVEC QUI VOUS VIVEZ À LA MAISON?**

---

---

---

**4.5 DANS LE PASSÉ, AVEZ-VOUS ÉTÉ SUIVIE RÉGULIÈREMENT PAR UN(E) PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, spécifiez combien de temps a duré votre dernière période de suivi et par quel type de professionnel(le) :

---

**4.5.1 ACTUELLEMENT, ÊTES-VOUS SUIVIE PAR UN (E) PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, spécifiez depuis combien de temps et par quel type de professionnel(le) :

---

**4.6 EST-CE IMPORTANT QUE LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE HABITENT PRÈS DE VOUS? (COCHEZ)**

Oui  Non

Pour quelles raisons?

---

---

---

**4.7 À QUI ET/OU À QUOI ACCORDEZ-VOUS DE L'IMPORTANCE PARCE QUE ÇA VOUS AIDE DANS LES SITUATIONS DIFFICILES? (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS)**

- mon conjoint
- mon ou mes enfants
- un ou une ami(e) très proche
- un(e) ou des intervenant(e)s de la santé ou des groupes communautaires
- ma foi religieuse, ma spiritualité, mes valeurs spirituelles
- mon travail (incluant travail à la maison)
- les relations sociales, le bénévolat, l'engagement social
- mon corps, ma sexualité
- la nature

- une activité de création manuelle ou artistique (jardin, chant, danse etc.)
- une activité sportive (marche, course, vélo etc.)
- l'écriture, la lecture, écouter de la musique
- la solitude (me retrouver moi-même, penser, rêver, regarder)
- mon ou mes animaux de compagnie
- les loisirs (TV, cinéma, spectacles, voyages etc.)
- les médicaments
- les drogues
- l'alcool
- autres (spécifiez quoi)

---



---



---

**4.7.1 DANS CE QUE VOUS VENEZ D'IDENTIFIER D'IMPORTANT POUR VOUS EN 4.7, INDIQUEZ CE QUI DONNE LE PLUS DE SENS À VOTRE VIE :**

---



---



---

**4.8 POUR VOUS, LA SPIRITUALITÉ ET/OU LES VALEURS SPIRITUELLES SONT : (COCHEZ)**

- Très importantes  Assez importantes  Peu importantes   
 Pas importantes du tout

**4.8.1 CROYEZ-VOUS QUE VOTRE SPIRITUALITÉ ET/OU VOS VALEURS SPIRITUELLES ONT UN EFFET POSITIF SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ, PHYSIQUE OU MENTALE? (COCHEZ)**

- Oui, beaucoup  Oui, un peu  Non, pas du tout  Ne sais pas

Si OUI, expliquez comment en quelques mots :

---



---



---



---



---

## 5. BESOINS EN REGARD D'APPROCHES D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES

### 5.1 VOUS SENTEZ-VOUS BIEN INFORMÉE DE FAÇON GÉNÉRALE SUR LE MITAN DE LA VIE ? (COCHEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOUS).

Concernant les *changements* (événementiels, psychologiques et physiques) du mitan :

Oui  Non  Pas certaine

Concernant les *difficultés* de santé mentale (psychologique et spirituelle) au mitan :

Oui  Non  Pas certaine

Commentaires :

---

---

---

### 5.2 AVEZ-VOUS BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LE MITAN DE LA VIE? (COCHEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOUS)

Concernant les *changements* du mitan :

Oui  Non  Pas certaine

Concernant les *difficultés* de santé mentale au mitan :

Oui  Non  Pas certaine

Commentaires

---

---

---

### 5.3 EST-CE QUE VOUS AVEZ PARLÉ À UN OU À UNE INTERVENANTE, SOIT DANS LE RÉSEAU PUBLIC DE LA SANTÉ OU DANS LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE, DES *CHANGEMENTS* ET DES *DIFFICULTÉS* QUE VOUS AVEZ VÉCUS AU MITAN?

Oui  Non

Commentaires

---

Cochez à **gauche** le type d'intervenant(e) à qui vous en avez parlé et indiquez à **droite** le type de l'institution ou de l'organisme qui est concerné (Ex. : hôpital, clinique médicale, CLSC, groupe de femmes ou groupe communautaire)

Médecin généraliste : \_\_\_\_\_

Gynécologue : \_\_\_\_\_

Psychiatre : \_\_\_\_\_

- Infirmière : \_\_\_\_\_
  - Diététiste \_\_\_\_\_
  - Psychologue \_\_\_\_\_
  - Travailleuse ou travailleur social(e) \_\_\_\_\_
  - Intervenante(e) social(e) : \_\_\_\_\_
  - Travailleuse communautaire dans un centre de femmes ou dans un groupe :
  - Autres (spécifiez)
- 
- 
- 

**5.4 SI VOUS AVEZ PARLÉ DE VOS CHANGEMENTS ET DE VOS DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE AU MITAN À UN(E) INTERVENANT(E),**

dans quelle mesure êtes-vous satisfaite de l'*accueil* qui vous a été donné? (Cochez)

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

Commentaires

---



---



---

dans quelle mesure êtes-vous satisfaite de l'*information* qui vous a été donnée? (Cochez)

Beaucoup  Moyennement  Peu  Pas du tout

Commentaires

---



---



---

**5.5 EST-CE QUE LE MÉDECIN VOUS A PRESCRIT : (COCHEZ)**

Une psychothérapie? Oui  Non

Des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs? Oui  Non

Autres? Oui  Non

(spécifiez quoi)

---

---

---

**5.6 EST-CE QUE LE MÉDECIN VOUS A PRESCRIT DES HORMONES POUR VOS CHANGEMENTS MÉNOPAUSIQUES? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, comment vous sentez-vous avec la décision de prendre des hormones?

---

---

---

**5.6.1 QUE SAVEZ-VOUS DES BÉNÉFICES ET DES RISQUES DE L'HORMONOTHÉRAPIE (HTR)?**

---

---

---

**5.6.2 SENTEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'INFORMATION CONCERNANT L'HORMONOTHÉRAPIE (HTR)? (COCHEZ)**

Oui  Non  Pas certaine

Commentaires :

---

---

---

**5.6.3 EST-CE QUE VOUS UTILISEZ OU AVEZ UTILISÉ DES APPROCHES ALTERNATIVES (HERBES, ACUPUNCTURE, HOMÉOPATHIE OU AUTRES ) POUR VOS CHANGEMENTS MÉNOPAUSIQUES? (COCHEZ)**

Oui  Non

Si OUI, lesquelles? (expliquez brièvement)

---

**5.6.4 SI VOUS UTILIS(IEZ) DES APPROCHES ALTERNATIVES (HERBES, ACUPUNCTURE, HOMÉOPATHIE OU AUTRES) POUR VOS CHANGEMENTS MÉNOPAUSIQUES, COMMENT VOUS SENT(IEZ)-VOUS AVEC VOTRE DÉCISION?**

---

---

---

**5.6.5 SENTEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'INFORMATION CONCERNANT LES APPROCHES ALTERNATIVES POUR LA MÉNOPAUSE? (COCHEZ)**

Oui  Non  Pas certaine

Commentaires :

---

---

---

**5.7 SELON VOUS, QUELS TYPES D'INTERVENTIONS SERAIENT LES PLUS SUSCEPTIBLES DE VOUS DONNER DU SUPPORT FACE À CES CHANGEMENTS ET À CES DIFFICULTÉS AU MITAN? COCHEZ À DROITE TOUT CE QUI RÉPONDRAIT À VOS BESOINS.**

- A-** Une organisation de société qui prenne en compte les besoins de santé des femmes au mitan et à la ménopause avec différentes mesures comme l'instauration d'un congé ménopause par exemple
- B-** Des interventions centrées sur la dimension physique et physiologique des changements et difficultés au mitan et à la ménopause   
Des interventions centrées sur les dimensions psychologique et spirituelle des changements et difficultés au mitan et à la ménopause   
Des interventions centrées sur la dimension sociale des changements et difficultés au mitan et à la ménopause
- C-** Information sur les changements du mitan vécus par les femmes :  
au niveau social et économique   
au niveau mental (psychologique et spirituel)   
au niveau physique et sexuel
- D-** Information sur les difficultés de santé (mentales et physiques) des femmes au mitan :  
risques de santé du mitan   
problèmes et besoins de santé du mitan   
outils d'auto santé et de prévention :  
alimentation   
exercice   
auto-examen des seins   
se libérer des dépendances   
outils de croissance psychologique et spirituelle



- E- Information sur la ménopause :  
 outils pour prendre une décision face à l'HTR ou aux approches alternatives   
 aspects psychologiques et spirituels de la ménopause
- F- Information et support de la part des intervenant(e)s  
 dans le réseau public de la santé   
 dans le réseau public d'éducation des adultes   
 dans le réseau communautaire
- G- Une personne avec qui je peux parler de mes changements et difficultés  
 (comment je me sens et ce que je ressens) et qui peut me donner du support
- H- Un groupe avec qui je peux parler de mes changements et difficultés  
 (comment je me sens et ce que je ressens) et qui peut me donner du support
- I- Une démarche de croissance :  
 individuelle   
 de groupe   
 psychologique   
 spirituelle
- J- Plus de support pour m'aider à prendre soin de moi
- K- Plus de support pour les travaux ménagers et le soin des personnes  
 à ma charge
- L- Sortir avec des gens plus souvent
- M- Autres (spécifiez quoi)

---



---



---



---



---

**5.7.1 INDIQUEZ PAR ORDRE D'IMPORTANCE ET EN COMMENÇANT PAR LE PLUS IMPORTANT, LES TROIS (3) TYPES D'INTERVENTIONS LES PLUS PRIORITAIRES SELON VOS BESOINS. (CHAQUE BLOC D'INTERVENTIONS ÉTANT IDENTIFIÉ PAR UNE LETTRE, VOICI UN EXEMPLE DE RÉPONSE : 1=D, 2=G, 3=C)**

1 = \_\_\_\_                      2 = \_\_\_\_                      3 = \_\_\_\_

**5.8 SELON VOUS ET EN FONCTION DE VOS BESOINS, OÙ CES TYPES D'INTERVENTIONS SERAIENT LE PLUS SUSCEPTIBLE D'ÊTRE UTILES ? (COCHEZ)**

- A- À la maison
- B- Dans l'entourage
- C- Dans le milieu de travail
- D- Dans le village ou la ville

- E- Sur mon territoire (Témiscouata, Kamouraska ou Rimouski)
  - F- Dans la région du Bas-St-Laurent
  - G- Au CLSC
  - H- À l'hôpital
  - I- À l'éducation des adultes (cegep ou commission scolaire)
  - J- Dans un groupe ou un centre de femmes
  - K- Autres (précisez quoi)
- 
- 
- 

**5.9 SELON VOUS, QUELS TYPES DE RESSOURCES SERAIENT LES PLUS SUSCEPTIBLES DE RÉPONDRE À VOS BESOINS FACE À CES CHANGEMENTS ET À CES DIFFICULTÉS AU MITAN? COCHEZ À DROITE TOUT CE QUI RÉPONDRAIT À VOS BESOINS.**

- A- Une équipe **médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause
  - affiliée à l'hôpital
  - affiliée au CLSC
  - affiliée à une clinique privée
- B- Une équipe **non médicale** sur la santé des femmes au mitan et à la ménopause
  - affiliée à un groupe de femmes
  - affiliée à un centre de femmes
- C- Une intervenante du réseau public de la santé chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause
  - à l'hôpital
  - au CLSC
- D- Une intervenante du réseau communautaire chargée du dossier de la santé des femmes au mitan et à la ménopause
  - dans un groupe de femmes
  - dans un centre de femmes
- E- Un service d'écoute téléphonique
- F- Un bulletin d'information
- G- Des capsules régulières d'information dans les médias
- H- Une personne-ressource à consulter quand j'ai besoin d'information :
  - dans le réseau public de la santé
  - dans le réseau public de l'éducation des adultes
  - dans le réseau des groupes de femmes

- I- Une personne-ressource :
  - pour un accompagnement psychologique
  - pour un accompagnement spirituel
- J- Un groupe d'entraide et d'échange
- K- Des ateliers ou sessions d'**information**
- L- Des ateliers ou sessions de **formation**
- M- Des ateliers ou sessions de croissance
- N- Des conférences ou activités thématiques à l'occasion
- O- Un lieu de coordination (information, formation , échange, support )
  - dans mon milieu :
  - intégré au réseau public de la santé
  - intégré au réseau public de l'éducation des adultes
  - intégré au réseau des groupes de femmes
- P- Une association ou un groupe de femmes chargé(e)
  - de coordonner diverses activités concernant la santé des femmes au mitan et à la ménopause :
  - une nouvelle association ou un nouveau groupe de femmes
  - une association ou un groupe déjà existant(e)
- Q- Autres (spécifiez quoi)
 

---



---



---



---



---

**5.9.1 INDIQUEZ PAR ORDRE D'IMPORTANCE ET EN COMMENÇANT PAR LE PLUS IMPORTANT, LES TROIS (3) TYPES DE RESSOURCES LES PLUS PRIORITAIRES SELON VOS BESOINS. (CHAQUE BLOC DE RESSOURCES ÉTANT IDENTIFIÉ PAR UNE LETTRE, VOICI UN EXEMPLE DE RÉPONSE : 1=O, 2=E, 3=C)**

1 = \_\_\_\_\_                      2 = \_\_\_\_\_                      3 = \_\_\_\_\_

## 6. INFORMATIONS GÉNÉRALES (Cochez s'il y a lieu)

6.1 QUELLE VILLE OU QUEL VILLAGE HABITEZ-VOUS? \_\_\_\_\_

6.2 QUEL ÂGE AVEZ-VOUS? \_\_\_\_\_

6.3 ÊTES-VOUS EN PRÉMÉNOPAUSE ?

Oui  Non  Pas certaine

Si OUI, quelles sont les **principales** manifestations et depuis combien de temps êtes-vous en préménopause? \_\_\_\_\_

---

---

6.3.1 ÊTES-VOUS MÉNOPAUSÉE ?

Oui  Non  Pas certaine

Si OUI, est-ce qu'il s'agit d'une ménopause **naturelle** ou d'une ménopause **chirurgicale** et depuis combien de temps êtes-vous ménopausée?

---

---

---

6.4 QUEL EST LE NIVEAU DU DERNIER DIPLÔME REÇU? (COCHEZ UNE SEULE CASE)

primaire

secondaire Général :

Professionnel :

collégial (CEGEP) : Général :

Technique :

université 1<sup>er</sup> cycle (baccalauréat) :

2<sup>e</sup> cycle (maîtrise) :

3<sup>e</sup> cycle (doctorat) :

autre(s) diplôme(s) :

---

---

---

Auriez-vous aimé étudier davantage?

Oui  Non

Si OUI, qu'est-ce qui vous en a empêché?

---

---

---

Aimeriez-vous étudier et si OUI qu'est-ce que vous aimeriez étudier ?

Oui  Non

---

Qu'est-ce qui vous en empêche?

---

---

---

**6.5 ACTUELLEMENT, QUELLE EST VOTRE PRINCIPALE OCCUPATION?**

Je m'occupe de la maison et de la famille à temps plein

(si vous cochez ici, passez à la question 6.6 )

Je suis sur le marché du travail

(si vous cochez ici, passez à la question 6.7 )

Je suis aux études

**6.6 AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ À L'EXTÉRIEUR DU FOYER?**

Oui  Non

Si OUI, quel type de travail était-ce? \_\_\_\_\_

En quelle année avez-vous cessé de travailler à l'extérieur du foyer et pour quelles raisons?

---

---

---

Faites-vous des démarches pour trouver un emploi?

Oui  Non

Pour quelles raisons?

---

---

---

**6.7 SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL, QUEL TYPE DE TRAVAIL FAITES-VOUS ?**

---

---

---

Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine? \_\_\_\_\_

Êtes-vous satisfaite de votre occupation? Oui  Non

Pour quelles raisons?

---

---

**6.8 QUEL EST VOTRE REVENU FAMILIAL (LES DEUX CONJOINTS S'IL Y A L'IEU) ANNUELLEMENT ? (COCHEZ)**

- moins de \$ 5000
- entre \$5000 et \$ 9999
- entre \$10,000 et \$19,999
- entre \$20,000 et \$29,999
- entre \$30,000 et \$39,000
- entre \$40, 000 et \$49,000
- entre \$50,000 et \$59,000
- plus de \$60,000

Quelle est la source de votre revenu familial \_\_\_\_\_

Si votre revenu familial vient uniquement ou principalement de votre conjoint, par qui la planification du budget est-elle gérée ? (Cochez)

Par lui seul  Par vous seule  Par vous deux

Si votre revenu familial vient uniquement ou principalement de votre conjoint, est ce que vous recevez, pour vos dépenses personnelles, une partie du revenu familial que vous gérez seule selon vos besoins? (Cochez)

Oui  Non

Si vous êtes séparée ou divorcée, recevez-vous une pension alimentaire?

Oui  Non

Si vous vivez en couple, quelle est l'occupation de votre conjoint?

\_\_\_\_\_

Êtes-vous locataire? Oui  Non

Êtes vous propriétaire (Cochez TOUT ce qui s'applique à vous)

d'une maison unifamiliale ?

d'une maison à logements ?

d'un chalet ?

d'une automobile?

#### 6.9 QUEL EST VOTRE STATUT CIVIL ACTUEL? (COCHEZ)

mariée/union libre

veuve

séparée/divorcée

célibataire

autre

#### 6.10 AVEZ-VOUS DES ENFANTS? (COCHEZ)

Oui  Non

Si OUI, combien? \_\_\_\_

Quel est l'âge respectif de vos enfants? \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Combien d'enfants à charge avez-vous actuellement? \_\_\_\_

Si vous avez une famille reconstituée, combien d'enfants a votre conjoint? \_\_\_\_

Combien sont à charge parmi les enfants de votre conjoint? \_\_\_\_





## CANEVAS D'ENTRETIEN

### DIFFICULTÉS ET BESOINS DE SANTÉ MENTALE DE FEMMES AU MITAN ET À LA MÉNOPAUSE

NUMÉRO D'ENTRETIEN :

LIEU ET TERRITOIRE :

DATE :

HEURE :

DURÉE :

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE :

prénom

âge et statut ménopausique

difficulté psychologique

RÉFÉRÉE PAR :

SUIVI OU CONTACT SUPPLÉMENTAIRES (PAR QUI, DATE ET MOTIF) :

## INTRODUCTION

- Rappel des objectifs de la recherche et des objectifs de l'entretien.
- Nature de l'entretien et des rôles de la chercheuse et de la participante.
- Modalités de la rencontre : durée, enregistrement, honoraires.
- Précautions éthiques et assurance de confidentialité. Suites de la recherche.
- Signification du mot *mitan*, présentation des thèmes de l'entretien et annonce du retour sur le questionnaire et sur l'entretien.

## THÈME I : CHANGEMENTS DU MITAN

### 1.1 PRINCIPAUX CHANGEMENTS VÉCUS

- 1.1.1 *(À partir des réponses au questionnaire, la chercheuse présente à la participante la liste personnalisée DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS que celle-ci a vécus AU MITAN : principaux changements événementiels, physiques, psychologiques et principaux changements positifs et négatifs). Êtes-vous d'accord avec cette liste? Quelle précision ou ajout aimeriez-vous faire?*
- 1.1.2 Nommez les trois changements (événementiels) ou les trois événements les plus importants que vous avez vécus depuis l'âge de 35 ans et qui ont eu le plus d'influence sur votre santé mentale.
- 1.1.3 Est-ce que votre préménopause et votre ménopause ont été un gros changement? Est-ce que vous placeriez ce changement parmi les trois plus importants? Qu'est-ce qui a été ou est important et significatif dans votre préménopause et votre ménopause : la fin de la vie reproductrice? La libération des menstruations? Autres?

### 1.2 PRISES DE CONSCIENCE ET IMAGE DE SOI

- 1.2.1 Ces événements ont dû vous faire réfléchir concernant le fait de vieillir... Quelles sont les prises de conscience les plus importantes que vous avez effectuées et que vous attribuez à certains changements depuis l'âge de 35-40 ans?
- 1.2.2 Quelle femme rêviez-vous d'être? Dans votre identité et votre image de vous – même, quelle est l'image de femme que vous avez intériorisée ?
- 1.2.3 Qu'est-ce qui vous définit le mieux dans ce que vous êtes? Qu'est-ce qui a le plus changé de vous dans les dernières années? Qu'est-ce qui s'est modifié dans votre image de vous-même et qu'est-ce qui est resté pareil depuis l'âge de 35-40 ans (dans votre regard et dans celui que vous percevez de l'autre)?

## THÈME II : DIFFICULTÉS ET SITUATIONS DIFFICILES DU MITAN

### 2.1 ORIGINES DES DIFFICULTÉS & SITUATIONS DIFFICILES VÉCUES

- 2.1.1 (À partir des réponses au questionnaire, la chercheuse présente à la participante la liste personnalisée *DES PRINCIPALES DIFFICULTÉS ET SITUATIONS DIFFICILES* que celle-ci a vécues *AU MITAN*). Êtes-vous d'accord avec cette liste de vos principales difficultés psychologiques au mitan? Selon vous, quelles en sont les «causes»<sup>1</sup> ou les origines?
- 2.1.2 Pour vous- dans votre perception des choses- qu'est-ce qui est central dans les «causes» des difficultés et des situations difficiles que vous avez vécues au mitan?
- 2.1.3 Pour vous- dans votre perception des choses- est-ce que vos difficultés de détresse, de dépression ou de dépendance ont pris origine *AU MITAN* vers 35-40 ans ou *AVANT* le mitan? Est-ce que, par exemple, ce sont des événements ou des gros changements qui sont arrivés au mitan qui ont provoqué vos difficultés?
- 2.1.4 Si vous avez souffert de dépendance à l'alcool ou aux médicaments, que signifie pour vous le terme de dépendance?

### 2.2 APPRENTISSAGES SUR SOI ET SUR LE MITAN

- 2.2.1 Qu'avez-vous appris de nouveau et de positif sur vous-même qui vous aide maintenant? Est-ce que vous vous êtes découvert des forces et des ressources que vous ne vous connaissiez pas pour faire face aux changements, aux difficultés et aux situations difficiles que vous avez vécus au mitan?
- 2.2.2 Qu'avez-vous appris de la vie ou de cette période du mitan de la vie que vous ne saviez pas? Quels sont les apprentissages les plus significatifs que vous avez réalisés au mitan ou depuis l'âge de 35-40 ans en regard des difficultés et des situations difficiles que vous avez vécues?

---

<sup>1</sup> Le mot *cause* n'est pas employé ici dans un sens positiviste mais renvoie à la perception ou à l'opinion des participantes sur les origines de leurs difficultés.

### THÈME III : BESOINS DU MITAN

**3.1** (À partir du questionnaire, la chercheure présente à la participante un résumé de ses réponses concernant les besoins d'intervention et de ressources au niveau collectif). Êtes-vous d'accord avec ce résumé des interventions et des ressources que vous souhaiteriez?

**3.2** D'après votre expérience et vos observations, trouvez-vous qu'en général, chez les intervenant(e)s du réseau public de la santé et du réseau communautaire, on tient compte des changements et des situations difficiles propres au mitan de la vie? Qu'est-ce que les médecins qui vous ont suivie - ou vous suivent encore- disent à ce sujet?

**3.3** (N.B Cette question est réservée aux participantes ayant souffert de dépendance) : Qu'est ce qui vous a le plus manqué et qui aurait pu vous soutenir - ou vous éviter le piège de la dépendance ou vous aider dans le sevrage- quand vous avez vécu telles difficultés et telles situations difficiles (exemples personnalisés)?

- au niveau d'informations précises sur le mitan et que vous ne connaissiez pas?
- au niveau du soutien et de l'appui psychologiques reçus ? (cf. réseau de la santé, réseau communautaire, entourage familial, amical, conjugal).
- au niveau du soutien spirituel?
- au niveau du soutien que vous pouviez vous donner à vous-même?

**3.4** Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer les services de santé et ceux des groupes communautaires afin qu'ils répondent davantage aux besoins des femmes au mitan et à la ménopause?

**3.5** Qu'est-ce qui vous manque le plus dans votre vie personnelle actuellement et dont vous auriez besoin aux niveaux de votre tête, de votre coeur, de votre âme?... Qu'est ce qui vous inquiète le plus? Si vous pouviez changer quelque chose dans votre vie actuelle, ce serait quoi?

**3.6** Est-ce que vous connaissez bien vos besoins personnels? Comment négociez-vous avec vos besoins personnels et les besoins de votre entourage? Avez-vous sur ce sujet des exemples concrets dans votre vie? Que signifie, pour vous, être autonome?...

## THÈME IV : SPIRITUALITÉ AU MITAN

**4.1** Certaines femmes abordent le mitan de la vie ou les années après 35-40 ans en se préoccupant de spiritualité. Est-ce que c'est votre cas? Si c'est votre cas et dans votre expérience, que représente pour vous la spiritualité ou la vie spirituelle?

**4.2** Que pensez-vous de cette définition de la spiritualité : la spiritualité, c'est de se transformer à tous points de vue comme être humain, c'est de se sentir ou c'est de vivre relié(e) à quelque chose ou à quelqu'un qui nous dépasse, c'est trouver un sens à sa vie, à «la»vie?

**4.3** Si ce n'est pas votre cas d'être préoccupée de spiritualité, pouvez-vous me parler de ce qui donne sens à votre vie? Pouvez-vous me parler de ce que vous placez de plus important ou de plus profond dans votre vie?

**4.4** Pouvez-vous me parler davantage de vos réponses au questionnaire (*cf p. 26 du questionnaire*) concernant la spiritualité et ce qui fait sens dans votre vie. Si la spiritualité influence votre santé, comment?

**4.5** Si vous pouviez inventer une spiritualité nouvelle, propre aux femmes, et qui répondrait mieux aux besoins des femmes au mitan, ce serait quoi?

**4.6** Est-ce que, selon vos observations, les hommes de votre âge dans votre entourage auraient une manière différente d'expérimenter, de vivre la spiritualité ou - dit autrement - auraient des expériences de la spiritualité différentes de celles des femmes ? (*Insister sur la dimension d'expérience*)

## THÈME V : CONCEPTIONS DU MITAN ET DE LA MÉNOPAUSE

### 5.1 Ce que le mitan de la vie adulte (35-40 à 60-65 ans) évoque pour vous :

- 5.1.1 En quoi voyez-vous le mitan de la vie comme une période positive et comme une période négative? Si vous pouviez définir la période du mitan de la vie, quelle serait votre définition?
- 5.1.2 D'après votre vécu et vos observations, est-ce que le mitan des femmes serait différent du mitan des hommes (autant du point de vue des *changements* vécus que du point de vue des *difficultés* et des *situations difficiles*)?
- 5.1.3 Considérez-vous que la façon dont vous avez vécu le mitan est différente de celle des autres femmes?
- 5.1.4 Selon vous, comment sont perçues les femmes d'âge mûr (de 35 à 65 ans) dans la société? Et chez les intervenant(e)s de la santé et des groupes de femmes?
- 5.1.5 Quelles seraient les images positives ou valorisantes de femmes d'âge mûr (de 35 à 65 ans) que vous souhaiteriez voir davantage véhiculer et comment pourraient-elles être véhiculées (mesures, interventions, etc.)?

### 5.2 Ce que la ménopause évoque pour vous :

- 5.2.1 En quoi voyez-vous la ménopause comme une période positive et comme une période négative? Si vous pouviez définir la ménopause, quelle serait votre définition?
- 5.2.2 Selon vous, comment sont perçues la ménopause et les femmes ménopausées dans la société ? Et chez les intervenant(e)s de la santé et des groupes de femmes?
- 5.2.3 Quelles seraient les images positives ou valorisantes de la ménopause que vous souhaiteriez voir davantage véhiculer et comment pourraient-elles être véhiculées (mesures, interventions, etc.)?

## CONCLUSION

- **Notre entrevue tire à sa fin, comment vous sentez-vous? Avez-vous quelque chose à ajouter?**
  
- **Retour sur le QUESTIONNAIRE :**
  - a) De façon générale, comment avez-vous réagi à ce questionnaire? Vous a-t-il appris quelque chose? Vous a-t-il permis des prises de conscience importantes? Vous a-t-il permis de mieux vous connaître? De faire un bilan de vie? De mieux vous comprendre? D'identifier vos forces personnelles?
  - b) Complétons les informations qui manquent par rapport au questionnaire.
  
- **Retour sur l'ENTRETIEN :**
  - a) Comment vous sentez-vous après cette entrevue?
  - b) Qu'est-ce qu'il vous reste, avec quoi vous partez?
  - c) Que pensez-vous de son contenu, de ses thèmes et de ses questions?
  - d) Avec quoi étiez-vous à l'aise et qu'est-ce qui vous a semblé plus difficile?
  - e) Êtes-vous satisfaite du climat, du déroulement et de notre relation?
  - f) Avez-vous des suggestions d'amélioration?
  - g) Complétons les informations qui manquent par rapport à l'entretien.
  
- **Face à cette recherche, avez-vous des attentes particulières?**