

La reconnaissance des expériences des femmes en psychiatrie

Rapport de recherche concernant l'impact des hospitalisations en psychiatrie sur la vie des femmes



Sue-Anne MacDonald
Audrey-Anne Dumais Michaud

MONTREAL, OCTOBRE 2015

Illustration :
« **LIBERTÉ** »
Manon Paradis
collage sur carton

Table des matières

Liste des tableaux et figures	4
Liste des abréviations	5
Remerciements	6
Contexte	7
1. Objectif de la recherche	10
1.1 Objectifs spécifiques	10
2. Méthodologie	11
2.1 Le questionnaire	11
2.2. Focus groupes avec les femmes d'Action Autonomie	12
2.3 Focus groupes avec la Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM) – Volet santé	13
3. Les données socio-démographiques des répondantes	14
3.1 L'âge des répondantes	14
3.2 L'état civil des femmes	15
3.3 Milieu de vie et groupe d'appartenance	15
3.4 Parentalité	16
3.5 Activités principales	16
3.6 La source du revenu	17
3.7 La scolarité	18
3.8 Le nombre d'hospitalisations des répondantes	18
3.9 Le nombre d'hospitalisations pour chacune des femmes	19
Synthèse	20
4. Les expériences d'hospitalisations en psychiatrie	21
4.1 L'expérience de la psychiatrie : être femme en psychiatrie	21
4.2 L'expérience de la psychiatrie : une perspective de femmes	23
4.2.1 Un mode de vie pathologique	24
4.2.2 Un traitement différentiel	25
4.2.3 La maternité	26
4.2.4 Violence psychologique, sexuelle et le rapport à l'équipe traitante	27
4.2.5 Respect de la vie privée	28
4.2.6 Problèmes physiques	29
4.5 Ce que je peux dire à mon équipe traitante	30
Synthèse	31
5. Impacts sur la vie quotidienne	33
5.1 La peur	33

5.2 L'étiquetage lié à la psychiatrie	34
5.3 Difficulté à trouver du travail	34
5.4 Se retrouver comme personne	35
5.5 Perte du logement	35
5.6 La surmédication	36
Synthèse	37
6. Une crédibilité évacuée ?	38
6.1 Un double assujettissement : être une femme ayant un problème de santé mentale	38
6.1.1 Perception d'être comme une enfant dans le système	40
Synthèse	41
7. L'importance de reconnaître les expériences des femmes et de faire respecter leurs droits	42
7.1 La nécessité d'être entendue	42
<i>Synthèse</i>	44
8. L'apport de la reconnaissance pour comprendre les expériences des femmes en psychiatrie	45
9. Suggestions et recommandations	50
Synthèse	52
Conclusion	54
Bibliographie	56
Annexe 1 : Questionnaire	57

Liste des tableaux et figures

Figure 1.....	14
Distribution du nombre de répondantes selon le groupe d'âge.....	14
Figure 2.....	15
Distribution de l'état civil chez les femmes ayant répondu au questionnaire.....	15
Tableau 1	16
Distribution des activités principales des femmes ayant répondu au questionnaire.....	16
Figure 3.....	18
Distribution du revenu des femmes ayant répondu au questionnaire.....	18
Figure 4.....	19
Distribution du nombre d'hospitalisations pour les femmes ayant répondu au questionnaire par tranche d'années.....	19
La figure 5.....	20
Illustration du nombre d'hospitalisations pour chacune des répondantes.....	20

Liste des abréviations

TGFM : Table des groupes de femmes de Montréal

FMAA : femmes membres d'Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

CF : Comité femmes d'Action Autonomie

Remerciements

La réalisation de cette recherche est le fruit de multiples collaborations.

Tout d'abord, cette recherche n'aurait pas vu le jour, sans les récits et la générosité des femmes qui ont accepté de partager leurs expériences. Les femmes membres d'Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale ont développé et proposé une lecture critique, sensible et propre à leur condition de femmes concernant leur expérience en psychiatrie.

Nous remercions Louise Baron et Pilar Barbal I Rodoreda, de l'équipe d'Action Autonomie, ainsi que les femmes du Comité femmes d'Action Autonomie, qui ont fait naître ce projet, puis développé et administré le questionnaire adressé aux femmes participantes. Merci aussi à Diane Robitaille et Nicole Cloutier, travailleuses d'Action Autonomie, pour leur soutien à diverses étapes de la recherche.

Un immense merci à Sue-Ann MacDonald et Audrey-Anne Dumais Michaud pour leur excellent travail d'analyse, la préparation et la réalisation des focus-groupes et enfin la rédaction de ce rapport de recherche. Elles ont su mettre en lumière l'importante parole des femmes.

Nous tenons aussi à souligner la précieuse collaboration de la Table des groupes de femmes de Montréal - Volet santé, pour le support à l'organisation d'un groupe de discussion et leur soutien technique à différents moments de la recherche.

Un merci sincère aux intervenantes des groupes de femmes qui, dans le cadre du groupe de discussion, nous ont alimentées de leurs commentaires, expériences et préoccupations.

Et merci à Action Autonomie, qui a initié et financé ce projet.

Contexte

Le Comité femmes (CF) d'Action Autonomie voit le jour en 1995. À ce moment, le mandat du comité est de regrouper des femmes afin d'y développer des analyses et des interventions sur des questions touchant spécifiquement leur condition de femme au regard de la défense des droits en santé mentale. Une conseillère en défense des droits d'Action Autonomie anime le comité et participe, accompagnée par une ou deux autres membres du CF, à la Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM). Le CF, en plus de réaliser des activités telles que des réunions mensuelles et d'organiser des cafés-rencontres, travaille également en collaboration avec d'autres groupes de femmes concernant différents dossiers politiques (DPJ, violence, etc.) et offre des séances d'information sur les droits et les recours en santé mentale. Plus largement, le CF interpelle directement les questions de démocratie et d'égalité, du rapport au politique, incluant les politiques sociales, les pratiques en santé mentale, la place et le rôle des femmes.

Parce que la situation des femmes ayant des problèmes en santé mentale est diversifiée et que les problématiques y étant associées sont plurielles (désinstitutionnalisation du réseau, affaiblissement du réseau relationnel, difficulté à l'emploi), les conditions générales et spécifiques des femmes demandent une diversité de réponses et une multitude d'actions et de moyens. Pour l'une de ces raisons, en 2013, Action Autonomie a développé un projet de recherche visant à mieux connaître l'impact de la psychiatisation chez les femmes de l'organisme, en collaboration avec son Comité femmes (CF). Le problème posé était celui-ci : *comment les femmes sont-elles traitées au sein de l'institution psychiatrique ?* Il s'agissait ainsi de voir en quoi constituait l'expérience psychiatrique des femmes, à partir de leurs propres témoignages, de façon à jauger la pertinence d'articuler des revendications spécifiques à cet effet. Cette recherche fait suite à la réalisation par l'organisme d'un sondage fait en l'an 2000 concernant l'impact de la violence sur la santé mentale des femmes.

La présente recherche part donc de deux constats : d'une part, l'importance centrale de la reconnaissance des histoires et des vécus des femmes en psychiatrie en tant que réponse aux besoins diversifiés des femmes et, d'autre part, l'existence de difficultés, d'embûches, voire d'un sentiment de discrimination et du non-respect de ses droits par le seul fait d'être femme.

Après avoir initié la recherche, préparé et administré le questionnaire auprès des femmes membres d'Action Autonomie, à l'hiver 2015, le collectif de défense des droits a sollicité l'aide de deux chercheuses pour faire une démarche partenariale en vue de valider et d'approfondir ces préoccupations.

Le rapport de recherche se divisera comme suit :

Dans le **premier chapitre**, nous exposerons l'objectif général et les objectifs spécifiques de la recherche tels que discuté par le Comité femmes d'Action Autonomie.

Dans le **deuxième chapitre**, nous illustrerons la méthodologie utilisée soit celle du questionnaire et des focus groupe. Également, nous mentionnerons de quelle manière nous avons recruté les participantes.

Au moment du **troisième chapitre**, nous présenterons les données issues de la recherche en exposant les données socio-démographiques afin d'avoir un panorama général des femmes ayant participé à la recherche.

Dans le **quatrième chapitre**, nous discuterons des dernières expériences en psychiatrie afin d'exposer les perspectives des femmes à ce sujet.

Le cinquième **chapitre** mettra en lumière les différents impacts qu'entraîne la psychiatrie dans la vie quotidienne des femmes.

Le **sixième chapitre** sera en quelque sorte le nœud de l'enquête puisqu'il exposera l'idée liée au manque de crédibilité qui fut mentionné à plusieurs reprises dans le récit des femmes.

Dans le **septième chapitre**, nous illustrerons le point de vue des femmes permettant de comprendre pourquoi il est important de reconnaître leurs expériences afin de faire respecter leurs droits.

Le **huitième chapitre** sera l'occasion de discuter brièvement de la reconnaissance sous le plan théorique. En somme, il sera exposé en quoi la reconnaissance est centrale pour le vivre ensemble, le respect et la dignité des personnes en situation de vulnérabilité.

Enfin, le **neuvième chapitre** sera le moment d'exposer ce que les femmes proposent comme suggestions ou recommandations afin d'éradiquer ou de diminuer l'ampleur des situations difficiles vécues.

1. Objectif de la recherche

L'objectif général de la recherche était de documenter l'expérience des femmes membres d'Action Autonomie, et ce, particulièrement en regard de la prise en compte des spécificités des femmes (sexospécifiques) en psychiatrie.

1.1 Objectifs spécifiques

1. Connaître l'impact des dernières hospitalisations en psychiatrie sur la vie des femmes.
2. Mettre en lumière l'expérience particulière des femmes en psychiatrie
3. Identifier des solutions pour que les spécificités des femmes soient considérées lors d'une hospitalisation en psychiatrie.

2. Méthodologie

Cette recherche exploratoire vise à mieux comprendre et qualifier les dynamiques à l'œuvre dans les rapports entre les femmes et les pratiques en psychiatrie. Pour traiter de cette question, nous avons opté pour une analyse des récits des femmes en lien avec leurs expériences en psychiatrie. En effet, considérant le manque de connaissances sur ce sujet à leur égard, la compréhension de cette problématique nécessitait de mettre en lumière les récits des femmes au centre de l'analyse. Nous avons ainsi privilégié une approche qualitative du discours de deux groupes : les femmes membres du Comité femmes (CF) d'Action Autonomie et des intervenantes des milieux de pratique membres de la Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM) - Volet santé. Du point de vue de l'analyse, ces deux discours ont été traités séparément comme des corpus équivalents. Spécifiquement, dans le cas des femmes membres du Comité femmes, la posture de départ situe le discours sur le plan d'un savoir d'expérience. Tandis que pour les intervenantes, il s'agit d'un discours savoir-praticien.

2.1 Le questionnaire

Le premier volet de la recherche visait à obtenir un panorama général de la perception de l'expérience des femmes en psychiatrie. À cet effet, une cueillette des données par questionnaire fut privilégiée (une copie est placée en annexe). Ce questionnaire fut élaboré par deux conseillères d'Action Autonomie, en collaboration avec les membres du Comité femmes (CF) et envoyé par la poste à l'été 2013 à toutes les femmes membres d'Action Autonomie, soit environ 125 femmes. Il leur était demandé de remplir le questionnaire et de le renvoyer par la poste. Les femmes qui le désiraient pouvaient également répondre au questionnaire lors d'un café-rencontre (3-4 personnes) ou par téléphone (3-4 personnes). Au total, 43 questionnaires furent remplis et compilés, incluant ceux remplis lors des cafés-rencontres et des entrevues téléphoniques. Les résultats ont été compilés dans un document à l'automne 2013 et l'hiver 2014 par la secrétaire-agente d'information d'Action Autonomie.

Le questionnaire couvrait un ensemble de thèmes divisé en quatre parties :

1. Une première section visant à mieux connaître la répondante.
2. Une deuxième section sur les expériences d'hospitalisation en psychiatrie.
3. Une troisième section portant sur la dernière hospitalisation en psychiatrie.
4. Une quatrième section où les femmes étaient invitées à ajouter leurs suggestions et recommandations.

Les réponses aux questions demandées pouvaient être cochées selon une ou plusieurs réponses selon la situation et parfois des questions ouvertes exigeaient une brève explication où elles pouvaient illustrer leurs propos par des exemples.

2.2. Focus groupes avec les femmes d'Action Autonomie

Le deuxième volet de la recherche fut la réalisation de deux "focus groupes" (groupes de discussions) avec des femmes membres d'Action Autonomie, car nous le rappelons, le projet de recherche a pour objectif général de documenter et de comprendre l'expérience des femmes en psychiatrie. De fait, en complément des informations recueillies dans le premier volet de la recherche (le questionnaire), nous avons rencontré des femmes du CF à l'hiver 2015. Ces rencontres étaient sous la forme de "focus groupes" qui donnèrent lieu à des échanges, à un partage d'expériences et à la mise en commun des perceptions des femmes quant à leurs expériences en psychiatrie. Au total, nous avons mené 2 "focus groupes" avec celles-ci de deux heures chacun (à l'hiver et au printemps 2015).

Les femmes furent recrutées par Autonomie qui a publicisé les deux rencontres. Pour le premier "focus groupe", 10 femmes étaient présentes. Tandis qu'au deuxième "focus groupe", de nouvelles membres avec différentes expériences se sont ajoutées aussi : 15 femmes furent présentes.

Parce que les séances étaient enregistrées et que des récits des femmes sont repris dans la présente enquête, un formulaire de consentement à la recherche fut remis et signé par les participantes.

2.3 Focus groupes avec la Table des groupes de femmes de Montréal (TGFM) – Volet santé

Le troisième volet de la recherche visait à documenter l'expérience des travailleuses œuvrant dans des groupes communautaires dont la mission vise les femmes. Nous avons ainsi profité de l'invitation de la TGFM - Volet santé à ses membres afin de réaliser un "focus groupe" de trois heures qui s'est déroulé au printemps 2015.

Le recrutement s'est fait par la TGFM - Volet santé. Une annonce fut également placée sur différents sites internet pour parvenir à joindre des intervenantes de différents horizons désirant participer aux groupes de discussions. Au moment de la rencontre, 11 femmes travaillant dans divers organismes communautaires furent présentes.

Tout comme ce fut le cas pour le Comité femmes d'Action Autonomie, un formulaire de consentement à la recherche fut signé par chacune des participantes.

Le choix de ces sources diversifiées visait à obtenir un portrait d'ensemble de l'expérience des femmes en psychiatrie dans la mesure du possible et compte tenu des ressources financières et temporelles disponibles. Les données présentées dans les pages suivantes proviennent des trois volets. Des indications spécifiques concernant la provenance du récit liée au focus groupe sont indiquées suivant la citation.

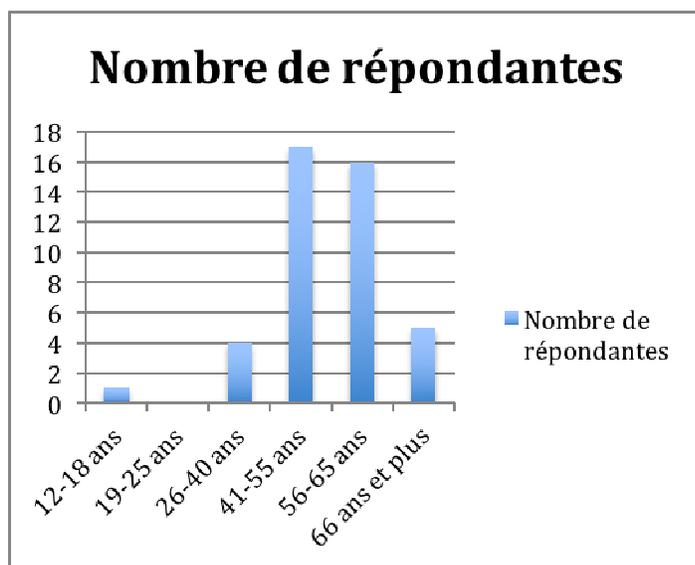
3. Les données socio-démographiques des répondantes

Qui sont les femmes ayant répondu aux questionnaires ? Dans ce chapitre, nous désirons illustrer un profil général des femmes ayant répondu au questionnaire. En ce sens, nous illustrerons des données se rapportant au sexe, à l'âge, au revenu, à la parentalité, à la source de revenus, etc.

3.1 L'âge des répondantes

Les résultats concernant l'âge des répondantes illustrent une grande variété. En effet, autant nous avons des répondantes de 18 ans que de 65 ans et plus. Cet écart permet d'obtenir une grande diversité de personnes et par conséquent différentes problématiques se côtoient, créant alors des dynamiques particulières. L'âge moyen des répondantes se situe dans le groupe de 41-65 ans.

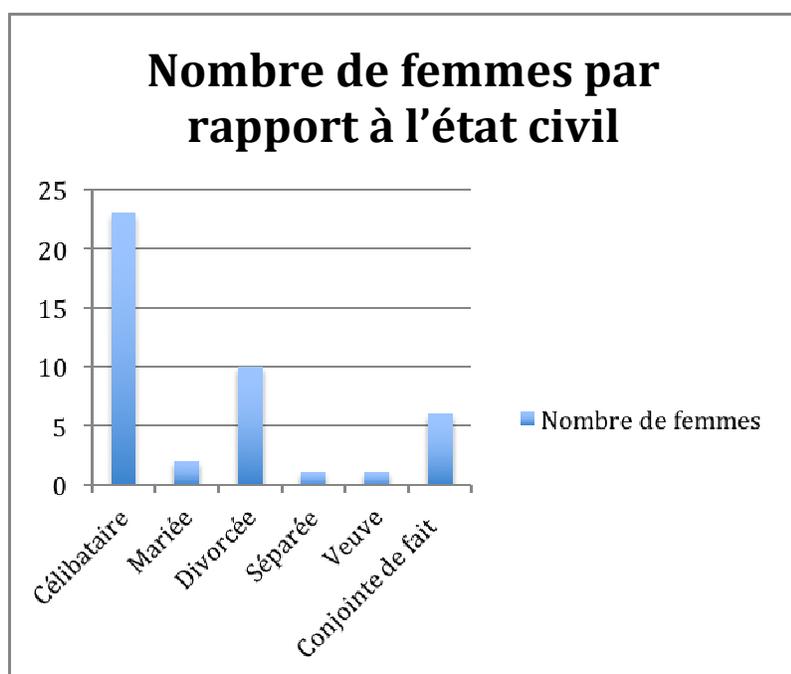
Figure 1
Distribution du nombre de répondantes selon le groupe d'âge.



3.2 L'état civil des femmes

La figure 2 illustre l'état civil des femmes ayant répondu aux questionnaires. Plus spécifiquement, elles sont majoritairement célibataires et 10 ont indiqué être divorcées. La figure ci-dessus permet d'illustrer les données.

Figure 2
Distribution de l'état civil chez les femmes ayant répondu au questionnaire.



3.3 Milieu de vie et groupe d'appartenance

Des 43 répondantes, 31 ont mentionné qu'elles étaient en appartement et 22 y habitaient seules tandis que 8 femmes habitaient avec un ou une conjointe. Nous avons compilé que seulement une minorité se trouvait en hébergement. Par ailleurs, 13 répondantes n'ont pas répondu à la question.

Quant au groupe d'appartenance, la grande majorité des femmes est née au Canada, 1 seule répondante s'identifie comme autochtone et 3 comme étant immigrantes. Quatre personnes nous ont également spécifié qu'elles vivaient avec un handicap sans toutefois préciser lequel.

3.4 Parentalité

Du côté de la parentalité, 32 répondantes ont indiqué qu'elles n'avaient pas d'enfant, 9 ont mentionné avoir entre un et deux enfants et 2 femmes avaient entre trois et cinq enfants. Au moment de répondre au questionnaire, seulement 1 femme se disait famille monoparentale sur les 11 qui ont indiqué avoir des enfants.

3.5 Activités principales

Le tableau 1 offre un aperçu des activités quotidiennes principales que font les femmes. Selon la lecture du tableau, les femmes ne sont pas dans une seule catégorie, mais s'engagent dans différentes activités. Par exemple, certaines travaillent, d'autres font du bénévolat ou encore se définissent comme artiste.

Tableau 1
Distribution des activités principales des femmes ayant répondu au questionnaire.

Activités principales	Nombre de femmes
Étudiante	3
Travailleuse	8
Bénévole	11
Retraitée	9
Artiste	1
Maladie	2
Être sur l'aide sociale	2
Ménagère	2
Aucune réponse	5
Total	43

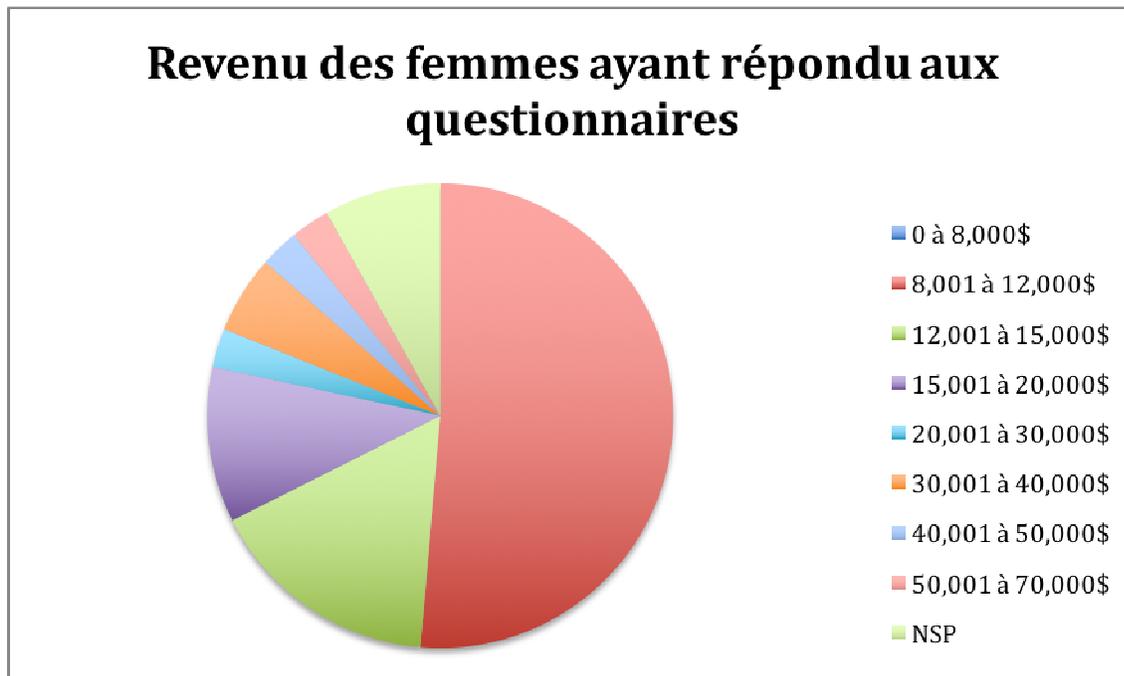
3.6 La source du revenu

Concernant la source principale du revenu, pour 20 femmes, il s'agit de l'aide sociale et 15 nous ont indiqué que la source provenait de la Régie des rentes. De plus, en étudiant la figure 3, nous comprenons que pour 7 femmes, la source monétaire provenait de revenu d'un emploi tandis qu'une femme a mentionné que ses revenus provenaient des prêts et bourses pour les études.

Pour 8 femmes, elles reçoivent des fonds de la Sécurité de la vieillesse et 5 du Supplément de revenu garanti. Une seule femme nous a indiqué que ses revenus provenaient de la rente de son employeur. Pour quatre questionnaires, il ne fut pas possible de savoir la source.

Sous un autre angle, la figure 3 illustre la distribution du revenu total des femmes ayant répondu au questionnaire. Nous observons que pour la majorité des femmes, le revenu se situe entre 8 000 \$ et 12 000 \$. Seulement une minorité de femmes ont un revenu supérieur à 40 000 \$.

Figure 3
Distribution du revenu des femmes ayant répondu au questionnaire.



3.7 La scolarité

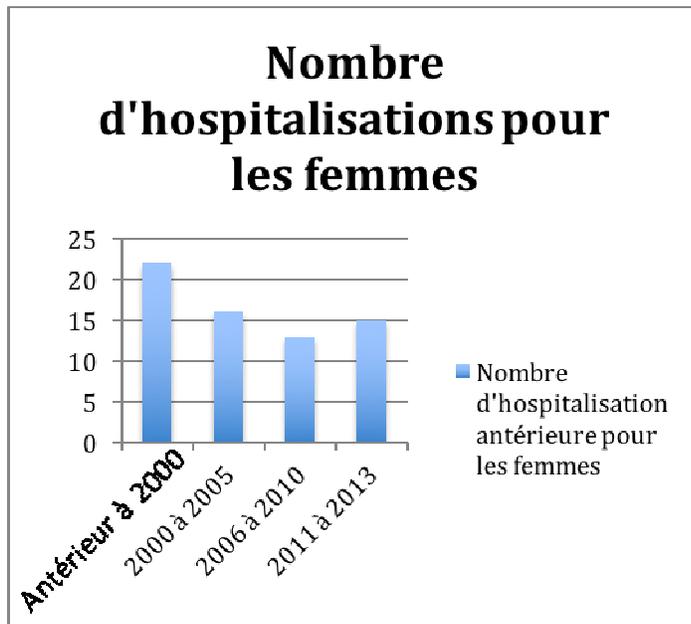
Les femmes furent également invitées à indiquer leur niveau de scolarité. Les réponses à cette question illustrent que 24 femmes ont mentionné détenir un diplôme universitaire, 7 un diplôme collégial, 10 un diplôme secondaire et 2 femmes n'ont rien indiqué sur cette question.

3.8 Le nombre d'hospitalisations des répondantes

Tournons maintenant notre regard sur la figure ci-dessous qui tend à illustrer le nombre d'hospitalisations pour l'ensemble des femmes ayant répondu au questionnaire. Parce que ce ne sont pas toutes les femmes qui ont déjà été hospitalisées, des 43 répondantes, 37 ont déjà eu des expériences d'hospitalisations en psychiatrie. Également, la figure 4 nous informe sur les années d'hospitalisation. Il était donc possible qu'une femme réponde plusieurs fois, et ce, si elle a vécu des hospitalisations dans les différentes catégories d'années proposées. En somme, ce tableau permet de contextualiser les données des répondantes sur une période de temps. En effet, la grande majorité des répondantes ont vécu des hospitalisations suivant l'an 2000, 15 femmes ont vécu une

ou des hospitalisations dans les deux dernières années. En outre, cela nous dit que les propos des femmes sont contemporains étant donné qu'ils reflètent une expérience récente.

Figure 4
Distribution du nombre d'hospitalisations pour les femmes ayant répondu au questionnaire par tranche d'années.

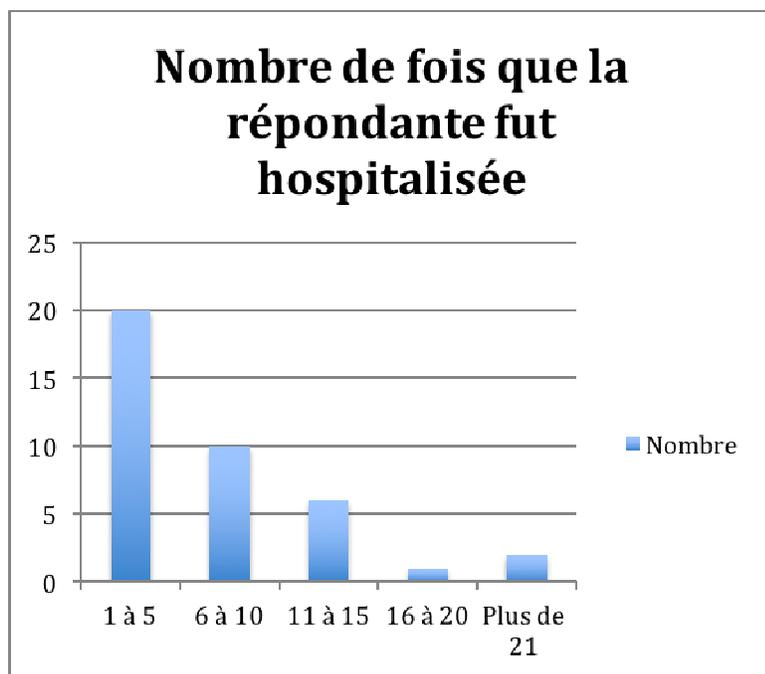


3.9 Le nombre d'hospitalisations pour chacune des femmes

La figure 5 nous permet de quantifier le nombre d'hospitalisations que l'ensemble des femmes a vécu. La majorité des femmes ont connu en moyenne cinq hospitalisations et deux femmes ont vécu plus de 21 hospitalisations.

La figure 5

Illustration du nombre d'hospitalisations pour chacune des répondantes.



Synthèse

De manière générale, les répondantes aux questionnaires se situaient dans la catégorie des 40 à 65 ans. Généralement, elles habitent seules, dans un appartement et n'occupent pas d'emploi. Nous rappelons également que parce que la majorité des femmes possède un revenu inférieur à 20 000 \$, cela semble nous dire qu'elles sont susceptibles de vivre dans une certaine vulnérabilité économique. Il est intéressant d'illustrer cet indicateur financier afin de démontrer les différentes difficultés auxquelles les femmes sont confrontées, et ce, au-delà de l'expérience psychiatrique.

En somme, bien que quelques femmes partagent certains indicateurs communs (statut civil, revenu, etc.), le portrait des répondantes reste diversifié.

4. Les expériences d'hospitalisations en psychiatrie

C'est à partir des échanges et des informations recueillies que nous proposons un portrait sur l'expérience des femmes en psychiatrie. Que peut-on dire de l'expérience des femmes en psychiatrie ? Les points de vue des femmes rendent compte de leurs expériences, de leurs préoccupations et des enjeux auxquels elles sont confrontées.

4.1 L'expérience de la psychiatrie : être femme en psychiatrie

À l'instar de la littérature, nous savons qu'une hospitalisation en psychiatrie se traduit par une expérience désagréable, voire traumatisante (Rodriguez del Barrio, 1998). En effet, suivant les analyses du questionnaire, il émerge que les femmes semblent avoir un vécu difficile en psychiatrie : 12 d'entre elles mentionnent avoir été placées en isolement, 10 avoir reçu des injections, 14 expriment un sentiment d'avoir été surmédicamentées et enfin 5 expliquent qu'elles ont reçu des électrochocs. Ces expériences ont d'ailleurs un caractère plus traumatisant puisqu'elles se sont déroulées sans le consentement de la femme ou sinon le consentement ne fut pas comme il se doit, c'est-à-dire, libre et éclairé. En effet, les femmes ont rapporté que lorsque ces événements se produisaient, leurs idées étaient brouillées par l'effet des médicaments et qu'elles étaient incapables de prendre des décisions éclairées. D'ailleurs, chacune à leur manière, elles ont illustré et partagé des expériences similaires lors de leur passage en psychiatrie et ont également souligné le manque de contrôle sur les décisions qui les affectaient.

Les femmes furent ainsi invitées à réfléchir et à discuter au sujet de leurs expériences en psychiatrie et plus spécifiquement sur leur condition de femme lors des traitements et des interventions du personnel soignant. Les avis semblent plutôt partagés. En effet, deux femmes ont répondu ne pas être du tout en accord sur le fait que leur condition de femme fut respectée, 9 se disant être un peu accord. Tandis que de l'autre côté, 6 d'entre elles se sont dites tout à fait d'accord avec le fait qu'elles furent respectées et 5 furent assez d'accord en lien avec cette

affirmation. Or, toutes ont tout de même soulevé des expériences négatives lors de leur dernière hospitalisation, et ce, même si certaines trouvaient que dans l'ensemble les pratiques étaient convenables.

À cet effet, une des participantes au focus groupe du Comité femmes d'Action Autonomie a livré une réflexion particulièrement intéressante sur sa condition de femme dans le système psychiatrique.

« Il y a contradiction inhérente à la psychiatrie : comme femme, nous sommes étiquetées très facilement, mais une fois que nous sommes dans le système psychiatrique, notre vécu de femme n'est pas pris en considération du tout. »
FMAA

D'autres membres ont également bonifié les propos de cette femme en expliquant que la colère n'est pas acceptée de la part d'une femme ou encore que certains droits sont brimés.

« La colère n'est pas acceptée de la part d'une femme. » FMAA

Pour d'autres femmes cette problématique fait écho au non-respect de leurs droits lors de la dernière hospitalisation.

« Mes droits en totalité en tant que personne humaine et surtout en que femme ont été scandaleusement brimés par le personnel soignant. » FMAA

« Malgré le fait que j'ai consenti à être hospitalisée, le psychiatre a fait une requête pour garde en établissement dans laquelle il était stipulé que je refusais d'être hospitalisée. » FMAA

« Les professionnels sont pressés, ils passent leur temps à écrire le rapport. On change de psychiatre tous les jours. J'ai l'impression qu'ils perdent le fil de ce que l'on leur confie. » FMAA

4.2 L'expérience de la psychiatrie : une perspective de femmes

Parce que nous voulions mettre en lumière les expériences singulières des femmes en psychiatrie, tout au long des rencontres nous avons laissé un espace pour que les femmes puissent discuter de ce qu'elles voulaient dire par une « non reconnaissance de leur vécu ». Autrement dit, comment étaient vécues les pratiques en psychiatrie pour elles ? Qu'est-ce qui ne fonctionnait pas ? Pourquoi tant d'expériences négatives, voire même traumatisantes rapportées par les femmes ? De manière générale, les récits des femmes soulevaient souvent cette même idée : elles n'étaient pas prises en considération.

« On nous considère pas comme une personne, on va donc encore moins considérer les spécificités en tant que femme. » FMAA

« Je ne me suis pas sentie considérée [...] j'étais laissée à moi-même. » FMAA

« Tu n'es pas considérée, tu n'as rien à faire, tu n'as pas d'aide pour être mieux. C'est la télévision. Je faisais des mots-cachés, il n'y avait rien à faire. » FMAA

« J'ai été hospitalisée dernièrement, et tu n'es pas considérée. J'étais consciente de qui se passait, on me répondait où on ignorait la question que j'ai posée, ou on me répondait des niaiseries. » FMAA

Le manque de considération semble être en effet un des dénominateurs communs au récit des femmes du CF d'Action Autonomie. Et cela pouvait s'exprimer, se traduire de différentes manières.

« Lorsque j'étais en contention, ils ont accepté que mon fils vienne me voir à la visite. Je me suis sentie rabaissée, moi je n'aurais pas voulu qu'il me voit ainsi. » FMAA

Dans le même sens, pour certaines femmes, le manque de compréhension de l'équipe traitante de leurs souffrances et de leurs maux semble être également un élément contributif.

« La façon de concevoir la dépression surtout chez les femmes serait aussi à revoir. On nous comprend pas. » FMAA

« Je voulais à tout prix rentrer chez nous. Je me suis sentie séquestrée injustement par le fait que j'étais incapable de bien me faire comprendre. » FMAA

4.2.1 Un mode de vie pathologique

Sous un autre angle, il émergea aussi que leur mode de vie, était souvent perçu comme symptomatique.

« Souvent j'ai entendu, trouve-toi un chum ça va régler tes problèmes. » FMAA

« On a assimilé mes préoccupations au sujet de l'allaitement à des symptômes de ma maladie. » FMAA

Certaines femmes ont d'ailleurs rapporté à ce sujet que le seul fait d'être femme était à lui seul une condition pathologique.

« Oui le fait que nous soyons femmes on part perdante en partant. Mais toute notre réalité est considérée comme des symptômes de notre maladie. » FMAA

« Tout ce qui se rapportait à ma condition de femme a été abordée comme s'il s'agissait de symptômes de ma maladie que la médication allait aider à éradiquer ». FMAA

Cette analyse était partagée par la grande majorité des femmes. Le fait qu'elles fassent certains choix (par exemple de ne pas avoir de partenaire) semble être perçu par l'équipe médicale comme étant symptomatique et non comme étant une manière de s'adapter, voire comme un choix personnel.

4.2.2 Un traitement différentiel

Pour la grande majorité des femmes présentes aux "focus groupes" du CF d'Action Autonomie, il semble qu'elles perçoivent un traitement différentiel entre les femmes et les hommes lors des hospitalisations psychiatriques. Pour les femmes, ce traitement différentiel se traduisait dans la manière de communiquer et d'interagir avec elles.

« L'unité mixte n'est donc pas du tout adapté aux besoins spécifiques des femmes. » FMMA

« Le personnel soignant s'adresse aux hommes en tant que monsieur et aux femmes en tant que eh ! toi. » FMAA

Également, les femmes ont mentionné sentir qu'elles devaient justifier plus leurs déplacements que par rapport aux hommes. D'ailleurs, une femme du Comité femmes d'Action Autonomie perçoit que « le milieu psychiatrique n'est pas adapté aux besoins des femmes ». D'autres femmes furent en accord avec elle et rapportèrent que par exemple, il est acceptable d'aller fumer, mais que la pratique du yoga ou autre exercice de relaxation n'était pas permise.

« On a refusé que je fasse du yoga pour me détendre, mais les hommes avaient le droit d'aller fumer des cigarettes pour se détendre. » FMAA

De manière générale, les récits de femmes tendent à illustrer que certaines pratiques, qui semblent favoriser plus les hommes, soient plus acceptées que d'autres. Il serait intéressant d'étudier plus en

détail cette donnée. Or, les résultats de l'enquête ne peuvent pas déterminer si les pratiques sont différentes pour les hommes et les femmes, puisque nous n'avons pas interrogé les hommes.

4.2.3 La maternité

Spécifiquement à la condition de femme, les femmes ont rapporté des expériences liées à la maternité. Le constat semble être évident pour elles : l'expérience de la maternité semble être totalement évacuée au moment de l'hospitalisation.

« J'étais une mère qui allaitait encore mon enfant de 6 mois. Outre le fait qu'on ne s'est pas soucié de qui allait s'occuper d'elle ni de mon fils de 3 ans, on m'a privé de tout contact avec elle et il n'y avait aucune considération pour mes montées de lait. On a refusé que je porte un soutien-gorge. » FMAA

« Et qu'il n'y a rien qui est prévu, est-ce que la médication qu'on te donne rend le lait impropre à la consommation ou pas. » FMAA

« J'ai dit que je voulais une grossesse, et qu'avec mon ancien médicament c'était correct, je ne sais pas si ce que je te donne ça va être correct si tu as une grossesse. Penses-y avec ta bipolarité avec ta grossesse. Ils ont décidé de ma destinée. Ils m'ont imposé cette idée » FMAA

Pour les femmes touchées par cette question, la maternité fut un sujet extrêmement sensible tout au long des rencontres. Bien que ce ne soit pas toutes les femmes qui se sont exprimées sur cette question, il semble que la maternité touche de près ou de loin plusieurs femmes. En effet, tantôt elle venait d'accoucher, tantôt elle exprimait un désir d'avoir des enfants, tantôt elle était mère d'enfants qui sont maintenant adultes. Dans les différentes situations vécues les réponses des équipes soignantes furent catégoriques : la maternité n'est pas pour toi.

4.2.4 Violence psychologique, sexuelle et le rapport à l'équipe traitante

Concernant la violence, certaines femmes ont rapporté que parfois certains membres de l'équipe traitante avaient des comportements inappropriés envers elles. En outre, certaines d'entre elles ont perçu des regards sexistes ou encore elles ont été victimes de propos misogynes.

« Un préposé sifflait après moi. » Femme MFAA

« Un infirmier m'a pogné par le cul et m'a dit vas dans ta chambre ! » FMAA

« Un jour, un préposé m'a annoncé que j'avais le droit de sortir dehors pour une promenade en autant que j'étais accompagnée. Une fois dehors, il s'est mis à me parler de mes seins et d'opération pour se faire augmenter la taille du pénis. J'ai voulu rentrer à l'intérieur et je n'ai pas osé porter plainte de peur qu'on associe à un autre symptôme de ma maladie. » FMAA

« (...) les préposés regardent tes seins. Tu te fais dire as-tu mal encore à tes seins, si tu dis quelque chose, c'est parce que tu te trouves séduisante, donc d'où les symptômes de la maladie. » FMAA

En outre, une minorité de femmes ont rapporté avoir vécu une expérience traumatisante liée au fait de se faire déshabiller devant d'autres personnes. En effet, quatre femmes nous ont rapporté avoir vécu ce genre d'expérience qui se produisait tant devant les femmes que les hommes. Si 33 femmes n'ont rien rapporté à cet égard dans le questionnaire, cinq femmes ont décidé de ne pas y répondre.

« Moi j'entends beaucoup des expériences de femmes qui doivent se déshabiller devant du personnel masculin. C'est rapporté comme une expérience traumatisante. » Femme TGFM

« J'ai déjà été déshabillée devant des hommes. J'avais honte d'être nue devant des hommes avec lesquels je n'avais aucun lien affectif. » FMAA

À cet effet, les femmes qui ont rapporté ces situations ont expliqué que plus souvent qu'autrement, ces situations pouvaient se dérouler en présence du personnel masculin, ce qui entraînait un plus grand sentiment de honte et d'insécurité pour elles.

Plus spécifiquement, la violence semble être aussi une expérience vécue par certaines femmes au moment de leurs hospitalisations. Selon ce qui fut rapporté dans les questionnaires, la violence psychologique semble celle qui soit vécue le plus souvent. Par exemple, cette violence pouvait se traduire par du chantage de la part de l'équipe soignante.

« L'infirmier en chef me menaçait constamment, si tu fais pas ça ou si tu ne fais pas ça tu vas aller réfléchir dans ta chambre ou tu ne pourras pas sortir prendre ta marche. » FMAA

Nous l'avons vue, certains propos inappropriés du personnel soignant envers les femmes au sujet de leur corps tendent à exprimer cette idée. Si les préposés aux bénéficiaires furent souvent la personne qui disait ces propos, le psychiatre semble être aussi l'auteur d'une violence psychologique. En effet, nous le verrons plus loin, la manière de traiter la femme telle une enfant ou le fait de ne pas lui donner de crédibilité fait violence à la femme. Quant à la violence physique, peu de femmes ont rapporté des situations à cet égard. Pour celles ayant vécu ce type de violence, elles rapportent que ce sont les autres patients qui sont responsables de ces gestes.

4.2.5 Respect de la vie privée

La question du respect de la vie privée fut également interrogée. Les réponses des femmes illustrent une certaine ambivalence : d'un côté certaines femmes y perçoivent un respect tandis que de l'autre, certaines ont indiqué qu'elles n'étaient pas du tout en accord avec cette affirmation.

« Lorsqu'on parle au téléphone, ils [l'équipe traitante] écoutent notre conversation. » FMAA

« J'avais l'impression que tout l'hôpital connaissait tout de ma vie privée ».

FMAA

Ce problème lié au non-respect de la vie privée semble avoir eu des conséquences négatives pour certaines femmes au moment de l'hospitalisation.

« J'ai développé aussi un manque de confiance envers les professionnels hospitaliers. » FMAA

« Je me suis sentie en otage. » FMAA

4.2.6 Problèmes physiques

En dernier lieu, il semble que pour les femmes ayant des problèmes physiques au moment de l'hospitalisation, seulement la moitié a pu recevoir des traitements appropriés. De nouveau, les douleurs liées aux problèmes physiques semblent fortement être comprises comme symptômes somatiques et liés à la symptomatologie de la femme.

« Ils ne tenaient pas compte que je devais prendre mes médicaments à des heures fixes pour mon épilepsie. Lorsqu'ils [équipe traitante] savaient le nom de mes médicaments, ils associaient ça à une dépression et non pour mon épilepsie. » FMAA

« Une demande d'examen pour mes maux de tête a été demandée par mon médecin de famille, mais le psychiatre n'a pas voulu me faire passer le test. »
FMAA

4.5 *Ce que je peux dire à mon équipe traitante*

Quoi dire et quoi ne pas dire à son équipe traitante fut également discuté longuement tant dans les "focus groupes" des femmes membres d'Action Autonomie que dans celui des intervenantes. De manière concrète, elles en viennent à la conclusion de ne plus savoir quoi dire à l'équipe traitante et plus spécifiquement au psychiatre lors des entrevues, parce qu'elles ressentent qu'elles non plus de crédibilité et que leurs propos ne sont pas pris au sérieux.

« La première chose que le psychiatre nous demande, c'est comment ça va ? Juste cette question-là, elle est vraiment, c'est une question piège. Parce que si ça va trop bien, c'est parce que... et si ça va trop mal, c'est parce que... Il n'y a pas de bonne réponse. Ils ne veulent pas que tu te confies, mais avec cette question-là, ça ouvre. Donc moi je me dis que tout ce que tu pourrais dire va être retenu contre toi. C'est vraiment le feeling que ça donne. Si tu ne parles pas, on va dire que tu es apathique. » FMAA

« Si on veut s'en sortir le plus rapidement possible, on doit dire ce qu'ils veulent entendre » FMAA

Le prochain extrait du récit d'une intervenante du "focus groupe" de la TGFM illustre bien l'ambivalence dans lequel les femmes sont placées quant au choix de révéler certaines informations ou pas à leur équipe traitante de peur d'avoir des conséquences négatives par la suite.

« Si je dis ça à mon psy, il va augmenter ma médication, j'ai déjà de la difficulté à être fonctionnel, si j'augmente le médicament je ne pourrai plus aller travailler, c'est pas sûr que je vais pouvoir être fonctionnelle dans mon appartement, je pense, mes résidentes à moi, choisissent ce qu'elles disent tout dépend si cela va me nuire ou pas. Ça serait le fun si elle se sentait d'emblée à l'aise pour pouvoir dire des choses sans avoir peur que ça se retourne contre elles et la majorité du temps ça se retourne contre elles. Donc elles vont faire le choix de taire certaines informations qui pourraient être aidantes, mais que

finalement elles vont pas le dire, mais le dire à d'autres (...), mais le principal intéressé qui pourrait peut-être les aider » Femme TGFM

Conformément à cet extrait, nous illustrons que tout ce que la femme dira pourrait être repris ultimement contre elle. À la seule réponse à la question « comment ça va ? », elle est prise au piège : si elle va trop bien ou pas assez bien ou juste correct sera interprété d'une certaine manière. Si elle prend ainsi la décision de ne dire que le minimum, de se censurer, c'est que dans ce type de situation, tout est matière à interprétation, même le silence. Et de là, toutes sortes de conséquences pourront s'enclencher (médication, voire la contention et l'internement).

« Tout est tellement interprété et qu'en plus on se censure nous-mêmes parce qu'on apprend rapidement ce qu'on dit pourrait être repris donc on devient hésitante. » FMAA

De fait, les femmes se sentent prises dans ce qu'elles peuvent dire ou ne pas dire. D'ailleurs, il faut le rappeler, le psychiatre a l'autorité de signer les autorisations, de faire une demande pour une garde en établissement, privant ainsi la personne de liberté, un droit fondamental, de faire ordonner des soins (électrochocs, etc.) ou un hébergement dans un ressource, déterminer la médication, etc., ce qui peut venir ultimement influencer le contenu de l'entrevue. Par conséquent, certaines informations qui pourraient être bénéfiques au processus thérapeutique ne seront peut-être pas exprimées par la femme.

Synthèse

En définitive, les femmes ont exprimé des situations reflétant tantôt un manque de considération, tantôt des propos et des comportements inappropriés, tantôt un non-respect de leur vie privée de la part de l'équipe médicale. Spécifiquement à leur condition de femme, certaines femmes nous ont rapporté avoir vécu des expériences particulières en lien avec la maternité : soit le fait d'être hospitalisée et d'être mère de jeunes enfants ou encore de partager son désir d'avoir des enfants avec son équipe traitante.

À travers les extraits de récits des femmes, nous avons également fait émergé des situations relatant des expériences traumatisantes liées au fait de se dévêtir devant des hommes, les humiliations subites et les expériences d'isolements vécues. Chacune à leur manière nous ont raconté tantôt leurs souvenirs, tantôt leur désarroi et tantôt leurs souffrances sur ce qu'elles ont vécu en psychiatrie.

En somme, certains récits de femmes questionnaient la femme de manière générale dans notre société et arrivaient à la conclusion, que par leur seule condition de femme, elles étaient déjà étiquetées comme ayant une problématique.

5. Impacts sur la vie quotidienne

Au sein de cette section, notre démarche vise à mettre en lumière les impacts indissociables de la psychiatrie sur la vie quotidienne des femmes. Nous le verrons, les conséquences de la psychiatrie dans son ensemble sont majeures et parfois permanentes dans la vie des femmes rencontrées.

5.1 La peur

D'entrée de jeu, le sentiment de peur ou la perte de confiance en soi semble être l'une des conséquences majeures suivant les hospitalisations. À cet effet, les femmes nous ont mentionné à plusieurs reprises l'idée qu'elles devaient se reconstruire, réapprendre à vivre le quotidien hors les murs et rebâtir une confiance en elle.

« J'ai souvent été forcée et je me suis sentie très impuissante. » Femme »
FMAA

« J'ai perdu confiance en moi ». FMAA

« J'avais l'impression que ma vie était terminée que j'allais mourir à l'hôpital et que je ne valais pas grand-chose. » FMAA

« Depuis ce temps-là, j'ai la phobie des hôpitaux. » FMAA

D'ailleurs cette figure de peur rapportée par les femmes, fut aussi mentionnée lors du "focus groupe" avec les intervenantes de la Table des groupes de femmes de Montréal. En effet, elles ont rappelé que les femmes sortent souvent « démolies » suivant leurs hospitalisations en psychiatrie et qu'elles vivent, à différents niveaux, des expériences traumatisantes.

« Les femmes ont peur d'aller à l'hôpital » Femme TGFM

Conscientes du chemin par lequel les femmes sont passées, les femmes de la TGF (volet santé) préconisaient une approche alternative à l'institution et à l'hospitalisation lorsque cela était possible.

5.2 L'étiquetage lié à la psychiatrie

Les femmes ont aussi mentionné dans le questionnaire ou lors des focus groupes qu'une des conséquences de la psychiatrie était l'atteinte à la réputation. En effet, les femmes ont mentionné que suivant une hospitalisation en psychiatrie, l'entourage pouvait y voir un risque constant de rechute, une personne de laquelle il faut se méfier, voire une personne « folle ».

« Ça fait peur aux autres personnes qui ne sont pas hospitalisées, c'est comme une menace dans les airs, pour faire peur aux gens. » FMAA

« La folle de la famille, l'excessive, la contrôlante. » FMAA

« Vraiment c'est un sentiment de rejet inexplicable et inexplicable. Ça fait mal à l'estime de soi. » FMAA

« Tous se méfient en permanence que je fasse une rechute et c'est désagréable, mais ça fait partie de la *game*. » FMAA

5.3 Difficulté à trouver du travail

Les femmes ont également exprimé des difficultés à se trouver du travail suivant une période d'hospitalisation et avec les effets de la médication. Nous le verrons un peu plus loin, les effets secondaires de la médication se traduisent souvent par de l'apathie, un besoin de sommeil important et de la difficulté à avoir une attention soutenue. Par conséquent, il devient difficile de poursuivre un travail. Également, certaines femmes ont mentionné qu'outre les conséquences liées aux effets secondaires de la médication, la perte de crédibilité entraînée par la psychiatrie, ou la

perte de confiance qu'elles ont suivant un passage en psychiatrie rend également difficile la recherche d'emploi.

« Une difficulté à trouver du travail, due justement à notre perte de crédibilité, à la perte de confiance en soi. » FMAA

5.4 Se retrouver comme personne

Pour certaines femmes, elles ressentent un décalage entre ce qu'elles étaient avant et après le passage dans la psychiatrie. Dans les courts extraits présentés ci-dessous, les femmes mentionnent qu'elles se sentent éteintes, différentes et qu'elles doivent se reconstruire. Être identifiée ou s'identifier en tant que personne ayant des problèmes de santé mentale, recouvre des enjeux aussi bien en matière d'intervention et de services qu'en termes identitaires.

« Aujourd'hui je me sens différente avec ce problème de santé mentale. Je ne sais pas si je pourrais retrouver celle que j'ai été à un certain moment. Je me sens éteinte et je voudrais fuir ce sentiment. J'ai de la difficulté à le partager, cette souffrance qui me pèse. Autant la mienne que celle des autres. » FMAA

« Quand je sortais de l'hôpital je me sentais nulle, j'avais à me reconstruire. »
FMAA

À quelques reprises, certaines femmes des "focus groupes" des femmes membres d'Action Autonomie ont mentionné que le manque d'appartenance à un réseau social, la faiblesse des liens sociaux ou encore une rupture avec des proches, les renvoyait dans un espace où elles se sentaient extrêmement isolées du reste de la société.

5.5 Perte du logement

Bien que cette thématique soit peu développée dans les données que nous avons recueillies, la situation de la précarité du logement constitue une autre variable à prendre en compte. La perte du

logement pour certaines femmes ayant vécu une hospitalisation en psychiatrie semble être une expérience récurrente. En effet, les problèmes financiers occasionnés par l'hospitalisation rendent difficile le paiement de toutes les factures.

« Les conséquences quand tu perds ton logement, ça va rapidement. Les procédures, ça prend 10 jours ; tu te ramasses dans la rue, pis après essaies de te retrouver. » FMAA

« L'hospitalisation a été très longue ce qui m'a occasionné plusieurs problèmes financiers, car je devais payer des pénalités et de l'intérêt sur des emprunts. » FMAA

5.6 La surmédication

La surmédication semble être une problématique partagée par toutes les femmes. À plusieurs reprises, les femmes des différents focus groupes ont rapporté des exemples du quotidien où la prise de médicament rend difficile l'exécution de tâches.

« La surmédication je la vois tous les jours. Des médicaments pour contrer des effets secondaires en bout de ligne on ne sait plus trop quoi traite quoi »
Femme TGFM

« Prendre des médicaments sans savoir c'est quoi. » FMAA

« On m'a prescrit du Risperdal et ça déclenché ma ménopause et on ne m'a informé de ça qu'après ma visite chez mon gynécologue. » FMAA

« Les médicaments ont éteint ma libido, je suis une personne qui (ne) ressent plus d'émotion. » FMAA

« Une fois on n'a pas voulu changer ma médication qui m'empêchait d'avoir une sexualité satisfaisante. » FMAA

« J'ai l'impression d'avoir entré dans un labyrinthe dont je ne suis pas encore tout à fait sortie. » FMAA

En outre, certaines femmes avaient un discours très critique face à l'industrie pharmaceutique et son rapprochement avec la psychiatrie. Elles illustraient en outre que parfois elles devaient prendre une médication pour faire diminuer les effets secondaires du médicament principal, et qu'au final la femme ne savait plus quel médicament devait agir sur quoi et qu'elles étaient les raisons de la prescription.

Synthèse

Les conséquences liées à l'hospitalisation en psychiatrie apportent leur lot de difficultés. Cette section a présenté un ensemble de celles-ci se rapport à la stigmatisation et au fait de ne pas se faire prendre au sérieux. Quelles soient liées directement ou pas aux effets secondaires des médicaments, les femmes ont rapporté des difficultés liées à la réinsertion sociale, au fait de trouver un emploi et à un sentiment important d'épuisement personnel.

6. Une crédibilité évacuée ?

Les discours des femmes illustrent des situations et des expériences où la crédibilité de leurs histoires, de leur vécu, voire de ce qu'elles sont, semble niée et sans importance. Nous l'avons mentionné précédemment, cette idée de manque de crédibilité est également perçue comme une conséquence de la position d'être femme dans notre société contemporaine. Ainsi, nous illustrerons à travers leurs récits que du fait qu'elles sont perçues comme ayant des problèmes de santé mentale, cela couplé avec leur condition de femme, résulte un double assujettissement, voire un double stigmaté.

6.1 Un double assujettissement : être une femme ayant un problème de santé mentale

D'entrée de jeu, les répondantes ont exprimé qu'en raison de leur position de femmes, elles vivaient un sentiment où elles devaient faire « plus » pour avoir une certaine crédibilité.

« Pas besoin d'être malade, tu es une femme, rien. Tu es une femme, la crédibilité est de beaucoup beaucoup moins grande. Et une femme, tu vas devoir performer cinq fois plus pour arriver à te faire respecter dans un milieu où souvent il y a plus d'hommes, on dirait qu'il y a personne qui te croit. »
FMAA

« C'est difficile dénoncer pour une femme lorsqu'elle est victime d'agression sexuelle par le personnel, on dit qu'elle délire. » FMAA

« J'espère être prise plus au sérieux la prochaine que je suis hospitalisée »
FMAA

« J'étais ignorée et plus ou moins crue dans ce que je disais. » FMAA

« Je l'ai déjà dit [avoir un problème de santé mentale] autrefois à deux personnes de mon entourage et cela m'a fait un tort considérable. Juste le fait de leur dire a eu impact négatif et j'ai perdu leur amitié parce que le sujet est tabou et qu'il a trop de préjugés dans la société. » FMAA

« Elles ne sont pas crues, mais elles remettent en cause leur expérience, elles-mêmes ne croient pas donc ça l'a une dévalorisation super importante chez les femmes. » Femme TGFM

« Mais le psy veut qu'un homme soit là pour valider ton état. Si c'est ton fils, si c'est ton mari. » FMAA

De surcroît, les femmes ont mentionné à plusieurs occasions qu'elles ne se sentent pas crues par leurs équipes traitantes.

« J'ai été bien traitée et on m'a crue. Mais ailleurs [dans d'autres instituts psychiatriques], ils ne m'ont pas crue ils disaient que c'était dans ma tête. » Femme CF

« Je me sens beaucoup plus à l'aise dans ma vie sociale en gardant secret que je suis traitée en psychiatrie. À ce moment-là, je garde par rapport aux yeux des autres toute une crédibilité en santé mentale tout simplement parce que je n'ai pas écrit ça dans le front. » Femme CF

« Les femmes vont se dire qu'elles n'ont pas de crédibilités parce qu'elles ont eu parfois un passé de consommation. Elles ne veulent pas y aller, même s'il y a une équipe traitante. » Femme TGFM

« Même si tu leur dis que du monde voulait abuser de toi, il ne te croit pas, c'est toi qui a voulu faire en sorte que [ça l'arrive] » FMAA

« Je pense que c'est parce que je suis bipolaire qu'ils m'ont pas pris au sérieux. Pourtant je suis stable sur ma médication. Mais la P38 me fait des up et des down. » FMAA

6.1.1 Perception d'être comme une enfant dans le système

Cette idée de perte de crédibilité que les femmes ont exprimé au travers leurs récits fait également écho au sentiment d'être infantilisée par l'équipe traitante. En effet, à plusieurs reprises, les femmes ont témoigné des expériences où elles perçoivent qu'elles furent traitées pareil à une « enfant ».

« La manière d'être traité, n'est pas humain, c'est abaissant le malade qui parle, c'est comme s'il parlait à un enfant, infantilise beaucoup » FMAA

« J'ai tout le temps un compte-rendu à faire, c'est fatigant, je me sens comme une enfant. » FMAA

« J'ai eu l'impression d'être infantilisée d'après le ton que le personnel soignant utilisait à mon égard [...], je me suis sentie comme une citoyenne de seconde classe ». FMAA

« Il s'impose, par leur personne, c'est important, mais toi ce que tu dis il te rit en pleine face. Et même si j'aurais voulu rester plus longtemps dans ce bureau ; il me disait plus rien, il m'expliquait plus rien. » FMAA

Cette perception de se faire voir comme une enfant se traduisait aussi par les gestes que pouvait accomplir l'équipe médicale. Par exemple, ici la femme nous illustre une scène entre elle et son psychiatre qui tend à démontrer ce qu'elle entend par « se faire traiter comme une enfant ».

« J'ai des effets secondaires des médications, j'ai vu mon psychiatre et il m'a dit que c'est pas vrai qu'il y a des effets secondaires avec les médications. Il m'a ridiculisée. Il me donne mes médicaments en dosette comme si j'étais pas capable de contrôler mes médicaments. » FMAA

Synthèse

Les récits présentés dans ce chapitre tendent à illustrer ce que nous croyons être un double assujettissement des femmes dans le milieu psychiatrique. En fait, c'est bien de cela que les femmes nous ont parlé pendant les "focus groupes" : être une femme et avoir un problème de santé mentale travaille en sourdine leurs passages en psychiatrie perçu comme étant une expérience discriminatoire, traumatisante, voire opprimante. Ce double assujettissement semble se traduire aussi par un manque de crédibilité pour la femme tant aux yeux de leurs proches qu'à l'équipe soignante. D'ailleurs, parce qu'elles ressentent que leurs propos ne sont pas pris en compte, elles se sentent traitées pareil à une enfant. L'infantilisation dans les traitements en psychiatrie et dans la relation avec leurs proches fut en effet partagée par la majorité des femmes.

7. L'importance de reconnaître les expériences des femmes et de faire respecter leurs droits

Cette section expose les discours des femmes quant à l'importance de reconnaître leurs vécus et leurs droits. Précédemment, nous avons illustré des expériences négatives, voire traumatisantes en lien avec la psychiatrie, pour certaines femmes. Suivant ces récits, elles ont également réfléchi sur : en quoi cela était important de reconnaître ces expériences et de se faire respecter ?

7.1 La nécessité d'être entendue

Ce qui émergea de manière forte à travers les récits des femmes est l'importance de reconnaître que certaines femmes vivent, en lien avec leurs expériences en psychiatrie, des situations traumatisantes et parfois discriminatoires.

« Lorsqu'une femme parle d'abus, elle devrait toujours être écoutée, entendue et prise en considération plutôt que d'être dénigrée et jugée hystérique. »
TGFM

« Nous devons reconnaître qu'elles se sentent traitées différemment parce qu'elles sont des femmes, un sentiment de vulnérabilité plus important qu'un homme. » Femme TGFM

« J'aurais aimé ne pas avoir été contrainte de demander de l'aide à une infirmière pour être crue sur parole. » Femme CF

Pour certaines femmes de la TGFM, la prise en compte de l'histoire des femmes est nécessaire puisqu'elle peut être la cause ou le déclencheur des problèmes que vit la femme dans son quotidien (ex. abus, violence). Pour une intervenante en particulier, il est nécessaire de rendre

visible la violence dans les milieux de soins parce que cette violence peut être un élément qui contribue aux difficultés de la femme.

« Les femmes vivent différentes discriminations qui peuvent amener différents problèmes de santé mentale, mais aussi une fois que c'est là, elles vont continuer à vivre de la violence et de la discrimination. » Femme TGFM

De manière générale, pour les deux groupes, soit les femmes membres d'Action Autonomie et les femmes de la TGFM, il a été mentionné que dans la société en général, la femme est encore discriminée et que l'équité homme femme est loin d'être atteinte.

« Les femmes se sentent encore discriminées dans d'autres domaines que la psychiatrie, l'égalité n'est pas tout à fait là et réglée. Par exemple dans le système de justice, on ne parle pas assez de la violence (...) par exemple, on peut voir les femmes autochtones et tout ce que j'ai entendu à la radio, aux nouvelles » FMAA

« Les intervenants ne sont pas différents que la société. » Femme TGFM

« C'est ça le bout qui est difficile à admettre, on est dans une société de droits, qui nous protège, mais malgré cela il y a une iniquité, de la discrimination à l'égard de ton origine ethnoculturelle, ton sexe. Dans les services sociaux, c'est comme ça. Quand on le nomme, c'est non, ça ne se peut pas, mais c'est souvent comme ça. C'est ce que les femmes disent, c'est la preuve. Et on le voit partout, c'est une réalité, mais ce n'est pas tout le monde qui la voit. »
Femme TGFM

Or, dans ce travail visant la reconnaissance de leurs droits, quelques femmes ont aussi exprimé qu'elles se sentaient impuissantes face à la psychiatrie. Ce sentiment était partagé autant par certaines femmes du CF que par certaines intervenantes de la TGFM.

« La seule chose que tu peux faire comme femme, c'est te taire et attendre que ça passe. » FMAA

« Comme travailleuse, je me sens impuissante. » Femme TGFM

Synthèse

Cette section a illustré les récits des femmes des différents focus groupes afin d'explicitier sur l'importance de reconnaître leurs expériences. Pour elles, la nécessité d'être entendues permet de reconnaître leurs vécus comme étant vrais, singuliers et porteurs d'une histoire chargée. Si elles perçoivent toutes qu'elles ont vécu des expériences traumatisantes et que la manière de faire dans les modes d'intervention doit changer, elles sont aussi conscientes que cela prend du temps, de l'énergie et du courage.

8. L'apport de la reconnaissance pour comprendre les expériences des femmes en psychiatrie

La reconnaissance est trop souvent sous problématisée dans les relations et dans les contextes de soins. Qui plus est, cette notion est tout à fait pertinente pour comprendre les récits de vie des femmes qui sont au cœur même de cette recherche, car la reconnaissance est intimement liée au processus de socialisation. La théorie de la reconnaissance proposée par Honneth illustre qu'une réalisation de soi se construit à travers les rapports intersubjectifs de reconnaissance réciproque, c'est-à-dire que le rapport à soi se constitue dans le rapport à autrui (2000). D'ailleurs, la non-reconnaissance de qui « je suis » résulterait d'un sentiment de mépris, voire d'humiliation. Honneth (2000) mentionne également que le rapport positif à soi serait intersubjectivement constitué dans des rapports de reconnaissance dans notre rapport à l'autre.

Pour Honneth (2000), les rapports de reconnaissance se déclinent en trois modes différenciés. La première déclinaison fait référence à la reconnaissance affective, « le monde amoureux (au sens large) : à l'image du lien unissant la mère à son nourrisson, les relations amoureuses et amicales confirment l'individu dans ses besoins affectifs » (Carré, 2007 : 191). Ainsi, c'est à travers cette forme primaire de reconnaissance qu'une personne pourra développer sa confiance en soi et jauger entre la dépendance et l'autonomie. La deuxième déclinaison interpelle la reconnaissance juridique et repose sur des postulats du droit lié à l'égalité entre les personnes. Cette forme de reconnaissance traite surtout des notions de réciprocité entre les droits et les devoirs d'une part et d'autre part, de la dignité et du respect de soi. Par exemple, lorsqu'il y a une atteinte à l'intégrité personnelle ou une non-reconnaissance de droits, une lutte de revendication peut être enclenchée. Nous pouvons résumer la troisième déclinaison qui fait référence à la reconnaissance culturelle impliquant une solidarité sociale. En somme, la relation entre ces différents paliers de reconnaissance constitue une toile de fond par laquelle les personnes développent leur degré de reconnaissance.

Contrairement à cette visée d'inclusion et de reconnaissance, les récits des femmes témoignent d'un grand sentiment de manque de légitimité, de crédibilité, et de non-compréhension de leur réalité singulière, produisant ainsi une grande méfiance des pratiques en psychiatrie. En effet, le manque de reconnaissance à leur endroit, sur les trois plans : l'amour et l'intimité, les droits, et la solidarité sociale, tend à démontrer un manque profond de respect menant, à la honte, au mépris et à la méfiance chez les femmes.

Qui plus est, une double nuance doit être ajoutée : le fait d'être femme et d'être identifiée comme ayant un problème de santé mentale. Selon une étude portant sur les femmes et la santé mentale au Québec qui fut réalisée à la fin des années 1990, il semble que « les rapports de sexe sont construits socialement, qu'ils sont traversés par des relations de pouvoir et qu'ils sont ancrés dans une solide tradition culturelle » (Pharand, 1998 : 4). L'enquête que nous avons produite sur les expériences des femmes en santé mentale a tenté de mettre en lumière cette situation.

Les rôles sociaux attribués aux femmes sont souvent marqués par l'absence de pouvoir ou plutôt par un pouvoir extrêmement balisé, « au service de ». Ils ont pour effet de développer chez elles une faible estime de soi, une tendance à la dépendance, à la victimisation et à la culpabilisation. À travers le processus de socialisation, les filles apprennent beaucoup à attendre que toutes leurs responsabilités envers les autres soient acquittées avant de s'accorder du temps pour leur propre projet de vie. (Pharand, 1998 : 21)

Les différentes notions portant sur la santé mentale, la détresse et la vulnérabilité sociale sont aussi un reflet des normes et de valeurs d'une société donnée. Quels sont les contours et les frontières de ces termes ? Comment la vision biomédicale permet-elle de déterminer qui est malade ? Comment les équipes médicales réagissent-elles face à la souffrance vécue ? Au travers les récits des femmes, nous constatons que leurs droits ne sont pas respectés, incluant le droit à une vie privée (des appels téléphoniques, le fait de se faire enlever ses vêtements, l'internement), que leurs voix ne sont pas entendues et qu'elles subissent de la discrimination. Il s'en suit qu'elles apprennent rapidement comment s'autocensurer pour ne pas être prises en otage et subir des conséquences, et ce, même après avoir reçu des soins qui sont parfois réalisés dans des contextes où elles se sentent humiliées et où elles vivent un sentiment d'oppression.

Tel que souligne Blais et coll. (2004 : 18) : « De nos jours, trop de personnes utilisatrices expérimentent les services en santé mentale à travers la perte de leur statut de personne et la

négarion de leurs droits de citoyenne ou de citoyen. Ces personnes sont systématiquement dépossédées de tout pouvoir personnel. » Cela fait écho à ce que Rodriguez del Barrio (1998) a tenté d'illustrer, les femmes ayant vécu des hospitalisations psychiatriques expliquent une perte du sens de leur identité et de pouvoir sur leur vie. Ce manque de pouvoir et de crédibilité semble s'inscrire tel un déni de soi, non seulement un déni de soi vis-à-vis l'appareil psychiatrique, mais également dans le rapport à soi et la reconnaissance affective (envers soi-même et dans son entourage). Comme l'explique Honneth : « la disparition de ces relations de reconnaissance débouche sur des expériences de mépris et d'humiliation qui ne peuvent être sans conséquence pour la formation de l'identité de l'individu » (2004 : 133).

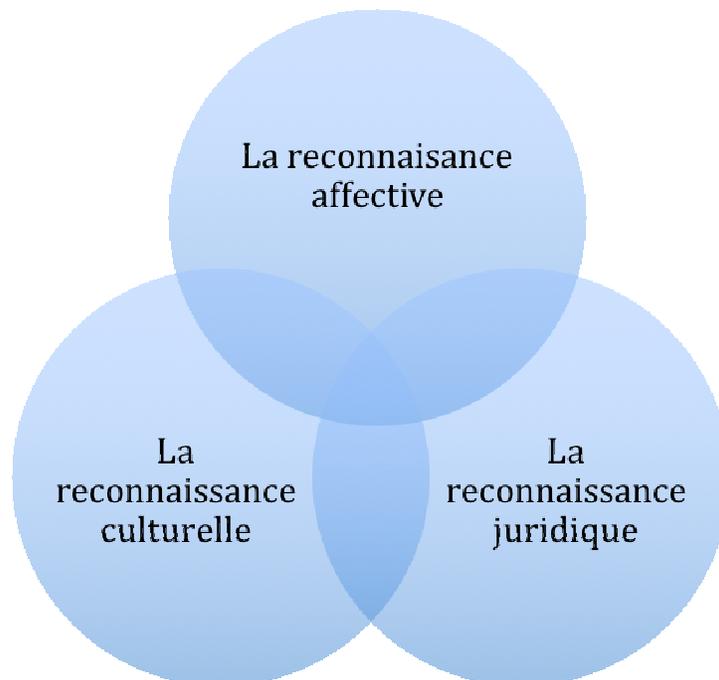
La figure suivante démontre cet arrimage entre les expériences des femmes et les apports théoriques de la reconnaissance.

Figure 6

Illustration de la théorie de la reconnaissance et de l'expérience des femmes en psychiatrie.

« On a assimilé mes préoccupations au sujet de l'allaitement à des symptômes de ma maladie. J'étais une mère qui allaitait encore mon enfant de 6 mois. Outre le fait qu'on ne s'est pas soucié de qui allait s'occuper d'elle ni de mon fils de 3 ans, on m'a privé de tout contact avec elle. »

« J'ai déjà été déshabillée devant des hommes. J'avais honte d'être nue devant des hommes avec lesquels je n'avais aucun lien affectif. »



« On nous considère pas comme une personne, on va donc encore moins considérer les spécificités en tant que femme. »

« Mes droits en totalité en tant que personne humaine et surtout en tant que femme ont été scandaleusement brimés par le personnel soignant. »

« Nous devons reconnaître qu'elles se sentent traitées différemment parce qu'elles sont des femmes, un sentiment de vulnérabilité plus important qu'un homme. »

« La manière d'être traité, n'est pas humain, c'est abaissant le malade qui parle, c'est comme s'il parlait à un enfant, infantilise beaucoup. »

En guise de conclusion, comme Pharand (1998) l'a bien souligné, le point de départ pour obtenir des changements est de bien reconnaître le caractère singulier lié à l'expérience des femmes en psychiatrie.

[...] c'est-à-dire qu'elle se manifeste différemment selon qu'on est femme ou homme. Il ne s'agit nullement d'hypothèses, mais de faits révélés par les nombreuses enquêtes et études menées depuis vingt ans au Québec, notamment les enquêtes Santé Canada et Santé Québec (p. 23).

Effectivement, les pratiques en psychiatrie devraient tenir compte de la singularité des femmes, telles que des questions de maternité, d'intimité, d'iniquité ainsi que des violences, qui affectent profondément l'identité, les défenses et les stratégies de survies. Ainsi, les approches, les réactions et les manières de faire devraient être sensibles aux vécus des femmes. Il faut (re) construire un espace de reconnaissance susceptible de faire entendre la voix et valoir les droits des femmes reconnues comme ayant des problèmes de santé mentale.

Surtout, il faut viser à transformer en profondeur les rapports sociaux producteurs d'injustices et de domination. Enfin, la théorie de la reconnaissance permet de mettre en lumière des sentiments d'injustice pour faire naître des revendications liées à des changements organisationnels, institutionnels, sociaux et politiques. Enfin, des approches d'intervention féministe en santé mentale pourraient nous offrir quelques pistes.

9. Suggestions et recommandations

Le chapitre qui suit propose des suggestions et recommandations émanant des discours des femmes tantôt des femmes membres d'Action Autonomie, tantôt de la TGFM (volet santé). Le dénominateur commun aux récits des femmes semble être celui de la reconnaissance : de qui elles sont, de leurs droits et de leurs histoires singulières. Pour les femmes, il faut revenir à l'essentiel qui semble s'être dissipé dans l'intervention soit la reconnaissance en tant que personne se traduisant par le respect et l'écoute attentive de leurs besoins.

D'entrée de jeu, les femmes ont exprimé l'importance pour les équipes traitantes d'avoir une formation plus spécifique sur les enjeux éthiques d'une part et d'autre part sur tout ce qui touche les droits et liberté des personnes, et en particulier les enjeux spécifiques aux femmes (ex. maternité, sexualité, violence). Ensuite, elles ont discuté de l'importance du respect et de la dignité, qui devrait être sous-jacent à toute intervention de la part du personnel hospitalier.

« Tous les patients ont droit au respect et à leur dignité d'être humain que ce soit un cas léger ou lourd. La violence est inadmissible de la part du patient et/ou d'un membre du personnel. Chacun doit respecter et de conformer aux règlements de l'unité de soins psychiatrique. » Femme TGFM

« Toutes personnes doivent être prises au sérieux. » FMAA

Les femmes du CF ont également partagé l'idée qu'il « est fort étonnant de la part des intervenants en santé mentale d'avoir de tels comportements parce que cela n'a pas sa raison d'être de leur part. C'est très malheureux à dire. » En effet, pour elles, des professionnel.les travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux devraient toujours se comporter de manière à respecter la personne devant eux et surtout veiller aux droits de la personne.

Pour une femme, pour que l'équipe médicale soit plus sensible à leurs expériences, il devrait y avoir plus de pairs-aidantEs dans le réseau. Les pairs-aidantEs furent perçuEs comme étant

nécessaires afin de fournir les outils aux intervenants.es dans leur travail et également dans la reconnaissance des spécificités des femmes.

« Je crois que les intervenants.es en psychiatrie devraient travailler avec des paires-aidantEs, il serait bon de les sensibiliser sur l'importance de reconnaître la spécificité des femmes. » FMAA

Lors des focus groupes avec les femmes membres d'Action Autonomie, il fut également question de la séparation hommes femmes dans les départements de psychiatrie. L'extrait placé ici démontre l'ambivalence dans la réflexion de quelques femmes sur ce sujet : ce n'est peut-être pas la solution, mais des changements doivent être faits afin de protéger l'intimité et la sécurité des femmes.

« Il faut des lits mères-enfants [...] les unités ne devraient pas être mixtes ou à tout le moins il faudrait que la sécurité et l'intimité des femmes soient prises en compte. » FMAA

Pour d'autres, il faut aussi que le personnel soignant soit sensible aux facteurs socioculturels des femmes. De manière concrète, il s'agit de reconnaître l'histoire de femmes, d'où qu'elles viennent, leurs contextes afin d'adapter leurs interventions.

« Dans le suivi psychiatrique, les facteurs socioculturels et environnementaux devraient être considérés. » FMAA

Sous un autre angle, il semble que l'écoute des besoins exprimés par les femmes et l'entourage, soit le point de départ à des interventions efficaces et respectueuses. En outre, selon les femmes, cette écoute doit être attentive, active, soutenue et sensible.

« Qu'on soit plus écouté, qu'on s'occupe plus d'aider en relation avec les enfants, pas le placement et la perte de garde. » FMAA

Dans le court extrait suivant la femme témoigne du fait que le personnel soignant devrait prendre plus le temps d'expliquer les effets du médicament ou du traitement.

« On impose une médication, sans parler des effets secondaires. » FMAA

Certaines femmes tenaient des discours plus militants dans leurs revendications. Pour ces dernières, elles doivent se mobiliser entre elles et faire de l'éducation populaire afin de faire connaître leurs droits et de pouvoir ainsi les revendiquer.

« Il faut manifester et se solidariser pour que les femmes ne soient plus vulnérables. » FMAA

« Qu'il vaut mieux bien connaître ses droits et surtout porter plainte quand ils ne sont pas respectés. » FMAA

D'ailleurs, deux femmes nous ont mentionné qu'elles n'ont pas hésité à porter plusieurs plaintes lorsqu'elles ont vécu des expériences qu'elles qualifiaient de traumatisantes par l'équipe traitante.

« J'ai fini par être bien traité en milieu psychiatrique, mais cela a pris un bon nombre de plaintes à l'encontre du personnel. » FMAA

« Ce fut très difficile pour moi de passer à travers tout ça, heureusement je commence à connaître mes droits, et je vais me battre pour ça, pour gagner ma cause. » FMAA

Synthèse

Le constat est le même pour toutes les femmes qui ont participé à cette recherche : les interventions et les manières de faire en psychiatrie doivent profondément changer pour que les pratiques soient plus près de la réalité des femmes. Autrement dit, les équipes traitantes doivent tenir compte dans leurs interventions nécessairement du vécu et de l'histoire des femmes, toujours

travailler dans le respect de leurs droits et de leurs besoins singuliers. D'ailleurs, tel que nous l'avons mentionné dans ce chapitre, les femmes ont partagé l'idée que le personnel soignant devrait être plus à l'écoute et sensible à la réalité des femmes que ce soit dans les problèmes rencontrés, dans l'expérience de la maternité ou dans le processus d'adaptation suivant une hospitalisation. L'intervention féministe en santé mentale est incontournable afin de répondre aux réalités des femmes et propose une vision critique sur les interventions, les oppressions et les discriminations auxquelles les femmes sont confrontées. Plus précisément, l'approche féministe « [...] est également un modèle global et non-compartmentée dans laquelle chaque femme est une personne à part entière » (Martinez et coll., 2013 : 15) permettant ainsi de prendre en compte et reconnaître les différentes demandes des participantes : vouloir être écoutée, comprise et accompagnées dans leurs démarches. En ce sens, l'intervention féministe répond à une gamme de besoins exprimés par les femmes, tels que : le soutien, l'accompagnement, l'entraide, l'accès à l'information, l'éducation sur les droits et la reprise du pouvoir (Martinez et coll., 2013).

Conclusion

La présente recherche nous a permis de réaliser un portrait de l'expérience des femmes en psychiatrie, ce qui, jusqu'à ce jour, est peu traité du point de vue de la recherche. Le choix méthodologique de la recherche fut particulièrement intéressant parce qu'elle a permis aux femmes d'avoir une voix afin d'exprimer leurs points de vue sur ce qu'elles trouvent dérangeant, inacceptable, voire dangereux dans le système de soins psychiatrique. Nous rappelons que l'objectif de la recherche n'était pas de faire un comparatif avec l'expérience des hommes en psychiatrie, mais plutôt de documenter l'expérience des femmes ayant une expérience en lien avec la psychiatrie, et ce, particulièrement en regard de la prise en compte des spécificités des femmes. Afin de bonifier les différents points de vue nous avons mené un troisième focus groupe avec les femmes de la Table des groupes de femmes de Montréal, volet santé et ce, afin d'enrichir les données.

Les histoires dévoilées dans le cadre de cette recherche font état de plusieurs situations reconnues comme étant violentes, abusives, non respectueuses et non adaptées à la condition des femmes. De fait, les femmes perçoivent que par leur seule condition de femmes, elles sont déjà étiquetées et problématisées. Si elles postulent également que les femmes devraient être traitées avec plus de sensibilité, de respect et de prise en compte, elles croient que cela ne pourra se faire sans l'obtention et l'atteinte d'une équité entre les hommes et les femmes dans la société en générale. De manière concrète, nous avons illustré que les femmes se sentent rabaissées, mal comprises et que certaines perçoivent recevoir des traitements différenciés entre les hommes et les femmes.

En définitive, le présent rapport visait à établir un premier portrait des expériences des femmes en psychiatrie et plus particulièrement des besoins des femmes, de leurs expériences et des conséquences liées à la psychiatisation. Cette recherche comporte des limites, mais elle ouvre des pistes et permet de poser des questions intéressantes à approfondir ultérieurement.

Enfin, les résultats de cette recherche tendent à démontrer que des lacunes importantes existent dans les pratiques de soins en psychiatrie envers les femmes, et que les discriminations véhiculées dans ces milieux, ainsi que l'oppression subie, sont des reflets des inégalités dans la société à l'égard des femmes ayant des problèmes de santé mentale.

Bibliographie

Blais, D.M. et coll. (2004). *Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*. Montréal : Le comité de pilotage du guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir. Récupéré de <http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/guide1.pdf>.

Carré, L. (2007). « Reconnaissance et « pathologies du social ». Vers une nouvelle Théorie critique de la société avec Axel Honneth ». *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 38-2. Récupéré de <http://rsa.revues.org/480>

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Les éditions du cerfs.

Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance : une esquisse. *Revue de MAUSS*, 1(23), pp. 133-136.

Martinez, S., Jolicoeur, F., Choinière, M., Grisé, É., et Boily, G. (2013). *Il était une fois... Les Dames de cœur. Guide d'accompagnement en intervention et animation féministe en santé mentale*. Montréal : L'Écho des femmes de la Petite Patrie.

Pharand, S. (1998). *Conscience féministe et pouvoir d'agir : Les centres de femmes, une pépinière de pratiques pour la santé mentale des femmes*. Québec : L'R de centres de femmes du Québec.

Renault, E. (n/d). *Philosophie de la reconnaissance et sociologie de l'injustice*. Récupéré de <http://www.unifr.ch/dss-dgw/dea/TexteERenault.pdf>

Rodriguez del Barrio, L. (1998). « Le corps et ses mirages : récits et parcours des femmes à travers la folie et sa psychiatisation ». *Discipliner le corps des femmes*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.



Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

L'expérience des femmes
hospitalisées en milieu psychiatrique
Questionnaire

par

ACTION AUTONOMIE

Été 2013

DES INFORMATIONS IMPORTANTES SUR NOUS

Depuis plusieurs années Action Autonomie constate que certaines données illustrent le traitement différentiel donné aux femmes dans le milieu de la santé mentale. Nous pouvons lire quelques exemples de ces constats dans le rapport du Gouvernement du Québec de 2011 « Pour guider l'action. Portrait de santé du Québec et de ses régions »:

- En 2007-2008 les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre de la détresse psychologique.
- Les femmes déclarent davantage que les hommes avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (notamment la dépression et le trouble bipolaire) et ce, pour tous les groupes d'âge.
- Les femmes se trouvent parmi les plus pauvres, elles subissent toutes les compressions dans le marché du travail.
- Les anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques sont davantage prescrits aux femmes, l'écart avec les hommes se situant autour du 13,5%.

Également, pour ce qui est des femmes dont l'âge se situe dans la soixantaine, la recherche menée en 2012 par Action Autonomie et M. Marcelo Otero professeur de l'UQAM sur les ordonnances judiciaires de soins, documente que les femmes ayant entre 71 et 75 ans et celles ayant entre 61 et 65 ans sont plus nombreuses que les hommes de ce même âge à recevoir ce traitement.

Chaque année au mois de mai, lors du rassemblement annuel "Pour dire non aux électrochocs" Action Autonomie rappelle que deux électrochocs sur trois sont administrés aux femmes.

Finalement, de plus en plus de femmes témoignent à l'effet que lors d'une hospitalisation en psychiatrie leurs spécificités de femmes et leur santé globale ne sont pas considérées. Action Autonomie a peu de données précises sur l'incidence et l'impact d'une hospitalisation en psychiatrie concernant ses membres féminins.

Qu'est-ce que c'est Les sexospécificités ?

Les sexospécificités désignent l'ensemble de ce qui est spécifique , particulier aux hommes, aux femmes concernant leurs valeurs, leurs rôles, leurs rapports de pouvoir et leur influence ou leur place dans la société.

La prise en compte des sexospécificités permet en outre, lors de l'élaboration de politiques, de plans d'action et/ou de revendications, de considérer les expériences des femmes et des hommes afin de garantir le droit à l'égalité.

Pourquoi ce questionnaire ?

Le Comité Femmes d'Action Autonomie travaille depuis des nombreuses années à mieux connaître la réalité quotidienne des femmes en lien avec la santé mentale et la défense des droits. Fort de son expérience, le Comité Femmes vous adresse ce questionnaire pour documenter l'expérience des femmes hospitalisées en milieu psychiatrique.

Ce questionnaire est anonyme. La collaboration de chacune est essentielle. Une fois toutes les informations recueillies, Action Autonomie pourra mener des actions pour défendre les droits ayant été bafoués et faire des représentations et pressions pour modifier les pratiques.

Objectifs du questionnaire

Objectif général : Documenter l'expérience des femmes membres d'Action Autonomie ayant été hospitalisées dans un département\unité de psychiatrie et particulièrement, en regard de la prise en compte des spécificités des femmes (sexospécificités)

Objectifs spécifiques

4. Connaître si les intervenantES (psychiatre, infirmierES et préposés) considèrent les spécificités des femmes au niveau de leurs interventions (prescriptions, soins...).
5. Connaître l'impact de la dernière hospitalisation en psychiatrie sur la vie des femmes.
6. Identifier des solutions pour que les spécificités des femmes soient considérées lors d'une hospitalisation en psychiatrie.

Comment remplir le questionnaire ?

Le questionnaire comporte quatre sections :

1. *Pour mieux vous connaître*
2. *Mes expériences d'hospitalisation en psychiatrie*
3. *Ma dernière hospitalisation en psychiatrie*
4. *Mes suggestions et recommandations*

Il y a différents types de question :

- À cocher une ou plusieurs réponses selon votre situation
- Des questions ouvertes qui vous demandent d'expliquer, de donner des exemples, ou de faire des commentaires
- Vous pouvez compter sur notre soutien pour le compléter

Section 1- Pour mieux vous connaître

Cette section aborde quelques aspects de votre situation actuelle, **au moment de remplir ce questionnaire**. En répondant à ces questions, il sera possible de mieux connaître les femmes membres d'Action Autonomie.

1. Mon groupe d'âge

12 à 18 ans 19 à 25 ans 26 à 40 ans 41 à 55 ans
56 à 65 ans 66 ans et plus

2. Mon état civil

Célibataire Mariée Divorcée Séparée Veuve Conjointe de fait

3. Mon mode d'habitation

En appartement En hébergement Autres, précisez (maison mobile)
Propriétaire Seule Avec unE conjointE Avec un ou des enfants
Avec unE ou des amiES En co-location

4. Mon groupe d'appartenance (selon votre perception)

Je suis née au Canada Précisez votre origine si souhaité (**USA**) _____
Je suis une femme immigrante Précisez l'origine _____
Je suis une femme Autochtone Précisez la communauté _____
Je vis avec un handicap Précisez lequel _____

5. Le nombre de mes enfants

Aucun Un Deux Trois Quatre Cinq et plus
Actuellement, je suis cheffe de famille monoparentale : Oui Non

6. Mes principales activités

Étudiante Travailleuse Bénévole Autres, précisez

7. Mon revenu

0 à 8,000 \$ 8, 001 à 12,000\$ 12,001 à 15,000\$ 15,001 à 20,000 \$
20,001 à 30,000\$ 30,001 à 40,000\$ 40,001 à 50,000 \$ 50,001 à 70,000 \$
70,001 \$ et plus

8. La source de mes revenus

Revenu de travail ¹ Programmes de formation à l'emploi Prêt/ bourse pour études
Assurance-emploi Régie des rentes par invalidité Aide-sociale

Retraite :

Régie des rentes du Québec Sécurité de la vieillesse Supplément revenu garanti
Autres, précisez _____

9. Mon niveau de scolarité

Primaire Secondaire Collégial Universitaire

Section 2-Mes expériences d'hospitalisation en psychiatrie

Cette section vous invite à nous parler de vos expériences d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

10. J'ai eu des hospitalisations en psychiatrie

Oui

Non

11. Années de mes hospitalisations en psychiatrie (plusieurs années sont possibles)

Antérieur à 2000, précisez l'année _____

De 2000 à 2005

De 2006 à 2010

De 2011 à 2013

12. Le nombre de fois que j'ai été hospitalisée

1 à 5 fois

6 à 10 fois

11 à 15 fois

16 à 20 fois

Plus de 21 fois

13. La durée moyenne de mes hospitalisations

1 à 30 jours

De 31 jours à 2 mois

3 mois à 4 mois

5 mois à 6 mois

Plus de 7 mois

Commentaires

.....
.....
.....

Le nombre de fois où j'ai donné mon consentement pour être hospitalisée a été de ____ fois

14. En général, pour l'ensemble de ces hospitalisations, je dirais

Que le fait d'être une femme a été considéré (par exemple, garde des enfants, ménopause, contraception, sexualité, impact de la violence subie, maternité) lors de traitements et les interventions du personnel soignant.

Pas du tout en accord Peu en accord Assez en accord Tout à fait en accord

Exemples et commentaires

.....

.....

15. En général, je considère que dans le milieu hospitalier psychiatrique

	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord	Ne s'applique pas à ma situation
Le traitement réservé aux hommes est différent de celui réservé aux femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exemples et commentaires

.....

.....

.....

Section 3-Ma dernière hospitalisation en psychiatrie

Cette section aborde divers aspects de votre expérience lors de **la dernière hospitalisation** en psychiatrie.

16. Année de ma dernière hospitalisation en psychiatrie ?

Précisez l'année
Nom de l'hôpital

17. En général, les mots que je choisis pour décrire mon expérience de communication

Avec les psychiatres : _____
Avec les infirmières : _____
Avec les préposéEs : _____

Commentaires

.....

.....

.....

.....

18. Mes expériences durant la dernière hospitalisation

	Oui	Non	Avec consentement	Sans consentement
J'ai été sous contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été isolée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des injections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que j'ai été « surmédicamentée »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai reçu des électrochocs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Parmi ces expériences (contention, isolement, injection, « surmédication », électrochocs), pour moi la plus marquante a été

Précisez et expliquez la raison de votre choix

.....

.....

.....

.....

.....

20. Lors de ma dernière hospitalisation, en général, que ce soit dans le plan de soins ou lors de la prescription d'un traitement, ma condition de femme a été considérée (par exemple l'interaction entre les médicaments et les contraceptifs)

	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord	Ne s'applique pas à ma situation
La maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La garde des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les violences subies antérieurement (par exemple, violence sexuelle, conjugale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires et IMPACTS de la non considération, s'il y a lieu

.....

.....

21. Durant ma dernière hospitalisation, j'ai été victime de violence

Oui Non (si non, allez à la question 22)

Si oui, il s'agissait de :

	Autres patientEs	Psychiatre	Infirmière	Préposée	Autres, précisez
Violence psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violence verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violence sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violence systémique (problèmes au niveau de l'organisation des services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Misogynie (haine et/ou mépris envers les femmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Attitudes sexistes (regards, mots sous-entendus, insinuations, commentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Exemples et commentaires

.....

...

22. Lors de ma dernière hospitalisation en psychiatrie, mes problèmes de santé physique ont été traités

Oui

Non

Je n'ai pas eu des problèmes de santé physique

Exemples et commentaires

.....
.....
.....

23. En général, lors de ma dernière hospitalisation ma vie privée a été respectée

Pas du tout en accord Peu en accord Assez en accord Tout à fait en accord

Exemples et commentaires

.....
.....
.....

24. Lors de ma dernière hospitalisation, j'ai été déshabillée devant d'autres personnes

Oui Non (si non, allez à la question 25)

Si oui,

Devant des hommes Devant des femmes Devant des femmes et des hommes

Exemples et commentaires

.....
.....
.....

25. Ma dernière hospitalisation a eu un impact sur divers aspects de ma vie

	Impact positif	Impact négatif	Aucun impact
Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement/hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crédibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie amoureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 aucune réponse			

Exemples et commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Section 4-Mes suggestions et recommandations

Pour terminer, nous vous invitons à proposer vos solutions et recommandations afin que lors d'une hospitalisation en psychiatrie les spécificités des femmes soient reconnues et considérées par toutes les intervenantEs.

Action Autonomie et particulièrement, le Comité femmes, tiennent à vous exprimer leur gratitude par votre collaboration, implication et générosité.

Merci sincèrement