

**L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL
SUR LA SANTÉ DES FEMMES:
Une revue littéraire**

Chantal Alarie



© 1998 LE CENTRE D'EXCELLENCE DES PRAIRIES

POUR LA SANTÉ DES FEMMES

RECHERCHE POLITIQUES COMMUNAUTÉ

Centre Administratif:

Prairie Women's Health
Centre of Excellence
The University of Winnipeg
515 Portage Avenue
Winnipeg, MB R3B 2E9
Telephone: (204) 786-9048
Fax: (204) 774-4134
E-mail: pwhce@uwinnipeg.ca

Bureau de Regina:

Prairie Women's Health
Centre of Excellence
University of Regina Extension
Regina, SK S4S 0A2
Telephone: (306) 585-5727
Fax: (306) 585-5825
E-mail: pwhce@uregina.ca

Bureau de Saskatoon:

Prairie Women's Health
Centre of Excellence
University of Saskatchewan
Saskatoon, SK S7N 5E5
Telephone: (306) 966-8658
Fax: (306) 966-7920
E-mail: pwhce@usask.ca

SITE WEB: www.pwhce.ca

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Centre d'excellence des prairies pour la santé des femmes (CEPSF). Le CEPSF est financé à même le programme du Centre d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent donc pas nécessairement les opinions du CEPSF ni la politique officielle de Santé Canada.

L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES: Une revue littéraire

Chantal Alarie

ISBN 0-9684540-2-X

AU SUJET DU DROIT D'AUTEUR

Ce document possède un droit d'auteur et il est destiné à votre usage personnel ou à celui de votre organisme. Nous vous invitons à l'utiliser, mais nous vous demandons de ne pas le reproduire. Vous pourrez vous en procurer d'autres exemplaires. Vous trouverez un bon de commande à la dernière page.

L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES: Une revue littéraire

Tables Des Matières

Résumé	i	Le vécu de violence chez les femmes	10
INTRODUCTION	1	Le cas des maisons d'hébergements ..	10
PARTIE 1: SUPPORT SOCIAL: DÉFINITIONS	2	Intervention de groupe et femmes violenties	10
PARTIE 2: CONCEPTS PERTINENTS AU SUPPORT SOCIAL	4	Soins offerts par les professionnels et professionnelles de la santé	11
Termes relatifs aux composantes du support social	4	Femmes francophones vivant en milieu minoritaire	12
Termes relatifs à la représentation du support social	5	Situation de la Saskatchewan	12
Impact sur la santé des femmes	5	Le cas du Yukon	13
Impact positif et négatif	6	La situation au Manitoba	14
La situation en Ontario	15	Jeunes femmes et équité	18
PARTIE 3: ANALYSE LITTÉRAIRE	7	Femmes âgées et relation conjugale	18
Femmes et transition à la parentalité	7	Multiplicité des rôles chez les femmes	19
Femmes de militaires	8	Les mères-travailleuses	19
Retrait préventif des travailleuses	8	Femmes et politique de santé mentale	21
Femmes et VIH/SIDA	9	Stress au féminin	21
Femmes et consommation d'alcool et de médicaments	9	Femmes et santé mentale	22
		Les troubles dissociatifs	22
		Femmes adultes abusées sexuellement pendant l'enfance	22
		Inceste	23
		Femmes et recherche féministe	23
		CONCLUSION	25
		Bibliographie	27

L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES: Une revue littéraire

Résumé

Aider, appuyer, protéger, secourir, assister et épauler sont tous des verbes associés au support social. De nos jours, cette notion est de plus en plus étudiée et se traduit et apparaît sous différentes formes dans le quotidien des gens afin qu'ils puissent améliorer et tolérer leur état de santé physique et mentale. Le support social est examiné en relation avec les femmes parce que ces dernières représentent la clientèle majoritaire de prestataire de services de santé et de services sociaux. Dans l'étude de la notion du support social, l'impact sur la santé des femmes se doit d'être examiné davantage afin de comprendre ses effets sur l'état de santé de ces dernières. Il semble donc pertinent de répertorier les plus récents ouvrages en français (1980 à ce jour) de ce sujet.

À travers différentes problématiques et situations de vie, les formes de support social sont analysées et les impacts négatifs ou positifs identifiés. La transition à la parentalité, être femme de militaires, la grossesse, le VIH/SIDA, la consommation d'alcool et de médicaments, la violence familiale et conjugale, les femmes

francophones vivant en milieu minoritaire, l'équité, les relations conjugales, être âgée, la multiplicité des rôles chez les femmes, la santé mentale, le stress, les abus sexuels et le féminisme sont tous des sujets étudiés dans cette revue littéraire. Une corrélation entre ces sujets et l'impact des différentes formes de soutien social en lien avec la santé des femmes est élaborée.

Plusieurs auteurs définissent chacun à leur façon la notion de support social. En général, le soutien social peut se définir par le répertoire de liens que l'individu entretient avec des personnes significatives de son entourage social et démontre par le fait même l'importance des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale et physique. Plus concrètement, le soutien social comporte cinq mesures différentes:

1. le soutien émotif fait référence au sentiment d'être aimé, les préoccupations affectives, la confiance et l'intimité;

2. le soutien instrumental (aide concrète, matérielle et financière);
3. le soutien normatif (renforcement par autrui de l'identité sociale, reconnaissance de sa valeur, estime, communication des attentes et normes comportementales, similitude des valeurs, sentiments d'appartenance à la collectivité ou à un groupe);
4. le soutien informatif (analyse cognitive d'une situation, conseil, référence et localisation des ressources dans l'environnement); et
5. le soutien socialisant (accès à de nouveau contacts sociaux, activités récréatives, accompagnements, distractions).

L'impact de ces mesures se veut être davantage positif sur l'état de santé des femmes, mais peut aussi conduire à des effets négatifs.

Chez les femmes en transition à la parentalité, c'est le soutien émotif qui est le plus présent et le plus efficace sur leur santé. Par contre, l'impact sur la santé des femmes peut varier selon la perception que ces dernières ont de cette forme de soutien. Quant aux femmes de militaires, il semble que peu importe la forme de soutien reçue, les problèmes vécus persistent et aucun effet sur leur santé devient apparent.

La présence de politique sociale telle que la loi sur la santé et sécurité du travail pour les femmes enceintes, démontre qu'elle permet aux femmes de conserver leur emploi plus longtemps tout en diminuant les risques de fausse couche ou de naissance prématurée. Par contre, le stress au travail se voit augmenter dû aux frictions que suscitent les réaménagements de postes avec leurs supérieurs et les malaises avec leurs collègues.

Les femmes touchées par le VIH/SIDA sont victimes de répercussions psychosociales telles que l'isolement, la diminution de l'estime de soi, la honte, la pauvreté, la stigmatisation, la perte

du réseau social et une mauvaise perception de soi due à l'absence de ressources adéquates adressées à leur état de santé. Quant aux femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool et de médicaments, il est encourageant de voir que des programmes de prévention leur permet d'être davantage informées sur les effets de la consommation, d'améliorer positivement la perception de soi, l'image de soi, la confiance et l'estime de soi. Ils permettent aussi de prévenir la détérioration de problèmes de santé physique et mentale.

Dans le domaine de la violence vécue par les femmes, le changement des idéologies au niveau des instances gouvernementales a provoqué l'implantation de services d'aide et de support aux femmes. Des services tels que l'implantation de maisons d'hébergements et de thérapies de groupe amènent chez les femmes des changements positifs au niveau de leur estime, de leur confiance et de l'affirmation de soi. L'avènement de l'approche féministe permet aux femmes de se déculpabiliser de leur situation et ainsi favorise une meilleure expression de leurs besoins et une réappropriation de leur pouvoir.

En milieu minoritaire, les femmes francophones au Yukon, en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario font davantage face à des enjeux politiques par la revendication de mesures de soutien à travers les services de santé et les services sociaux au dépens de l'amélioration de leur santé physique et mentale.

En matière d'équité, une recherche considère l'éducation physique comme une intervention éducative qui favorise la prise en charge, l'autonomie, l'amélioration de la qualité de vie, l'adoption d'un style de vie et l'augmentation de l'estime de soi. Par contre, il a été constaté que l'équité n'est pas considérée à l'intérieur des programmes d'éducation physique au niveau secondaire, collégial et universitaire.

Les relations conjugales semblent être une me-

sure de soutien qui augmente l'habileté chez les femmes âgées à utiliser des stratégies adaptatives efficaces pour composer avec le stress et ainsi diminuer les risques de maladie.

Chez les mères travailleuses, c'est la combinaison de différents types de soutien (affectif, normatif et instrumental) qui amène des impacts positifs sur leur santé.

En matière de stress, un programme de soutien éducatif permet, au niveau de la santé chez les femmes, une meilleure compréhension de la nature du stress, l'acquisition de nouvelles habiletés en gestion du stress et la découverte de ressources sociales et communautaires tout en diminuant la détresse psychique et les symptômes physiques.

En santé mentale, les recherches étudiées expliquent les effets positifs que le soutien d'ordre social provoquent comparativement au soutien social d'ordre médical.

La combinaison de mesures de soutien semble être la formule gagnante pour les femmes victimes d'abus sexuels. Afin de diminuer les sentiments de peur et d'anxiété qui affectent la santé mentale, l'intervention de groupe appliquée simultanément avec de l'intervention individuelle apportent davantage des effets bénéfiques sur la santé des femmes que l'application d'une seule forme d'intervention.

Le support social est donc une composante primordiale de l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes. Entre autres, le soutien social neutralise et maîtrise les situations difficiles que vivent les femmes. Qu'on le représente sous forme de politique sociale, de programmes sociaux, de la présence d'un conjoint ou de la famille, l'impact du support social demeure global. Le support social, sous toutes ses formes, contribue à l'amélioration de la santé des femmes.

L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES: Une revue littéraire

INTRODUCTION

Ans connaître la définition littéraire du soutien social, il semble de plus en plus fréquent de retrouver cette notion sous différentes formes dans le quotidien des gens. Ces différentes approches permettent à ceux qui les utilisent d'améliorer et de tolérer leur état de santé physique et mentale. Mais pourquoi étudier le soutien social, et en particulier chez les femmes? A travers les quelques études publiées en français, on trouve des éléments de réponse simples. Tout d'abord, les femmes utilisent plus les services de santé que les hommes. De plus, les femmes sont plus sensibles au language de leur corps et elles se préoccupent généralement plus des questions concernant leur santé physique et mentale que les hommes. Également, le soutien social est considéré comme un facteur de risque qui permet de mesurer les effets de la vie courante et de l'environnement sur la santé des femmes.¹

“...il n'y a pas de santé possible sans soutien social.....”

Smolla, 1988

Ce document consiste en une revue littéraire portant sur l'impact du support social sur la santé des femmes. Il a pour objet d'identifier et de résumer tous les ouvrages, études et recherches-actions significatifs publiés en français au cours des dernières années (1980 à ce jour), traitant l'impact du support social sur la santé des femmes. Dans un premier temps, la notion de support social sera définie afin de bien saisir son rôle dans le domaine de la santé des femmes. Dans un

deuxième temps, des concepts pertinents découlant de notre principal champ d'intérêt, soit le soutien social, seront explorés. Ceux-ci, s'ajoutent comme complément à la définition de support social venant ainsi expliquer toutes les composantes et la représentativité du soutien social. Par le fait même, les impacts positifs et négatifs du support social seront abordés. En dernier lieu, une analyse littéraire est présentée venant illustrer de manière concrète, à travers des études et des recherches, l'impact du support social sur la santé des femmes.

¹Guyon, 1991.

PARTIE

1

SUPPORT SOCIAL: DÉFINITIONS

Aider, appuyer, protéger, secourir, assister et épauler sont tous des verbes du langage associés au support social. Ce dernier, pouvant être défini par le répertoire de liens que l'individu entretient avec des personnes significatives de son entourage social, démontre par le fait même l'importance des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale et physique.¹

Mais de façon plus précise, comment le support social peut-il se définir? Au sens global, le soutien social “fait référence à un processus d’interaction dans les relations entre des personnes. Ce processus favorise, notamment, le coping, l'estime de soi, le sens de l'appartenance et la compétence au moyen d'échanges actuels ou prévisibles de ressources matérielles ou psychologiques.”²

Dans une optique plus détaillée, Ricks (1984), quant à lui, divise la définition du soutien social selon trois catégories:

P définition descriptive;
P définition axée sur les activités; et
P définition axée sur la satisfaction.

La définition descriptive fait référence à la présence d'un conjoint ou d'un membre d'une famille à la maison, aux nombre d'amis et de parents et l'appartenance à des clubs, groupes, organisations, groupes religieux, etc. Quant à la définition axée sur les activités, elle se caractérise par les interactions à l'intérieur des réseaux en présence, telles que la fréquence des entretiens avec les amis et les membres de la famille, l'acte de soutien précis dont une personne bénéficie ainsi que les esquisses décrivant les interactions de soutien. La définition axée sur la satisfaction se traduit par la satisfaction par rapport au soutien reçu, la perception de l'appui dont l'individu dispose (par exemple: “avoir quelqu'un sur qui compter”), la qualité de l'intégration sociale et les sentiments qu'inspirent le voisinage. De son côté, Guay (1984) inclue les catégories de Rick en une seule pour la nommer réseau social personnel, qui inclut toutes les composantes énumérées par Rick.

¹Lévesque et Cossette, 1991.

²Lévesque et Cossette, 1991, p.67.

Dans un autre ordre d'idée, le support social peut aussi faire référence, de façon plus concrète, à la présence de politique sociale touchant la santé des femmes, la présence de programmes sociaux à l'intérieur des centres de santé et services sociaux, les services offerts (groupes d'entraide, maison d'hébergement, programmes de prévention) par les organismes communautaires ayant les femmes comme clientèle cible.³

Mitchell et Trickett (1980 dans Smolla, 1988), rapportent cinq mesures de soutien:

- 1.** le soutien émotif fait référence au sentiment d'être aimé, les préoccupations affectives, la confiance et l'intimité;
- 2.** le soutien instrumental (aide concrète, matérielle et financière);
- 3.** le soutien normatif (renforcement par autrui de l'identité sociale, reconnaissance de sa valeur, estime, communication des attentes et normes comportementales, similitude des valeurs, sentiments d'appartenance à la collectivité ou à un groupe);
- 4.** le soutien informatif (analyse cognitive d'une situation, conseil, référence et localisation des ressources dans l'environnement); et
- 5.** le soutien socialisant (accès à de nouveau contacts sociaux, activités récréatives, accompagnements, distractions).

En somme, et selon Levesque et Cossette (1991), il semble y avoir un consensus parmi plusieurs chercheurs en ce qui concerne la répétition de deux types de soutien: le soutien émotif

et le soutien instrumental. Le premier est caractérisé par des échanges visant la modification des paramètres intrapsychiques que sont l'humeur, les attitudes ou les processus cognitifs. Le second, le soutien instrumental, cherche à inciter une personne à agir.

³Maas, K., 1990.

PARTIE 2

CONCEPTS PERTINENTS AU SUPPORT SOCIAL

Lorsqu'il est question de support social, il s'avère important de considérer d'autres termes relatifs à ce concept. Les termes tels que l'environnement social, le réseau social, l'appartenance et le féminisme, se tissent parfaitement au support social et viennent par le fait même définir, renforcer et expliquer les différentes composantes du support social. D'autres termes viennent aussi expliquer concrètement comment le soutien social peut être représenté. Parmi ces termes nous retrouvons: l'intervention, les groupes d'entraide, les infrastructures, les politiques sociales et la thérapie.

TERMES RELATIFS AUX COMPOSANTES DU SUPPORT SOCIAL

L'environnement social est un élément clé du support social d'une personne. Grawitz (1991) détermine l'environnement social comme un ensemble des conditions matérielles et sociales spontanément distribuées autour d'un organisme. Dans cette première définition, les conditions sociales font référence aux aspects psychologiques, sociologiques et culturels. Pour la pertinence de cette revue littéraire, le terme organisme se rapporte aux femmes. De plus, lorsqu'il est question d'environnement social,

on parle aussi d'interaction avec les sujets concernés qui sont, dans le cas présent, les femmes.

L'appartenance est une autre composante du support social qui se caractérise par le lien entre des parties phénoménales amenant une certaine unité où chacun se connaît. Le degré d'appartenance peut varier selon les structures du groupe et l'engagement de ses membres.¹

Une idéologie sociale, telle que le féminisme, peut aussi avoir une influence sur la santé des femmes et être considérée comme une mesure de soutien. Le féminisme se définit comme un "mouvement social et politique qui revendique pour les femmes les mêmes libertés et les mêmes droits politiques et économiques, culturels et sociaux."²

Les termes définis précédemment peuvent s'ancrer à la fois à la notion de support social et à celle de réseau social, qui s'explique comme l'ensemble des relations sociales rendues possibles par l'environnement.³

¹Grawitz, 1991.

²Grawitz, 1991, p.165.

³Smolla, 1988.

TERMES RELATIFS À LA REPRÉSENTATION DU SUPPORT SOCIAL

Une femme en détresse et/ou qui vit une maladie requiert de l'aide pour se sortir de sa situation. L'acte concret de prendre part volontairement à une action pour en modifier son cours constitue l'intervention. Cette dernière, quoique littérairement transparente, est visible dans chaque action ou geste posé pour améliorer la situation chez les femmes ayant une santé mentale et ou physique fragile. L'intervention peut se traduire concrètement autant par une intervention chirurgicale (Petit Larousse illustré, 1990) en cas de maladie, que par une intervention sociale en développant des stratégies de groupes d'entraide⁴ pour venir en aide aux femmes dans le besoin.

Quant au groupe d'entraide, importante forme de support, il se définit par la réunion d'individus ayant un vécu similaire. Par l'entraide, ils découvrent les difficultés des autres afin que tous reconnaissent plus facilement leurs propres inadaptations et les causes de leurs problèmes.⁵ Pour compléter cette première définition, Stewart (1983, p.12) détaille davantage le groupe d'entraide en le définissant comme une "association de pairs qui partagent les mêmes problèmes, qui veulent opérer des changements sociaux et personnels profonds et qui estiment que les organismes en place ne répondent pas à leurs besoins."

Une infrastructure, définie comme étant un ensemble d'installations venant répondre à un besoin,⁶ est aussi une forme de support social. Dans cette catégorie, il est possible de retrouver, entre autres les maisons d'hébergement pour

⁴Stewart, 1983.

⁵Grawitz, 1991.

⁶Beaudry, 1981.

femmes ayant un vécu de violence,⁷ les centres d'écoute téléphonique,⁸ des programmes sociaux⁹ et les Centres de santé.¹⁰ Pour faire référence aux définitions du soutien social élaborées précédemment, cette forme de soutien est, selon les définitions de Michell et Trickett (1980, dans Smolla, 1998) et de Levesque et Cossette (1991), une mesure de soutien instrumental.

Les politiques sociales ont leurs raisons d'être. Elles prennent naissance à la suite de l'identification d'un besoin afin d'apporter un support à la population. C'est pourquoi elles se réfèrent à l'organisation d'un gouvernement et à leurs actions ainsi qu'à leurs décisions collectives ayant un aspect coercitif ou incitatif sur une population.¹¹

La thérapie est une autre forme importante du soutien social. Elle se traduit par un ensemble de moyens ayant comme but le traitement d'une maladie.¹² Les divers moyens thérapeutiques, varient de la médication à la thérapie de groupe en passant par les consultations auprès d'un psychologue à la visite chez un expert de la santé physique.

IMPACT SUR LA SANTÉ DES FEMMES

On s'accorde généralement pour dire que la notion d'impact se précise par l'effet produit chez un individu ou une situation, suite à un événement ou une action quelconque.¹³ Il im

⁷Beaudry, 1981.

⁸Perreault, 1985.

⁹Beaudry, 1981.

¹⁰Perreault, 1985.

¹¹Gresle *et al.*, 1990.

¹²Grawitz, 1991.

¹³Grawitz, 1991.

porte de mentionner que c'est à travers la compréhension du rôle du soutien social qu'il est possible d'en déterminer son impact sur la santé des femmes.¹⁴

Le terme de la santé nous intéresse particulièrement pour les fins de cette revue littéraire. À travers ce terme, il importe de considérer deux aspects de la santé, soit la santé mentale (psychologique) et la santé physique. La santé au sens global se spécifie comme être en bon état physiologique.

IMPACT POSITIF ET NÉGATIF

Lorsqu'il est question de soutien social, il est facile de l'associer à un processus positif, c'est-à-dire qu'il apporte des effets bénéfiques à un individu ou à la situation vulnérable que vit un individu. Pourtant, il importe d'observer plusieurs facteurs avant de considérer que le soutien social peut avoir des impacts positifs ou négatifs. Le degré de disponibilité, la durée du soutien offert, la présence ou l'absence de conflit entre la mesure de soutien et l'aide ainsi que la réciprocité entre les deux parties sont des éléments qui influencent la nature de l'impact du support social afin de l'identifier comme négatif ou positif.¹⁵ Les mesures de soutiens sociales pouvant donc avoir ses limites, l'impact sur la santé en possède aussi. Ce dernier constat amène certains auteurs à dire que pour un effet positif sur la santé, il est essentiel que les personnes dans le besoin aient recours à plus d'une forme ou d'un type de soutien.¹⁶ En d'autres mots, les individus vulnérables "en situation de plus grand besoin sont ceux qui... ne reçoivent pas suffisamment d'aide."¹⁷ Pour réitérer ces propos, Rick (1984, p.17) conclue lors de son étude "que les effets en santé

mentale devraient se mesurer au succès obtenu dans l'instauration de réseaux de soutien social dans les familles, les groupes et les collectivités."

Dans un autre ordre d'idée, Smolla (1988) énonce dans son étude que la présence de plusieurs sources de soutien d'une même mesure est susceptible de générer des conflits entre ces sources. Ce qui amène l'auteur à dire que l'impact sur la santé n'est pas évident lorsque cette situation se présente.

Un autre aspect intéressant qu'apporte Smolla dans son étude, est la corrélation ambiguë entre le soutien et l'état de santé qui peut déterminer la nature de l'impact sur le bien-être des individus. Elle émet l'hypothèse que "le soutien peut favoriser la santé mais un état de santé précaire peut aussi détériorer la perception du soutien."¹⁸ Comment l'aide peut-il ressentir des effets bénéfiques de son réseau de soutien s'il le perçoit négativement et inefficace?

En somme, nous regarderons les effets (l'impact), qu'ils soient positifs ou négatifs, que les différentes composantes du soutien social ont sur la santé des femmes. Des études et des recherches entreprisent par des experts viendront illustrer ces effets.

¹⁴Smolla, 1988.

¹⁵Levesque et Cossette, 1991.

¹⁶Levesque et Cossette, 1991.

¹⁷Levesque et Cossette, 1991, p. 86.

¹⁸Smolla, 1988, p.29.

PARTIE

3

ANALYSE LITTÉRAIRE

FEMMES ET TRANSITION À LA PARENTALITÉ

Smolla (1988, p.24), définit l'impact du support social chez les femmes enceintes comme: "tout facteur psychologique ou social qui contribue à améliorer la capacité de la femme à s'adapter à sa première grossesse." Ces facteurs psychologiques ou sociaux font référence au soutien émotif apporté par le conjoint, au soutien instrumental et au soutien de l'entourage. Après un accouchement, il est normal pour une femme de ressentir du stress psychologique ainsi que des moments de dépression appelés "post partum." Smolla (1988) a tenté d'étudier les effets des types de soutien mentionnés précédemment sur le niveau de stress psychologique ainsi que le post partum. Il en résulte que les mères les moins bien soutenues, que ce soit en recevant du soutien de nature émotive, instrumentale et/ou de l'entourage, se retrouvent plus rapidement dans un état psychologique faible que celles qui se sentent bien soutenues. De plus, les femmes recevant moins de soutien sont davantage vulnérables au post partum que les femmes qui

bénéficient d'un tel support. Smolla (1988) constate que les femmes qui reçoivent du soutien émotif de leur conjoint ont leur période post partum retardée de 4 mois après la naissance de l'enfant. "Le soutien émotif du conjoint se signale tout spécialement et un déficit de ce type d'appui n'est pas souhaitable lorsque la mère se voit confrontée à une situation difficile. Cette remarque s'applique avec plus d'acuité encore lorsque l'enfant atteint l'âge de quatre mois."¹

L'auteure apporte un point de vue intéressant qui engendre une interprétation biaisée des résultats de son étude. Elle constate que les formes de soutien sont présentes dans la majorité des cas. Les femmes ont besoin de soutien après un accouchement. Par contre, à cause de l'état émotionnel dans lequel elles se retrouvent, c'est-à-dire dans un état de stress intense et de dépression, le soutien peut être mal perçu par ces dernières. Elles ressentent un épuisement de leur réseau alors qu'il est bien présent dans la majorité des cas.²

¹Smolla, 1988, p.264.

²Smolla, 1988.

FEMMES DE MILITAIRES

“La réaction et l’adaptation au stress d’une famille sont étroitement reliées à la disponibilité des réseaux de soutien social. La disponibilité du soutien social dans l’adversité a été reliée à des taux inférieurs de maladie physique et mentale... la présence de soutien familial aide les personnes (particulièrement les femmes) à faire face aux répercussions psychologiques négatives du stress de la vie.”³ Lors d’une étude auprès de femmes de militaires en mission, Saulnier (1996) a voulu vérifier les trois hypothèses suivantes:

1. une proportion plus élevée des conjoints de militaires en mission vivant dans des collectivités civiles éprouvent des difficultés;
2. une proportion plus élevée de conjoints de militaires en mission qui vivent dans des logements familiaux de l’armée s’adressent à des sources militaires officielles pour avoir du soutien; et
3. une proportion plus élevée de conjoints de militaires en mission vivant dans des collectivités civiles font appel à des sources informelles de soutien.

Cette étude suggère que peu importe la forme de soutien utilisée par les femmes, les problèmes mentionnés ci-haut persistent. Les résultats de l’utilisation des formes de soutien ne démontrent aucune différence entre elles. Les effets sur la santé des femmes demeurent les mêmes.⁴

³Saulnier, 1996, p.105.

⁴Saulnier, 1996.

RETRAIT PRÉVENTIF DES TRAVAILLEUSES

La loi sur la santé et la sécurité du travail de 1979 au Québec est une importante forme de soutien pour les femmes. En effet, depuis ce temps, l’État se donne un rôle de soutien en agissant dans le milieu directement auprès des femmes enceintes ou qui allaitent.⁵ C’est grâce à la mesure de protection, qu’on permet aux femmes enceintes ou qui allaitent de se soustraire aux risques qui influence leur santé et celle de leur enfant. Cette mesure de soutien avant-gardiste ou préventive permet également d’éliminer les causes d’accidents et de maladies professionnelles. Ainsi, les femmes enceintes ou qui allaitent ont désormais du support de l’État avec le “retrait préventif.” “Le retrait préventif de la travailleuse enceinte change complètement la perspective dans laquelle se situent les mesures de protection ‘traditionnelles’ des femmes enceintes au travail en réduisant le contrôle sur la demande, sur la définition du risque et du danger et, par conséquent, sur la prise de décision et les coûts.”⁶ Selon Malenfant et Blanchet (1993), plusieurs impacts sur la santé des femmes en découlent. Tout en lui permettant de conserver son emploi plus longtemps, cette mesure lui permet d’adapter ses tâches de travail en fonction de ses besoins en matière de santé. De plus, les risques de fausse couche ou de naissance prématurée diminuent. Par contre, cette mesure augmente, dans plusieurs cas, le stress au travail chez les femmes dû aux frictions que suscitent les réaménagements de poste avec les supérieurs et malaises avec les collègues.

⁵Malenfant et Blanchet, 1993.

⁶Malenfant et Blanchet, 1993, p.62.

FEMMES ET VIH/SIDA

Poohkay (1996) estime que les intervenants sociaux ne considèrent pas les besoins spécifiques de la clientèle féminine vivant avec le VIH/SIDA. L'auteure en conclue que les ressources de soutien social telles que les groupes d'entraide et les travailleurs sociaux sont inadéquates et peu appropriées aux besoins des femmes vivant avec le VIH/SIDA. Un cercle vicieux peut être perçu de ce premier constat: plus les femmes s'isolent moins elles sont exposées aux ressources d'aide et moins elles sont exposées aux ressources d'aide moins elles sont informées, alors elles s'isolent davantage. Également, moins elles sont exposées aux ressources d'aide moins les intervenants de la santé et des services sociaux sont susceptibles d'accroître leurs connaissances sur les besoins des femmes vivant avec le VIH/SIDA et les services de qualité sont de moins en moins adéquats. Ainsi, le cercle vicieux reprend forme par l'isolement chez cette clientèle.⁷ L'absence de ressources adéquates amène des répercussions psychosociales telles que l'isolement, la diminution d'estime de soi, la honte, la pauvreté, la stigmatisation, la perte du réseau social et une mauvaise perception de soi.⁸ Le manque d'estime de soi représente un élément important de l'impact sur la santé des femmes puisqu'il provoque dans plusieurs circonstances l'incapacité chez les femmes d'exiger des rapports sexuels protégés et ainsi augmente la possibilité de contamination.

⁷Poohkay, 1996.

⁸Mensah, 1995.

FEMMES ET CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE MÉDICAMENTS

On ne retrouve pas beaucoup d'information dans la littérature sur des programmes de réhabilitation s'adressant aux femmes prises avec des problèmes de consommation abusive d'alcool et de médicaments. Élixir, est un programme de prévention s'adressant aux femmes consommatrices d'alcool et de médicaments. Ce programme implanté dans la région de l'Estrie au Québec, se veut une forme de soutien pour briser le silence, l'isolement et l'ignorance des femmes face à la problématique de la consommation d'alcool et de médicaments. De plus, ce programme cherche à augmenter l'autonomie des femmes en matière de santé physique et mentale ainsi qu'à identifier les causes, les effets et les conséquences de la surconsommation d'alcool et de médicaments. Également, Élixir veut soutenir les femmes dans leur recherche de solutions à la consommation abusive d'alcool et de psychotropes. Finalement, le projet veut rendre les ressources du milieu plus accessibles, c'est-à-dire autant les ressources spécialisées que non-spécialisées.⁹ Trois niveaux d'intervention caractérisent le programme Élixir:

1. prévention primaire, à savoir comment éviter la problématique de consommation d'alcool et de médicaments;
2. prévention secondaire pour réduire la progression d'une situation problématique dans la consommation; et
3. prévention tertiaire afin d'aider les femmes dans le maintien de leur bien-être.

⁹Payre, 1988.

Payre (1988) constate des résultats positifs chez les femmes participant à ce projet de support. Tout en étant davantage informées sur les effets de la consommation d'alcool et de médication, leur perception de soi-même, l'image de soi, la confiance en soi et l'estime de soi augmentent. Les femmes ayant reçu le support d'Élixir sont davantage en contrôle de leurs émotions (par exemple, la colère). Plusieurs d'entre elles ont pris conscience que leur situation était problématique et des effets néfastes engendrés à leur santé physique et mentale. D'autres participantes à ce programme ont utilisé Élixir comme moyen de support à leur sevrage aux médicaments. D'autres ont rejoint des centres de désintoxication et/ou sont devenues membres d'organismes de support tel qu'Alcooliques Anonymes.

LE VÉCU DE VIOLENCE CHEZ LES FEMMES

LE CAS DES MAISONS D'HÉBERGEMENTS

“Le support apporté aux femmes s'éloigne du modèle professionnel d'aide. La bureaucratie, les hiérarchies et la distance aux clients n'existent pas. L'égalité, la démythification des rôles sociaux et l'implication directe auprès des femmes caractérisent cette approche.”¹⁰ Dans son étude, Beaudry (1981) soulève un élément important du support social. Face à la venue des maisons d'hébergement et aux phénomènes grandissant de la violence chez les femmes, l'État a été amené dans les années 80 à cerner et normaliser la problématique en modifiant les idéologies gouvernementales en fonction des besoins grandissant des femmes en matière de

¹⁰Beaudry, 1981, p. 151.

violence. L'impact de ce changement d'idéologie fut positif si on tient compte que les services d'aide sont devenus plus accessibles, plus influents sur le vécu des femmes et ainsi plus rentables et efficaces pour amener du support aux femmes.¹¹

INTERVENTION DE GROUPE ET FEMMES VIOLENTEES

Larouche (1986), lors d'une étude faite auprès d'un groupe venant en aide à des femmes avec un vécu de violence, montre des changements significatifs au niveau de l'estime de soi et ainsi des changements dans les capacités affirmatives chez les femmes qui ont suivi une thérapie de groupe d'une durée de douze semaines à raison de trois heures par semaine. L'auteur suggère que les changements dans les capacités d'affirmation se manifestent par les revendications de leurs droits que les femmes entreprennent par elles-mêmes. D'autres effets remarqués chez les femmes lors de cette étude sont la déculpabilisation, la rupture de l'isolement, la conscientisation du vécu émotif (peur, honte, colère, impuissance), la réappropriation du pouvoir, la reconnaissance de la souffrance, l'augmentation de la confiance personnelle, l'identification des besoins personnels, l'identification et l'expression des sentiments. Les changements dans l'estime de soi sont particulièrement dûs au cadre d'analyse féministe.¹² Les impacts énumérés par Larouche ont été confirmés par Martin et Lavoie (1986) lors d'une étude réalisée auprès de femmes violentées. Larouche, Pâquet-Deehy et Rinfret-Raynor (1986) renforcent les propos de Larouche (1986) en émettant que ce dernier redéfinit positivement les capacités des femmes

¹¹Beaudry, 1981.

¹²Larouche, 1986.

battues. Elles sont reconnues dans leur force personnelle et deviennent du même fait experte de l'évaluation de leur propre situation. Les femmes développent donc des habiletés et des connaissances leur permettant la réappropriation de leur pouvoir, c'est-à-dire se prendre en charge elles-mêmes. Larouche (1986) conclue qu'en effet, l'intervention de groupe a un impact positif sur la santé mentale des femmes. D'ailleurs, la recherche-action de Pâquet-Deehy et Robin (1990) auprès de groupes de femmes victimes de violence apporte les mêmes conclusions.

Suite à la découverte des besoins spécifiques des femmes violentées, Pâquet-Deehy et Robin (1990) ont développé une approche spécifique d'intervention: l'approche féministe. Cette dernière, forme de support social idéologique, a permis le développement d'un protocole d'intervention auprès des femmes violentées qui inclut les groupes d'entraide. Ainsi les auteures, mentionnent: "Le cadre d'analyse féministe du modèle permet d'aider les femmes à devenir conscientes des effets de leur socialisation, à ne pas se sentir responsables et coupables de la violence, à développer une conscientisation aux stéréotypes sexuels et aux rapports de domination. Cette prise de conscience les déculpabilise face à la violence du conjoint et leur permet de devenir responsables de leur propre cheminement."¹³

Dans un même ordre d'idée, Chagnon et Robin (1983), lors d'une expérience d'intervention de groupe par l'application de l'approche féministe, concluent dans le même sens. Un support auprès des femmes violentées provoque inévitablement une augmentation de l'estime de soi et de meilleures capacités d'affirmation. Par

contre, un support qui considère l'approche féministe voit des résultats similaires, mais beaucoup plus marqués. L'impact est plus positif, plus adéquat et les résultats se manifestent plus rapidement. Chagnon et Robin (1983) constatent par le fait même que l'utilisation de l'approche féministe comme support auprès des femmes violentées provoque une socialisation amenant davantage des rapports égalitaires, une meilleure expression des besoins personnels, une réappropriation du pouvoir pouvant mener jusqu'à la création de politiques sociales et économiques pour venir en aide aux femmes avec un vécu de violence.

SOINS OFFERTS PAR LES PROFESSIONNELS ET PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ

Sur le plan médical, les principales responsabilités des professionnels et professionnelles face à la violence conjugale sont: l'identification de la femme violentée, la prise de position face à la violence, le fait de faire prendre conscience de la relation entre le problème de santé de la cliente et la situation de violence, le fait de se montrer disponible et l'orientation vers les ressources adéquates. Du côté médico-légal, les responsabilités diffèrent et sont: le constat des lésions, la rédaction du rapport médical et le témoignage en cour.¹⁴ Malgré ces rôles et responsabilités, les professionnels et professionnelles minimisent la violence vécue par leur patiente. Ainsi, une attitude d'évitement et de non considération de cette problématique face aux patientes se présente. Le modèle médical enseigné aux professionnels et professionnelles est la principale cause de ces attitudes. C'est pourquoi les professionnels et professionnelles

¹³Pâquet-Deehy et Robin, 1990, p. 13.

¹⁴Le Bossé, Lavoie et Martin, 1991.

“...ont tendance à incriminer la personnalité de l’homme violent et de la femme violentée pour expliquer la violence conjugale et attribuer ainsi une partie de la responsabilité à la femme violentée.”¹⁵ Suite à ce constat, les auteurs rapportent un fait important qui amène un effet direct sur l’impact du support chez la santé des femmes: les professionnels et professionnelles de la santé disent ne recevoir eux-mêmes aucun support professionnel en ce qui a trait au domaine de la violence chez les femmes. Les causes sont dues au manque d’intérêt des corps médicaux, la trop grande responsabilité au plan médico-légal et le fait que la violence est un sujet qui suscite un trop grand malaise et des réactions négatives. L’absence de support chez les professionnels et professionnelles crée donc de l’évitement du sujet, un manque de disponibilité et une augmentation des risques de sous-identification de la problématique vécue par la patiente. Ainsi, il en résulte une augmentation de l’isolement chez les femmes victimes de violence conjugale. Elles ne se sentent pas écoutées et généralement, elles ne reçoivent pas un bon diagnostique.

L’identification des ressources devient aussi absente, ce qui laisse les femmes en détresse. Alors les femmes se retrouvent traitées pour des problèmes patho-logiques sans tenir compte de la source du problème. Le support médical qui devrait jouer un rôle important face à cette problématique est quasi inexistant et ainsi incapable de répondre aux vrais besoins des femmes violentées.¹⁶ Une autre étude similaire menée par Gagnon et Lavoie (1990) auprès des intervenants sociaux, montre les mêmes effets sur la santé des femmes victimes de violence. Ces auteures concluent leur étude en suggérant

que si l’intention est d’améliorer la santé des femmes en ayant de meilleures mesures de support social, l’accent devrait être mis sur le support apporté aux intervenants sociaux. Ainsi un meilleur support auprès des femmes victimes de violence se manifesteraît.¹⁷

FEMMES FRANCOPHONES VIVANT EN MILIEU MINORITAIRE

SITUATION DE LA SASKATCHEWAN

“...la connaissance des ressources professionnelles francophones dans le monde de la santé est assez limitée.”¹⁸ C’est ainsi que se traduit la situation du support social pour les femmes francophones en milieu minoritaire dans l’étude que Fortier a fait auprès des femmes francophones de la Saskatchewan. Pourtant les besoins en matière de santé sont présents. Qu’ils soient d’ordre physique, psychologique et/ou alternatif, la notion du support, selon Fortier (1995) provoque peu d’impact sur la santé des femmes puisque non seulement les connaissances des ressources professionnelles francophones sont limitées mais voir jusqu’à inexistantes dans plusieurs cas chez les femmes francophones vivant en milieu minoritaire.

Gagné (1994), dans sa recherche auprès du même type de groupe de femmes, constate elle aussi la présence du besoin pour les femmes de recevoir du soutien social peu importe le type (émotif, instrumental, normatif, informatif et socialisant). L’auteur se questionne: comment est-il possible d’évaluer l’impact du support social chez les femmes lorsque les sources de support sont difficilement identifiables?

¹⁵Le Bossé, Lavoie et Martin, 1991, p.120.

¹⁶Le Bossé, Lavoie et Martin, 1991.

¹⁷Gagnon et Lavoie, 1990.

¹⁸Fortier, 1995, p.9.

Fortier (1995) suggère qu'à cause du peu de ressources en français pour les femmes, elles se tournent automatiquement vers des ressources du milieu anglophone. Ce qui amène l'auteure à énoncer que: "la langue dans laquelle sont offerts les services semble moins préoccuper les femmes que le maintien de ces derniers."¹⁹ Pourtant se faire servir en français semble être une préoccupation majeure pour la plupart des femmes rencontrées dans ces études. Se faire servir dans un contexte où la communication est favorable rend l'impact du soutien social sur la santé des femmes davantage positif.

Autre fait important constaté par les deux auteures dans leurs études respectives concerne la différence entre le support social offert en milieu rural et urbain. Gagné (1994) et Fortier (1995) s'entendent pour affirmer que la présence du support social francophone est moins présente dans les régions rurales qu'urbaines.

Dans le domaine de la violence conjugale, toujours dans le cas de la Saskatchewan, Fortier (1995) émet qu'il s'avère presque impossible d'apporter du support auprès des femmes francophones quelque soit la forme puisque ces dernières, victimes ou non, n'abordent pas ce sujet. "La violence ça doit exister mais moi j'en connais pas"²⁰ pour reprendre les paroles d'une participante. Cet exemple montre bien le caractère tabou de ce sujet. Le soutien informatif représenterait une première action à entreprendre auprès de ces femmes afin que ce phénomène soit, dans un premier temps, identifié et dans un deuxième temps, que des actions concrètes de support soient élaborées et ensuite mises en oeuvre.

¹⁹Fortier, 1995, p.11.

²⁰Fortier, 1995, p.92.

LE CAS DU YUKON

Geoffroy (1997) dans son étude auprès des femmes francophones du Yukon, évalue les besoins de ces dernières en matière de santé. Au Yukon, il semble être tout autant difficile d'évaluer l'impact direct des moyens de supports pour des raisons similaires qu'en Saskatchewan: les services dans la même langue de Molière sont pratiquement inexistant. Au Yukon, les femmes possèdent aussi des besoins. Elles aimeraient obtenir des services dans leur langue. Même si les services anglophones qu'elles reçoivent sont satisfaisants, il demeure qu'elles ne peuvent s'exprimer clairement et aisément, spécialement dans le domaine de la santé médicale.²¹ Il en découle de ce phénomène qu'elles demeurent souvent avec des questions sans réponses à cause de la complexité des termes médicaux anglophones reçus lors des consultations auprès des services de santé.

Selon les femmes consultées lors de l'étude de Geoffroy, beaucoup de besoins restent à combler au Yukon en matière de santé et beaucoup de services restent à créer. En pédiatrie et en gynécologie, les ressources sont peu disponibles en anglais et en français. L'impact de cette situation se concrétise par des problèmes de santé physique qui persistent à cause de la difficulté à obtenir des services spécialisés. Au niveau du soutien affectif, émotionnel et psychologique, les services sont de mauvaise qualité. Les listes d'attentes sont trop longues, le personnel peu disponible et les services en privé trop onéreux.²²

En matière de violence entre les sexes, l'auteure aborde légèrement ce thème et constate que les femmes croient qu'il faut établir davantage de mesures de soutien afin d'obtenir un meilleur

²¹Geoffroy, 1997.

²²Geoffroy, 1997.

impact au niveau social. Un travail de promotion au sein du système d'éducation et de la communauté est un des moyens de soutien à envisager pour le moment. Présentement, ce sujet est tabou et pas assez exposé auprès des femmes.

Encore une fois, il semble difficile d'évaluer les impacts directs du support social sur la santé des femmes puisque les services en anglais et en français sont peu développés et semblent insatisfaisants. Il est alors plausible d'émettre que l'impact du support social chez les femmes se traduit par la demande et l'amélioration des services afin qu'il en résulte à long terme une bonne conservation de la santé mentale et physique des femmes de cette région.

LA SITUATION AU MANITOBA

Au Manitoba, Réseau, organisme d'action politique qui cherche à améliorer la situation des femmes, s'est penché sur la violence chez les Franco-manitobaines. Dans deux de leurs études, en 1988 et en 1992, elles ont voulu analyser l'efficacité des mesures de soutien pour les femmes francophones en matière de violence familiale et conjugale. Leur premier constat: "il n'y a pas un seul service public pour personnes violentées qui dessert la population francophone dans sa langue"²³ et ce malgré la promesse du gouvernement manitobain d'offrir, depuis 1981, des services en français. Il importe de mentionner que le gouvernement manitobain possède des politiques de services en langue française. Chez les femmes francophones minoritaires, la violence est un sujet délicat à aborder voir même tabou. Ces dernières n'osent pas en parler et n'osent pas demander de l'aide. Selon l'étude de Réseau (1988) lorsque les femmes se décident à briser le silence, elle le font auprès de mesures de soutien émotive (amis et familles)

qui ne sont pas, dans la majorité des cas, outillées pour répondre aux besoins des femmes violentées de façon efficace, les mesures de soutien francophones instrumentales, normatives, informatives et socialisantes étant inexistantes en français.

L'étude de 1988, nomme plusieurs services existants pour les femmes touchées par la violence. Ces services se traduisent, entre autres, par la présence de maisons d'hébergement, d'un regroupement "Women's Advocacy Program," le service "Klinik," "Evolve" et le "Committee on Wife Abuse." Tous ces services qui touchent directement la violence vécues par les femmes n'offrent aucun service en français et ce malgré la présence de politiques de services en langue française.²⁴ Parmi d'autres services connexes au Manitoba, il y a la "Clinique Youville Clinic," le "Childland Family Services of Eastern Manitoba," "l'aide juridique, Baldwin House," "Pregnancy Distress Service" et "Pluri-elles."²⁵ Les trois premiers et ainsi que le "Pregnancy Distress Service" peuvent organiser des services en français sur demande seulement tandis que "Baldwin House" n'offre aucun service en français. Quant à "Pluri-elles," qui est un organisme francophone ayant pour but d'informer et de former les femmes francophones, elles n'ont pas de services de soutien développés touchant directement les femmes violentées même si elles reçoivent plusieurs demandes à ce sujet.

D'autres services existent en français tels que le "Service de conseiller," le "Centre S. Gilberte Carrière" et le "counselling privé." Ces services, quoique francophones, ne sont pas spécialisés en matière de violence et ne sont qu'accessibles en échange de frais qui s'avèrent une limite pour certaines femmes.

²³Réseau, 1988, p.i.

²⁴Réseau, 1988.

²⁵Réseau, 1988.

Tout comme les femmes des autres provinces, les Franco-manitobaine veulent être servies dans leur langue pour favoriser une meilleure santé.²⁶ C'est un principe de base sur lequel on ne peut passer à côté pour un meilleur processus de guérison de la santé mentale et physique chez les femmes francophones.

LA SITUATION EN ONTARIO

L'Ontario semble être la province où des mesures de support concrètes sont davantage développées pour les femmes francophones hors Québec. En effet, des services en français dans le domaine de la santé physique et psychologique sont disponibles aux femmes francophones. Par contre, ils sont quand même limités. En Ontario, les femmes ont aussi énoncé clairement le besoin de recevoir des services en français, dans leur langue maternelle. L'étude de la Fédération des Femmes Canadiennes-Française de l'Ontario (FFCFO) le démontre bien dans son étude auprès des femmes francophones de 45 à 64 ans qui vivent en Ontario. Cette étude fait état des préoccupations en matière de santé vécue par ces dernières: "les répondantes soulignent l'importance de l'augmentation des services et des soins de santé en français. Elles demandent aussi des médecins, des spécialistes, des services de santé physique et mentale, des hôpitaux francophones."²⁷

L'Union culturelle des Franco-Ontariennes (UCFO), organisme à but non-lucratif qui existe depuis 1936, offre depuis plusieurs années des programmes d'éducation populaire du domaine de la santé pour les femmes francophones. Depuis 1980, elles ont offert, entre autres, le programme "Nouveau Départ" qui permet aux femmes de faire le point dans leur vie, d'évaluer leurs ressources et leurs besoins. De plus, le programme "C'est pas grave, c'est rien que nos

nerfs" a été offert pour informer les femmes sur la consommation d'alcool et de tranquillisants mineurs. L'UCFO a aussi organisé le programme "Odyssé" qui touche la pré-ménopause et la ménopause ainsi que le programme "le Stress au féminin" qui vise à aider les femmes à développer leur capacité de gérer le stress et à explorer diverses stratégies pour y faire face. Ce dernier sera décrit dans la présente revue littéraire dans la section sur le stress chez les femmes. Un programme sur la préparation à la retraite (Pleins feux sur la vie!!!), sur la prise en charge de la santé des femmes (Ma santé, je m'en occupe), sur les conditions qui favorisent la santé mentale et physique des femmes (La santé apprivoisée) et finalement un programme touchant les agressions sexuelles (J'accepte de t'en parler).²⁸ Ces programmes ont été conçus afin de contribuer au développement de ressources et à la création de réseaux de soutien et ce, en français.

Le programme "La santé apprivoisée" est une autre source de soutien disponible aux Franco-ontariennes. Ce programme porte sur les conditions qui affectent la santé mentale des femmes et il explore de nouvelles approches pour favoriser leur bien-être physique, émotif et spirituel de celles-ci. Les objectifs suivants sont visés par ce programme:

1. amener les participantes à mieux identifier différents concepts reliés à la santé mentale;
2. favoriser chez chacune des participantes une plus grande connaissance de soi, confiance en soi, estime de soi et une meilleure capacité à affirmer ses besoins et à reconnaître ses limites;
3. développer des outils de communication chez les participantes au niveau du couple, des amies, de la sexualité et de la vie quotidienne;

²⁶Réseau, 1992.

²⁷FFCFO, 1992, p.135.

²⁸UCFO, 1994.

4. amener les participantes à mieux reconnaître la problématique de la violence en général et plus spécifiquement de la violence faite aux femmes et aux femmes âgées;
5. faire reconnaître et expérimenter de nouvelles approches de santé dans une perspective de santé mentale; et
6. permettre aux participantes de mieux prévenir les maladies mentales.

Les approches priorisées du programme furent les échanges en groupe, les activités et exercices individuels et collectifs, des jeux de rôles accompagnés d'une animatrice. Plusieurs impacts positifs sur la santé des femmes ont été identifiés:

1. meilleure connaissance des phénomènes reliés à la santé mentale;
2. prise de conscience de leur situation de femme face à la violence et l'oppression;
3. meilleur contact avec soi et augmentation de l'estime et de la confiance en soi;
4. prise en charge de leur santé mentale par l'arrêt de leur dépendance à aux médicaments;
5. réduction de l'isolement;
6. création d'un réseau d'entraide personnel et communautaire;
7. meilleure connaissance des services communautaires francophones;
8. plus grande implication communautaire; et
9. création d'un projet de vie.

Le programme “Pleins feux sur la vie!!!” présente aussi des impacts positifs sur la santé mentale des femmes. Cette forme informative de soutien traite de la préparation à la retraite chez les femmes francophones de l’Ontario. Une raison majeure qui a poussé l’UCFO à implanter un tel programme est l’absence de programmes en français offerts par les services sociaux et communautaires de la province. Ce programme a pourtant démontré son efficacité tout en répondant aux besoins réels des participantes. Il a rejoint plus de 600 femmes francophones de 55 ans et plus. Une particularité intéressante de “Pleins feux sur la vie!!!” est qu'il fut offert dans plusieurs communautés rurales et semi-rurales de l’Ontario qui possèdent déjà très peu de services sociaux et de santé en français. Ce programme vient aussi répondre à un besoin résultat d'un phénomène social soit le vieillissement de la population. Ce type de programme sera de plus en plus en demande dans les années à venir suite à ce phénomène.²⁹ “Pleins feux sur la vie!!!” vise quatre objectifs principaux:

1. informer la population visée sur l’étape de vie qu’est la retraite;
2. identifier les besoins individuels et tenter d’y apporter des solutions;
3. amener les participantes à mieux connaître les ressources de leur milieu et les encourager à développer d’autres ressources; et
4. ouvrir le dialogue sur la relation entre les générations et les responsabilités qui incombent à chacune.

Le programme se déroule en sept rencontres touchant chacune un aspect de la retraite tels que l’apprivoisement de la retraite, la santé phy-

²⁹UCFO, 1992.

sique et mentale, les activités et loisirs, les finances et les questions juridiques, le logement, la préparation à la retraite et finalement les relations entre les générations afin d'voir une retraite épanouie. L'impact de ce programme sur les participantes touchent la divulgation de conseils, de références et de localisation des ressources. A la fin du programme, une majorité des participantes se sont senties davantage en contrôle de leur situation de vie et en mesure d'y apporter des changements en fonctions de leurs besoins et de leur nouvelle vie de retraitée . Certaines ont revisé leur testament, d'autres se sont trouvées un autre lieu d'habitation, exigées davantage de service de santé en français dans leur région ou même décidées de retourner sur le marché du travail ayant réalisées qu'elle ne sont pas prêtes pour la retraite. Un dernier impact intéressant fut que les femmes réalisent qu'elles peuvent être actives en tant que femmes revendicatrices de changements législatifs, sociaux, communautaires, économiques et en matière de santé. Ceci leur laisse croire qu'elles obtiendront davantage des services qui répondent à leurs besoins de retraitées tout en faisant la promotion du fait français dans la province.

Toujours en Ontario, la Table féministe francophone de concertation provinciale (1997) a réalisé une étude sur les conditions des services de santé et des services sociaux en français en Ontario et ce, pour les femmes francophones. L'objectif principal de cette étude était d'analyser les conditions de possibilité des services en français en matière de santé mentale et physique. Tout comme dans les autres provinces étudiées précédemment, les femmes francophones revendent des services en français parce qu'elles se préoccupent de leur santé et de ses éléments socio-sanitaires. Elles se préoccupent aussi des conditions qui détruisent leur santé notamment en matière de violence, de mortalité et d'échecs familiaux. Tout comme le Manitoba, l'Ontario possède depuis 1986 une

loi sur les services en français qui elle doit garantir des services en français. L'article 5 de cette loi stipule que "toute personne de l'Ontario a le droit de recevoir des services en français et de communiquer en français...."³⁰ Selon les auteures, il y a une différence évidente entre l'existence de mesures de support et la mise en oeuvre de ces mesures. C'est pourquoi les acteurs et actrices qui revendent le fait français dans le domaine de la santé et des services sociaux, idéalisent l'implantation d'un système de santé et de services sociaux parallèles au système anglophone. Encore une fois, comme au Yukon, en Saskatchewan et au Manitoba l'enjeu pour les femmes francophones se situe au niveau de la revendication des mesures de support au lieu de se concentrer sur les modes servant à desservir des soins qui correspondent vraiment à leurs besoins. Puisque dans la majorité du temps l'accent est mis sur des enjeux politiques, la qualité des services offerts aux femmes est pitoyable et la santé de ces dernières en souffre. Parallèlement à ce phénomène, les professionnels de la santé et des services sociaux (directeur général, employés et conseil d'administration) qui s'acharnent au débat de l'implantation de services en français oublient parfois que la priorité devrait être d'offrir des services de santé de qualité: "la question de la survie des services en français semble faire davantage l'objet d'une politisation au sein du milieu que la question de la santé des femmes."³¹ Encore un fois c'est nécessairement la santé des femmes qui en subit les conséquences.

Lors de cette étude, les femmes francophones consultées disent avoir recours à des services de santé diversifiés lorsqu'un besoin se présente.

³⁰Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, 1997, p.15.

³¹Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, 1997, p.144.

Elles utilisent plusieurs soins au niveau de la santé (médecins et divers spécialistes de la santé physique et mentale). Elles utilisent aussi les services de counselling au niveau de la violence, la santé mentale et le counselling familial. Les groupes d'entraide et de soutien sont aussi utilisés par ces dernières autant que les programmes de soutien aux parents et les services de médecine complémentaire ou holiste (naturopathes, homéopathes et chiropraticiens). Par contre, il va de soi, selon les dernières constatations, que ces services ne sont pas nécessairement offerts en français comme que les femmes francophones le désirent. Cette situation amène les auteures à constater que les femmes sont continuellement en quête de services de qualité en français pouvant correspondre à leurs besoins multiples. Les auteures en concluent que les mesures de support émotif et socialisant, qui sont généralement moins adéquates pour les femmes, sont plus fréquemment utilisées au dépends des mesures plus efficaces telles que le soutien instrumental normatif et informatif.

JEUNES FEMMES ET ÉQUITÉ

Le Réseau nationale d'action éducation femmes (RNAEF) a réalisé une étude auprès des jeunes filles francophones sur l'équité dans les cours d'éducation physique. Les chercheuses attitrées à cette recherche, Rail et Dallaire (1996), ont voulu observer l'effet de l'équité chez les jeunes filles à l'intérieur des cours d'éducation physique. Cette recherche-action considère l'éducation physique comme une intervention éducative favorisant la prise en charge, l'autonomie, l'amélioration de la qualité de vie, l'adoption d'un style de vie de type actif ainsi que l'augmentation de l'estime de soi. L'équité selon Rail et Dallaire (1996) est l'élément majeur qui influence les aspects nommés précédemment. "Le concept d'équité réfère au niveau personnel, à une manière d'être et au niveau social, à un climat, qui permettent le choix, le respect, la valor-

isation, l'avancement, la promotion, l'encouragement et la reconnaissance des personnes dans un milieu donné, sans égard à leur sexe, identité sexuelle, âge, aptitude motrice, race, religion, culture ou niveau socio-économique. Un environnement équitable implique un langage, des structures, des politiques, des pratiques et des formes d'intervention équitables."³² Une importante constatation a été soulevée par les auteures: l'équité n'est pas considérée à l'intérieur des programmes d'éducation physique, que ce soit au niveau secondaire, collégial, universitaire et auprès des corps professoraux. Il s'avère donc difficile pour les auteures de vérifier l'impact de l'équité sur l'estime de soi et la prise en charge personnelle auprès des jeunes femmes francophones.

FEMMES ÂGÉES ET RELATION CONJUGALE

Il existe des études qui ont vérifié l'effet du soutien conjugal comme source de soutien social. Cet apport du conjoint semble particulièrement masqué chez les femmes âgées. En combinant le support social provenant du conjoint et des stratégies efficaces pour contrôler le stress, on obtient des effets significatifs sur la santé physique et mentale des femmes âgées.³³ Selon Ducharme (1993), la qualité du soutien l'emporte sur la quantité. Ainsi, le soutien conjugal augmente l'habileté chez les femmes âgées à utiliser des stratégies adaptatives efficaces pour composer avec le stress et ainsi diminuer les risques de maladie. Les stratégies adaptatives représentent la capacité d'utiliser les mesures de soutien social spirituel, informel (parents et amis) et formel (services de la santé et services sociaux). De plus, l'étude démontre que les femmes, comparativement aux hommes, utilisent davantage

³²Rail et Dallaire, 1996, p.9.

³³Ducharme, 1993.

une diversification de soutien suite à une facilité d'expression des émotions. Ainsi, l'utilisation de formes de soutien par les femmes âgées représente une dimension importante pour le bien-être physique et psychologique des femmes. On constate aussi un effet sur l'espérance de vie et ce, dans un milieu naturel.

MULTICPLICITÉ DES RÔLES CHEZ LES FEMMES

LES MÈRES-TRAVAILLEUSES

L'accroissement du nombre de femmes sur le marché du travail fait partie d'un changement social important. Occupant déjà un rôle de mère et d'épouse, bon nombre de femmes se retrouvent maintenant dans un troisième rôle, soit celui de travailleuse. C'est pourquoi des chercheurs³⁴ se sont penchés sur les effets des rôles multiples sur la santé des femmes puisque l'occupation simultanée de ces rôles conduit au surmenage physique et émotionnel.³⁵

Tessier, Beaudry et Savoie (1992), dans leur étude effectuée auprès de 652 mères-travailleuses, ont montré que les pressions excessives provenant à la fois du travail et de la famille engendrent un niveau élevé de maladie d'ordre physique et diminuent le bien-être psychologique. Les femmes qui se disent satisfaites dans leur vie familiale et professionnelle sont généralement celles qui sont en meilleure santé. On dénote aussi que le soutien apporté par les conjoints, leurs supérieurs, leurs collègues, parents, ou amis joue un rôle positif sur leur degré de satisfaction face à leur vie personnelle et professionnelle. C'est pourquoi, Tessier, Beaudry et Savoie (1992) se sont penchés sur

les effets directs du soutien social sur la santé des mères-travailleuses. Ils ont voulu comprendre la fonction des différents types de soutien (affectif, normatif et instrumental) sur la santé physique, le bien-être psychologique et le sentiment d'estime de soi. Également, les auteurs ont étudié les différences des effets du soutien sur des mères-travailleuses qui occupent un poste de soutien et celles qui occupent des postes de cadre. Les sources de difficultés ont aussi été considérées, à savoir les pressions familiales et les pressions professionnelles.

Du côté des mères-travailleuses occupant un poste de soutien et dont les sources de difficultés proviennent du milieu de travail, le soutien obtenu par le réseau professionnel diminue le niveau de stress chez ces dernières. Un meilleur bien-être psychologique en résulte. Chez cette même catégorie de mères-travailleuses mais dont les sources de difficultés proviennent du milieu familial, le conjoint est la plus grande mesure de soutien et il a un impact très positif sur la santé physique des mères-travailleuses. À cause du grand impact du soutien du conjoint sur la santé physique, les mères sont portées à diminuer leur réseau de soutien personnel pour ne conserver que celui du conjoint. Quant aux mères-travailleuses occupant un poste de cadre, elles sont plus vulnérables à une détérioration de leur bien-être psychologique et physique et à une augmentation du niveau de stress due au manque de disponibilité du conjoint. Ce constat s'applique autant pour les difficultés d'origine familiales que professionnelles. Les femmes utilisent davantage les ressources provenant du réseau de soutien professionnel pour résoudre des difficultés d'ordre familiale ou professionnel que les hommes. On remarque alors une diminution des effets du stress sur le bien-être psychologique.

Carrier et Roskies (1993) soutiennent les propos de Tessier, Beaudry et Savoie (1992) en constatant que les mères-travailleuses ayant des en-

³⁴Carrier et Roskies, 1993; Tessier, Beaudry et Savoie, 1992.

³⁵Carrier et Roskies, 1993.

fants d'âge préscolaire ont des taux de symptômes psychologiques, de dépression, de problèmes psychiatriques et d'insatisfaction face à leur vie personnelle et professionnelle plus élevés que les femmes dans des situations différentes. Une autre étude menée par Dufort (1985) donne des résultats similaires et l'auteur ajoute que ces conditions de santé sont dues à la surcharge exigée aux femmes qui occupent plusieurs rôles à la fois. Le support du conjoint, une fois de plus, est significatif dans la coopération aux tâches ménagères et permet d'organiser la garde des enfants. Cette aide diminue le taux de dépression chez les mères-travailleuses. Il en est de même pour le support instrumental. Plus ce dernier est faible, plus les problèmes de détresse psychologique, l'autodépréciation et les problèmes psychiatriques sont élevés.³⁶

Dans leur étude, Carrier et Roskies (1993) ont considéré d'autres facteurs ayant un effet sur la santé des mères-travailleuses tels que la monoparentalité, les problèmes de santé chez les enfants, la maladie chronique du conjoint, la satisfaction quant au rôle de mère, la satisfaction conjugale ainsi que les séparations et les divorces. Les résultats de l'étude en fonction de ces facteurs étaient à prévoir. En effet, les mères-travailleuses monoparentales, celles qui ont des enfants avec des problèmes de santé, un mari avec une maladie chronique, les femmes qui vivent une insatisfaction conjugale et celle qui sont séparées et divorcées ont une moins bonne santé physique et mentale. L'estime de soi est grandement affectée autant que les problèmes de dépression. Malgré l'utilisation de forme de support instrumental les effets demeurent. Doit-on questionner leur efficacité?³⁷

Les effets du support social au travail représentent aussi, selon Carrier et Roskies (1993), un élément important de l'état de santé des mères-

travailleuses. En effet, les auteures constatent une baisse de dépression, d'anxiété et une hausse de l'estime de soi, moins de problèmes de santé chroniques et quotidiens et une humeur journalière meilleure lorsque cette forme de soutien est disponible.

Dufort (1985), suite à une recherche portant sur l'influence de la famille et du travail salarié sur la santé mentale des femmes, considère l'environnement de travail comme une forme de support social pour la santé mentale et physique des mères-travailleuses. Ainsi l'auteur observe que les femmes salariées sont davantage protégées contre les problèmes de morbidité psychiatrique clinique que les femmes au foyer. Les femmes hors-foyer ont plus d'opportunités pour l'accomplissement de soi, l'autonomie financière et contacts sociaux variés, facteurs qui ont tous un impact positif sur la santé mentale des femmes. Dufort (1985) ajoute même que le travail permet d'atténuer chez plusieurs femmes le stress lié à l'éducation des enfants et les tensions maritales. Par contre, le taux de dépression est plus élevé chez les femmes qui occupent un emploi exigeant de longues heures de travail.³⁸

Autre fait intéressant dans les recherches de Dufort (1985) est l'identification des effets sur la santé mentale des femmes occupant un travail avec un horaire flexible par rapport à celles qui ont un horaire de travail rigide. Les femmes occupant un travail avec un horaire flexible se disent plus satisfaites au travail et donc moins dépressives et elles présentent moins de symptômes psychosomatiques. Les femmes ayant un emploi avec un horaire rigide rapportent davantage de problèmes de dépression et de symptômes psychosomatiques. L'environnement social que représente le milieu de travail devient donc une importante forme de support sur la santé mentale des femmes.

³⁶Carrier et Roskies, 1993.

³⁷Carrier et Roskies, 1993.

³⁸Dufort, 1985.

Les femmes ayant de jeunes enfants à la maison et qui décident de faire une transition du foyer au marché du travail traversent une période critique où le support par l'environnement de travail ou familial s'avère essentiel.³⁹ L'auteure observe que les femmes qui sont retournées sur le marché du travail depuis moins d'un an ressentent plus de détresse psychologique et consomment plus d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques.

FEMMES ET POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Guberman (1990) apporte un aperçu de la politique de santé mentale au Québec et les impacts sur la santé des femmes. La politique de santé mentale se divise en trois parties. La première partie soulève des questions sur l'ampleur des maladies mentales, sur l'utilisation des services tels que l'hospitalisation en psychiatrie et les traitements psychiatriques et sur les difficultés et problèmes liés à l'organisation du système de soins. La deuxième partie annonce les orientations et les objectifs à atteindre en lien avec le diagnostic. Dans cette partie, la politique s'appuie sur une définition de la notion de santé mentale qui tient compte de trois dimensions au plan de la santé soit la dimension biologique, psycho-développementale et contextuelle. La troisième partie contient le plan d'action du gouvernement. Par exemple, l'utilisation de services individualisés, la mise sur pied de mécanismes de promotion, le respect et la protection des droits et des stratégies d'information.

Cette politique considérée comme une mesure de soutien social instrumental, possède ses limites et ses avantages. En effet, cette dernière con-

sidère, dans ses interventions, les problèmes psychiques, psychiatriques, la consommation d'alcool et de médication abusive. Par contre, la violence faite aux femmes, leurs conditions socio-économiques (pauprété, monoparentalité, insertion sur le marché du travail) et leur assignation à la prise en charge des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, psychiatrisées ou handicapées) sont des domaines oubliés par la politique. Les effets de ce constat provoque des interventions qui ne tiennent pas compte de la spécifité des problèmes de santé mentale que vivent les femmes. Ainsi l'approche féministe étant non considérée, alors les besoins personnels deviennent aussi non-considerés, ce qui résulte en un soutien de faible qualité.⁴⁰

STRESS AU FÉMININ

Le stress est un élément qui joue un rôle significatif sur la santé mentale et physique des femmes.⁴¹ C'est pourquoi le programme "Stress au féminin," un projet de soutien s'adressant aux femmes francophones en milieu minoritaire a été implanté en Ontario. Son principal objectif: promouvoir des attitudes positives et des habitudes saines de vie pour contribuer à la prise en charge des nouvelles responsabilités. Ce programme de soutien éducatif est aussi reconnu comme un moyen de prévention primaire et de changement des attitudes individuelles face à la gestion de la santé. Les effets de ce programme sur la santé des femmes, selon Adam (1989), résulte en une meilleure compréhension de la nature du stress, l'acquisition de nouvelles habiletés en gestion du stress et la découverte de ressources sociales et communautaires. Ces premiers effets, selon les constatations d'Adam (1989), engendrent d'autres effets tels que la

³⁹Dufort, 1985.

⁴⁰Guberman, 1990.

⁴¹Adam, 1989.

diminution de détresses psychiques et de symptômes physiques.

FEMMES ET SANTÉ MENTALE

LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Les troubles dissociatifs chez les femmes, autrefois appelés troubles associés à la personnalité, sont un sujet peu étudié dû à la nouveauté du phénomène. Selon Coholic (1996), les formes de soutien social sont d'ordre médical et/ou social. Du point de vue médical, l'auteur mentionne que les corps médicaux considèrent les troubles dissociatifs comme une maladie mentale. C'est pourquoi l'intervention de ce genre tente d'exercer une forme de contrôle social sans être à l'écoute des besoins immédiats des femmes. Les résultats de ce genre d'intervention font en sorte que les clientes se sentent davantage détruites après les traitements.⁴² Du point de vue social, les études de Coholic démontrent que le counselling avec l'idéologie de l'intervention féministe entraîne des impacts plus positifs. Cette forme de soutien amène la femme à devenir la spécialiste de sa propre expérience. Elle apprend des techniques de communication avec soi-même et développe une coopération avec elle-même en étant à l'écoute de ses propres besoins. Un impact intéressant selon Coholic (1996), à travers l'intervention féministe, est que cette forme d'intervention à travers le counselling considère la femme comme un tout entier au lieu de la considérer comme un alter ego (qui signifie chaque aspect dissociatif de sa personnalité). Cette approche permet aux femmes de briser les barrières dissociatives au fur et à mesure que le counselling se déroule et a aussi pour effet un accroissement de la confiance personnelle et le

sentiment d'être en contrôle de sa propre guérison.⁴³ En revanche, l'approche traditionnelle qui traite l'alter ego distinctivement, amène l'intervenant à contrôler lui-même le processus de counselling amenant ainsi une perte de contrôle chez la femme. En effet, celle-ci se sent incapable de gérer sa situation, ce qui retarde les processus de guérison.

FEMMES ADULTES ABUSÉES SEXUELLEMENT PENDANT L'ENFANCE

L'intervention, telle que définie au début de cette revue littéraire, consiste à prendre part volontairement à une action pour en modifier son cours. C'est de cette façon que Damant (1993) explique l'intervention auprès des femmes adultes abusées sexuellement pendant l'enfance: elle cherche à modifier les effets négatifs de l'abus sur la santé des femmes. Les formes d'intervention de soutien varient des programmes individualisés, aux groupes par l'application du modèle idéologique qu'est le féminisme en passant par le modèle Giaretto. Selon l'auteure, ces modèles sont les plus utilisés dans la province de Québec dans l'intervention faite auprès des femmes adultes abusées sexuellement pendant l'enfance (1993).

Le modèle Giaretto est une combinaison de l'intervention de groupe et individuelle. Il permet aux femmes de confronter leur agresseurs et ainsi diminuer les sentiments de peur et d'anxiété qui affectent la santé mentale des femmes. Il permet aussi un travail sur l'estime de soi et des éléments dépressifs et favorise l'expression des émotions.⁴⁴ Le modèle féministe, quant à lui, permet, comme le modèle

⁴²Coholic, 1996.

⁴³Coholic, 1996.

⁴⁴Damant, 1993.

Giaretto, un travail sur l'estime de soi et des éléments dépressifs. Par ce fait même, il travaille sur l'affirmation de soi et la confiance en soi.⁴⁵

INCESTE

Hecquet (1995) a étudié les effets de l'intervention de groupe auprès des femmes victimes d'inceste. Des conclusions similaires à celles de Damant (1993) en sont ressorties: évolution positive de l'image de soi, meilleure capacité d'affirmation de leurs capacités, augmentation de la confiance en soi, expression des émotions, rupture de l'isolement, construction d'un réseau social et diminution des frustrations et des sentiments de culpabilité. Ces résultats positifs permettent de croire en l'efficacité de cette forme de soutien puisque les objectifs fixés dans la majorité des expériences d'intervention de groupe sont:⁴⁶

1. permettre aux femmes de prendre conscience des conséquences des abus dans leur vie actuelle et de leurs compétences pour maîtriser les effets des abus;
2. faciliter l'identification aux autres victimes afin de diminuer la honte, la culpabilité et briser l'isolement;
3. fournir un cadre chaleureux et sécuritaire à l'intérieur duquel les femmes peuvent identifier, exprimer et libérer les émotions reliées aux abus;
4. permettre aux femmes de remettre en question les messages reçus dans l'enfance; et

⁴⁵Damant, 1993.

⁴⁶Hecquet, 1995, p.35-36.

5. briser le cycle de la victimisation en amenant les femmes à découvrir des solutions leur permettant d'améliorer leur présent et de reprendre du pouvoir sur leur vie.

L'auteure ajoute qu'à cause de la lourdeur de la problématique, l'intervention de groupe n'est pas recommandée comme seule source de soutien instrumental auprès des femmes avec un vécu d'inceste. Ces femmes sont souvent prises avec des problèmes de délire, des effets psychosomatiques et de santé mentale sérieux. C'est pourquoi elles doivent combiner une autre forme de soutien social soit par l'intervention individuelle, médicale ou par l'appui du réseau social personnel.⁴⁷

FEMMES ET RECHERCHE FÉMINISTE

Depuis le début des années 60, une nouvelle idéologie analytique de la situation des femmes a vu le jour: l'intervention féministe.⁴⁸ Définie comme "une croyance du potentiel réel des femmes et en une prise de conscience de comment ce potentiel leur a été nié par la domination dans notre société des rôles sexuels stéréotypés,"⁴⁹ l'idéologie féministe se donne comme objectif de libérer les femmes des rôles qui les empêchent de réaliser leur potentiel personnel, d'agir sur la division des sexes et de rejeter les attitudes et valeurs sexistes. Indirectement, ce courant de pensée provoque des modifications de comportements et d'idéologie sociale et c'est ainsi qu'il joue un rôle de support pour les femmes. Les auteures Corbeil, Lazure, Legault et Pâquet-Deehey (1983), ont fait une analyse comparative des bénéfices des valeurs tradi-

⁴⁷Hecquet, 1995.

⁴⁸Corbeil, Lazure, Legault et Pâquet-Deehey, 1983.

⁴⁹Corbeil, Lazure, Legault et Pâquet-Deehey, 1983, p.17.

tionnelles et féministes sur la santé des femmes. Les bénéfices des valeurs féministes pour les femmes ont des impacts intéressants et des effets améliorant la santé des femmes. Ainsi, inculquer des valeurs d'autonomie psychologique et économique, des habiletés de subvenir à soi-même et pouvoir choisir de le faire apportent des bénéfices tels que l'appropriation de son propre statut social, le développement de ses propres compétences et habiletés et une indépendance face à la bienveillance des hommes. Quant à elles, les valeurs d'autodétermination et de contrôle sur sa propre vie amènent le développement d'une identité propre qui peut s'actualiser, la capacité de faire des choix de son style personnel de vie de façon à satisfaire ses besoins de rapprochement et d'intimité, la liberté de donner et servir les autres par choix et non par obligation et la prise en charge de ses besoins. De leur côté, les valeurs de développement de son pouvoir personnel et de toute la gamme de ses habiletés amènent une satisfaction accrue dans les relations personnelles et de travail, un contrôle sur sa propre vie et un respect de soi même. Finalement, les valeurs de fierté d'avoir un corps sain et en santé déterminent l'expérience de satisfaction dans les activités physiques et sexuelles.

En somme, ce courant de pensé féministe suscite de l'espoir chez les femmes puisque plusieurs méthodes d'intervention sont remises en question pour laisser place à l'intervention féministe autant dans les organismes communautaires que les services sociaux gouvernementaux touchant la clientèle féminine. Ainsi les besoins des femmes sont considérés et leurs problèmes de santé mentale se voient améliorés efficacement.

CONCLUSION

Cette revue indique que la littérature scientifique examinant l'impact du support social sur la santé des femmes n'est pas aussi volumineuse en français que celle disponible en anglais. Qu'il s'agisse des recherches-actions, des études participatives ou des recherches exploratoires, certains aspects entourant la question du support social ne sont pas couverts par les recherches publiées en français. Par exemple, les articles en français traitant du phénomène social de l'itinérance sont quasi inexistant. D'autres aspects de la question qui sont peu mentionnés dans la littérature francophone incluent le cancer, les séparations et les divorces, les groupes d'immigrées ou les groupes de minorités visibles. Toutefois, il ne faut pas en déduire que ces aspects ne sont pas importants. En fait, ces questions touchent de plus en plus le quotidien des femmes en ayant une influence directe sur leur identité. Le sujet du support social n'est étudié que depuis récemment, ce qui pourrait expliquer la rareté des documents portant sur certaines composantes de l'impact du support social.

Il faut aussi mentionner que la plupart des études inventoriées proviennent du Québec, une situation à laquelle on pouvait s'attendre étant donné que la majorité de la population franco-

phone du Canada se situe dans la belle province. Il semble y avoir peu d'intérêt ou un manque de ressources pour étudier concrètement l'impact du support social lorsqu'il est question de la santé des femmes chez les francophones hors-Québec. Il semble que dans les autres provinces les femmes francophones doivent insister presque uniquement sur les enjeux linguistiques et ainsi laisser en suspens l'amélioration de leur condition de santé mentale et physique.

Toute la documentation consultée est unanime à proclamer l'importance du support social pour les femmes. L'amélioration de la santé physique ou psychologique des femmes est rapidement identifiée dans la plupart des recherches consultées. La compréhension de la définition du support social nous demande d'analyser son rôle et le degré d'influence qu'il peut avoir sur la santé des femmes. Dans plusieurs cas, les mesures de soutien émotif et/ou descriptif semblent être les plus efficaces pour résoudre des problèmes sociaux. La mesure de soutien instrumental, quant à elle, est davantage utilisée pour aider les femmes vivant des problématiques plus accentuées comme le viol ou les abus sexuels. Dans plusieurs cas on l'associe à des problèmes menant des conséquences sur la santé physique de la femme.

L'ensemble des auteurs consultés insiste sur l'application universelle du support social chez les femmes. Qu'elles soient vulnérables, dans une situation temporaire, déstabilisées physiquement ou psychologiquement, la santé des femmes bénéficie toujours de la présence du support social. Certains auteurs vont même jusqu'à suggérer que la présence de soutien social peut décider de la vie ou de la mort d'une femme en détresse. Le support social semble donc une composante primordiale de l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes. Entre autres, le soutien social neutralise et maîtrise les situations difficiles que vivent les femmes. Qu'on le représente sous forme de politique sociale, de programmes sociaux, de la présence d'un conjoint ou de la famille, l'impact du support social demeure global. Le support social, sous toutes ses formes, contribue à l'amélioration de la santé des femmes.

Bibliographie

- Adam, D. (1989). Stress au féminin: un programme communautaire de prévention et de promotion en santé. *Santé mentale au Canada*, décembre.
- Beaudry, M. (1981). Les maisons de femmes battues: du groupe autonome à la prise en charge par l'état. *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 6, no. 46, p. 151-159.
- Carrier, S. et Roskies, E. (1993). Quelles sont les conditions qui affectent la santé des femmes à rôles multiples? *Psychologie canadienne*, vol. 34, no. 1, p. 26-44.
- Chagnon, L. et Robin, M. (1983). Groupe NOUV'ELLE: modèle d'intervention féministe. *Intervention*, no. 77, p. 16-22.
- Coholic, D. (1996). L'intervention féministe en service social auprès de personnes présentant des troubles dissociatifs. *Le travailleur social*, vol. 63, no. 3, p. 8-16.
- Corbeil, C., Lazure, C., Legault, G. et Pâquet-Deehy, A. (1983). *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, Éditions coopératives A.Saint-Martin: les éditions du remue-ménage.
- Damant, D. (1993). L'intervention auprès des femmes adultes abusées sexuellement pendant l'enfance. *Intervention*, no. 95, juin, p. 46-54.
- Ducharme, F. (1993). Soutien conjugal, stratégies adaptatives et bien-être: analyse différentielle des perceptions des conjoints âgés. *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 12, no. 1, p. 33-49.
- Ducharme, F. (1993). Soutien conjugal et bien-être des conjoints âgés, proposition d'un mécanisme d'action. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol.10, no. 2. p. 11-29.
- Dufort, F. (1985). Travail salarié, famille et santé mentale des femmes. *Santé mentale au Québec*, vol.10, no.2, p.64-72.
- Fédération des Femmes Canadiennes-Françaises de l'Ontario. (1992). *Cessons de penser que l'amour va tout vaincre: la situation des femmes francophones de 45 à 64 ans qui vivent en Ontario*. Ottawa.
- Fortier, J. (1995). *La Fransaskoise: architecte de son devenir*. Fédération provinciale des Fransaskoises: Regina.
- Gagné, E. (1994). *Besoins, intérêts et motivation des femmes de langue maternelle française de la Saskatchewan: milieux urbain et rural*. Saint-Boniface: Les Éditions Louis Riel coopératives Ltée.
- Gagnon, C. et Lavoie, F. (1990). L'attitude des intervenants des services sociaux envers les femmes violentées par leur conjoint et leur sentiment de compétence. *Revue canadienne de service social*, vol. 7, no. 2, p. 197-214.
- Geoffroy, S. (1997). *Sondage réalisé auprès des femmes francophones du Yukon: leurs besoins et préoccupations*. Les EssentiElles: Whitehorse, Yukon.
- Grawitz, M. (1991). *Lexique des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Gresle, F., Perrin, M., Panoff, M. et Tripier, P. (1990). *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris: Éditions Nathan.
- Guay, J. (1984). *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur.
- Guberman, N. (1990). Les femmes et la politique de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, vol. 15. no. 1, p.62-84.

L'IMPACT DU SUPPORT SOCIAL SUR LA SANTÉ DES FEMMES: Une revue littéraire

- Guyon, L. (1991). La perception qu'ont les femmes de leur état de santé ou la face cachée du diagnostique, dans *Femmes et santé: aspects psychosociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur.
- Hecquet, B. (1995). L'intervention auprès de femmes victimes d'agressions sexuelles: description d'un modèle d'intervention de groupe. *Intervention*, no. 101, p. 34-40.
- Larouche, G. (1986). L'intervention de groupe et les femmes violentées. *Intervention*, no. 75, p. 29-36.
- Larouche, G., Pâquet-Deehy, A. et Rinfret-Raynor, M. (1986). L'application d'un modèle d'intervention féministe auprès des femmes battues dans le cadre d'un projet de recherche-action. *Intervention*, no. 75, p. 64-72.
- Larousse (1990). *Petit Larousse illustré*. Paris: Éditions Larousse.
- Le Bossé, Y., Lavoie, F. et Martin, G. (1991). Influence du contexte de travail des professionnel et professionnelles de la santé en regard de leurs attitudes vis-à-vis des femmes violentées en milieu conjugal. *Recherches féministes*, vol. 4, p. 119-136.
- Lévesque, L. & Cossette, S. (1991). Revue critique d'études sur le soutien social et sa relation avec le bien-être de personnes atteintes de démence. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 10, no. 2, 65-93.
- Maas, K. (1990). Le rôle du soutien social dans la prévention de l'essouflement professionnel: les groupes de soutien par les pairs. *Apprentissage et socialisation*, vol. 13, no. 2, 129-139.
- Malenfant, R. (1993). Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaité: à la recherche d'un consensus. *Sociologies et sociétés*, vol. 25, no. 1, p. 61-76.
- Martin, G. et Lavoie, F. (1986). Dilemmes et interventions dans le contexte de la violence conjugale. *Intervention*, no. 75, p. 37-47.
- Mensah, M.N. (1995). Des corps souillés, effets tangibles du discours préventif contre l'épidémie du VIH/SIDA pour les femmes séropositives. *Revue sexologique*, vol. 2, no. 2, p. 47-67.
- Pâquet-Deehy, A. et Robin, M. (1990). Regard sur une approche féministe auprès d'un groupe de femmes victimes de violence. *Intervention*, no. 85, p. 11-19.
- Payre, M.T. (1988). Élixir: un programme de prévention auprès des femmes. *Santé mentale au Canada*, décembre.
- Perreault, R. (1985). L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale: la perspective du consommateur. *Sociologie et société*, vol. 17, no. 1, p. 83-91.
- Poohkay, F.P. (1996). Questions afférentes à l'intervention auprès des femmes séropositives. *Le travailleur social*, vol. 64, no. 4, p. 148-161.
- Rail, G. et Dallaire, H. pour le Réseau nationale d'action éducation femmes. (1996). *Vers l'équité en éducation physique*. Ottawa: Bibliothèque nationale du Canada.
- Réseau. (1988). *À la frontière du silence...les femmes franco-manitobaines violentées et les services à leur disposition*. Manitoba: Saint-Boniface.
- Réseau. (1992). *Vaincre la violence: une responsabilité collective*. Manitoba: Saint-Boniface.
- Ricks, J. (1984). La radio, le soutien social et la santé mentale. *Santé mentale au Canada*, décembre.
- Saulnier, M. (1996). Où chercher du soutien quand on en a besoin: leçon tirées d'une étude sur la population militaire. *Le travailleur social*, vol. 64, no. 3, p. 104-114.
- Smolla, N. (1988). *La transition à la parentalité: impact du soutien social, de l'évaluation de stresseurs et du tempérament du bébé sur le stress maternel*. Thèse de doctorat inédite. Québec: Université Laval, École de psychologie.
- Stewart, M. (1983). Solidarités entre femmes: stratégies d'un groupe d'entraide. *Santé mentale au Canada*, septembre, p. 12-15.
- Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario. (1997). *Conditions de possibilités des services de santé et des services sociaux en français en Ontario: un enjeu pour les femmes*. Ottawa.
- Tessier, R., Beaudry, J. et Savoie, G.J. (1992). L'influence des facteurs psycho-sociaux associés au double statut des mères-travailleuses sur leur santé physique et leur bien-être psychologique. *Revue canadienne de santé mentale*, vol. 11, no. 2, p. 123-146.
- Union culturelle des Franco-Ontariennes. (1992). *Pleins feux sur la vie!!!* Ottawa.
- Union culturelle des Franco-Ontariennes. (1994). *La santé apprivoisée*. Ottawa.