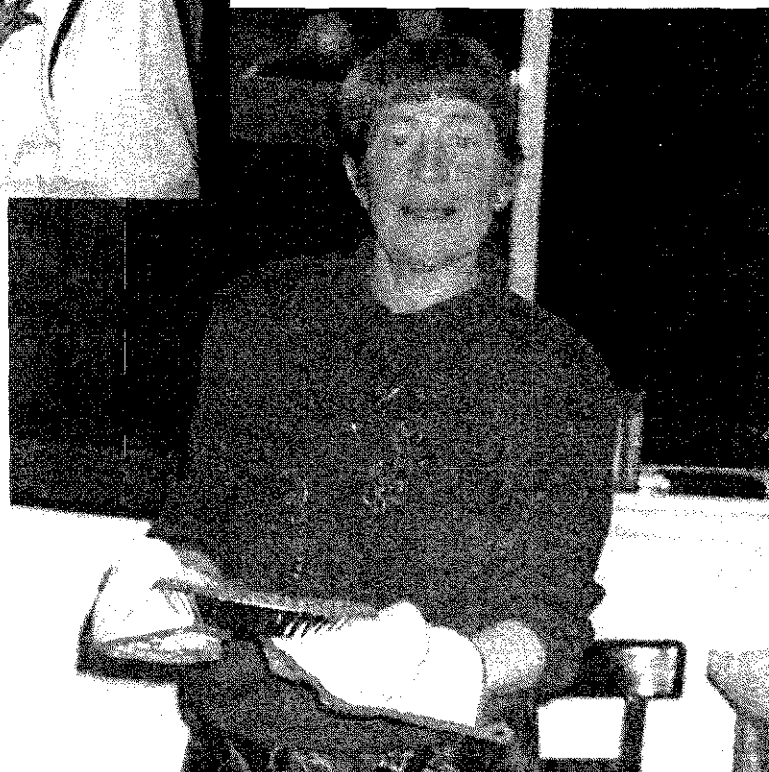


Bulletin **INFORMELLES**

vol. 9, numéro 3 Automne 1995.

INFORMELLES

Femmes et santé



Éditorial.....3

Femmes d'ici, femmes d'ailleurs

La conférence de Beijing: le droit des femmes au-delà
des cultures.....4

Dossier *Santé des femmes*

La boulimie ou l'autre côté du miroir.....6

Cancer du sein: pour prévenir la maladie.....8

Démystification de la ménopause.....11

Isabelle Vaillancourt et Donna Cherniak:
pour une médecine de l'écoute et de l'équilibre.....14

La santé des femmes âgées de 65 ans et plus.....16

La consommation de médicaments psychotropes:
la pointe de l'iceberg.....18

Le «burn-out» chez les femmes au Québec.....20

La santé lesbienne, c'est quoi au juste?.....22


Petites et grandes nouvelles24

Crédits

L'Informelles a été réalisé par le
Centre des femmes de l'Estrie

Comité de rédaction : Lucille Latendresse
Carole Tatlock
Danielle Tremblay
Nicole Charette

Collaboration spéciale : Laboratoire de
rédaction professionnelle
du Département des lettres
et communications

Mise en pages : 

Tirage : 300 exemplaires

Impression : **Prince imprimeur**

4^e trimestre 1995

Toute correspondance doit être en-
voyée au :

Centre des femmes de l'Estrie
C.P. 141, succursale Place de la Cité,
Sherbrooke (Québec) J1H 5H8



Syndicat de l'enseignement de l'Estrie

Les femmes comptent pour 52 % de la population du Québec. À la Centrale de l'enseignement du Québec, elles sont 66 %.

Pourtant à la CEQ, comme dans la société en général, elles sont sous-représentées dans les instances politiques qui gèrent la vie démocratique.

La place des femmes à la CEQ a toujours été une question importante. L'origine même de notre Centrale est le fruit de la lutte politique, sociale et économique des institutrices rurales qui se sont organisées autour de Laure Gaudreault.

Carole Tatlock

Les différentes étapes de la vie des femmes sont de plus en plus médicalisées. Le pouvoir médical et le développement technologique font en sorte que la puberté, les menstruations, la contraception, la grossesse, l'accouchement et la ménopause sont à la merci de forces qui ne sont plus les nôtres. Le mouvement de santé des femmes apporte une vision plus favorable à l'épanouissement physique et mental des femmes et fait de ces moments des lieux de réappropriation du pouvoir par les femmes elles-mêmes. Selon Micheline Beauregard et Maria De Koninck, les féministes engagées dans la recherche se préoccupent de «la nécessité de développer autrement des connaissances nouvelles sur la santé des femmes et sur les problématiques qui les concernent».

Dans les années 70, on reprochait à la médecine son approche curative axée sur les soins et non sur la prévention, de sorte qu'à cette époque la santé est définie comme l'absence de maladie. De plus, le corps est morcelé et non vu comme un tout, et le discours définit la maladie plutôt que la santé. Et s'il y avait plusieurs santé, à l'image des expériences diversifiées des femmes?

De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la santé comme un «état complet de bien-être physique, mental et social». C'est faire de la santé et de la maladie deux éléments complètement séparés. Qu'en est-il du contexte social, politique ou environnemental, pour ne nommer que ceux-là? Quel impact ont-ils sur la santé des femmes? On sait aujourd'hui que le diagnostic médical varie - encore trop souvent - en fonction du sexe et que les «troubles» féminins ont tendance à être attribués au psychologique ou à l'émotionnel.

Un numéro récent de la revue américaine Science nous rappelle qu'en 1975, les États-Unis comptaient près de 2000 centres d'entraide pour la santé des femmes. «Ces centres proposaient aux femmes toutes sortes d'informations médicales, leur apprenant à déceler les problèmes vaginaux et les signes d'un éventuel cancer du sein ou de l'utérus. Cliniciens et chercheurs admettent aujourd'hui que ce mouvement a bouleversé la pratique et la recherche médicales.»

Est-il utopique de s'imaginer que l'avenir des femmes puisse être pavé de mieux-être? Qu'elles ne soient plus les premières à vivre les rebondissements pas toujours heureux du développement technologique et de la surspécialisation de la médecine? Qu'elles se réapproprient les responsabilités et le pouvoir sur leur santé mentale et physique, par une lutte personnelle et collective? Porteurs de diverses et nombreuses remises en question sur la quantité et la qualité des services offerts aux femmes, sur les approches médicales traditionnelles, sur les attitudes sexistes de certains professionnels et sur divers problèmes d'éthique, les groupes de femmes et plus particulièrement les Centres de santé des femmes contribuent à l'évolution des attitudes et des mentalités.

La conférence Je Beijing: le droit des femmes au-delà des cultures

Entrevue avec une participante: Nicole Saint-Martin

Micheline Dumont

Les propos de Nicole Saint-Martin, professeure en service social à l'Université de Sherbrooke, ont été recueillis par Micheline Dumont, le 27 septembre dernier. Nicole Saint-Martin revenait alors de Beijing, où elle participait, à titre de présidente d'Oxfam-Québec, au Forum des Organismes non gouvernementaux (ONG), dans le cadre de la Conférence mondiale sur les femmes.

I: Nicole Saint-Martin, vous revenez de Beijing où vous avez participé à la Conférence mondiale sur les femmes. Est-il possible de dresser un bilan de cette expérience?

NS: Je n'ai pas encore eu le temps de tout décanter; d'ailleurs, je reçois aujourd'hui même le texte officiel des accords intervenus entre les États. Je peux juste proposer un rapport un peu impressionniste de ce que j'ai vécu là-bas et de ce qu'on a partagé ensemble avec les femmes de l'univers. J'ai été frappée par le fait qu'on se soit retrouvées et qu'on ait pu communiquer et partager des activités de solidarité. Mais j'ai constaté aussi des divergences.

I: Dans quel contexte s'est organisée cette conférence?

NS: Beijing, c'est la poursuite d'une démarche de l'ONU amorcée à Mexico en 1975, poursuivie à Copenhague en 1980, et à Nairobi en 1985. Beijing, c'est une conférence officielle où les représentants des États ont pris la parole. Mais c'est aussi le Forum des ONG (Organismes non gouvernementaux), beaucoup plus considérable, où j'étais la représentante d'Oxfam-Québec et du Carrefour de Solidarité internationale de Sherbrooke. Je me suis concentrée sur le Forum des ONG, parce que j'avais l'impression que j'y avais une capacité d'intervention plus grande. Mais j'ai tout de même pu avoir quelques contacts avec les représentantes de la conférence officielle.

I: Quel était le thème de cette réunion?

NS: La lutte pour l'égalité, le développement et la paix. Vous savez, entre Nairobi et Beijing, la plate-forme proposée annonçait un recul sur les acquis. Par exemple, certains États ont décidé de ne pas parler de la reconnaissance du viol comme crime de guerre lorsque celui-ci survient en temps de guerre.

I: Et le climat?

NS: C'est très paradoxal. Pendant dix jours, j'ai vécu dans une microsociété où nos droits étaient limités: droit de circuler, de prendre la parole, de manifester. Beaucoup de surveillance, de fouilles, de contrôle des messages reçus et envoyés. On pouvait croire qu'il y avait un Chinois par femme inscrite. Nous avons senti qu'on voulait nous soustraire à la vue du peuple chinois. Nous avons compris qu'il serait très difficile d'influencer les décideurs.



I: Un mot sur l'organisation?

NS: Plus de 25 000 inscrits et plus de 5000 ateliers, conférences et plénières. Mais plusieurs femmes appartenant à des regroupements tibétains et haïtiens se sont vu refuser des visas. C'était malgré tout très stimulant: de grands réseaux de solidarité ont pu se constituer. Le Forum était avant tout un extraordinaire rassemblement de personnes, d'idées, d'expériences et surtout d'énergies. C'était l'aboutissement de concertations, de mises en commun, de réseaux établis aux niveaux local, régional et national. Toutes ces femmes venues à Beijing étaient porteuses d'un message collectif issu de réseaux d'ONG qui se sont constitués malgré les difficultés de communication et les divergences de points de vue, et ça, c'est extrêmement positif.

I: Quels sont les points de convergence entre les femmes?

NS: Écoutez, nous étions une large majorité à partager une vision commune de la situation des femmes: il est possible de comprendre les problématiques des autres pays. On sent ensuite un consensus autour d'un agenda commun: les droits humains, l'éducation, la pauvreté, la participation des femmes aux décisions et la lutte contre la violence dont les femmes sont victimes. Vous savez, même l'ONU reconnaît qu'il n'y a aucune société dans le monde qui accorde le même traitement aux femmes qu'aux hommes.

I: Et quelles sont les différences que vous avez observées?

NS: J'en retiens deux particulièrement. La première, c'est l'intensité des problèmes. Chaque pays vit les problèmes à des niveaux différents. L'alphabétisation, par exemple: le problème est le même partout. Mais les incidences sont fort différentes selon les endroits. Par ailleurs, les pays en guerre vivent des situations qui intensifient les problèmes. Il ne faut surtout pas se consoler en disant: c'est bien pire ailleurs. Ça c'est le vrai danger qui pourrait remettre en question les réseaux de solidarité. La seconde différence concerne les stratégies d'action. C'est l'environnement qui per-



met de planifier des stratégies adaptées à chaque contexte. Il faut répondre à nos besoins avec les outils qu'on a: il faut composer avec les réalités concrètes. Les femmes de chaque pays le comprennent bien.

I: Quel est l'enjeu majeur de cette conférence? Quelle est la problématique centrale qui questionne les droits humains et les droits des femmes?

NS: C'est, bien sûr, la montée des intégrismes de toutes tendances et du conservatisme, avec tout l'argent qui les soutient. C'est ce qui va le plus influencer sur l'avenir de nos acquis, sur les droits fondamentaux. Je l'ai vu, senti, entendu, vécu, compris. C'est très présent, très fort, très visible. Ça

m'a secouée. J'ai trouvé cette présence troublante: les intégrismes religieux, économiques et politiques et surtout la collusion entre le conservatisme politique et religieux. Mes contacts avec les Algériennes et les autres femmes du Maghreb m'ont fait sentir les valeurs toute puissantes de l'intégrisme. J'ai vu beaucoup d'intolérance et de colère. Il ne faut pas laisser passer ce courant. Mais comment intervenir?

I: Et votre conviction principale?

NS: Nous devons continuer de respecter les règles de la démocratie. C'est plus difficile. Et c'est ici qu'il faut commencer à agir.



La boulimie n'est pas une maladie nouvelle en soi. Les Romains, célèbres pour leurs orgies entrecoupées de vomissements provoqués, étaient déjà, il y a plusieurs siècles, les premiers boulimiques de l'Histoire. Pendant longtemps, la boulimie fut considérée comme un très grand appétit, une voracité insatiable. Le mot en lui-même correspond bien à cette idée. Il fut créé au XIV^e siècle à partir du grec *boulimia* signifiant «faim» (*limos*) et «boeuf» (*bous*).

D'abord comportement alimentaire, puis symptôme de l'anorexie, un autre désordre du même genre, la boulimie trouva sa place en tant que syndrome dans les années 70. Ce n'est qu'alors que l'on commença à la traiter comme une maladie indépendante et à offrir des soins adéquats.

Qui sont les victimes?

90 % des personnes atteintes de boulimie sont des femmes. On peut donc considérer cette maladie comme ayant une forte prédominance féminine. Il est rare de rencontrer des cas de boulimie chez les hommes, car ils ne sont ordinairement pas confrontés aux mêmes pressions sociales. En effet, il est toujours mieux vu pour un homme d'avoir un surplus de poids. Par contre, la société est souvent très cruelle envers une femme. De plus, comme cette maladie est réputée comme étant une «maladie de femme», les hommes avouent difficilement présenter ce trouble. Il y a donc très peu de cas répertoriés d'hommes boulimiques.

L'âge de survenue est plus tardif que chez les anorexiques qui commencent à présenter des symptômes au début de l'adolescence. Des études estiment l'âge moyen des malades à environ 29 ans. C'est entre 18 et 20 ans que l'on dénombre le plus de cas. La boulimique type est à peine sortie de l'adolescence. Déjà, elle montre des pen-

La boulimie ou l'autre côté du miroir

Julie Larocnelle

chants dépressifs et compulsifs : alcoolisme, dépendance aux drogues, cleptomanie, tentatives de suicide, automutilation. Le poids initial peut varier: dans la majorité des cas, la patiente est légèrement obèse ou possède un poids normal. Son insatisfaction corporelle la pousse souvent à suivre régime après régime. La patiente ne s'isole pas comme le font normalement les anorexiques et peut facilement évoluer au milieu des gens. Le plus souvent, elle apparaît comme étant une jeune femme soignée, ayant une bonne réussite socio-professionnelle et contrôlant bien sa vie. Cependant, cette apparence de maîtrise cache souvent un grand vide intérieur. Contrairement à d'autres maladies alimentaires, la boulimie touche principalement les couches de niveau socioéconomique élevé où, selon Sanchez-Cardenas, «un degré important de réussite sociale et de maîtrise personnelle est valorisé et nécessaire».

Le comportement boulimique est toujours le même: après avoir ingurgité des quantités énormes de nourriture, la boulimique, par culpabilité, provoque l'élimination de toutes ces calories en se faisant vomir, en absorbant des laxatifs ou en pratiquant de

façon compulsive une activité physique. Souvent, cette élimination se fera en cachette. Plus elle avance dans le processus de sa maladie, plus ses épisodes boulimiques se font au vu et au su de son entourage. Malheureusement, lorsque ses pairs prennent conscience du problème, la maladie est déjà très avancée.

Il arrive quelquefois qu'une boulimique présente des comportements anorexiques. En fait, 21 à 50 % des patientes boulimiques connaissent, à un moment ou un autre, des épisodes déjeunes sévères. La combinaison de ces deux désordres alimentaires explique bien pourquoi anorexie et boulimie ont été si longtemps considérées comme une seule et même maladie.

Quelles en sont les causes?

Souvent, la boulimie est déclenchée par un événement déstabilisant comme un deuil, une déception amoureuse, une rupture, un échec ou toutes circonstances ébranlant le narcissisme de la malade. En effet, un des principaux facteurs de la boulimie est la grande défaillance du «moi». Les jeunes filles, à peine sorties de l'adolescence, sont encore très fragiles et influençables au monde extérieur. La publicité, grande coupable de ce mal du siècle, offre une image fort utopique de la femme contemporaine. À trop vouloir ressembler à toutes ces femmes au corps de plus en plus squelettique, les adolescentes sont contraintes d'avoir recours à des régimes draconiens. «La boulimie peut alors paraître un moyen commode de satisfaire la faim, et les vomissements celui d'annuler les effets de la consommation alimentaire.» À force de régimes, les jeunes femmes en viennent à déséquilibrer leurs habitudes alimentaires et, par le fait même, à tomber tête première dans le cercle vicieux des



Illustration de Rozjer-Gaudriault

comportements boulimiques : perte de poids => faim => comportements boulimiques => terreur de prendre du poids => régimes => perte de poids... Une fois prisonnière de ce cercle, il devient alors très difficile d'en sortir.

En 1950, Keys, un célèbre chercheur, fit une expérience très révélatrice sur le comportement alimentaire. Pendant une année entière, il soumit 36 hommes, jeunes et en bonne santé, à la dénutrition. Il put constater que la majorité des patients, après avoir perdu 25 % de leur masse corporelle initiale, commençaient à se préoccuper de leur alimentation et à démontrer des signes certains de boulimie. En effet, les sujets semblaient avoir perdu tout signe interne de satiété, continuant à manger bien au-delà de la quantité de nourriture nécessaire.

Quelles en sont les conséquences?

Il ne faut pas oublier que toute perte de poids entraîne un dérèglement au niveau physique et psychologique. Lorsque le corps atteint un poids insatisfaisant pour lui, plusieurs symptômes apparaissent. Au niveau psychologique, on dénote des difficultés de concentration, une vivacité d'esprit amoindrie, des troubles de compréhension et de jugement. Une perte de poids sévère amène à changer les attitudes et les comportements face à la nourriture. Pour certaines personnes, ce changement peut se définir par une ritualisation des repas ou un comportement «d'écureuil», de stockage d'aliments. Il est également courant de voir les malades tomber dans de graves «périodes dépressives pouvant alterner avec des périodes d'intolérance généralisée, d'irritabilité, de fréquents éclats de colère, d'anxiété accrue» Ces tendances dépressives peuvent parfois mener jusqu'au suicide. À l'extrême, certains cas exigent même une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Sur le plan physique, un comportement boulimique entraîne plusieurs conséquences : perte de fluides, gorge éraflée par les vomissements, émail des dents endommagé, perte de cheveux, changement de la peau, arrêt des menstruations, inconfort

gastro-intestinal, sommeil diminué, céphalées, troubles auditifs, réduction de la coordination motrice.

Chez des cas extrêmes, les complications qu'amène la boulimie sont terrifiantes : rupture de l'oesophage, caries par érosion, ralentissement cardiaque, hypotension, anémie, atrophie cérébrale, hémorragie gastro-intestinale, infertilité, crise d'épilepsie, hypocalcémie (manque de calcium dans le sang), arrêt cardiaque.

Comment peut-on la traiter?

Que ce soit grâce aux cliniques internes ou externes, aux médicaments ou à la thérapie corporelle, la seule façon de vaincre la boulimie consiste à reconstruire l'image corporelle déficiente de la patiente. Cependant, il ne faudrait surtout pas croire qu'une guérison soit chose facile. En effet, le taux de guérison vacille entre 29 et 42 %. De plus, une fois guérie, il n'est pas rare que la patiente fasse une rechute. En fait, 40 % des sujets présentent des épisodes de rechute dans les 12 à 15 mois suivant la fin de leur traitement.

Qu'elle reçoive des traitements en clinique externe ou interne, la patiente doit réapprendre à s'alimenter convenablement. Pour ce faire, plusieurs cliniques utilisent le cahier alimentaire dans lequel la jeune femme doit inscrire tout ce qu'elle mange et ses sentiments lors de l'absorption de cette nourriture. La lecture de ce cahier amènera des discussions bénéfiques à sa rééducation.

Chez certaines patientes, la prise de médicaments tels que les antidépresseurs, le lithium ou les anticonvulsivants peut aider au bon déroulement du traitement. Ils permettent de soulager les aspects dépressifs de la maladie. Néanmoins, malgré l'intérêt que soulève cette option, l'usage de médicaments demeure rare et se fait prudemment.

Depuis quelques années, il existe une vision toute nouvelle du traitement de la boulimie. En effet, plusieurs médecins à travers le monde s'intéressent à la méthode de la thérapie corporelle pratiquée à Mon-

tréal par le D^r Leichner. Cette nouvelle méthode utilise la vidéo et la photographie pour confronter la patiente à la réalité de son corps et pour redéfinir l'image qu'elle a d'elle-même.

Comment peut-on la prévenir?

Depuis que la boulimie fait l'objet d'études, il nous est possible de connaître ses fonctionnements et ainsi de construire une politique préventive à son égard. Tout d'abord, il faut «interrompre la chaîne des facteurs qui favorisent la pathologie avant même l'éclosion de celle-ci». Pour ce faire, il suffit de cibler les groupes à risque et leur fournir de l'information en matière de conduites alimentaires grâce aux médias, à la publicité ou même à la littérature. La médiatisation de la maladie permet une meilleure connaissance du phénomène.

Il faut ensuite favoriser une rencontre précoce entre les patientes et les moyens de traitement disponibles. Cela débute par un dépistage médical adéquat. Si les médecins praticiens sont conscients de la maladie, ils sont plus aptes à en reconnaître les symptômes et ainsi fournir des soins rapides et efficaces. De plus, une démystification de la maladie est nécessaire pour encourager les personnes atteintes à consulter.

Actuellement, il existe très peu d'aide pour les gens atteints de cette maladie. Contrairement à la France qui possède plusieurs associations à but non lucratif et groupes d'entraide, il n'y a au Québec que très peu de regroupements aidant les boulimiques. Cela démontre bien le grand vide qu'il reste à remplir pour offrir une aide adéquate aux gens atteints de cette maladie.

Conclusion

Une maladie nouvelle, la boulimie? Absolument pas. Néanmoins, elle demeure encore aujourd'hui très peu connue et médiatisée. Paradoxalement, la publicité, qui véhicule à profusion l'image du corps parfait, ne se penche pas (ou très peu) sur les répercussions que peut avoir cette image

utopique chez les plus grands consommateurs de rêve : les jeunes. Il faudrait informer les gens pour les conscientiser et ainsi arrêter cette épidémie.

Une maladie nouvelle, la boulimie? Non, plutôt une interminable quête de la beauté, une beauté imaginaire qui entraîne ses prisonnières de l'autre côté du miroir, là où tout n'est que douleur et illusion.

À propos de l'auteure

Julie Larochelle est étudiante en études françaises à l'Université de Sherbrooke. Elle se passionne principalement pour la littérature et les langues. Elle souhaite, une fois ses études terminées, se consacrer au métier d'écrivaine.

Références

Étude d'Aimez et Michaud (1987): Guillemot, A. et M. Laxenaire (1993). *Anorexie mentale et boulimie*, Paris, Masson, 138 p.
Étude de Mitchel *et al.* (1985): Guillemot, A. et M. Laxenaire (1993), *Anorexie mentale et boulimie*, Paris, Masson, 138 p.
SANCHEZ-CARDENAS, M. (1991). *Le coponemeni boulimique*, Paris, Masson, 111 p.

Le cancer du sein : pour prévenir la malacile

Lucie Mercier (adapté par Carole Tatlock)

On ne parlera jamais assez de l'importance de prévenir le cancer du sein. D'ailleurs, plus on mentionnera le sujet, plus les femmes se sentiront concernées, n'est-ce pas? Du moins, c'est ce qu'on tentera de faire dans cet article.

Tout d'abord, il faut comprendre que le cancer du sein n'entraîne pas automatiquement la mort. Comme le soulignait, dans le numéro de mai 1995 de la revue *Femme Plus*, la chercheuse D^{re} Rosemonde Mandeville, de l'Institut Armand-Frappier à Montréal, «le taux de survie du cancer du sein s'est stabilisé, ce qui n'est pas le cas de tous les cancers». Une personne sur dix est susceptible d'être touchée par cette maladie. C'est ici, au Canada, et aussi aux États-Unis qu'on retrouve les plus hauts taux de cancer du sein à travers le monde. «Toutes les trois minutes, une Nord-Américaine apprend qu'elle souffre du cancer du sein». Cependant, ce cancer peut être guéri et ne pas causer la mort.

Les causes du cancer du sein

Ce n'est qu'au début du XX^e siècle qu'on a commencé à pratiquer l'ablation chirurgicale du sein; avant cela, les techniques médicales (l'anesthésie encore inexistante jusqu'en 1890) ne permettaient pas de déceler la maladie ni d'opérer un sein. Les femmes atteintes mouraient, faute de remèdes et d'équipement approprié. De plus, comme l'explique la docteure Mandeville dans son livre *Le cancer du sein, le comprendre pour le prévenir et le guérir* : «Malheureusement, de nombreuses femmes atteintes de cancer du sein ont refusé tout traitement parce que, pendant longtemps, il a été considéré comme une maladie vénérienne».

Mais qu'est-ce qui peut bien causer le cancer du sein? **n serait préférable de parler ici de «facteurs de risque»**. Il y a beaucoup de recherches, parfois contradictoires, qui ont dénombré ce que le consensus médical considère comme des facteurs de risque du cancer du sein. Remarquez leur diversité:

- être d'un «âge avancé»;
- avoir des antécédents familiaux de cancer du sein (1^{er} degré : mère ou soeur);
- ne pas avoir eu d'enfant, ou avoir eu son premier enfant après l'âge de 25 ans; ne pas avoir allaité;
- avoir déjà eu un cancer du sein;
- avoir pris des oestrogènes après l'âge de 50 ans;
- avoir pris le DES pendant une grossesse;
- avoir été exposée aux rayons ionisants, c.-à-d. rayons-X fréquents et de haut dosage, où les seins ont été exposés; n'importe quelle autre exposition à la radiation;
- avoir eu une puberté précoce (plus longue présence de l'oestrogène);



- avoir une ménopause tardive (plus longue présence de l'oestrogène);
- avoir eu des poussées de croissance à un jeune âge;
- avoir pris «la pilule» contraceptive, particulièrement à long terme et avant sa première grossesse;
- avoir la maladie kystique du sein;
- consommer du gras animal (oestrogènes utilisés dans l'élevage);
- consommer de l'alcool (augmente les risques de 40 %; sans preuve formelle).

De plus, des recherches récentes ont permis de découvrir un gène (BRCA1) qui serait responsable de 5 % des cancers du sein. En fait, **une bonne partie de ces facteurs ne sont que des corrélations; la preuve de causalité n'a pas été faite.** Beaucoup de ces facteurs sont basés sur des recherches incomplètes ou imparfaites, contredites pour la majorité par d'autres études. Jane Hyman, dans un chapitre du livre *Ourselves, Growing Older*, affirme que les seuls facteurs de risque valides (pour les femmes de 35 ans et plus) sont :

- d'avoir déjà eu un cancer du sein;
- d'avoir une mère ou une soeur qui a été atteinte avant l'âge de 40 ans, particulièrement si elle a eu des lésions dans les deux seins;
- d'avoir pris des oestrogènes après l'âge de 50 ans, ou le DES pendant une grossesse;
- d'avoir subi des rayons-X fréquents et de haut dosage, où les seins ont été exposés.

Pour les femmes ayant moins de 50 ans, il y a un risque élevé associé au fait de ne pas avoir eu d'enfant avant l'âge de 25 ans, selon la docteure Susan Love et Karen Lindsay.

Cela représente un point de vue peut-être extrême et la vérité se trouve probablement entre les deux listes. Il n'en demeure pas moins que ces **cinq derniers points sont des facteurs de risque directs. Mais les études de Love, de Robert et de Voyer vont plus loin : seulement 30 % des femmes diagnostiquées présentent un ou des facteurs de risque.**

Un autre facteur s'ajoute à cette longue liste. Comme le précise le D^r Pierre Audet-

Lapointe, président-fondateur de la Fondation québécoise du cancer et éminent gynécologue spécialisé en oncologie (ce terme désigne la cancérologie, une discipline scientifique et médicale qui étudie et traite le cancer), **l'environnement** est un facteur important à considérer dans l'aspect de cette maladie ; il y aurait une relation étroite entre le cancer du sein et l'environnement (ce que nous mangeons, ce que nous respirons, notre lieu de travail, etc.).

On associera donc tous ces facteurs pour expliquer en partie les causes du cancer du sein.

La prévention

Il existe différentes méthodes de prévention du cancer du sein. Le moyen le plus efficace **demeure l'autoexamen des seins.** Fait étonnant à constater à propos de l'autoexamen : plus de 80 % des cancers du sein sont détectés par les femmes et non par les médecins. Dès la vingtaine, chaque femme devrait prendre l'habitude de s'autoexaminer les seins à tous les mois. On conseille de le faire entre le cinquième et le dixième jour du cycle puisque le sein est alors moins dense et permet une meilleure observation. En l'absence de menstruation, il s'agit de repérer un moment dans le mois et de refaire l'examen chaque mois au même moment. Voici brièvement les étapes à suivre.

1. Devant le miroir: observez tout changement de chaque sein: taille, forme, contour, changement de texture, rougeur, rétraction du mamelon ou de la peau. Pincez chaque mamelon pour vérifier s'il y a écoulement.
2. Dans la douche: levez le bras situé du côté du sein examiné. À l'aide de l'autre main, palpez toutes les parties du sein pour vérifier s'il y a apparition de bosses ou changement de texture.
3. Debout: tendez le bras situé du même côté que le sein examiné à 180°. Avec l'autre main, faites un mouvement circulaire sous l'aisselle et sur le côté de votre sein au niveau de la cage thoracique.
4. Couchée sur le dos: placez sous l'omoplate une serviette pliée et mettez la main derrière la tête. À l'aide de l'autre main,

faites l'examen de votre sein.

Ces méthodes efficaces et préventives sont extraites de la *fiche, Autoexamen des seins* distribuée gratuitement par la Fondation québécoise du cancer. On peut se procurer des brochures sur ce sujet auprès de son médecin, dans un CLSC ou un Centre de santé des femmes. Notons qu'il est habituel, lors de la palpation, de découvrir une surface irrégulière et bosselée: chaque femme apprend rapidement, au fil des mois, à la reconnaître comme sienne et comme normale. L'auteur du livre *Les Maladies du sein*, le D^r Roger Ghys, invite quand même à la précaution: «19 sur 20, la bosse que vous décelez n'est pas un cancer: alors, si vous en trouvez une, allez consulter un médecin».

Une autre méthode utilisée par les médecins québécois est **la mammographie.** La mammographie consiste à photographier le sein à l'aide de rayons à faible énergie. On a jadis fait l'éloge de cet outil de dépistage, mais il appert que la qualité des équipements dans les hôpitaux de la province a fait l'objet au mois de mars 1995 d'une évaluation critique de la part du ministère de la Santé. «[Les équipements] ne permettent pas de voir tout ce qu'on devrait voir sur une mammographie...», tel que mentionné par Madame Johanne Bergeron, présidente de l'Ordre des technologues en radiologie du Québec, dans un article du journal *La Presse*, paru le 9 mars 1995.

Lors de la mammographie, un mécanisme comprime le sein pendant qu'on procède à la prise de la photo du sein. Évidemment, ce procédé fait peur à beaucoup de femmes qui craignent la douleur due à la compression du sein. Cependant, une technicienne expérimentée fera en sorte que le sein ne soit comprimé que pendant quelques secondes. Le ministère de la Santé du Canada recommande ceci aux femmes sans antécédents familiaux de cancers:

- a) entre 35 et 40 ans: une mammographie préventive pour toutes les femmes
- b) entre 40 et 50 ans: un examen annuel chez le médecin et une mammographie à tous les deux ans
- c) après 50 ans: un examen et une mammographie à tous les ans.



Catherine Jacques

meilleure connaissance de cette partie du corps; cela aide à faire tomber la peur reliée à la pensée du cancer et permet que cette activité devienne une habitude de vie. Toutes les femmes, quels que soient leur âge et leur état de santé, doivent pratiquer l'autoexamen mensuel des seins. C'est une habitude qui peut sauver la vie!

À propos de l'auteure

Titulaire d'un diplôme d'études collégiales en lettres et langues modernes, Lucie Mercier est présentement inscrite au baccalauréat en études françaises à l'Université de Sherbrooke. Elle se dirige vers la création littéraire et la traduction.

Références

Femme Plus, « Nos seins on en prend soin! », mai 1995, vol. 8, n° 4, p. 16-42.

GHYS, R. (1989). *Les maladies du sein*, Québec/Amérique.

HYMAN, J. (1987), «Breast Cancer», *Ourselves, Growing Older*, Paula Brown Doress et al. éd., New York, Simon and Schuster.

LOVE, S. et K.LINDSAY (1990). *Dr. Susan Love's Breast Book*, New York, Addison-Wesley.

MANDEVILLE, R. (1988). *Le cancer du sein, le comprendre pour le prévenir et le guérir*, Montréal, Éditions La Presse.

ROBERT, V. (1994). «Cancer du sein : comment stopper l'épidémie». *Châtelaine*, octobre, p. 60-74.

THIBAudeau, C. (1995). «Mammographie: la moitié des équipements inadéquats». *La Presse*, jeudi 9 mars, p. B11.

VOYER, L. (1993). *Au-delà de la mammographie de dépistage, le cancer du sein*, Québec, Conseil du statut de la femme, décembre.

Bien que la prévention soit la clé du succès en matière de dépistage précoce du cancer du sein, il reste qu'au Québec, il ne se fait plus de dépistage mammographique en milieu hospitalier et que l'assurance-maladie ne couvre pas cet examen. Et comme, au Québec, il n'y a pas plus d'une vingtaine de spécialistes des affections du sein, il devient difficile de diagnostiquer la maladie.

La recherche scientifique n'a pas porté beaucoup d'attention à **l'alimentation**. Néanmoins, nous savons maintenant qu'il est préférable :

- de réduire ou d'éliminer le gras animal;
- d'augmenter la vitamine C et la carotène;
- de consommer deux cuillères à table (par jour) d'huile de graines de lin qui contient le lignan; le canola en est aussi une source, mais de moindre importance;
- d'éliminer l'alcool;
- d'augmenter la consommation de poisson gras (les huiles oméga-3 et -6);
- de faire de l'activité physique.

Conclusion

L'autoexamen des seins se doit d'être abordé comme un geste de santé et de



**CLSC
GASTON
LÉVESQUE**

**Centre local
de services
communautaires**

*On fait équipe
avec O*O*!*

Siège coctat
1200, rue King Est
bureau 100
Sherbrooke (Québec)
J1G 1E4
819 / 563-0144
Télécopieur
819 / 563-9912

Point de service**
Lennoxville, Waterville,
Asco! canlon
219, rue Queen
Lennoxville (Québec)
J1M 1K3
819 / 566-1134

Démystification de la ménopause

Marjorie Gagnon (adapté par Lucille Latendresse)

Le mot ménopause fait peur. Est-ce à cause de tous les mythes et légendes qui l'entourent ou simplement parce que le phénomène est mal connu? Qu'est-ce au juste que la ménopause et comment se manifeste-t-elle? Ces quelques lignes abordent rapidement ses différentes étapes ainsi que la polémique entourant l'hormonothérapie. Elles touchent aussi le récent et controversé phénomène des femmes donnant naissance à plus de 50 ans. Enfin, quelques femmes ont été approchées pour témoigner de la façon dont elles vivent leur ménopause.

La ménopause

Cette période naturelle de la vie de la femme a souvent été entourée de secrets, de mythes dévalorisants, voire farfelus, surtout en Occident. Il n'y a pas si longtemps, la ménopause, comme les menstruations d'ailleurs, était considérée comme une maladie qui empêchait la femme de fonctionner et la rendait presque irresponsable!

Des croyances populaires contemporaines donnent encore à la ménopause sa «mauvaise réputation». Par exemple, elle provoquerait instantanément le vieillissement et ferait sombrer les femmes dans la dépression et la maladie mentale... Avec d'aussi réjouissantes perspectives, il est facile de comprendre l'anxiété de certaines femmes lorsqu'elles approchent de la cinquantaine. Mais qu'en est-il réellement?

L'étymologie de ce mot indique qu'il vient du grec *mên* qui signifie mois, d'où *mênaiia* (menstrues) et de *pauxis*, cessa-

tion. Ainsi, l'état de ménopause est officiellement reconnu 12 mois après les dernières menstruations. Celles-ci ont arrêté lorsque les ovaires ont cessé de produire les hormones appelées progestérone et oestrogène. Il est bien entendu qu'il est question ici de la ménopause naturelle et non des effets de l'hystérectomie et de l'ablation chirurgicale des ovaires qui produisent une ménopause artificielle.

En Amérique du Nord, l'âge moyen de la femme ménopausée est de 51,4 ans. Mais, l'arrêt complet des menstruations est en réalité la deuxième étape du long processus de la ménopause dont la durée (de quelques mois... à 10 ans!) varie d'une femme à l'autre. On peut situer le début de ce processus à la fin de la trentaine où, chez plusieurs, le cycle menstruel commence à raccourcir, le flux menstruel diminue et les ovaires produisent moins d'oestrogène. On parle alors de préménopause.

Lors de la traversée de cette étape de la vie, plusieurs symptômes «épicients» le quotidien de la majorité des femmes. D'abord, les bouffées de chaleur (environ 80 % des femmes les subissent) qui peuvent survenir de 10 à 15 fois par jour pour certaines, plus souvent ou plus rarement pour d'autres. Ces états d'étourdissements, de transpiration abondante et de rougeurs exagérées se produisent spontanément à toute heure du jour et de la nuit ou encore après l'absorption d'alcool, de nourriture très chaude ou de tout ce qui est stimulant (sucre, thé, café, chocolat). Les autres principaux symptômes sont: les menstruations irrégulières, les palpitations, les insomnies, les difficultés de concentration, la baisse de la vue, sans oublier la sécheresse du vagin, et plus tard, l'atrophie des seins et du vagin, l'ostéoporose (25 % des femmes de plus de 50 ans en souffrent), le relâchement du plancher pelvien, etc.

Le grand branle-bas hormonal que la femme subit n'est pas sans influencer son humeur et son comportement. Genest, en 1993, disait que «la ménopause ressemble souvent à l'adolescence avec ses désordres hormonaux et psychologiques et [...] débouche souvent sur une crise d'identité. Sans compter que la ménopause survient à une époque de bouleversements et de changements dans la vie des femmes. Il faut aussi tenir compte de ce contexte». En effet, c'est souvent au moment de leur ménopause que plusieurs femmes doivent faire face à une séparation ou à un divorce, au départ de leurs enfants, à la préretraite, aux premiers signes du vieillissement, etc. Ainsi, beaucoup de femmes sont aux prises avec un état dépressif et une image corporelle négative.

Les grandes fluctuations hormonales affectent 85 % des femmes. Selon les statistiques, environ 1/3 des femmes traversent leur ménopause sans inconvénients importants, 1/3 les subissent de façon modérée et 1/3 en sont fortement incommodées.



Dans des entrevues semi-dirigées avec des femmes ménopausées, des réponses différentes nous ont en effet été données à ce chapitre. Cunégonde dit vivre cette étape assez facilement sans trop de symptômes: un peu de perte de concentration, d'insomnie, des sautes d'humeur surtout et de la perte de mémoire. Mais, à tout prendre, elle est bien heureuse de ne plus avoir ses menstruations. Si elle avait quelqu'un dans sa vie, ce serait différent car elle sentirait davantage la perte de désir sexuel et les signes de vieillissement qui accompagnent la ménopause.

Par contre, Émérencienne, une femme de 60 ans, a vécu sa ménopause de façon très difficile. Elle avait tant de «chaleurs» qu'elle a dû avoir recours aux hormones pendant près de neuf ans. Sa vie professionnelle en a été bouleversée; les migraines, la perte de mémoire et l'irritabilité se sont installées. Les autres, dans son entourage, ont commencé à la percevoir comme vieillissante et les jeunes se sont mis à la vouvoyer! Heureusement pour elle, il y a eu des séminaires avec des groupes de femmes pour l'aider à vivre cette étape cruciale dans sa vie.

Valentine, pour sa part, a trouvé cette période déconcertante. Mais une démarche sérieuse sur le plan spirituel l'a aidée énormément à voir sa vie de façon plus relative. Elle a senti une grande fiébrilité et beaucoup d'anxiété en plus des bouffées de chaleur et de l'insomnie. Elle a perdu complètement le désir sexuel, mais à ce regard, elle dit: «bon débarras!» car sa vie nouvelle la tenait quelque peu en esclavage à cause de ses besoins exacerbés. Maintenant, elle se rit de l'opinion des autres et elle se trouve très bien dans sa peau. Elle craint cependant le vieillissement. Elle préconise un bon régime de vie avec de l'exercice, de bonnes lectures et de la compagnie.

Qu'en est-il vraiment de la sexualité?

L'un des mythes qui s'est transmis de génération en génération concerne la perte d'intérêt sexuel chez les ménopausées. Selon une étude nord-américaine, lors de la ménopause, 48 % des femmes avaient

perdu tout intérêt pour les relations sexuelles, 23 % déclaraient que leur libido avait augmenté et 29 % ne dénotaient aucun changement dans leurs habitudes sexuelles. Ces chiffres plutôt surprenants s'expliquent de différentes façons. D'abord, l'assèchement du vagin entraîne dans certains cas des relations sexuelles douloureuses. De plus, les seins qui s'atrophient sont moins sensibles à la stimulation. Ces deux derniers phénomènes sont attribuables à la baisse de la production d'hormones par les ovaires.

L'état psychologique de la femme joue aussi un rôle dans la sexualité de la ménopausée. Son corps se transforme bien malgré elle (près de 2/3 des femmes prennent du poids au moment de la ménopause, la graisse fournissant l'oestrogène autrefois produit par les ovaires) et son image de soi est perturbée. Taurelle et Tamborini affirmaient, en 1989, que «le préjugé esthétique de la ménopause, associé à l'idée de la perte de pouvoir de séduction, est certainement le phénomène le plus redouté à la cinquantaine».

Pourtant, à l'opposé, certaines femmes se sentent le cœur léger et le corps émoussillé! Le rétrécissement du vagin, c'est-à-dire un vagin plus étroit, permet chez quelques-unes une plus grande jouissance sexuelle! D'autres connaissent un regain de vitalité sexuelle lorsque la grossesse n'est plus à l'horizon. Elles ressentent aussi une sensation de libération: «finie la contraception, les contraintes du cycle menstruel!»

Hormonothérapie: pour ou contre?

L'hormonothérapie est un traitement à base d'oestrogène et de progestatifs naturels à faible dose qui cherche à reproduire l'équilibre hormonal de la femme. Ces hormones se présentent sous différentes formes dont les plus employées sont les comprimés traditionnels (voie orale) ou les timbres hypodermiques (voie percutanée).

Certaines personnes y voient la solution miracle aux problèmes de santé accompagnant la ménopause et d'autres dénoncent la surmédicalisation qu'elle provoque et les risques de cancer qui lui sont associés.

Il est vrai que l'hormonothérapie a des bienfaits prouvés. Entre autres, elle élimine presque les bouffées de chaleur, améliore la qualité du sommeil, prévient l'ostéoporose ainsi que l'atrophie du vagin et de l'appareil urinaire. Elle protège aussi des maladies cardio-vasculaires, stimule les sécrétions vaginales et entraîne une augmentation du désir et de la satisfaction sexuelle! De plus, Genest indique que «selon des recherches américaines et européennes, on a vu une baisse de plus de 40 % de l'indice des infarctus chez les groupes de patientes traitées à l'hormonothérapie».

Par contre, le risque du cancer du sein associé à l'hormonothérapie est devenu une véritable épée de Damoclès au-dessus de la tête des femmes. Elles craignent cette éventualité et hésitent sérieusement à essayer le traitement par hormones. Au Québec, moins de 30 % des femmes ménopausées sont sous traitement et moins de 5 % le demeurent au-delà de 5 ans.

Plusieurs femmes trouvent d'autres solutions aux problèmes de la ménopause: des médicaments homéopathiques pour les bouffées de chaleurs, les exercices de Kegel pour l'atrophie du vagin, des suppléments de calcium et de vitamine D combinés à un bon programme d'exercices pour l'ostéoporose, etc. D'autres ont recours aux vertus de l'acupuncture et de diverses autres médecines douces.

Mère à 63 ans... Est-ce possible?

Les femmes qui désirent enfanter vers la quarantaine se font moins rares. De fait, un nouveau-né sur dix a une mère de plus de 35 ans. Mais voilà qu'une autre réalité commence à se faire jour: des femmes ménopausées veulent enfanter. Comment est-ce envisageable, médicalement parlant puisque la ménopause survient lorsque la réserve d'ovules dans les ovaires est épuisée. Absence d'ovules, cela veut dire absence de cellule à féconder pour faire un embryon et absence de corps jaune, c'est-à-dire de progestatif, cette enveloppe de l'ovule qui sécrète les hormones permettant à l'embryon de s'implanter.

Or, on a réussi à pallier ces problèmes par la fécondation *in vitro* c'est-à-dire en éprouvete. Par la suite, on réimplante l'embryon ainsi conçu dans l'utérus de la mère, rendu bien accueillant par l'administration massive d'hormones. Un médecin italien, le D' Antinori, est passé maître dans l'art de la fécondation médicalement assistée. Depuis cinq ans, il a traité 80 femmes ménopausées et 34 enfants sont nés grâce à ses techniques. L'une des récentes mamans est âgée «d'à peine» 63 ans...

Cōncmsion

La ménopause soulève des réactions différentes selon les femmes qui l'appréhendent ou la vivent. Parfois, elles s'en réjouissent à cause de la fin des menstruations et de la conception. Parfois, elles s'en inquiètent ou en souffrent passablement. À

la cinquantaine, les femmes apprennent à tirer le maximum des acquis et de la personnalité qu'elles se sont données. La sagesse de l'expérience, l'intérêt intellectuel et social, la culture, l'ouverture au monde et l'empathie embellissent l'être humain. À cet âge d'or, la beauté est bien plus que la perfection d'un visage ou d'un corps. L'harmonie du corps et de l'esprit peut être son lot. C'est à la femme de décider.

À propos de l'auleure

Marjorie Gagnon a fait ses études à l'Université de Sherbrooke (Québec) en rédaction-communications (baccalauréat) et en administration des affaires (certificat). Elle entreprendra en 1996 une maîtrise en bibliothéconomie. spécialisation *Centre de documentation*. Elle désire travailler en coopération internationale et se balader dans toutes les capitales du monde!

Références

- CHATEL, A. (1987), «La sexualité à la ménopause», *L'Union médicale du Canada*, n° 3.
 GENEST, F. (1993), «Ménopause et andropause», *Santé*, n° 88.
 KOUCHNER, A. (1993), «Inséminations: le docteur abuse», *L'Express international*, n° 2164.
 LAMBERT, M. (1991), «Les hormones à l'heure des choix», *La Gazette des femmes*, n° 4.
 MCKINNON DOAN, H. (1988), *La ménopause: un processus naturel*, Montréal, Éditions La Presse.
 TAURELLE, R. et A. TAMBORI (1989), *La ménopause*, Paris, Masson.
 VAGOGNE, A. (1984), *Réussir sa cinquantaine, sa ménopause*. Paris. M.A.



Monsieur Maurice Bernkr
 Député de Mégantic-Compton-Stanstead
 210, rue Principale Est, C.E 128
 Cookshire, QC JOB 1M0
 Telephone: (819) 875-3351
 Sans frais 1-800-461-3351
 Télécopieur: (819)875-5 717

**Agir
 ensemble
 pour bâtir
 un Québec
 en santé
 c'est-à-dire
 pacifiste,
 écologiste
 et
 non sexiste**



Monsieur Gaston Leroux
 Député de Richmond-Wolfe
 71, rue de l'Église
 Windsor, ÚCJ1S2A5
 Téléphone: (819) 845-5600
 Sans frais: 1-800-267-5622
 Télécopieur: (819) 845-5622

Isabelle Vaillancourt et Donna Cherniak: pour une médecine de l'écoute et de l'équilibre

Entrevue réalisée par Danielle Tremblay

Isabelle Vaillancourt est médecin omnipratricienne au CLSC-SOC. Lors de l'entrevue, nous nous sommes d'abord lancées dans un jeu d'association libre qui a donné des résultats étonnants. À travers le discours et l'attitude de la docteure Vaillancourt, les mots «santé», «service», «femme» et «aide» se joignent spontanément aux mots «bien-être», «écoute», «personne» et «présence». Un début prometteur sous le signe de la subtilité et de la générosité.



Isabelle Vaillant ouït

I: D' Vaillancourt, comment qualifiez-vous votre pratique médicale au quotidien?

IV: C'est une longue histoire d'écoute. Dans mon travail, la somme de connaissances accumulées n'est rien sans l'écoute de toute la personne pour orienter mon jugement et le soutien que je pourrai lui apporter. D'après moi la santé c'est une approche globale et c'est aussi une question de perceptions: c'est pourquoi je la relie au bien-être éprouvé par la personne au quotidien. Ma perspective est sans doute moins perfectionniste que celle d'autres médecins. D'abord, je ne suis pas une spécialiste: je pratique une médecine familiale où les contacts et le suivi personnalisés prennent beaucoup d'importance. Ensuite, en tant que jeune médecin j'ai exercé longtemps parmi les personnes âgées dans le contexte des soins prolongés, où l'on croit moins à des interventions miracle qu'à la recherche d'un équilibre personnel au beau milieu de la maladie. Pour moi, le plus important est d'aider la personne à harmoniser différents aspects de sa santé, en tenant compte de ses conditions de vie et des

valeurs qui guident ses choix. Beaucoup de troubles physiques et psychologiques sont les signes d'un problème plus large.

I: Vous sentez-vous très différente des autres médecins que vous côtoyez au niveau de la relation d'aide?

IV: Je ne sais pas! Je n'ai jamais essayé de définir mon travail avec une articulation théorique avant tout. J'ai plutôt l'impression de passer mes connaissances au crible de mon intuition et je cherche une certaine qualité de communication avec les personnes qui me consultent. Je crois que toutes les perspectives ont leur place dans la médecine. Contrairement à ce qu'on a longtemps véhiculé, la médecine n'est pas monolithique et elle n'a pas réponse à tous les maux corporels, sociaux ou familiaux. Je ne dis pas non plus que mon attitude est toujours la meilleure: certaines personnes préfèrent mon type de pratique; d'autres ne ressentent pas les mêmes besoins et re-

cherchent autre chose. À mon avis la relation médecin-patient est basée sur un consentement mutuel entre les expériences et les attentes de la personne qui consulte et le savoir et l'expérience humaine du médecin. Il ne faut pas oublier non plus que comme jeune médecin, on ne se connaît pas beaucoup sur le plan humain et on a tendance à s'appuyer sur des études abstraites. Le cheminement personnel du médecin vers une plus grande maturité émotionnelle, par exemple, enrichit forcément la pratique médicale. Je ne pratique plus comme à ma sortie de l'école: j'ai vécu bien des choses, j'ai eu mes enfants, je me suis ouverte au monde et tout cela m'influence.

I: Beaucoup de femmes vous consultent-elles et pourquoi?

IV: J'exerce surtout au milieu des femmes. Elles sont en général très conscientes de leurs besoins en matière de santé. Elles formulent des demandes pour elles-mêmes, bien que la vie avec leur proches ait un impact non négligeable. J'observe beaucoup de comportements préventifs chez les femmes, mais je pense que la plupart des femmes ne se sentent pas à l'aise au sein du système médical et moult leur demande d'aide selon les codes «acceptables» pour les médecins. Je veux dire qu'elles parlent souvent de malaises physiques très pointus pour exprimer en fait autre chose, par exemple un malaise plus profond qui les empêche d'assumer leur vie. Comme je travaille en CLSC, je suis très proche des pratiques préventives en matière de contraception et de ménopause, car nous recevons une forte clientèle adolescente et âgée. Ma clientèle est cependant très diver-

sifiée. Ainsi j'ai remarqué qu'entre 20 et 50 ans les femmes me parlent de stress et d'autres maux causés par une charge physique, intellectuelle et émotive de plus en plus lourde, à la maison comme à l'extérieur.

I: Quelle image les femmes vous donnent-elles de leur santé?

IV: Quand on leur alloue un espace pour s'exprimer, on constate que les femmes cherchent un équilibre global beaucoup plus qu'elles ne veulent se définir comme des «cas médicaux». J'entends par là que le modèle de la maladie, véhiculé par un langage scientifique contrôlant, intimide et confond les femmes, mais qu'elles se posent surtout des questions sur la meilleure manière de vivre différentes étapes de leur vie, sur le plan physiologique et sur tous les autres plans. Par elles-mêmes, les femmes décrivent surtout des émotions et des états complexes alors que le langage médical a tendance à exiger des symptômes. C'est là que pour moi l'écoute prend tout son sens. Les femmes me parlent de tensions, de traumatismes, de conflits intérieurs ou de questionnements qui débordent du cadre strictement médical.

I: Que critiquez-vous le plus en ce moment dans la conception médicale des problèmes des femmes?

IV: L'exemple qui me vient le plus à l'esprit concerne la contraception chez les adolescentes. Je ne suis pas toujours d'accord avec une conception de la sexualité vécue comme un problème: je me sens divisée parce qu'à cause de nos programmes préventifs, on n'a presque pas le choix de véhiculer des images négatives des expériences sexuelles, genre: attention aux maladies! Un effet pervers de tout cela est l'ambivalence de beaucoup de jeunes filles qui nous consultent: elles se sentent «obligées» de passer des examens et leurs rapports avec le médecin ne vont pas plus loin parce qu'elles n'osent pas faire part de leurs sentiments face à leur propre sexualité. C'est particulièrement vrai quand on parle d'orientation sexuelle: plusieurs jeunes filles cachent leur homosexualité ou plus simplement leur recherche d'identité

sexuelle. Quant aux femmes âgées, elles réfléchissent de plus en plus sur leurs choix de santé et leur autonomie en matière de soins. C'est parfois difficile pour l'appareil médical d'écouter leurs intuitions sans leur prescrire des médicaments de toutes sortes.

I: Que pensez-vous des thérapies alternatives?

IV: Je suis prudente mais pas punitive. Si une personne m'exprime des besoins en ce sens, j'y suis attentive et je peux même recommander des personnes pertinentes. Je conseille cependant aux gens de ne pas perdre de vue leur sens critique et surtout leur recherche de bien-être. Face à toute thérapie conventionnelle ou autre, je leur recommande de prendre le temps de choisir ce qui leur convient.

I: Isabelle Vaillancourt, cela fait déjà 15 ans que vous pratiquez la médecine. Comment considérez-vous votre rôle en tant que femme médecin dans votre milieu?

IV: J'ai la conviction d'être une intervenante parmi d'autres, qui se sert de ses compétences et de son bagage personnel et qui essaie d'agir en solidarité avec les autres intervenants sociocommunautaires pour aider la population à s'épanouir le mieux possible. J'apporte ma petite contribution et j'en suis heureuse!

Informelles a aussi rencontré Donna Cherniak, directrice des services de médecine familiale au CLSC-SOC et engagée dans plusieurs projets concernant directement la santé des femmes, surtout en périnatalité.

I: Donna Cherniak, comment posez-vous les grands défis du système de santé actuellement?

DC: À l'époque de la réforme des soins de santé, le plus grand défi est de conserver l'équilibre entre des soins de première ligne de qualité constante et un effort tout aussi constant de prévention.

I: Quelles sont vos priorités personnelles en tant que gestionnaire des soins de santé? Éprouvez-vous de la difficulté à les faire respecter?

DC: Selon moi, on doit respecter le plus possible le processus de la médecine familiale qui exige une relation continue entre médecin et patient. Ce qui n'est pas facile à cause de l'insécurité qui règne en cette période de resserrement économique profond. Nous devons constamment rassurer les gens sur la qualité des services médicaux qu'on leur offre ici. Les différents paliers d'intervention médicale et communautaire doivent se concerter davantage: on revendiquait déjà des changements en ce sens depuis une dizaine d'années, mais aujourd'hui (nécessité fait loi) la situation économique provoque d'autres consensus. Par exemple, on parle de plus en plus d'une gestion des soins avec rémunération *per capita* plutôt qu'à l'acte médical. Maintenant que le virage ambulatoire est enclenché, il faut que nous soyons à la barre toutes et tous pour qu'il donne les résultats espérés.

I: Comment se concrétisent vos préoccupations pour la santé des femmes dans ce contexte?

DC: Je suis toujours sensible aux conditions économiques d'appauvrissement des femmes et il nous faut être particulièrement vigilantes de ce côté-là: cela dépend de choix sociaux et économiques à long terme et pas seulement du fonctionnement des CLSC. Quant aux batailles que nous avons déjà menées pour la promotion de la contraception et de meilleures conditions pour la naissance, je constate des progrès, mais je me dis que rien n'est acquis. Je suis aussi très préoccupée par le vieillissement des femmes et je suis inquiète de la panacée pharmaceutique et technologique qu'on leur propose en grand nombre.

I: Quelle est votre vision de l'avenir en matière de soins de santé?

DC: Je suis optimiste, mais je crois qu'on va vivre une transition très difficile.

La santé des femmes âgées de 65 ans et plus

Pierrette Cloutier

Dans une recherche effectuée en 1990-1991 concernant les conditions de vie des femmes de 65 ans et plus de la région de Sherbrooke, le Centre des femmes de l'Estrie a mis en lumière des éléments intéressants au sujet de la santé de ces femmes et ce, tant sur le plan physique que psychologique. Cette étude a été menée auprès de 150 femmes âgées de 65 ans et plus de Sherbrooke, choisies au hasard selon une méthode rigoureuse. Pierrette Cloutier, une des membres de l'équipe, a relevé pour nous ce qui ressort de l'évaluation de leur bien-être physique et psychologique.

Évaluation de leur bien-être physique

Une perception positive de sa santé

Trois femmes sur quatre jugent que leur état de santé est bon ou excellent. (75 % des femmes rencontrées). Par contre, 5 % jugent leur santé carrément mauvaise. Le déclin se fait sentir surtout après 75 ans.

Des consultations médicales fréquentes

Dans les six mois écoulés avant l'entrevue, quatre femmes sur cinq ont consulté un médecin et les plus âgées l'ont fait en plus grand nombre.

Peu d'incapacités physiques

54 % des femmes disent ne souffrir d'aucune incapacité. La vue et l'ouïe sont les incapacités les plus fréquentes ainsi que les jambes et les pieds. Nous notons que les difficultés croissent avec l'âge.

Peu de soins requis

Pour 33 femmes âgées, soit 22 % de l'échantillon, des soins réguliers sont re-

quis. Les soins les plus fréquemment reçus sont pour des problèmes chroniques requérant un suivi médical, tels ostéoporose, cholestérol, diabète, problème cardiaque.

Les visites de personnel médical à domicile: une connaissance inégale

- La moitié de notre échantillon ignore ce service.
- Les femmes de 75 ans et plus connaissent ce service.
- 4 % des femmes reçoivent la visite d'une infirmière.

Utilisation de différents services: un pourcentage relativement faible

- L'ensemble des services offerts par les CLSC sont utilisés par 7 % de l'échantillon. Certaines personnes ne connaissent pas les CLSC...
- 40 % de l'échantillon (2 femmes âgées sur 5), ne connaissent pas les centres de jour. Par contre, 27 % les fréquentent.
- C'est la Résidence de l'Estrie qui accueille le plus grand nombre de femmes (22 personnes soit 15 %) suivie par le

Foyer Saint-Joseph (12 personnes soit 8 %). On y recherche surtout les activités sociales et la physiothérapie.

La consommation de médicaments augmente avec l'âge

- Une proportion importante des femmes âgées prennent des médicaments. 71 % de l'échantillon en consomment de façon régulière. Ainsi, on voit que 36 % en consomment un par jour, 20 % deux par jour et enfin, 13 % jusqu'à trois par jour.
- Les plus âgées en consomment plus.
- Les principales raisons de consommation de médicaments sont les problèmes cardiaques et les problèmes nerveux.

La vie au quotidien: une évaluation positive

- 81 % des femmes jugent qu'elles dorment bien. Quatre femmes seulement utilisent des somnifères.
- 94 % de l'échantillon sont satisfaites de la qualité de leur alimentation; elles disent s'alimenter régulièrement.



- 33 % des femmes fument, et la majorité ont moins de 75 ans et elles vivent en milieu dit favorisé.

L'exercice et les activités courantes: les difficultés croissent avec l'âge

- 69 % de l'échantillon pratiquent une activité physique régulière, surtout les plus jeunes. Elles pratiquent en général la marche. On constate une perte d'autonomie progressive avec l'âge.
- Monter et descendre les escaliers constituent des activités faciles pour 77 % de l'échantillon. Marcher sur une distance d'un mille reste facile pour 52 % de l'échantillon. La difficulté à se mouvoir augmente avec l'âge.
 - Pour la très grande majorité des femmes rencontrées, il est facile de prendre soin d'elle-même: que ce soit pour manger (99 %), s'habiller (97 %) ou faire sa toilette (95 %).
- 74 % jugent qu'il leur est encore facile de faire de légers travaux d'entretien ménager; pour ce qui est des gros travaux comme le ménage du printemps, 39 % les considèrent difficiles.

De l'aide pour l'ordinaire ou les urgences

- Dans 81 % des cas, les femmes âgées ont la possibilité d'obtenir de l'aide pour ces activités, provenant de la famille (48 %), d'une amie (16 %) ou d'une étrangère dans 15 % des cas.
- En cas d'urgence, c'est 91 % de l'échantillon qui sait comment obtenir de l'aide rapidement soit par le téléphone ou en utilisant des services d'alarme ou d'alerte tel Argus, Expert, Métrotech, etc.

Évaluation de leur bien-être psychologique

Un très haut niveau de satisfaction face à la vie

93 % des femmes se disent satisfaites de la vie qu'elles mènent. Parmi les 7 % qui se disent peu satisfaites, nous constatons que le degré de satisfaction diminue avec l'âge. On peut y voir un lien avec l'état de la santé, la solitude, les difficultés de déplacement.

Importance capitale de la santé et de la prière

- 100 % des femmes considèrent que la santé c'est important.
- 99 % de l'échantillon évaluent que la prière est une activité importante pour les femmes âgées.
- Pour une femme sur deux, la sexualité n'est plus importante. Plusieurs n'ont pas voulu répondre à cette question (13 %). C'est un sujet tabou tout autant que celui du revenu qui a obtenu le même pourcentage d'abstention !

Une bonne image de soi mais un manque de reconnaissance dans la société

- 96 % de l'échantillon estiment que la vie vaut la peine d'être vécue.
- Trois femmes sur cinq disent vivre leurs plus belles années: plus de liberté, un revenu assuré, etc.
- Les femmes rencontrées pensent que peu de gens (16 %) se soucient vraiment du sort des personnes âgées. Elles se sentent plus ou moins reconnues dans la société.

Les plus grandes inquiétudes: la santé et la mort des proches

- 53 % des femmes s'inquiètent de ne plus pouvoir prendre soin d'elles-mêmes.
- 47 % des femmes s'inquiètent de ne plus pouvoir sortir à cause de leur santé.
- 38 % des femmes craignent d'être malades et de n'avoir personne pour les aider. Cette inquiétude est plus grande chez les plus jeunes.

- 85 % des femmes rencontrées s'inquiètent de voir mourir leurs proches. Nous croyons que cette question les met face à l'éventualité de leur propre mort et intensifie leur sentiment de solitude.
- 43 % des femmes ont peur de se retrouver de plus en plus seule.
 - * Plus de 65 % de l'échantillon ne s'inquiètent pas de l'éventualité de se retrouver seule et de ne plus recevoir de marques d'affection.
- La situation financière des femmes interrogées se situe au dernier échelon de leurs inquiétudes. Même si une sur deux vit sous le seuil de la pauvreté, 75 % des femmes ne s'en préoccupent pas du tout.

Conclusion

Il est intéressant de constater que la grande majorité des femmes rencontrées (93 %) sont satisfaites de la vie qu'elles mènent et qu'elles sont nombreuses à se dire en pleine possession de leurs capacités. Elles se perçoivent en bonne santé dans 75 % des cas.

Toutes, tant que nous sommes, nous nous acheminons lentement mais sûrement vers cette réalité, vers cette catégorie d'âge. Ces données se font rassurantes et il est permis de croire que toute l'attention que nous portons à notre santé, toutes les décisions que nous prenons actuellement auront, à long terme, une influence bénéfique sur notre capital-santé et sur nos perspectives d'un troisième âge harmonieux.



ESPACE ESTRIE

**PROGRAMME DE PRÉVENTION
DES ABUS COMMIS
ENVERS LES ENFANTS**

1255, rue Daniel, suite 131, Sherbrooke, (Québec) J1H 5X3
Tél.: (819) 822-6046

La consommation de médicaments psychotropes: la pointe de Fleeter[^]

Hélène Charest

Dans notre société, le médicament, prescrit ou non prescrit, est considéré comme un moyen rapide pour régler les problèmes de santé. Son utilisation représente un phénomène très bien intégré dans notre société.

Les médicaments psychotropes

Les tranquillisants, les sédatifs et les somnifères sont des médicaments psychotropes et représentent une des catégories répertoriées par l'enquête Santé Québec en 1992-1993. On estime à 4,7 % le nombre de personnes ayant consommé un de ces médicaments dans les deux jours précédant l'enquête, dont plus de la moitié sont des femmes. Cela les classe au 5^e rang parmi les treize catégories répertoriées. Or, il semble que le phénomène de consommation de médicaments psychotropes ait des assises plus larges que ne laissent paraître ces chiffres.

Dans une enquête menée en 1992, auprès de 1 130 cols blancs infirmières et professionnelles, Pauline Morrissette estime qu'environ 14 % des femmes ont fait usage de médicaments psychotropes que ce soit des tranquillisants (11,8 %), des somnifères (5,9 %) ou des antidépresseurs (3,5 %). De ces femmes, 20 % en ont ingérés quotidiennement et 40 % en ont pris pendant plus de 7 mois dans l'année précédant l'enquête.

Selon Santé Québec, ce phénomène touche autant les travailleuses que les personnes âgées et que les bénéficiaires de l'aide

sociale. Chez les personnes âgées plus du tiers des médicaments prescrits sont des médicaments psychotropes et, encore une fois, ce sont les femmes âgées qui consomment le plus de ces médicaments. En ce qui concerne les bénéficiaires de l'aide sociale, on évalue, sur l'ensemble des ordonnances, que plus du tiers sont des médicaments psychotropes.

La pointe...

L'ampleur doit donc être mesurée par l'analyse des différents paramètres qui contribuent à ce phénomène, soit la perception qu'ont les femmes de leur état de santé physique, leur niveau de détresse psychologique, leur relation avec les médecins et, enfin, la réalité que constitue l'industrie pharmaceutique.

Le rôle des femmes et leurs attitudes conditionnent, en effet, leur perception de leur état de santé. En plus d'avoir un rôle, dans la famille, de gardienne de la santé, elles sont amenées à consulter plus fréquemment les services de santé que les hommes puisque les différentes phases de leur santé biologique sont plus médicalisées. Du reste, on a jusqu'ici encouragé les femmes à médicaliser leurs problèmes. La maladie est encore aujourd'hui considérée comme un phénomène plus acceptable que la révolte.

Par ailleurs, des enquêtes démontrent qu'actuellement les femmes déclarent avoir plus de difficultés psychologiques que les hommes. Nous savons que l'état de santé des femmes est influencé par l'environnement social et économique. Il est relié de multiples façons aux rapports entre les hommes et les femmes. Les conditions de vie des femmes en général et celles pro-

pres à certains groupes conditionnent également la qualité de la santé psychologique des femmes.

Plus concrètement, le rôle de soutien, les effets de l'abus, les agressions sexuelles, la violence conjugale de même que la situation socioéconomique des femmes et les types et les caractéristiques d'emplois occupés par la majorité des travailleuses influencent l'état de santé mentale des femmes. S'ajoutent à cela les standards à atteindre dans le modèle féminin qui conditionnent entre autres le poids, valorisent la jeunesse et définissent des rôles associés à la «superwoman».

Tout cela explique en grande partie la propension qu'ont les femmes à consulter leur médecin, à parler des dimensions psychosociales de leurs problèmes de santé ou à présenter des symptômes comme l'anxiété, l'insomnie, etc.

Or, les médecins ont tendance à prescrire plus de tranquillisants ou de somnifères aux femmes qu'aux hommes et sans chercher les causes profondes des problèmes. Si toutefois d'autres moyens parallèles sont proposés, comme des ressources psychosociales, on constate que les médecins en tiennent rarement compte dans le suivi.

Outre ces facteurs qui rendent les femmes plus susceptibles de faire usage de ces médicaments, le lobbying des compagnies pharmaceutiques auprès des gouvernements, les campagnes publicitaires dans les revues spécialisées, ainsi que certains avantages offerts aux médecins et aux spécialistes, de même que les campagnes promotionnelles visant le grand public encouragent la vente de ces médicaments.

Uiceberg...

Ces facteurs expliquant le phénomène de consommation des femmes ne sont sans doute pas nouveaux puisque déjà ils étaient analysés autour de 1980 (Cooperstock, 1980; Bergeron, 1983; etc.). Avec le contexte socio-économique actuel, les coupures dans les programmes de prévention et la réorganisation des soins de santé, tout porte à croire que les conditions favorisant l'utilisation des médicaments psychotropes vont rester bien présentes. On peut même imaginer une consommation plus importante de médicaments psychotropes.

En effet, l'arrivée du PROZAC dans les années 1990 marque le début d'une ère nouvelle avec la mise en marché d'un type de médicaments de plus en plus «performant» et présenté comme n'ayant pas d'effets secondaires.

Déjà, ce type de médicament, approuvé pour la dépression, est actuellement prescrit pour traiter des troubles affectifs saisonniers, l'obésité, le syndrome de fatigue chronique, l'anxiété, le syndrome prémenstruel, etc. PROZAC aiderait les gens à se sentir «mieux dans leur peau» et «à mieux fonctionner», comme on pouvait le lire dans un article écrit par David Cohen.

Ces qualités spéciales laissent miroiter, chez le grand public, l'image d'une pilule du bonheur, ce qui conditionne une vision nouvelle, sinon renouvelée, des médicaments psychotropes. À notre avis, cette nouvelle génération de médicaments risque d'avoir un effet catalyseur sur les facteurs explicatifs du phénomène. En plus des conséquences liées à l'utilisation même de ces nouvelles substances, cela ne risque-t-il pas d'amplifier la médicalisation des problèmes des femmes et de diminuer les probabilités qu'elles s'attaquent aux véritables causes de leurs problèmes?

À propos de l'auteur

Hélène Charest est directrice d'Élixir depuis 1992. Elle est travailleuse sociale et a œuvré dans les secteurs public, municipal et privé. Élixir est le seul organisme au Québec qui travaille en prévention de la toxicomanie chez les femmes.

References

- MORISSETTE, P. (1992). *La solitude professionnelle et la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes chez les femmes au travail*, Université de Montréal, Subventionné par le Conseil québécois de recherche sociale.
- SANTÉ QUÉBEC (1992-1993). *Et la santé en Estrie ça va en 1992-1993?*, Rapport régional de l'Enquête sociale et de santé
- COHEN, D. (1995). «Quelques réflexions sur le prozac» in *L'Intervenant*. Vol. 12, n° 1.

Des voix pour vos préoccupations... du lundi au vendredi

Des arts et des gens 10 h - 13 h
un tour complet du monde culturel,
d'ici et d'ailleurs avec Julie Normand

Fac-similé 13 h - 15 h
le magazine communautaire
avec Danielle Tremblay

cflx fm 95,5

L'Estrie,

Bien entendu!

Le «burn-out» chez les femmes au Québec

Lyne Reiteau (adapté par Lucille Latendresse)

Le vaste mouvement d'émancipation de la femme tend à transformer les rôles traditionnels de celle-ci. Cependant, le marché du travail, en tant que moyen de valorisation personnelle comparativement au rôle antérieur de la femme s'avère souvent ennuyeux et routinier. Il risque de décevoir les espoirs de bien des femmes et de les amener à un état d'épuisement et de lassitude.

Où est-ce que le «burn-out»?

Un nouveau terme, tout à fait inconnu autrefois, a vu le jour il y a une quinzaine d'années. Il s'agit de «burn-out» ou épuisement professionnel. Au début, plusieurs médecins ou employeurs ont refusé de reconnaître ce mal, prétextant que leur clientèle ou leur personnel se plaignait pour rien, qu'il n'était pas assez fort, etc. Maintenant, quoique l'épuisement professionnel reste un diagnostic délicat, il est de plus en plus reconnu dans le monde médical. Sa fréquence augmente de façon alarmante, surtout chez les femmes qui se doivent d'exceller dans leur carrière pour se faire accepter et de continuer en même temps à remplir les rôles féminins traditionnels au foyer. Même si la durée, la fréquence et les conséquences de l'épuisement ne sont pas toujours les mêmes, celui-ci présente trois composantes fondamentales: une fatigue physique, une fatigue émotionnelle et une fatigue mentale.

Cruelle est la cause du «burn-out»?

L'épuisement professionnel est causé par un engagement total dans le travail joint à une pression émotive soutenue ou répétée.

Cette pression est souvent due à une relation intense avec des gens durant de longues périodes comme par exemple dans un travail d'infirmière ou d'assistante sociale. Tout travail soumis aux humeurs d'un public parfois arrogant, irrespectueux, indifférent et facilement irritable peut représenter un risque de «burn out.»

En outre, Pines, en 1990, affirmait que «le conflit des rôles est une des sources majeures de stress chez la majorité des femmes qui essaient de conjuguer harmonieusement leur rôle au foyer et leur carrière sur le marché du travail». Certaines femmes, lorsqu'elles sont gagnées par l'épuisement, démissionnent de leurs fonctions, tandis que d'autres, à force de s'épuiser au travail, développent un sentiment chronique de désespoir et d'échec.

Rôles féminins

Dans la société québécoise, le rôle de mère et d'épouse ne constitue plus, pour la plupart des femmes, l'unique source de valorisation et de sentiment de réussite. La femme au foyer travaille continuellement pour parfois se rendre compte que ses fonctions ne lui rapportent ni récompenses tangibles, ni relations sociales. C'est pourquoi un grand nombre de femmes, autrefois confinées aux rôles marital et maternel, choisissent maintenant de cumuler le travail rémunéré et le travail au foyer et cela même lorsque leurs enfants sont d'âge préscolaire. Mais comment concilier les rôles traditionnels et la carrière? Être à la fois l'âme de la maison et une femme d'affaires compétente demande des talents où entre une part d'ubiquité. Être soignante, empathique et rassurante ne se conjugue pas nécessairement facilement avec l'esprit d'initiative, l'ambition, la volonté et le dynamisme, véritables clés du succès professionnel. Ce hiatus dans la vie de plusieurs femmes

est apparu quand, féministes en tête, les femmes ont fait savoir au monde entier qu'elles en avaient assez d'être prisonnières de rôles stéréotypés et que tous les choix devaient désormais leur être permis. La porte était ouverte à la «superfemme»: celle qui allie vie familiale, affective et professionnelle avec brio. Cependant, Streit, en 1993, a donné cet avertissement:

«Bien que le cumul de plusieurs rôles paraisse avantageux pour les femmes, ce mode de vie s'avère dangereux, car il entraîne des malaises. La surcharge, les conflits d'horaire, la fatigue, le manque de temps pour soi, l'inquiétude concernant l'impact négatif du travail rémunéré sur les enfants ainsi que les sentiments de culpabilité semblent indissociables du cumul des rôles de travailleuse et de mère.»

Conditions de travail

Plusieurs caractéristiques du travail rémunéré semblent associées, en positif ou en négatif, à la santé physique et mentale des femmes. Parmi celles-ci, se trouvent le niveau occupationnel, c'est-à-dire si on est cadre ou subalterne, l'autonomie au travail, la complexité des tâches, le travail sous pression, la surcharge et l'impossibilité d'exercer un pouvoir décisionnel. Il semble qu'une mauvaise qualité du rôle occupationnel peut causer des symptômes dépressifs et que travailler par obligation plutôt que par choix serait lié à un niveau plus élevé de dépression chez les femmes qui développent alors une attitude négative vis-à-vis d'elles-mêmes et de leur travail.

C'est plus souvent au bas de l'échelle sociale que frappe le mauvais stress chez les femmes. Elles sont surreprésentées dans les tâches répétitives, comme celles des couturières, des serveuses, des téléphonistes. C'est avec l'industrialisation que s'est ac-

célébré le phénomène du mauvais stress avec la chaîne de montage où l'on répète toujours les mêmes gestes, le plus rapidement possible. Dans l'industrie du vêtement, le travail «à la pièce» est associé à la fréquence des symptômes aigus d'anxiété et de dépression. Viennent ensuite les femmes qui sont appelées à payer «le prix du dévouement», à commencer par les travailleuses sociales, les préposées aux malades, les infirmières et les préposées au service à la clientèle qui quotidiennement sont mises en face de la misère humaine. Elles se découragent devant l'ampleur de la tâche à accomplir et se culpabilisent.

Une petite comparaison avec les hommes

Les femmes occupant des postes administratifs dans le monde des affaires et de l'industrie perçoivent la carrière comme une source d'épanouissement et d'actualisation de soi offrant à chacune la satisfaction de pouvoir accomplir ce qu'elle aime faire. Ces perceptions inciteraient donc les femmes à attendre davantage de leur carrière que les hommes. En fait, sur le marché du travail, même si les femmes travaillent plus et qu'elles disposent de moins de temps pour elles-mêmes, leur condition leur offre souvent plus de diversité, d'autonomie et de valorisation que lorsqu'elles sont confinées à la maison.

Cependant, comparées aux hommes, les femmes professionnelles sont désavantagées, particulièrement en ce qui a trait aux conditions de travail: elles disposent de moins de liberté, d'autonomie et d'influence et leur tâche leur offre moins de diversité, de défi et d'aspects positifs; elles ont moins de possibilités de s'exprimer et de s'actualiser et leurs efforts sont récompensés moins adéquatement. Les femmes travaillent davantage à la maison que les hommes. Elles se sentent plus souvent surexploitées sur le plan émotif et se laissent davantage accabler par la culpabilité et l'angoisse en se demandant si elles s'acquittent de leurs occupations aussi bien qu'elles le souhaiteraient. Ces constatations, ainsi que les recherches de Strapp, en 1975, prouvant que les fem-

mes sont victimes de discrimination et de harcèlement dans les professions dominées par les hommes, peuvent expliquer que les femmes souffrent plus d'épuisement et de lassitude morale que les hommes. Il y a en effet quatre fois plus de femmes que d'hommes qui souffrent de lassitude aiguë.

La santé mentale des travailleuses au Québec

En santé mentale, en général, deux fois plus de dépression seraient diagnostiquées chez les femmes que chez les hommes. Pourquoi? Certains croient que les femmes, plus attentives à leur état émotif, consultent davantage. D'autres pensent plutôt que la dépression serait liée à une question hormonale puisqu'elle apparaît souvent après un accouchement ou à la ménopause. D'autres encore estiment que le manque de valorisation des femmes dans notre société expliquerait le phénomène. Cela peut être aussi l'emploi qui ne correspond pas aux attentes, trop ou pas assez exigeant, répétitif, assommant, mal payé. Le soir venu, c'est le travail domestique, non salarié, non valorisé par la société ni même parfois par le conjoint ou les enfants. C'est alors que l'on est tenté de prendre un peu trop d'alcool ou de médicaments pour geler le mal, pour oublier. Puis viendront les migraines, les troubles digestifs, les ulcères, etc. Si rien ne change, il y a risque de s'enfoncer lentement vers une dépression sérieuse.

Selon Perreault, «il existe trois solutions à la dépression en ce qui concerne le milieu de travail: la réduction de la charge de travail, le déplacement vers d'autres postes, ou le changement d'emploi». Pour ce qui est du traitement, on combine généralement médication et psychothérapie. Les antidépresseurs sont les remèdes auxquels on fait appel, mais tous les antidépresseurs nécessitent de grandes précautions à cause de leurs effets secondaires parfois pires que la dépression. La psychothérapie, de son côté, constitue un complément indispensable, car elle seule peut agir sur le fonctionnement de la pensée. Les plus récentes recherches ont montré que les thérapies

cognitive, comportementale et interpersonnelle donnaient d'excellents résultats dans le traitement de la dépression. Reste à voir la durée de ces bons résultats.

Conclusion

Dans notre société québécoise, il y a des ménagères épuisées comme il y a des ménagères heureuses; il y a des travailleuses surmenées et harcelées comme il y a des travailleuses épanouies et satisfaites. Chaque femme doit décider elle-même de son mode de vie et fonder sa décision sur ses besoins, ses désirs et ses aptitudes véritables en se laissant influencer le moins possible par les diverses pressions sociales. Pour cela, elle doit évaluer à l'avance sa capacité de résister ou de s'adapter au stress. Elle doit définir les objectifs de chacun de ses rôles et répartir en conséquence son énergie mentale, physique et émotionnelle afin de réduire le stress et les conflits. Cette répartition n'est pas uniquement une mesure préventive contre l'épuisement et la dépression, elle peut aussi servir de tremplin au plein épanouissement.

À propos de l'auteur

Lyne Felteau est étudiante en deuxième année au baccalauréat en rédaction et communications à l'Université de Sherbrooke. Elle s'intéresse plus particulièrement aux communications interpersonnelles et organisationnelles.

Références

- KEABLE, J. (1992). «Danger: stress au travail», *Châtelaine*, juin, p. 45-48.
- PERREAULT, D. (1993). «La fracture de l'ego», *Affaires Plus*, septembre, p. 42-43.
- PINES, A. et al. (1990). *Le burn-out, comment ne pas se vider dans la vie et au travail*, Montréal, Les Messageries ADP, 304 p.
- STRAPP, J. (1975). «Sex Roles». *Human Behavior*, vol. 5, n° 1, p. 49-50.
- STREIT, U. et Y. TANGUAY (1993). «Vécu dans les rôles féminins», *Santé Mentale au Québec*, février, p. 109-134.

La santé lesbienne, c'est quoi au juste?

Carole TatlocR

Il n'existe pas de recherche et d'information sur la santé des lesbiennes ou sur leurs besoins en santé. Même si plusieurs problèmes de santé des femmes homosexuelles sont semblables à ceux des femmes hétérosexuelles, leur expérience du système de santé est totalement différente.

Le prix au silence

La santé des lesbiennes est occultée. Déjà que la société ne fait pas grand place au lesbianisme, il ne faut donc pas se surprendre de l'absence d'attention portée à la santé des femmes qui composent ce groupe. Ce silence a un prix. Comment se traduit-il pour les lesbiennes quand il est question de santé physique et mentale?

À cause de l'invisibilité lesbienne, il n'existe pas de recherche et d'information sur la santé des lesbiennes ou sur leurs besoins en santé. De plus, même si plusieurs problèmes ou aspects de la santé des femmes homosexuelles sont semblables à ceux des femmes hétérosexuelles, leur expérience de vie et leur relation avec le réseau de la santé et des services sociaux sont totalement différentes.

Par exemple, cette occultation se traduit par de rares visites médicales. En effet, selon une recherche effectuée par Simkin, les lesbiennes consultent moins que le reste de la population féminine. Elles attendent également plus longtemps pour le faire. Se croient-elles à l'abri de la maladie? Sentiraient-elles moins concernées par la prévention? Sentiraient-elles un certain malaise à déclarer leur orientation sexuelle au personnel de la santé et des services sociaux (médecin, infirmière et infirmier, psychologue, travailleuse sociale et travailleur social)? Ou bien y a-t-il dans cette situation un peu de toutes ces raisons?

Toujours selon l'étude américaine de Simkin, le principal motif serait la peur du rejet par le personnel médical. À cet égard, la recherche de Stevens a démontré que près de 70 % des répondantes auraient vécu des expériences négatives en révélant leur identité sexuelle.

Il ne faut pas croire que le réseau de la santé et des services sociaux du Québec soit à l'abri de l'hétérosexisme et de l'homophobie. Danièle Longpré, médecin-conseil à la Direction de la santé publique de la Montérégie, le confirmait dans son allocution lors du Forum sur la santé gaie, en octobre 1994, lorsqu'elle disait que l'hétérosexisme de la société en général se reflète également dans les services sociosanitaires. Ainsi, la clientèle homosexuelle n'est pas une priorité, ses besoins ne sont pas évalués, sauf exception dans les grands centres.

Concrètement, les lesbiennes sont absentes du vocabulaire, des objectifs des programmes, des services, des statistiques du réseau de la santé. Une longue liste d'exemples pourrait illustrer cette situation et même démontrer que de nommer son orientation sexuelle ou non expose la lesbienne à des réactions peu supportables et parfois très difficiles. Cette situation d'occultation et de discrimination contribue à renforcer l'oppression et entraîne des conséquences importantes sur la prévention, le dépistage et le traitement des maladies.

Parlons-en!

Le silence autour de leur condition rend difficile l'énumération de tous les problèmes auxquels les lesbiennes font face et encore plus la connaissance de leur ampleur. Les problèmes de santé découlent souvent de problèmes d'ordre social et psychologique. Il n'y a pas que des problèmes; il y a aussi des conditions particulières : pas de remise en contexte

lorsqu'il est question du cancer du sein, de la protection contre le sida, du défi d'être mère et autres thématiques qui touchent différemment les hétérosexuelles et les lesbiennes comme l'alcoolisme et les maladies terminales. Ces sujets (et plusieurs autres) auraient intérêt à être plus élaborés, mais en voici un premier jet.

L'alcoolisme

Comme plusieurs autres problèmes qui touchent directement les lesbiennes, peu de recherche a été faite sur l'alcoolisme. Il serait difficile d'évaluer avec certitude le pourcentage de lesbiennes qui peuvent être considérées alcooliques ou ayant un problème d'alcool. Un préjugé véhicule l'idée qu'il y ait un taux élevé d'alcoolisme dans cette communauté. Quelques études américaines ont suggéré que l'alcoolisme touche 25 à 35 % de la population lesbienne, mais aujourd'hui on questionne la méthodologie de ces recherches. On présume que le taux d'alcoolisme de la population lesbienne est le même que celui de la population de femmes hétérosexuelles. Par ailleurs, il est tout de même possible que le taux d'alcoolisme soit plus élevé chez les lesbiennes à cause du statut que leur donne la culture dominante.

Dans les grands centres urbains, la communauté lesbienne réussit parfois à mettre sur pied des services spécifiques. Les autres ressources, à la ville comme ailleurs, quand elles ne refusent pas carrément leurs services dès qu'elles savent qu'une femme est lesbienne ou qu'elles la soupçonnent de l'être, limitent leurs services ou les offrent avec une attitude négative qui ne contribue aucunement au support, à la croissance et à la sobriété, ou encore proposent des services qui visent à «guérir» le lesbianisme en donnant peu ou pas du tout d'attention à l'alcoolisme lui-même.

Les maladies terminales

Quand elle se retrouve à cette étape de la vie, la lesbienne peut avoir les préoccupations suivantes : si le personnel connaît

mon orientation sexuelle, cela aura-t-il un effet négatif sur la qualité des soins administrés? En sachant que la règle en usage dans les hôpitaux veut que seuls la famille et le conjoint hétérosexuel puissent recevoir des informations concernant l'état de santé d'une patiente, respectera-t-on ma définition de ce qu'est une famille quand il sera question des visites et des décisions concernant ma santé? M'offrira-t-on du soutien social et/ou psychologique ainsi qu'à mes proches? Jouer le jeu de l'hétérosexualité n'est pas confortable, même sur le lit de mort. Quelques groupes de soutien ont ainsi vu le jour aux États-Unis...

Le sida

Il existe un mythe selon lequel le V.I.H. ne se transmettrait pas entre femmes. La réalité est tout autre : bien qu'étant un groupe à faible risque, les lesbiennes ne sont pas à l'abri de ce virus et doivent adopter des comportements sécuritaires. En octobre 1994, il y avait entre 1100 et 1300 femmes séropositives «répertoriées» au Québec (11,4 % de tous les cas). Par contre, il est difficile de connaître le nombre de lesbiennes atteintes : d'une part, les questionnaires déterminant les modes de transmission n'ont pas de catégories spécifiques pour les lesbiennes et, d'autre part, on considère qu'il y a environ 70 % des lesbiennes qui ne divulguent pas leur orientation sexuelle à leur médecin.

La maternité

Être lesbienne ne tue pas le désir d'avoir un ou des enfants. Avec ce désir naissent des préoccupations et des problèmes de santé : grossesse, naissance, parentalité, infertilité, etc. Sans parler des mythes et préjugés entourant la maternité des lesbiennes: les lesbiennes ne savent pas être de bonnes mères; les enfants veulent être élevés par un père et une mère; si deux lesbiennes ont un enfant, une doit jouer le rôle de la mère alors que l'autre partenaire doit jouer le rôle du père, etc. Mais où est la capacité d'aimer, qui n'a rien à voir avec l'orientation sexuelle?

Le cancer du sein

Les lesbiennes, comme toutes les femmes, sont à risque. Quand on entend que le risque pour les lesbiennes serait deux ou trois

fois plus élevé que celui des femmes hétérosexuelles, il est important de savoir qu'aucune recherche spécifique aux lesbiennes n'a été faite : ces chiffres proviennent d'une «recherche» américaine qui, en fait, était une revue de littérature sur les facteurs de risque et une autre sur la santé lesbienne, mais d'aucune façon une recherche sur les risques du cancer du sein dans la population lesbienne.

La vérité ressemble plutôt à ceci : les lesbiennes voient leur gynécologue moins souvent, reçoivent moins souvent de l'information sur l'autoexamen et sont référées moins souvent pour des mammographies. L'accent devrait donc être mis sur la promotion de la santé, sur la prévention et sur des programmes d'intervention dans lesquels les besoins des lesbiennes seraient inclus. Par exemple, une brochure intitulée «Les femmes et le cancer du sein» n'attirera pas autant les lesbiennes que si on y lisait «Les lesbiennes et le cancer du sein». Les écrits sur le cancer du sein ne reconnaissent pas la présence des lesbiennes. La plupart des dépliants parlent des maris, mais oublient les couples de lesbiennes, les lesbiennes célibataires et les célibataires hétérosexuelles. Les groupes de soutien pour femmes atteintes du cancer du sein ou ayant subi une mastectomie devraient tenir compte des besoins de la lesbienne seule ou en couple qui sont différents de celle de l'hétérosexuelle vivant seule ou en couple. Finalement, le cancer du sein ne discrimine pas les lesbiennes, mais l'insensibilité et l'homophobie du personnel des soins de santé, des programmes de prévention et des règles sociales le peuvent et le font.

Conclusion

Plusieurs autres aspects pourraient être développés, mais on a ici une idée de l'ampleur de la réflexion. Il reste beaucoup de champs inexplorés quand il est question de la pratique sociale des lesbiennes. Alors, pour ce qui est de la santé et des besoins en santé...

À propos de l'auteur

Carole Tatlock est titulaire d'un baccalauréat en études françaises, avec une majeure en rédaction et une mineure en études sur les femmes. Elle est actuellement inscrite à la maîtrise en rédaction-communication à l'Université de Sherbrooke. Militante féministe et lesbienne, elle s'intéresse tout particulièrement à la santé des femmes en étant active au Centre de santé des femmes de l'Estrie, depuis 1988.

Références

- ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (1994). *Actes du Forum sur la santé gaie : au-delà de l'orientation sexuelle, l'individu*, Montréal, 27-28 octobre, 313p.
- ROY, C. (1985). *Les lesbiennes et le féminisme*, Montréal, Saint-Martin, 142 p.
- SIMKIN, R. (1992). «Lesbians Face Unique Healthcare Problems», *Healthsharing*, Spring-Summerp.40-42.
- STEVENS, P.E. «Lesbians Health Care Research : A Review of the Literature from 1970 to 1990», *Health Care for Women International*, vol. 13, p. 91-120.

JIEVI



Prévention
suicide
chez les jeunes

86,13^e avenue Nord
Sherbrooke (Québec)
J1E 2X7
Tél.: (819) 564-1365
Télec.: (819) 564-4486

Nous offrons aux jeunes et aux éducateurs : ateliers d'information et de sensibilisation, conférences, formation sur l'entraide par les pairs en milieu scolaire, outils didactiques appropriés.

Petites et grandes nouvelles

Les associations pour les malades mentaux et leurs proches: un monde de femmes

L'Autre Rive

En 1979, Monique Croteau entreprenait de faire face au mal psychologique dont elle souffrait avec bien d'autres Québécoises et Québécois. Agoraphobe, elle fuyait la plupart des espaces publics à cause de malaises insurmontables. Mme Croteau a travaillé d'arrache-pied pour alerter et informer la presse sur la maladie lors de conférences à partir de chez-elle, «de mon sous-sol parce que je me sentais incapable de sortir», précise-t-elle. Elle a lancé une campagne de solidarité entre les femmes souffrant de l'agoraphobie et d'autres troubles paniques. Ces femmes ont partagé leurs expériences face aux problèmes entourant ces maladies: leur mouvement a canalisé les droits et les attentes des personnes qui en sont atteintes.

L'Autre Rive, aujourd'hui coordonnée par Lucie Chouinard, accueille surtout des femmes, et s'occupe de les soutenir psychologiquement et de relever avec vigilance tout abus du système médical envers les personnes atteintes. Un autre de ses objectifs est la prévention par une meilleure information du milieu médical, ceci au moyen de correspondances avec les hôpitaux, les cliniques privées et les centres communautaires régionaux, nationaux ou internationaux.

Selon Patrick Blackburn, de l'Association des parents et amis des malades mentaux de l'Estrie (APAMM-Estrie), une personne sur cinq souffre ou souffrira de problèmes de santé mentale au cours de sa vie. D'après une enquête de Santé Québec réalisée en 1989, les deux tiers de ces problèmes touchent les femmes entre 25 et 64 ans: angoisses, dépression grave, etc. Cependant, toujours selon M. Blackburn, les femmes utilisent davantage les services psychiatriques que les hommes, près de 60 % des femmes, en fait. Parmi les diagnostics de maladie mentale les plus fréquents chez les femmes, on retrouve la dépression, les névroses et la psychose affective. En outre, la surconsommation de médicaments prescrits (par exemple les antidépresseurs) engendre d'énormes problèmes chez les femmes.

U APAMM-Estrie offre ses services de soutien, d'information et de groupes de rencontre aux familles et aux proches des personnes souffrant de maladie mentale: parmi ces proches, il y a beaucoup de femmes qui assument la plupart des soins donnés à la maison. L'APAMM est souvent jumelée à la Cordée, organisme qui soutient les personnes atteintes de maladie mentale dans leur réintégration à la société.

Alternatives en santé

Depuis plus de 15 ans, les activités du **Centre de santé des femmes de l'Estrie** sont axées sur le partage entre femmes d'informations concernant différents aspects de leur santé. Le Centre a comme objectifs la promotion des droits des femmes face aux services médicaux et l'échange d'expériences communes sur des sujets comme la maternité, l'homosexualité, la ménopause, etc.. Le Centre de santé des femmes de l'Estrie offre des ateliers sur des thèmes aussi variés que le massage pour bébé, l'expression par le mouvement, les maladies transmises sexuellement. Le Centre de santé des femmes offre aussi des conférences sur différents thèmes touchant la prise en charge de sa santé.

Le Centre alternatif en santé naturelle diffuse un bottin de ressources qui couvre cinquante disciplines en santé et mieux-être. Des différentes massothérapies aux ateliers de croissance personnelle en passant par la naturopathie (F ensemble des soins par F utilisation d'aliments naturels), vous y trouverez des adresses pertinentes. Beaucoup de ces thérapeutes non orthodoxes sont des femmes. Le bottin est gratuit et disponible au Centre alternatif en santé naturelle.

Cette publication n'aurait pas été possible
sans la collaboration de

la Faculté des lettres et sciences humaines
de l'Université de Sherbrooke.

Des remerciements particuliers au doyen Normand Wener qui,
sans hésitation, a toujours encouragé notre projet.

References

- APAMM-Estrie: (819) 563-1363.
- L'Autre Rive: (819) 564-0676
- La Cordée: (819) 565-1225
- Le Centre de santé des femmes de l'Estrie: (819) 564-7885
- Le Centre alternatif en santé naturelle: (819) 566-8311