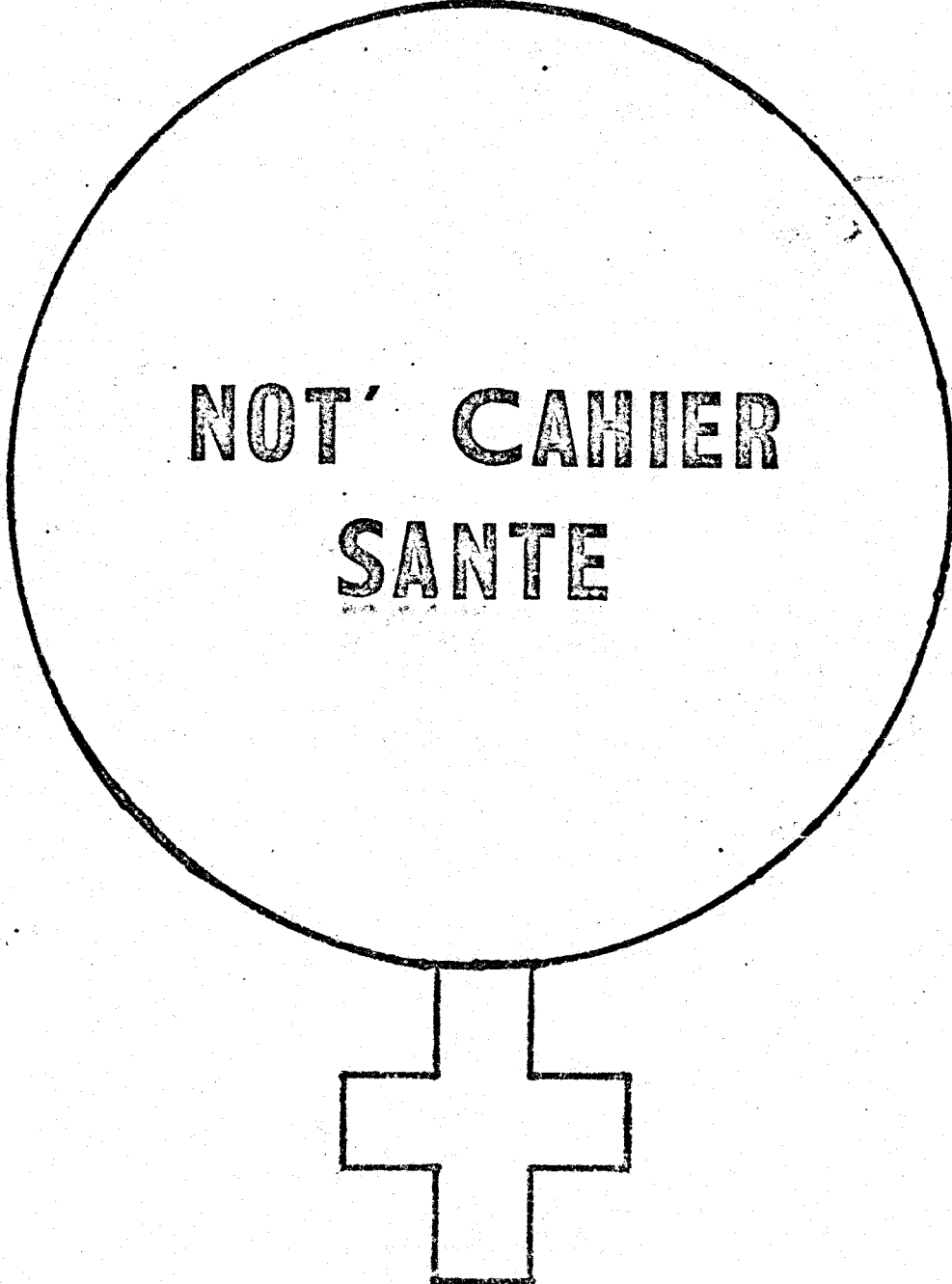


FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES



**NOT' CAHIER
SANTE**

AVRIL 1983

VOLUME 1, NUMERO 3

TABLE DES MATIERES

EN GUISE D'INTRO	1
ENQUETE AUPRES DE GROUPES DE FEMMES INTERVENANT EN SANTE	2
L'EDUCATION SEXUELLE OU COMMENT NOYER LE POISSON	4
UN LIEN ENTRE SANTE DES FEMMES ET POLITIQUES FAMILIALES? BEN VOYONS DONC!	6
AVORTEMENT: LA QUESTION N'EST PAS REGLEE	9
QUAND LES FEMMES PAIENT LES FRAIS DES A PEU PRES ET DE LA NEGLIGENCE	11
CE QUE LES MEDECINS NE DISENT PAS AU SUJET DE LA MENOPAUSE	15
LES NOUVEAUX ARRIVAGES	18

* * * * *

EN GUISE D'INTRO

Avril! C'est le printemps, les vacances de Pâques et la bousculade de travail en vue de l'assemblée générale annuelle. Les priorités étant ce qu'elles sont, c'est le dernier numéro de Not' Cahier Santé d'ici la fin de l'année d'activités.

Il y aura eu trois numéros, chacun ayant son allure particulière mais, tous avec le même fil conducteur: la santé des femmes. Comme il se doit, la production du cahier avait un objectif: être l'instrument privilégié pour transmettre de l'information sur des sujets reliés à la santé des femmes et rendre compte de l'évolution de la recherche effectuée durant l'année auprès de groupes de femmes intervenant en santé.

Aussi, dans la mesure du possible, nous avons tenté d'y injecter une information diversifiée: dossiers d'intérêt particulier, expériences de groupes, luttes... Une information axée sur la réflexion parfois "peppante" ou déprimante, parfois cool (faut pas toujours se prendre trop au sérieux).

Bien sûr, la formule du cahier, forme et contenu, mérite d'être rodée, améliorée. Si l'instrument demeure en place en 1983-1984 il sera possible d'y voir. Mais, d'ici là, votre appréciation du cahier, vos commentaires, etc... seraient des plus utiles pour nous éviter de fonctionner dans "l'huile"; savoir si cet instrument répond un peu, beaucoup, pas du tout à vos attentes; finalement, connaître ce qui pourrait être fait pour l'améliorer.

Si vous avez à écrire ou téléphoner au bureau de la Fédération profitez-en pour nous glisser un mot là-dessus!

L'équipe de la
permanence provinciale.

ENQUETE AUPRES DE GROUPES DE FEMMES INTERVENANT EN SANTE

Et voilà, c'est le dernier rapport sur cette enquête. Non seulement elle est terminée, mais le rapport synthèse est fin prêt à passer sous les doigts rapides de notre chef du secrétariat.

La majeure partie des réponses au questionnaire nous sont parvenues entre le début et la mi-février ce qui a occasionné un retard de deux semaines sur l'échéancier prévu. Ce n'est pas dramatique, sauf que par la suite le temps fut drôlement compressé. Cela laissait tout juste un mois pour organiser la compilation des données, effectuer le travail de synthèse et rédiger le rapport. Trêve de plaintes... c'est fait!

Nous avons reçu un nombre intéressant de réponses. Sur près d'une cinquantaine de groupes rejoints, vingt-six nous ont fait parvenir leurs réponses. A quoi devons-nous ce fort taux de participation? Un intérêt pour le sujet? Un intérêt pour aider à la démarche de réflexion de la Fédération? Peut-être bien. Mais une chose est certaine: sans la participation des groupes-membres de la Fédération à l'enquête, nous n'aurions pas atteint un tel succès. Les contacts directs avec les groupes ont donc porté fruits.

Quelques informations sur l'enquête:

- . Les régions: nous avons contacté des groupes de femmes dans toutes les régions du Québec pour avoir une idée d'ensemble de qui est où? et fait quoi? Pour des régions cela signifiait un ou deux groupes à rejoindre, alors que pour d'autres le nombre pouvait être de six ou sept. La Côte-Nord est la seule région dont nous avons obtenu aucune réponse.
- . Types de groupes: rappelons que par l'enquête nous devons contacter des groupes de femmes outre les Centres de santé. Une bonne variété de groupes fut rejointe: certains interviennent uniquement en santé des femmes, d'autres sont spécialisés sur un aspect particulier de la santé et finalement pour un bon nombre, la santé est un champ d'intervention parmi d'autres. L'enquête ne touchait pas les intervenantes en milieu syndical, ni celles en milieu institutionnel.
- . Types de réponses et résultats: dans l'ensemble les réponses furent très positives, peu contradictoires laissant croire à une certaine homogénéité entre les groupes, ce qu'ils font et comment ils le font. Plusieurs réponses théoriques ne permettaient pas d'avoir un regard sur le "comment ça se passe dans la réalité". Devions-nous interpréter? Dans quel sens? Nous nous sommes limitées à reproduire les informations telles qu'elles apparaissaient dans le questionnaire tout en situant les limites de cette enquête et en relevant des questions auxquelles nous-mêmes devons répondre. Les informations les plus

éclairantes, si l'on peut s'exprimer ainsi, venaient souvent de groupes situés dans de petits centres. Dans les grands centres urbains le discours est plus long, plus ambigu aussi. C'est là une petite anecdote sans importance majeure pour notre enquête mais tout de même... la décentralisation est vivifiante.

Les résultats de l'enquête sont à prendre avec un grain de sel, ils n'apportent pas de réponses à toutes nos questions. Il ne faut pas perdre de vue qu'à travers cette démarche nous sommes allées chercher le point de vue de permanentes et/ou de militantes de groupes. Nous n'avons rien sur l'opinion des femmes en général quant à leurs besoins réels face à leur santé: les questions qu'elles se posent, ce qu'elles désirent, ce qu'elles sont prêtes à faire, etc... Nous avons amassé peu d'information sur les mouvements santé des femmes ailleurs qu'au Québec: c'est un travail à poursuivre car il y a sans doute là matière à puiser des éléments qui serviront à pousser notre réflexion. Bref, il manque des couleurs au tableau.

- . Auto-santé: dans le questionnaire, nous demandions aux groupes de nous donner les grandes lignes sur leur définition de l'auto-santé. L'information que l'on y retrouve recoupe celle obtenue à travers les objectifs d'intervention et approche de travail des groupes. Un ménage s'impose, l'information doit être organisée différemment si l'on veut qu'elles serve à notre propre réflexion. Aussi, un document distinct du rapport d'enquête sera produit à cet effet.

Et maintenant quelles sont les suites?

A la fin d'avril, le rapport synthèse de l'enquête sera envoyé aux groupes-membres de la Fédération. Les membres disposeront d'environ un mois pour prendre connaissance du rapport, en discuter et tirer leurs propres conclusions. Ce rapport doit être vu comme un instrument de travail devant inspirer les discussions sur l'aspect intervention en santé des femmes lors de l'assemblée générale de juin. A ce moment-là, le rapport ne sera pas discuté comme tel. Il servira de référence au même titre que d'autres instruments prévus pour aider aux discussions et décisions concernant l'avenir de la Fédération: ses objectifs, le rôle qu'elle veut jouer en santé des femmes, etc...

L'EDUCATION SEXUELLE OU COMMENT NOYER LE POISSON

On aurait voulu en faire plus cette année!

C'est pas des blagues. On est restées accrochées un bout de temps aux promesses d'échéance du Ministère de l'Education; c'est en février '83 qu'il devait sortir de programme d'éducation sexuelle. Puis vous savez de quoi a eu l'air la saison politique et climatique - décrets, réforme scolaire et pluies diluviennes; la fin de l'hiver on vous prévient, ce sera l'automne prochain. C'est en octobre-novembre, s'ils ne font pas les morts, que nos édiles nous annonceront officiellement la sortie de programmes et guides pédagogiques pour les deux cycles: primaire et secondaire.

Au comité de référence de la Fédération et à la permanence, on cueille l'information et on l'effeuille, comme la marguerite: on l'aura, on l'aura pas, on l'aura, on l'aura pas. C'est bien frustrant ce jeu-là. Tout le monde risque de s'en fatiguer, de mettre ses exigences sur la glace, d'oublier. On a communiqué nos inquiétudes au conseil d'administration: gardons l'oeil ouvert, parlons-en à l'assemblée générale et préparons notre rentrée, voilà ce qu'on s'est dit.

Que reste-t-il de la concertation?

La table de concertation sur l'éducation sexuelle, que cinq (5) groupes dont la Fédération avaient espéré mettre sur pied en mai '82, s'est essoufflée dès le mois de septembre suivant. Et le 30 novembre, faute de joueuses et de joueurs réguliers, on annulait la série de rencontres bi-mensuelles pour adopter plutôt la démarche suivante: réunion aux six (6) semaines pour s'échanger de l'information sur ce qui se passe dans nos groupes et sur l'évolution du dossier au M.E.Q.; pour discuter collectivement des demandes d'appui aux démarches entreprises par chacun des groupes auprès du Ministère; enfin, pour décider d'intervention(s) commune(s) qui seraient jugées à propos par l'ensemble des groupes de la table. Le 25 janvier, date de rencontre prévue, heure dite, nous étions deux (2); ce fut la dernière réunion. Nous avons eu, par la suite, quelques communications téléphoniques entre nous. Nous devrions normalement reprendre contact à l'automne prochain, au moment de la sortie du programme.

Comment, à la Fédération envisage-t-on l'ensemble de la situation?

Le comité de références s'est réuni le 6 février dernier pour faire le point sur différentes questions:

- . Discuter des dernières informations reçues concernant la date de lancement du programme, son échéancier d'implantation et la formation des enseignant-e-s;
- . Partager l'information sur l'état de la table de concertation;

- . Echanger sur le mandat du comité de références en rapport avec le travail à poursuivre cette année et l'an prochain sur le dossier.

Compte tenu de la date de sortie du programme et de l'état de la table de concertation on a convenu de baliser, dans le sens suivant, les énergies à investir d'ici la fin de l'année:

- . On poursuit la cueillette d'information sur l'évolution du dossier au M.E.Q. et sur les positions et interventions des différents groupes;
- . On conserve des liens avec les représentant-e-s des groupes participants à la table sans toutefois, continuer à assumer l'initiative des convocations et d'une certaine manière l'animation des rencontres;
- . La Fédération ne procède pas à d'autres interventions officielles sur le programme d'ici l'assemblée générale de juin;
- . On fait en sorte que les associations n'oublient pas la question de l'éducation sexuelle en leur faisant parvenir de l'information;
- . On ne tient pas d'autres réunions du comité d'ici l'assemblée générale;
- . Enfin, on recommande au conseil d'administration de soumettre à l'assemblée générale une proposition à l'effet que le travail sur le dossier éducation sexuelle se poursuive en 1983-1984 dans le sens des tâches suivantes déjà contenues dans la programmation 1982-1983:
 - étudier le programme, le guide pédagogique et le projet d'implantation du M.E.Q. et produire un instrument de travail pour les associations;
 - participer à la table de concertation dans les limites mentionnées plus haut;
 - être aux aguets!

Depuis février, à la permanence, on a poursuivi nos enquêtes-maison et l'avenir s'annonce sombre à l'horizon: pour le moment, ce n'est plus le contenu du programme qui nous inquiète, mais son implantation. S'amorcera-t-elle vraiment avant l'échéance prévue de 1986 et comment? Quelle sera la formation des enseignant-e-s et qui la leur dispensera? Le programme éducation sexuelle occupera quelle portion du temps à l'intérieur des régimes pédagogiques du primaire et du secondaire? On prendra vraisemblablement un peu de temps au cours de l'assemblée générale pour aborder ces questions de même que des pistes de travail pour la prochaine année.

DEVINETTE?????

- . Quel est le plus long contraceptif au monde?

(la réponse est parmi les articles de ce Cahier)

UN LIEN ENTRE SANTE DES FEMMES ET POLITIQUES FAMILIALES?
BEN VOYONS DONC!

Le Gouvernement québécois s'apprête à rendre public un document sur les politiques familiales. S'agira-t-il d'un document complet portant sur toutes les mesures susceptibles d'être incluses dans une telle politique? Y donnera-t-on plutôt les grandes lignes ou les grands principes qui en formeront la base? Nul ne saurait le dire. Nous faisons face à un secret d'état bien gardé!

Parallèlement, il est maintenant assuré que le Gouvernement entend tenir une consultation sur le sujet. Quelle forme prendra-t-elle? Sur quoi portera-t-elle? Autre mystère.

L'éveil de notre intérêt

Depuis qu'il est question de cette politique familiale québécoise, soit depuis plus d'un an, la Fédération est demeurée un peu en retrait de ce dossier. La Fédération a toujours refusé de s'identifier comme organisme familial même si notre travail en planning est intimement lié à la famille. Notre objectif a toujours été de nous tourner vers les personnes et leur responsabilité face à leur fertilité, indépendamment du contexte dans lequel elles expriment leur sexualité. Nous identifier au mouvement familial risquait de cautionner un droit à la sexualité exclusif à la vie de couple dûment reconnu socialement. Ce que nous avons toujours rejeté. Fortes de ces vieux réflexes, nous avons donc d'abord réagi en nous disant que la politique familiale ne constituait pas une priorité puisque la famille ne représentait pas notre champ d'action privilégié.

D'un autre côté, conscientes de nos acquis en matière de planning des naissances, conscientes aussi qu'une politique familiale peut contenir des mesures ayant des incidences sur l'accès au libre choix à la maternité, nous avons tenu à garder une certaine vigilance vis-à-vis ce dossier.

Et la boule de neige était partie...

Avouons tout de suite, que nos lectures sur le sujet, surtout celles reliées à la démographie, n'ont rien eu de très rassurant.

En effet, les démographes québécois, dont l'influence n'est pas à dédaigner, ayant fait la constatation que notre taux actuel de reproduction ne permet pas le renouvellement de la population, y vont de recommandations visant à rétablir un taux de natalité acceptable pour notre société. Les mesures recommandées forment un éventail très large allant de la réduction des services aux pénalisations fiscales.

C'est à faire frémir...

Ce qui fait frémir, c'est que les démographes, dans leurs intérêts professionnels, se préoccupent uniquement du contrôle de la population: contrôle de la baisse et de la hausse du taux des naissances. Cette préoccupation rejoint les inquiétudes gouvernementales québécoises qui trouvent que bientôt il n'y aura plus assez de p'tits québécois pour assurer la relève. Bien sûr, il n'est plus pensable de mettre en branle "La Revanche des berceaux - tome II". La contraception est bien établie chez nous et un tel retour en arrière ne serait souhaitable pour personne. Par contre, ce que les démographes souhaitent, c'est de convaincre un plus grand nombre de personnes - entendez couples - d'avoir un troisième enfant. Là serait l'enjeu d'un "bon taux" nataliste au Québec.

Et quand on y pense un peu, ce ne serait pas très difficile de faire jouer plusieurs cordes - dont certaines rendent un son discordant alors que d'autres peuvent doucement résonner à l'oreille.

Au chapitre du nettement désagréable, il pourrait y avoir restriction à l'accès à l'avortement ou encore, à la stérilisation. Pour ce qui est de l'avortement, il suffirait de faire respecter le Code Criminel de façon stricte, et c'en serait fait de l'accessibilité à ce service. On sait, par ailleurs, que des actions dans ce sens se mènent actuellement (voir l'article dans ce même Cahier Santé intitulé: "Avortement: la question n'est pas réglée"). Quant à la stérilisation, pourquoi les femmes ne paieraient-elles pas elles-mêmes leur ligature? ou encore, une petite règle de 100 servie à la moderne - ça vous dirait quelque chose? On sait, par ailleurs, qu'il y a une tendance à l'inquiétude face au grand nombre de ligatures de trompes au Québec. Une politique de restriction de ces dernières risquerait même d'avoir bonne presse auprès de certains groupes de femmes.

Dans d'autres domaines, les démographes ont pensé à des pénalités d'ordre fiscal, comme par exemple, taxer les personnes non-fécondes.

Quant aux mesures intéressantes, on peut penser à tout l'appareil de services qui pourraient être créés ou augmentés: crédits d'impôt, primes à la naissance, garderies, etc... Il est toutefois douteux que le Gouvernement s'avance beaucoup sur ce terrain car il pourrait glisser sur ses propres dollars et accentuer sa crise économique... Enfin...

Les quelques exemples que nous venons de donner suffisent pour nous démontrer que les politiques de contrôle de la population sont à l'opposé d'une véritable planification des naissances. Les premières viennent de l'extérieur, c'est-à-dire qu'elles tentent de mettre en place des mesures susceptibles d'influencer le taux de natalité, sans égard nécessairement au véritable choix des femmes face à leur fertilité, tandis que le planning des naissances vise directement à favoriser un choix venant de l'intérieur.

Est-il nécessaire de pousser plus loin notre réflexion pour constater que le débat sur la natalité a des répercussions énormes sur la santé des femmes. Car, sans vouloir mettre une emphase trop grande sur l'impact de la contraception sur notre santé, il n'en demeure pas moins qu'il est fondamental de conserver nos acquis face à notre fertilité.

Ce qui inquiète le plus dans la vision démographique de la question de la natalité, c'est qu'on ne retrouve finalement rien de ce qui constitue les véritables enjeux de la maternité:

- . rien n'est proposé pour soulager la mère de l'énorme responsabilité sociale que constitue l'éducation et le soin des enfants;
- . rien ne touche la double tâche des femmes qui travaillent à l'extérieur;
- . rien ne vient briser l'isolement des femmes au foyer.

Tous ces aspects relèvent encore de l'entreprise individuelle de chaque femme prise avec ces problèmes dont l'impact sur sa santé physique et mentale n'est plus à démontrer.

Dans le domaine qui nous préoccupe, il y a danger que les femmes voient un élément libérateur dans certaines mesures visant à augmenter la natalité sans se rendre compte que, finalement, ces mesures font le jeu du Gouvernement sans permettre aux femmes d'intégrer leur "mission sociale" de reproductrices de la société avec leurs aspirations vers une vie autonome et indépendante.

Au chapitre de la natalité, l'enjeu de la politique familiale ne doit pas être d'augmenter les naissances à tout prix mais de faire en sorte que les femmes vivent leur vie familiale dans un contexte acceptable et dans le respect de leur santé et de leurs besoins.

Lorsque sera enclenchée la consultation gouvernementale sur le sujet, il est fort possible que la Fédération et ses groupes-membres soient les seuls à être en mesure d'intervenir sur ce sujet et d'examiner les mesures gouvernementales sous cet angle.

A nous d'y voir, si nous jugeons le sujet suffisamment important pour nous y attarder.

AVORTEMENT: LA QUESTION N'EST PAS REGLEE

Depuis l'avènement des Cliniques "Lazure", malgré les difficultés rencontrées dans leur implantation, de même que les restrictions que nous rencontrons au chapitre des services offerts, il n'en demeure pas moins que la mobilisation des femmes a beaucoup diminué à ce sujet.

Ce ralentissement de notre vigilance s'est accru face à l'impunité actuelle dont jouissent les Centres de santé de femmes et les cliniques privées. Il semble s'être installé davantage depuis que certains C.L.S.C. offrent des services d'avortement sans que le Gouvernement réagisse.

Et pourtant, toutes ou presque ne nous rendons pas compte que nous flottons tout juste au dessus de sables mouvants qui risquent à tout moment d'engloutir toutes nos luttes de la dernière décennie.

Déjà plusieurs d'entre nous étions conscientes de la fragilité de la situation, fragilité qui nous est démontrée par des événements qui se passent actuellement au Saguenay. Voici les faits: En 1982, le conseil d'administration du C.L.S.C. Saguenay Nord décidait d'offrir aux femmes de la région des services en avortement. En décembre 1982, peu après le début des services, une forte réaction s'est organisée qui regroupait, entre autres, des gens d'église, des membres de Pro-Vie et plusieurs cercles de l'A.F.E.A.S. de cette région. Prônes dans les églises, articles de journaux, harcellement personnel, furent certains moyens employés pour tenter d'arrêter le service d'avortements, ce qui a amené le conseil d'administration de l'établissement à remettre leur décision en question.

Heureusement, des femmes de la région se sont mobilisées et plusieurs organismes - dont la Fédération - ont été rejoints à temps pour encourager le C.L.S.C. à maintenir leur décision. Le C.L.S.C. a finalement décidé de continuer à offrir les services d'avortement mais le dossier n'est pas fermé, loin de là.

Lors d'une conversation avec Lise Lacroix du CSF, nous avons appris que des rencontres ont eu lieu à ce sujet entre l'évêque de Chicoutimi et certains groupes de droite afin d'organiser un regroupement visant à faire fermer le service au C.L.S.C. Saguenay Nord. Ce mouvement pourrait être assez fort et s'il était couronné de succès, le mouvement pourrait s'étendre.

Par ailleurs, il semble que du côté gouvernemental, le Ministre Bédard n'aurait pas l'intention de bouger ni dans un sens ni dans l'autre. Par contre, Pierre-Marc Johnson pourrait être prêt à agir et, si les pressions s'accroissent, obliger l'application stricte de la Loi. Tout cela est bien inquiétant. On peut facilement imaginer les répercussions possibles de telles positions.

D'une part, une intervention massive des groupes de droite risque de faire fermer les services en avortement dans un établissement donné, ce qui peut entraîner une action semblable dans tous les C.L.S.C. - et même les hôpitaux.

D'autre part, il y a risque que le Gouvernement, alerté par cette situation, empêche les services d'avortement dans les C.L.S.C. et, resserre même les critères d'admissibilité au service dans les hôpitaux!

Et dire qu'ailleurs au Canada, on cite le Québec comme le modèle du libéralisme en matière d'avortement!

Faut-il insister davantage sur la nécessité de demeurer très vigilantes à ce sujet? Probablement pas, mais il faut faire plus: sensibiliser les autres groupes de femmes de nos régions à la situation actuelle, identifier de façon claire celles qui pourraient être rapidement rejointes si la nécessité d'une action commune doit être menée. Finalement, il semble que des lettres adressées au Ministre Bédard à ce sujet pourraient contribuer à la cause.

Depuis, deux ans, les membres de la Fédération se repètent que l'avortement constitue un champ potentiel d'action prioritaire. Peut-être aurons-nous l'occasion d'y voir sérieusement dans un avenir rapproché. Si vous voulez plus de renseignements, appelez Fernande Ménard à la permanence provinciale (514) 842-9501.

QUAND LES FEMMES PAIENT LES FRAIS DES A PEU PRES ET DE LA NEGLIGENCE

Le diéthylstilbestrol ...

Depuis 2 ans, les journaux en parlaient de temps en temps. L'hiver dernier DES-Action Canada intensifiait sa campagne d'information sur les effets de ce médicament. Le sujet est toujours d'actualité: le dépistage se poursuit et les femmes doivent demeurer vigilantes face aux incitations à absorber toute sorte de médicaments.

Plus précisément, de quoi s'agit-il?

Le D.E.S. est un oestrogène synthétique qui fut largement prescrit aux femmes enceintes en Amérique du Nord, au cours des années 1940 à 1970, comme médicament pour prévenir les fausses couches et les naissances prématurées. Des médecins prescrivaient aussi ce médicament quand la femme était sujette à des saignements ou souffrait de diabète durant sa grossesse. Même certaines vitamines obtenues sous ordonnance médicale contenaient du D.E.S.. Donné sous forme de comprimés, d'injections ou de suppositoires, le D.E.S. a été vendu sous une trentaine de marques différentes et on évalue qu'entre 200,000 et 400,00 canadiennes ont pris ce médicament. Bien qu'aucune statistique ne soit disponible, on estime qu'il pourrait y avoir au Québec, 30,000 filles et fils qui auraient été exposé-e-s au D.E.S.. Le D.E.S. fut retiré du marché en 1972 aux Etats-Unis et au Canada, lorsqu'on a découvert que plusieurs filles dont les mères avaient pris ce médicament durant leur grossesse développaient une forme très rare de cancer du vagin: l'adénocarcinome à cellule claire. Il s'agit d'une complication PEU fréquente qui, au Québec touche environ 1 sur 5,000 filles du D.E.S. avant qu'elles aient atteint l'âge de 32 ans. Si le cancer est dépisté assez tôt, il peut être traité. La courbe de risque s'accroît entre 14 et 19 ans, diminue entre 19 et 24 et s'estompe après 28 ans. Par ailleurs, il y a de nombreux autres changements cellulaires qui peuvent affecter les filles, les fils et les mères du D.E.S..

Les filles du D.E.S.

Un grand nombre de filles dont la mère a pris du D.E.S. présentent des anomalies au vagin, au col de l'utérus et/ou à l'utérus de même qu'aux trompes. LA PLUPART DE CES ANOMALIES NE SONT PAS DANGEUREUSES.

L'effet le plus fréquent que provoque le D.E.S. est l'adénose, c'est-à-dire la présence dans le vagin d'un tissu glandulaire étranger produisant du mucus; ce qui se traduit parfois par des pertes que les femmes ont tendance à confondre avec une infection. Ces pertes ne requièrent aucun traitement et diminueront à mesure que l'adénose disparaîtra, la plupart du temps vers les trente ans.

Chez certaines filles, le col de l'utérus peut présenter une forme anormale, celle d'un collier ou d'un capuchon; dans ce dernier cas, il peut alors être plus difficile d'utiliser le diaphragme comme technique contraceptive.

Enfin les filles du D.E.S. peuvent souffrir plus souvent que d'autres d'irrégularités menstruelles.

De nombreuses filles du D.E.S. ont eu des grossesses normales et ont donné naissance à des enfants normaux. Cependant, il arrive que certaines aient de la difficulté à devenir enceintes ou à mener leur grossesse à terme; on trouve chez elles un utérus en forme d'un T au lieu d'un V ou encore elles ont un col utérin pas assez ferme. Elles ont aussi plus de risques d'avoir une grossesse ectopique, une fausse couche ou un accouchement prématuré. Elles doivent être suivies à intervalles réguliers durant toute leur grossesse.

Quant à la contraception, les avis sont partagés concernant le risque ou non pour les filles du D.E.S. de prendre la pilule puisqu'elle contient des oestrogènes. Aucune preuve n'est faite que son usage soit dangereux. Cependant, pour prévenir, les médecins américains suggèrent d'utiliser une autre méthode contraceptive.

Comment savoir si on est exposée?

Demander à sa mère si elle a eu des problèmes pendant ses grossesses: A-t-elle eu des hémorragies? Souffrait-elle de diabète? A-t-elle eu des fausses couches ou des naissances prématurées? A-t-elle pris des hormones?

Si l'on pense que sa mère peut avoir pris du D.E.S. pendant sa grossesse, on consulte un médecin ou une clinique qui a de l'expérience dans le dépistage:

- . dès les premières menstruations ou
- . si on a plus de 14 ans ou
- . si on a des pertes vaginales anormales ou des menstruations irrégulières.

L'examen de dépistage pour les filles du D.E.S.

L'examen de dépistage se fait au cours d'un examen gynécologique; il est rapide, simple et non douloureux; plusieurs de ces étapes sont accomplies de routine.

L'examen comprend:

- . une inspection visuelle attentive du vagin et du col pour y déceler les anomalies possibles;
- . un délicat examen manuel des parois vaginales;
- . un frottis (Pap test) du col et du vagin;
- . une coloration à l'iode du vagin et du col (le tissu normal se colore en brun foncé tandis que le tissu de l'adénose ne se colore pas).

Selon les résultats de ces tests, il se peut que la colposcopie et qu'une biopsie de l'endroit douteux soient nécessaires. Le colposcope fonctionne comme une lunette grossissante et permet d'inspecter attentivement les parois vaginales et le col de l'utérus pour y détecter les anomalies cellulaires et leur localisation exacte. La biopsie signifie le prélèvement d'un minuscule morceau de tissu pour l'étudier au microscope.

Les soins requis

Si les examens détectent des changements cellulaires dus au D.E.S., les filles du D.E.S. devront très probablement retourner chez le médecin plus d'une fois par année pour des examens périodiques. Comme on ne peut, pour le moment, savoir si elles auront des problèmes de santé particuliers lorsqu'elles seront plus âgées, il sera préférable qu'elles poursuivent leurs examens annuellement toute leur vie.

Les mères du D.E.S.

Une recherche a montré la possibilité que les femmes ayant elles-mêmes pris du D.E.S. soient plus exposés au cancer du sein. En conséquence, il est recommandé à ces femmes d'avoir des examens gynécologiques réguliers (incluant le Pap test) et un examen des seins une fois par année; de plus, elles devraient pratiquer l'auto-examen des seins tous les mois. Enfin, avant de prendre quelque médicament que ce soit contenant des oestrogènes, comme les contraceptifs oraux, les pilules du lendemain ou les oestrogènes pour les symptômes de la ménopause, les mères du D.E.S. devraient étudier avec leur médecin les avantages et les dangers qui peuvent en découler.

Pas de panique

Lors de la rencontre d'information organisée par le Centre d'Information et de Référence pour Femmes (C.I.R.F.) à l'intention des professionnels de la santé, le 14 mars dernier, différentes questions ont été soulevées: n'est-il pas excessif de soumettre à une batterie de test des femmes et surtout des jeunes filles dont on soupçonne seulement qu'elles ont pu être exposées au D.E.S.? Là-dessus les avis sont partagés. Certaines ont soulevé la nécessité du dépistage et le danger plus grave de rester dans l'ignorance; d'autres le danger de céder à la panique et d'abuser des examens. Pour sa part, Harriet Simand, fondatrice de DES-Action Canada insiste pour que les médecins soient en mesure de répondre aux demandes d'informations, de faire les examens requis; sinon ils devraient référer les femmes à leur Département de Santé Communautaire, à leur C.L.S.C. ou directement à DES-Action Canada pour connaître les médecins habilités à faire ce type d'examens.

Et pour l'avenir, se souvenir de cette autre belle page des belles histoires de l'industrie pharmaceutique

Cette hormone synthétique qu'est le D.E.S. a été mise au point en 1938, en Angleterre par Sir Charles Dodds. On la prescrit tant aux Etats-Unis qu'au Canada dès 1940. Mais, il n'y aura pas d'étude scientifique avec groupe de contrôle avant 1953 et l'étude sera menée à l'insu des femmes cobayes. Par ailleurs, elle montre de façon concluante que le D.E.S. est totalement inefficace. Malgré tout, le D.E.S. est toujours prescrit et c'est en 1962 que le Federal Drug and Food se décide à mener ses propres expériences après avoir, au cours des années 1940, donné le feu vert aux fabricants du médicament. La F.D.A. conclut elle aussi à l'inefficacité et demande alors à un fabricant de fournir des preuves de l'utilité du D.E.S.. La demande demeure sans réponse et ce n'est qu'en 1972, après une étude du Dr Arthur Herbst établissant un rapport de cause à effet entre une forme rare de cancer du vagin et l'exposition au D.E.S. que la F.D.A. finit par en interdire l'usage pendant la grossesse. Le D.E.S. a toutefois été prescrit par la suite à des millions de femmes pour différents usages: en période de ménopause, comme pilule du lendemain et pour diminuer la montée laiteuse.

Réponse: le "di-!sobuty]phenoxy]polyethoxyethano!", trente-deux lettres de produits chimiques bien tassés qui sont innocemment introduits dans notre vagin... Ah! Si nous savions toujours le nom des choses...

Sources:

1. Documentation de DES-Action Canada, Boîte Postale 233, Snowdon, Montréal, H3X 3T4. Tél.: (514) 482-3204.
2. "Le D.E.S. passe à la question" in Châtelaine - janvier 1983.

CE QUE LES MEDECINS NE DISENT PAS AU SUJET DE LA MENOPAUSE

La plupart des femmes membres de la Fédération sont encore loin du temps de leur ménopause. Par contre, c'est un sujet qui devient très présent dans la vie de plusieurs et nous sommes encore à court de bonne documentation sur le sujet. Le court article qui suit est une traduction-maison d'un excellent article paru dans le livre "Seizing our Bodies". Il nous a semblé si intéressant et bien fait que nous avons voulu vous en faire profiter. Gardez-le pour vos vieux jours.

1. Les médecins ne m'ont pas dit qu'au Québec, près d'un million de femmes ont 45 ans et plus. Elles ont donc été, sont ou seront bientôt touchées par la ménopause. Ces femmes représentent plus de 28% de la population de notre pays.

Sachant cela, je me sens plus forte. Comment se fait-il que notre société s'est permise de mettre au rancart la situation d'un si grand nombre de femmes?

2. Les médecins ne m'ont pas conseillé de parler de la ménopause. C'est pourtant la meilleure chose qu'une femme puisse faire pour la démystifier. Parlons-en donc entre nous: avec des plus jeunes, avec des femmes de notre âge, avec nos aînées. N'oublions jamais que la ménopause est un phénomène qui touche plus de la moitié de la population; il n'y a donc aucune honte à en discuter au grand jour, même si cela provoque encore de la gêne. Il faut faire fi de cette gêne comme des hommes qui nous qualifient de névrotiques ou d'hystériques parce qu'ils ignorent à peu près tout de ce qui nous arrive.

Plus nous parlerons de la ménopause, plus nous balaierons l'aura de mystère qui l'entoure. Ceci évitera peut-être que les hommes médecins (ou les femmes médecins à mentalité masculine) prescrivent des hormones ou des tranquillisants à toutes les femmes de 40 ans et plus.

3. Pas un médecin ne m'a dit que les bouffées de chaleur sont aussi inoffensives que la dilatation des vaisseaux sanguins et qu'une bouffée de chaleur dure en moyenne une minute seulement.
4. Pas plus qu'"ils" ne m'ont dit que la production d'oestrogènes dans mon organisme se continue même si je n'ovule plus. Ils laissent entendre que la production d'oestrogènes s'arrête tout d'un coup, ce qui les justifie de nous vendre des hormones.

Moi, j'le prends pas. Pas plus que j'prends des fards pour remplacer la carnation de mes 17 ans. C'est à croire que les médecins sont à la solde des compagnies pharmaceutiques. Je sais que si je ne prends pas d'oestrogènes, mes glandes endocrines vont régulariser mes activités hormonales tandis que mes glandes surrénales vont accélérer

leur production d'oestrogènes; les médecins ne savent pas exactement comment ça se passe ni si d'autres glandes interviennent dans ce processus mais entre eux, ils admettent que cela se produit.

(Personnellement, je pense que si une partie de l'argent dépensé à la recherche médicale pour les hommes de l'espace était investi dans la recherche sur la ménopause, ces dépenses seraient mieux justifiées). Je trouve inconcevable qu'avec toute la technologie médicale dont nous jouissons (pensons seulement à celle reliée aux problèmes cardiaques, problèmes qui, encore aujourd'hui, touchent davantage les hommes) mon équilibre hormonal soit encore traité comme un mystère insoluble.

La profession médicale admet sans hésitation qu'on ne sait pas ce qui peut être considéré comme un équilibre hormonal normal; par conséquent, les doses hormonales administrées à chaque femme constituent une expérimentation. Cette expérimentation sur mon corps peut rendre mes seins douloureux, me donner des nausées, me faire vomir, m'occasionner des crampes, me faire enfler, augmenter ma tension nerveuse. Tout cela parce qu'"ils" travaillent à l'aveuglette. Non vraiment, tout cela me coûte trop cher. Je refuse d'être cobaye.

5. Les médecins ne m'ont pas dit que l'hormonothérapie pouvait faire enfler mes seins et les rendre sensibles, ou encore, qu'il pouvait se développer des kystes, bénins ou cancéreux, dans mes seins ou à mon utérus; ils ne m'ont pas dit que je pouvais avoir des saignements irréguliers et une sur-stimulation de l'endomètre. De plus, ils ne peuvent pas me dire si, grâce à l'hormonothérapie, je vais être menstruée plus longtemps et pour combien de temps; alors que moi, je souhaite en finir le plus tôt possible avec mes menstruations. "Ils" croient que les femmes se sentent plus jeunes et plus féminines lorsqu'elles continuent à être menstruées. Qu'ils aillent donc en parler aux femmes elles-mêmes, ils verront bien.
6. Mon "retour d'âge", je l'ai commencé le jour où j'ai décidé que jamais plus je ne ramasserais des bas sales autres que les miens. Croyez-moi, cela n'a rien eu à voir avec la maturation de mes ovules.
7. Quant à mon climatère, il m'est venu de mon équilibre financier plutôt que de mon équilibre hormonal. Ici aussi, mes ovaires sont tout à fait absents de ce qui c'est passé. A partir du moment où j'ai eu suffisamment d'argent en banque pour me permettre une année de congé sans solde (tout en continuant de faire vivre mes trois filles) je suis devenue une autre personne et mon travail s'est amélioré. Cette sécurité financière m'a apporté une confiance en moi, en mes opinions et en mes décisions, en éliminant mes peurs séculaires de paraître envahissante ou agressive.
8. Les médecins ne m'ont pas dit que mon mécanisme menstruel prend à peu près 5 ans à s'adapter à son nouveau cycle.

9. Les médecins ne m'ont jamais parlé de l'importance de la sexualité. Et qu'à défaut de partenaire, la masturbation fait tout aussi bien l'affaire. Nos glandes sexuelles se "fichent" bien de savoir qui leur procure une stimulation. Et l'activité sexuelle est bénéfique pour l'organisme, entre autres, pour que les parois vaginales conservent leur capacité de lubrification. Les livres médicaux parlent bien des "vagins secs"; ils se gardent bien d'élaborer sur les solutions possibles.

Pourtant les femmes en ménopause ou en post-ménopause m'en ont raconté des choses sur leur sexualité et sur toutes sortes d'autres sujets que les médecins n'abordent jamais. C'est peut-être parce que j'ai interrogé les femmes?

10. Finalement, les médecins ne m'ont pas dit qu'à 49 ans je suis tout à fait dans la bonne moyenne d'âge pour vivre ma ménopause. Actuellement, mon corps fonctionne normalement pour l'âge que j'ai, et je l'accepte. Par contre, je rejette complètement la "foutaise" médicale qui décrit mon état comme une maladie de "déficience". D'un autre côté, je m'inquiète beaucoup au sujet de la déficience mentale des médecins qui tentent de me traiter comme une "sans dessein" et une incapable.

(L'article original est: "What Doctors Won't Tell You About Menopause", de Rosetta Reitz, tiré de Seizing our Bodies - The Politics of Women's Health, Claudia Dreifus et al, Vintage Books, division de Ransom House, New York, 1978, pp. 209-211).

LES NOUVEAUX ARRIVAGES

On ne fera pas ici état de toute la documentation reçue à la Fédération au cours des 2-3 derniers mois; la liste serait trop longue. Voici par ailleurs, les titres de quelques documents que vous seriez peut-être intéressées de connaître:

1. Nous, notre santé, nos pouvoirs, présenté par le G.R.A.F.S., Co-édition Albert St-Martin/Remue-Ménage, 1983, 204 p.

Textes présentés dans le cadre des colloques sur la santé des femmes: "Quand les femmes se prennent en main", mai 1981 et "Femmes, santé, pouvoirs", mai 1982.

2. Des experts et des femmes, 150 ans de conseils prodigués aux femmes, par Barbara Ehrenreich et Deirdre English, Ed. du Remue-Ménage, 1982, 347 p.

Histoire féministe de la réponse scientifique au problème des femmes, telle qu'elle a été élaborée au cours du siècle dernier par une nouvelle classe d'experts - médecins, psychologues, spécialistes en économie domestique et en éducation des enfants.

3. Seizing our bodies, the politics of women's health, textes présentés par Claudia Dreifus, Ed. Vintage Books (Random House), New York, 1978, 321 p.

Textes d'une vingtaine d'américaines portant sur différentes questions abordées par le mouvement et son état actuel, la reproduction humaine, la pratique mâle dans les institutions et le travail fait par les femmes.

4. Fécondité humaine et milieu de travail, à vos risques et périls, par Nancy Miller-Chénier, publié par le Conseil Consultatif Canadien de la Situation de la Femme, décembre 1982, 114 p.

Aborde différents aspects de l'hygiène de la reproduction en milieu de travail: les dangers, la discrimination à l'égard des femmes, les raisons des négligences à l'égard de cette question, les mesures en vigueur et à prendre.

5. Les conditions de travail des femmes en imprimerie, préparé par Annette Beauvais, C.L.S.C. Centre-Ville, publié par le Ministère des Affaires Sociales - Québec, octobre 1982, 58 p.

Monographie visant à décrire les conditions de travail des femmes dans le secteur de l'imprimerie, à identifier les différents facteurs de risques présents dans les milieux de travail et à indiquer leurs effets connus sur la santé des travailleuses en général, avec en plus les risques particuliers pour la travailleuse enceinte et son enfant.

6. Cinq millions de femmes, une étude de la femme canadienne au foyer, par Monique Proulx, publié par le Conseil Consultatif Canadien de la Situation de la Femme, juin 1978, 98 p.

Examen de la situation sociale et économique des femmes qui, par choix ou par nécessité, travaillent à l'intérieur du foyer et assument une part très importante des obligations familiales. Présentation des tentatives qui ont été faites d'imputer une valeur économique à ce travail de même que des propositions destinées à reconnaître la valeur sociale et économique du travail au foyer.

7. Women and health, par Diana Pederson, publiée par l'I.C.R.A.F., été 1979, 104 p.

Bibliographie commentée d'articles parus dans des revues médicales canadiennes 1970-1979.

DERNIERE HEURE...

Parlant de nouveaux arrivages, il nous fait plaisir de vous annoncer les événements suivants:

- . Hermance Monette, rédactrice en cheffe de Not' Cahier Santé, a accouché, le 21 avril dernier, d'une magnifique fille (rose) qui se nommera LAURENCE.
- . Joane Motard, notre trésorière, porte actuellement des jumeaux non identiques, de sexe non encore identifié, dont elle devrait être délivrée le 27 septembre 1983 à 18.00 heures. (sic)

Qui a déjà dit qu'à la Fédération on travaillait à l'élimination des bébés?

FELICITATIONS POUR LA BELLE PLANIFICATION DES FEMMES!!!