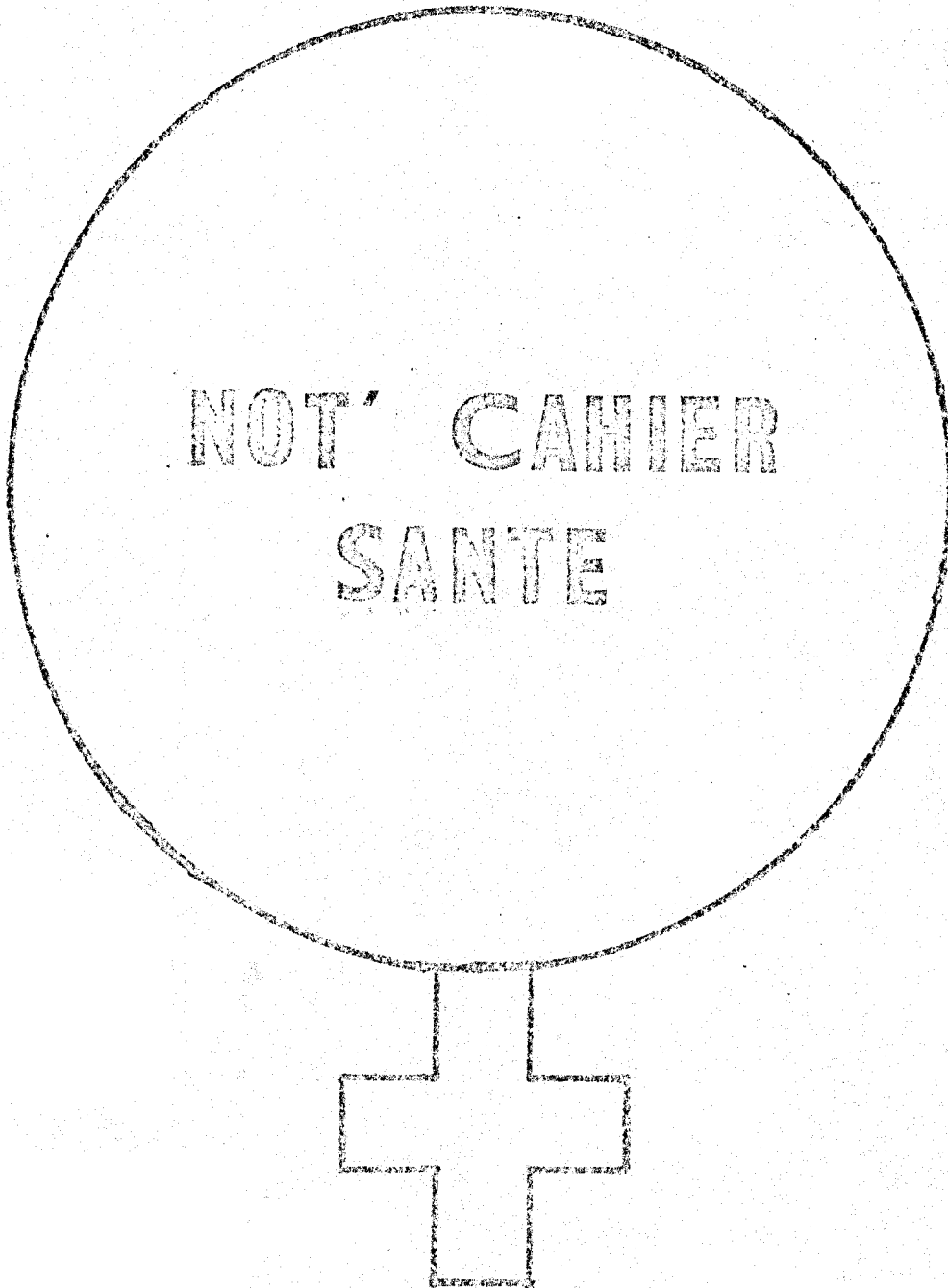


FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES



JANVIER 1983

VOLUME 1, NUMERO 2

TABLE DES MATIERES

	Pages
. EN GUISE D'INTRO	1
. ENQUETE SUR LA SANTE DES FEMMES: RAPPORT D'ETAPES	2
NOUVELLES D'ICI	
. UNE MAISON DE NAISSANCE A STE-JEANNE D'ARC: LA LUTTE CONTINUE	4
. TRAVAIL ET SANTE DES FEMMES	8
. CHOMAGE, STRESS ET ... SANTE DES FEMMES	9
. LA SANTE DES FEMMES EN PRISON: une réalité peu connue	11
. DEPO-PROVERA: LA FERTILITE DES FEMMES PRISE EN OTAGE	15
NOUVELLES D'AILLEURS	
. UNE EXPERIENCE EN SANTE DES FEMMES AU NEW HAMPSHIRE	19

EN GUISE D'INTRO

Après avoir fait état dans le premier numéro de Not' Cahier Santé de tout ce qui est ressorti à l'assemblée générale de juin 1982 relativement à la santé des femmes, il nous a été plus facile pour ce numéro-ci d'en diversifier le contenu. Et YOUPI! le Cahier est devenu une production collective à la permanence provinciale, toute la gang aimant écrire.

Notre préoccupation de départ était de rendre compte des diverses réalités qui composent la santé des femmes tant au niveau d'expériences pratiques que de dossiers abordant des sujets qui nous intéressent, qui nous concernent. Nous souhaitons être sur la bonne voie. Aussi plus il y aura de femmes prenant en mains l'écriture du Cahier, plus nous nous assurons d'une diversité dans le contenu.

Même si la formule est un peu différente de l'ancien Bulletin, il demeure que vous êtes fortement invitées à nous faire part de vos commentaires. Et même davantage... A PARTICIPER! Si vous avez des documents que vous jugez intéressants à reproduire, des activités, des luttes qui se passent dans votre région et dont vous aimeriez faire état, de bonnes jasettes que vous avez eues et que vous souhaiteriez partager... eh bien! Not' Cahier Santé est là pour ça!

Bonne lecture
de l'équipe en quête d'écritures

ENQUETE SUR LA SANTE DES FEMMES: RAPPORT D'ETAPES

En fait nous devrions plutôt dire "enquête auprès de groupes de femmes intervenant sur la santé".

Où en sommes-nous dans cette enquête?

Soulignons d'abord qu'à la rencontre du conseil d'administration de novembre 1982, les associations présentes ont décidé d'entreprendre le travail d'enquête auprès de groupes de femmes dans leur région respective. Pour les femmes des associations qui interviennent ou veulent intervenir en santé des femmes, c'est là une occasion réelle pour créer et éventuellement développer des liens avec des groupes de leur milieu. C'est là une démarche importante par les temps qui courent où toutes, nous avons besoin de recharger nos piles.

Pour sa part, la permanence a rejoint ce qui est de l'ordre des regroupements provinciaux et touche les régions où la Fédération est absente: Estrie, Laurentides-Lanaudière, Montérégie, Québec, Saguenay-Lac St-Jean et certains groupes de la Côte-Nord.

Petite chronologie passée et à venir:

- . décembre 1982: envoi aux associations et autres groupes du questionnaire d'enquête: un peu plus d'une cinquantaine.
- . mi-janvier 1983: rappel auprès des associations pour voir si tout se passe bien et rappel également auprès de certains groupes afin de les inciter à répondre au questionnaire (groupes rejoints par la permanence);
- . fin janvier 1983: période limite pour le retour des questionnaires au bureau de la Fédération;
- . février 1983: systématisation des informations reçues via le questionnaire et certains documents d'analyse (réflexion sur santé des femmes, expériences, etc.);
- . mars 1983: rédaction du rapport d'enquête;
- . avril 1983: dactylographie et envoi du document aux associations.

Ainsi, les associations bénéficieront de quelques semaines pour prendre connaissance du rapport et en discuter à leur guise avant la tenue de l'assemblée générale annuelle.

Ce sont les grandes lignes de l'évolution du travail. Cependant, au jour le jour, plein de choses s'annoncent, venant alimenter l'ensemble du dossier santé des femmes. Par exemple, l'établissement de contacts avec des groupes de femmes des autres provinces canadiennes, aux Etats-Unis et éventuellement de certains pays européens. Le dépistage d'ar-

tiques, de bouquins portant sur différents aspects de la santé. L'appui à des luttes: avortement, maison des naissances, etc.. Le suivi de dossiers tels l'ovule, le depo-provera, le D.E.S. (médicament donné aux femmes dans les années '50 et dont les effets se manifestent aujourd'hui); de nouveaux dossiers également qui soulèvent des questions particulières, ex.: l'herpès et ses effets sur la liberté sexuelle, les mères-porteuses, etc.

Notre leitmotiv à la permanence est à l'effet de trouver les meilleurs moyens pour faire circuler la somme d'informations que nous avons entre les mains. Actuellement, cela se traduit par la présentation au conseil d'administration de dossiers d'action; l'enquête menée auprès de militantes en santé des femmes apportera des données plus précises sur ce qui se fait dans ce domaine; et finalement, privilégier plus que jamais l'utilisation de Not' Cahier Santé comme principal véhicule à la circulation de l'information.

Nous croyons qu'en maintenant des dossiers à jour, en étant solidaires de luttes qui se mènent, en développant de plus en plus un travail de concertation avec d'autres groupes, nous nous assurons de maintenir le dynamisme nécessaire à la démarche de réflexion au sein de la Fédération et ses groupes-membres et pour en arriver à débloquer sur du concret. Comme dans tout, les étapes se franchissent l'une à la suite de l'autre; il reste qu'avant de passer à cet "autre" un minimum de stimuli est nécessaire, voir même vital pour les raisons suivantes: s'encourager dans ce que l'on fait, s'assurer que l'on est sur la bonne voie, atteindre des résultats concrets. Bref, ces stimuli on les retrouve en brisant notre isolement par des échanges avec des femmes ayant des préoccupations semblables ou identiques aux nôtres, par des activités, si minimes soient-elles.

Nouvelles d'ici

UNE MAISON DE NAISSANCE A STE-JEANNE D'ARC; LA LUTTE CONTINUE

Une maison des naissances, c'est quoi?

Une maison de naissance est un environnement physique et humain pour accoucher, mettre au monde des enfants:

- . Ensemble global permettant à la femme et au couple de se sentir à l'aise tout au long du travail, (espace, équipement et matériel semblables à ceux d'un logement);
- . Chambres de naissance en nombre suffisant pour répondre à la demande croissante, équipées pour favoriser la participation du père, et autres, et pour faciliter les diverses positions de l'accouchement;
- . Salles de travail agréables, confortables, pour les accompagnatrices;
- . Salles d'accouchement bien équipées pour les cas de complication;
- . Chambres favorisant une cohabitation après l'accouchement avec le conjoint et le bébé;
- . Pouponnière organisée "humainement" pour les cas où la cohabitation n'est pas possible ou pas souhaitée.

Une maison de naissance, c'est aussi un endroit où les femmes et les couples peuvent se retrouver pendant l'attente et après la naissance de leur enfant, un lieu où se référer:

- . Local de rencontre pré et post-natal, proche du lieu de l'accouchement. Cette promiscuité permet de se familiariser avec l'environnement et l'ambiance, d'échanger entre futurs et nouveaux parents;
- . Banque d'information, de documentation et de référence sur les différentes ressources disponibles en périnatalité. (1)

Tout cela exige du personnel continuité, polyvalence et multi-disciplinarité. (1) D'où la nécessité de s'appuyer sur les acquis d'équipes d'obstétrique-gynécologie qui ont déjà réfléchi à leur pratique, ont su la modifier pour mieux l'adopter aux besoins des femmes, sont prêtes à relever le défi d'un projet de maison de naissance et bénéficient, à leur travail, d'un ensemble de conditions administratives leur permettant d'aller de l'avant. C'est pour toutes ces raisons qu'un hôpital universitaire n'offre pas actuellement les conditions propices à la réalisation d'un tel projet.

Jasons-nous d'un rêve? Non, nous venons de décrire l'objectif d'une lutte réelle déclenchée par des femmes, à Montréal, en juin dernier, au moment où le M.A.S. s'apprêtait à mettre en oeuvre sa politique de rationalisation des soins.

L'Hôpital Ste-Jeanne D'Arc et le M.A.S.: en face à face depuis 1974

Motivé par le seul impératif de récupérer des fonds publics et de les réaffecter indépendamment des besoins sociaux alors exprimés, le gouvernement libéral avait déjà élaboré, en 1974, un projet visant à rationaliser les soins dans les différentes régions du Québec. L'opération prévoyait le changement de vocation de certains hôpitaux et la fusion de certains services s'obstétrique. En fait, elle a donné lieu au changements de vocation des hôpitaux de La Miséricorde à Montréal et à Québec et, du côté anglophone, à la fermeture des départements d'obstétrique des Hôpitaux Catherine Booth, Reddy Memorial et Queen Elizabeth de Montréal. (2) L'Hôpital Ste-Jeanne D'Arc, lui aussi menacé de changer de vocation, avait alors exercé des pressions à l'endroit du gouvernement qui avait reculé.

Le Ministre responsable de l'application de cette politique ne s'appelle plus Claude Forget mais Pierre-Marc Johnson, Ministre des Affaires Sociales de l'actuel gouvernement. Il n'a pas modifié véritablement les objectifs poursuivis par son prédécesseur; il a plutôt déterminé de nouvelles cibles, pressé en ce sens par des représentants des hôpitaux universitaires.

On peut penser que le C.S.S.S.R.M.M. est lui aussi responsable de la situation dans laquelle se retrouve aujourd'hui l'Hôpital Ste-Jeanne D'Arc. En février 1981, un comité (d'étude) d'obstétrique-gynécologie était créé au sein de la Commission administrative des services médicaux du C.S.S.S.R.M.M. ... (son) mandat (était) de dégager des orientations relatives au développement et à la rationalisation des services... de la région de Montréal. (2) L'étude devait par la suite être déposée et examinée par différents paliers administratifs et décisionnels avant d'aboutir sur le bureau du Ministre. Dès l'automne suivant, des media transmettaient une fuite: 6 hôpitaux de Montréal perdraient bientôt leurs départements d'obstétrique au profit de voisins ultra-spécialisés. (2)

A la fin octobre, l'Association pour la Santé Publique du Québec - qui avait reçu 156 000,00\$ du M.A.S. pour organiser, un an auparavant les colloques régionaux "Accoucher, se faire accoucher" déposait son rapport-synthèse et soumettait publiquement ses 3 recommandations:

- . que les femmes aient accès à une information complète durant la période de grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance d'un enfant;
- . que soient développées des possibilités alternatives à l'accouchement actuel en milieu hospitalier tels que: la mise sur pied de maisons de naissance et, comme mesure transitoire, de chambres de naissance dans les unités d'obstétrique des établissements de santé;
- . que soit légalisée la pratique des sages-femmes au Québec. (3)

Au même moment, la rumeur se précisait à l'effet que les départements d'obstétrique des hôpitaux montréalais suivants seraient fermés: Fleury, Verdun, Général de Lachine, Ste-Jeanne D'Arc, Bellechasse, et que les chambres des naissances de Beauceville étaient elles aussi menacées de fermeture.

Enfin, au printemps suivant, en mai 1982, le M.A.S. fait parvenir un avis aux hôpitaux concernés par l'opération rationalisation des soins. Il annonce la fermeture de six des 19 services d'obstétrique de la région métropolitaine: aux cinq hôpitaux mentionnés plus haut vont s'ajouter l'Hôpital Général de Montréal. Le Ministère prévoit ainsi faire une économie de 2,5 millions\$. De plus, trois hôpitaux se verront transformer en centres pour malades chroniques: Reddy Memorial, Hôpital Thoracique de Montréal et ... Ste-Jeanne D'Arc!

Sauvons Ste-Jeanne D'Arc!

Un mois plus tard, fin juin, la mobilisation s'enclenche: bénéficiaires, usagères et usagers, employées-és et personnel médical, administration, groupes de femmes et groupes communautaires vont signifier leur refus de changement de vocation et à la fermeture du département d'obstétrique de cet hôpital du centre-ville. Le rapport de force que les opposantes-ts tentent d'établir face au M.A.S. au cours des mois suivants subit des hauts et des bas et sept mois plus tard nous pouvons dire que la reprise d'un autre souffle s'impose.

L'évolution de la lutte tient aux multiples intérêts mis en présence dans l'opération "Sauvetage". Depuis le début, comme il fallait s'y attendre, ils se précisent, s'affirment. Chacune des parties en cause n'a pas le même poids dans la balance du pouvoir; leur convergence et leur conciliation nécessitent lucidité et efforts de part et d'autres.

Où sont les femmes?

Qu'elles soient médecins, infirmières, militantes de groupes intervenant sur la santé des femmes et les soins à l'accouchement, travailleuses et usagères, les femmes impliquées dans cette lutte sont elles-mêmes traversées par des contradictions ... et elles le savent. La capacité d'unité dont elles font preuve depuis le début devrait leur permettre de constituer encore un des principaux axes d'opposition concernés dans le conflit face au M.A.S.. Sauront-elles affirmer cette force tout en renforçant les alliances, élargir la solidarité nécessaire tout en maximisant le potentiel des énergies éventuellement disponibles? Il est actuellement évident qu'il en va d'elles et d'autres femmes, regroupées ou non, concernées aussi par cette bataille. Sans compter que le M.A.S. n'offre pas encore une quelconque volonté réelle de négocier.

Elargir la coalition

Le comité pour la maison de naissance (4) a initié et participé à un certain nombre d'action au cours des derniers mois: manifestations, pétitions, lettres au Ministre, occupation, discussion élargie en vue d'élaborer le projet de maison de naissance, rencontres avec des journalistes et émissions de communiqués de presse, rencontre enfin accordée par l'adjointe au chef de cabinet de Pierre-Marc Johnson.

En décembre dernier, le comité a convoqué une réunion à laquelle ont participé une quarantaine de femmes et quelques hommes représentants de différents organismes ou corporations concernées par la lutte. Une coalition d'appui ponctuel a été constituée; le lendemain, un télégramme parvenait au Ministre Johnson, dans lequel on réitérait la demande d'une rencontre. Après de multiples tentatives, la rencontre est finalement fixée au 11 mars prochain. D'ici là, la coalition se sera à nouveau réunie, des journalistes auront été convoqués-és et on leur demandera de produire des articles de fonds sur le sujet. De plus, des militantes du P.Q. auront probablement soulevé la question de la maison de naissance à Ste-Jeanne D'Arc lors du Conseil National du parti qui doit se tenir les 29 et 30 janvier prochain... à moins qu'il soit reporté en raison de la manifestation prévue par le Front Commun.

Jusqu'où irons-nous dans cette bataille particulière qui s'inscrit dans le mouvement québécois pour l'humanisation des soins à l'accouchement? Quelle en sera l'issue? Elle ponctue très certainement la conjoncture présente, et tout acquis sur ce terrain particulier constituera un support supplémentaire à nos autres luttes. (5)

Notes

1. Projet de maison de naissance à Ste-Jeanne D'Arc, par le comité pour la maison de naissance, novembre 1982.
2. Fermeture de départements d'obstétrique, rien n'est encore décidé, Huguette Roberge, dans La Presse du 12 septembre 1981.
3. Un rapport synthèse, La femme enceinte voudrait mieux savoir, dans Le Droit du 2 novembre 1981.
4. Le comité pour la maison de naissance est constitué du Centre de Santé des Femmes de Montréal, Naissance-Renaissance, d'usagères, de médecins et d'infirmières de l'Hôpital Ste-Jeanne D'Arc.
5. Un dossier plus complet a été envoyé aux membres du conseil d'administration de la Fédération; s'y référer pour plus d'informations.

TRAVAIL ET SANTE DES FEMMES

La détérioration des conditions de travail provoque des réactions physiques et psychologiques qui affectent de plus en plus la santé des travailleuses et travailleurs. C'est ce qui ressort d'une recherche effectuée sur plusieurs années par Donna Mergler et Karen Messing, toutes deux professeures en sciences biologiques à l'Université du Québec à Montréal.

Dans un article paru dans La Presse du 8 décembre 1982, les auteures font un portrait peu reluisant de la situation. Elles se sont penchées plus particulièrement sur le cas du secteur hospitalier où, majoritairement, ce sont des femmes qui y travaillent.

Selon elles, depuis quelques années déjà les conditions de travail du secteur hospitalier font l'objet de nombreuses critiques: manque de ventilation dans les laboratoires, expositions à des sources de radio-activité ou à des solvants provoquant l'intoxication, efforts physiques excessifs pour soutenir des patients impotents, etc.. Aujourd'hui, il faut ajouter à ces problèmes ceux liés à une cadence et une charge de travail de plus en plus élevées en raison de coupures de postes, de redéfinition de tâches, etc.. Le résultat: un épuisement physique et psychologique relié au stress au travail.

Comment se manifeste cet épuisement? L'article relate ce qui suit. Le jargon médical nomme ce phénomène "burnout". Parmi les symptômes physiques notons: l'insomnie, les ulcères, les migraines, maux de dos, de cou, etc.. Au niveau psychologique, sentiments et attitudes se modifient: perte d'efficacité, insatisfaction, irritabilité, rigidité, résistances aux changements, etc.. En élargissant leur enquête au secteur privé, les professeures Mergler et Messing constatent que les problèmes sont les mêmes et pour des raisons identiques.

Quant aux solutions à préconiser, elles indiquent qu'il ne suffit pas d'identifier les conditions de travail et leurs effets sur la santé mais qu'il faut aussi, de toute urgence améliorer les conditions de travail. En ce sens, elle lancent un appel, en particulier aux femmes, à l'effet d'appuyer concrètement les revendications et luttes du secteur hospitalier et du secteur public en général.

CHOMAGE, STRESS ET...SANTÉ DES FEMMES

Nous sommes toutes douloureusement conscientes que nous vivons actuellement une période de crise économique et sociale qui va en s'accroissant.

On associe le chômage à une diminution du pouvoir d'achat et à une insécurité financière qui ne pourra qu'augmenter pour un grand nombre d'entre nous. Mais on pense moins souvent aux conséquences qu'a sur la santé, le stress causé par cette situation.

Le journal "L'actualité médicale" du 17 novembre 1982, dans un article de Ginette Boucher intitulé Le chômage ronge l'équilibre mental et physique, fait état des conséquences que peut avoir le chômage sur la santé mentale.

Dans la situation actuelle, nous avons cru intéressant de vous en faire une liste sommaire.

- Augmentation considérable du taux de suicide.
- Augmentation de la violence (sexuelle ou autre) faite aux enfants.
- Hausse sensible des admissions en milieu psychiatrique.
- L'abus de l'alcool et du tabac ou un désordre psychique entraînent chez la femme enceinte un stress qui influence l'enfant.
- 75% des chômeurs-euses vivent des difficultés familiales.
- La courbe de la mortalité infantile suit la courbe du chômage avec un retard d'un an.

L'article mentionne en outre que c'est non seulement le chômage mais aussi tout le climat social qu'il entraîne qui a des répercussions sur la santé.

Finalement, l'article affirme, sans préciser davantage, que l'homme serait plus vulnérable face au chômage que le serait la femme.

Cependant, une lecture même rapide des méfaits du chômage sur la santé nous démontre que la femme ne peut qu'en être directement ou indirectement touchée: qu'on pense seulement à la violence faite aux enfants, à l'influence du stress sur l'enfant à naître ou, encore, aux abus d'alcool et de tabac.

Bref, de quoi nous faire réfléchir sur la situation de milliers de femmes (dont peut-être soi-même) sur un aspect de la vie qui influence notre santé, sur les moyens à prendre pour contrer ce mal social qu'est le chômage.

Quant aux solutions que préconise l'article, elles nous semblent bien minces: poursuivre ses activités, parler de sa situation, faire du bénévolat. Il faudrait probablement ajouter l'importance de participer à la lutte pour un changement social en profondeur.

LA SANTE DES FEMMES EN PRISON: une réalité peu connue

C'est la première fois qu'à la Fédération nous abordons les problèmes de santé chez les femmes en prison. C'est une réalité qui jusqu'à maintenant nous échappait. Nous avons tendance à les oublier ces femmes, à ne pas nous préoccuper des difficultés particulières qu'elles vivent. Nous les croyons très marginales. Est-ce si vrai que cela? N'est-ce pas plutôt l'ensemble de nos préjugés qui nous amène à les marginaliser plus qu'il ne faut?

Si une femme se retrouve en prison c'est sûrement qu'il y a de bonnes raisons. Donc pourquoi nous questionner sur leur sort? Pourquoi chercher à améliorer leurs conditions de détention? Pourquoi appuyer leurs revendications?

Tenant compte de tout le processus d'ouverture de la Fédération vers la santé des femmes, il nous est apparu important d'aller chercher des informations sur les problèmes particuliers de santé auxquels sont confrontées les femmes en prison. Ceci pour mieux comprendre ce qui se passe lorsqu'une femme est "en-dedans" mais aussi pour développer notre propre niveau de conscience face à cette situation.

Nous avons donc contacté l'Office des Droits des Détenues (O.D.D.) de la Ligue des Droits et Libertés qui nous a fourni un dossier fort intéressant sur ce sujet. Nous tenterons du mieux que nous le pourrons de vous faire le portrait de cette réalité.

Ces femmes en prison qui sont-elles?

Nous parlions de préjugés tantôt. Nous pouvons difficilement nier qu'ils existent. Spontanément nous croyons que ces femmes sont essentiellement des prostituées, des femmes qui battent et dans certains cas tuent leur(s) enfant(s), des voleuses, des droguées, etc.

Or, il apparaît qu'historiquement ce sont les femmes les plus démunies, celles ayant des conditions de vie difficiles et se révoltant contre cette situation que l'on retrouve en prison. La criminalité chez la femme a toujours existé mais elle serait devenue plus visible depuis la dernière guerre mondiale. Sans doute parce que depuis cette période la femme est plus visible dans la société: accès au travail, prises de responsabilités, plus grande autonomie. Malgré cette plus grande "visibilité" de la femme, les caractéristiques qui lui sont attribuées demeurent les mêmes. A travers les temps, un certain paternalisme a toujours considéré la femme comme un être irresponsable et insignifiant, en refusant à celle-ci de réagir aux rôles qui lui sont imposés: celui de femme-objet ou de mère responsable de la famille. La violence est également refusée à la femme. Nous oublions donc facilement que la criminalité féminine est soit très associée au rôle de mère responsable de la famille soit liée à celui de femme-objet et qu'ainsi elle s'inscrit comme conséquence aux modèles imposés.

Répression vs agressivité

Il semble qu'en prison plus qu'ailleurs les modèles sociaux soient très forts. La loi écrite n'est pas seule juge mais également les critères moraux et sociaux. Faut-il s'étonner qu'en prison on considère comme étant les plus dangereuses, les plus violentes celles qui ne répondent pas aux critères de féminité i.e. les lesbiennes. La répression à leur égard est très forte. Elle l'est également pour toutes celles qui réagissent aux pressions créées par les conditions de détention. L'agressivité, sentiment que l'on refuse aux femmes dès le départ, se développe. Les femmes retournent souvent cette agressivité contre elles-mêmes par le biais de l'auto-mutilation tant psychologique que physique. Aucune aide particulière n'est accordée à ces femmes. Les tentatives de suicide, les actes d'auto-mutilation, etc. sont punis en envoyant les femmes au "trou" ce qui ne fait qu'empirer leurs problèmes.

Qu'en est-il des soins médicaux?

Nous pourrions les résumer ainsi "j'prend mes valliums trois fois par jour pour tenir le coup!" En prison plus qu'ailleurs le droit à la santé et à des services adéquats est nié. Résumons brièvement la situation générale:

- . au nom d'on ne sait quoi, il y a ration quotidienne pour toutes les femmes de pilules, drogues dites légales, calmants, etc. devant se consumer sur place;
- . des services peu accessibles et un médecin peu disponible. Des cliniques sont ouvertes certains jours seulement et à des heures limitées; les rencontres avec le médecin se font qu'à ce moment-là;
- . l'impossibilité de choisir son médecin. C'est le médecin affecté à l'institution carcérale en question qui décide de la pertinence ou de la nécessité pour une femme de rencontrer un spécialiste;
- . un personnel peu compétant: il arrive que des personnes s'improvisent infirmières ou infirmiers;
- . des soins inacceptables, par exemple des fouilles rectales et vaginales effectuées sur plusieurs femmes sans changer de gant.

Les problèmes très particuliers vécus par les femmes

Infirmierie et psychiatrie: les détenues de ces secteurs ont, semble-t-il, un horaire différent des autres. Il est long, soit de 8 hres am à 21 hres pm. Durant ce temps aucune activité n'est prévue si ce n'est que de faire du ménage. Cette situation engendre entre autres comme conséquence, une plus grande consommation de médicaments et de traitements psychiatriques.

Maternité: dans les faits, le droit à la maternité est peu reconnu. De fortes pressions sont exercées sur les femmes à l'effet qu'elles cèdent leur enfant à l'adoption. Même si certains règlements prévoient un minimum de soins particuliers il semblerait que dans la réalité ceux-ci ne sont pas respectés. Aussi, les femmes en sont à revendiquer la présence d'une gynécologue, une nourriture particulière pour les femmes enceintes, l'accès à des institutions pour obtenir les soins nécessaires à leur état de grossesse, pour suivre un cours prénatal, etc.. La femme enceinte est soumise aux mêmes règlements que toutes les autres, même en ce qui a trait à la réclusion au "trou" avec tout ce que cela comporte de dangers pour son état.

Contraception et avortement: les femmes n'ont pas droit au moyen contraceptif de leur choix. L'avortement est totalement refusé.

Les revendications

Les 19 et 20 novembre 1982, l'Office des Droits des Détenue(e)s de la Ligue des Droits et Libertés tenait un colloque sur les soins en milieu carcéral. Plusieurs propositions y furent adoptées dont les suivantes se rapportent aux problèmes spécifiques des femmes en détention:

- . Il est proposé qu'une détenue puisse poursuivre sa grossesse ailleurs qu'en détention et y vive avec son bébé au moins huit mois. A l'expiration de ce délai, si le bien-être de l'enfant l'exige, cette période doit être prolongée aussi longtemps que nécessaire.
- . Il est proposé qu'un lieu soit aménagé pour que la détenue puisse rencontrer ses enfants dans des conditions telles que celles qui existent à Kingston.
- . Il est proposé que soit aménagé dans l'enceinte de l'institution, un endroit (exemple roulotte) pour permettre aux détenues de vivre un 48 heures avec son ou sa conjointe et ses enfants.
- . Il est proposé que les détenues enceintes ou malades puissent obtenir une alimentation que nécessite leur état.
- . Il est proposé que les recommandations d'un(e) professionnel(le) de la santé ne puissent être annulées par la sécurité de l'institution de Tanguay.

Ajoutons à ces propositions celle portant sur "la liberté d'être traitée par le médecin de son choix".

Le présent article ne fait pas état de tous les problèmes de santé existant en milieu carcéral; les exemples apportés n'ont pas été vus en profondeur. L'intention de départ était de prendre connaissance de ce dossier par un survol général de la situation des femmes en détention.

Si vous êtes intéressées à en connaître davantage, nous vous demandons de nous en informer. Il nous sera alors possible de creuser un peu plus les aspects particuliers vécus par les femmes.

Sources:

- . "Femmes en détention", dans Face à la Justice, revue de l'Office des Droits des Détenu(e)s de la Ligue des Droits et Libertés, vol. IV, no. 2-3, mars-juin 1981, 16 pages.
- . "Les soins médicaux dans les institutions carcérales", "Les détenues comme animaux de laboratoire", Face à la Justice, vol. III, no. 6, vol. IV, no. 1, novembre-décembre 1980, janvier-février 1981.
- . Rapport des propositions adoptées au colloque des 19 et 20 novembre 1982 "Les soins de santé en milieu carcéral", Office des Droits des Détenu(e)s de la Ligue des Droits et Libertés.

DEPO-PROVERA: LA FERTILITE DES FEMMES PRISE EN OTAGE

Ce n'est pas un sujet nouveau, il en a été fait mention dans des articles du Bulletin de la Fédération (1). Pourquoi le ramène-t-on maintenant? Eh bien, il semble que c'est un sujet qui soulève encore beaucoup de questions et de controverse si l'on se fie à différents articles parus ces derniers mois.(2)

Pour nous situer, rappelons ce qu'est le Depo-Provera et ses effets sur la santé des femmes. Nous verrons par la suite les raisons de sa controverse et les questions que cela soulève.

Le Depo-Provera est un médicament produit par la compagnie américaine Upjohn (Michigan). A l'origine il a été développé pour soigner l'endométriose (2), prévenir les fausses-couches et soulager les douleurs causées par le cancer de l'endomètre. Plusieurs pays du monde, y compris les Etats-Unis, s'en sont servis à ces fins.

Plus tard, la compagnie Upjohn a voulu faire reconnaître son produit comme moyen contraceptif. Le gouvernement américain a refusé de le faire étant donné que les études en laboratoire se sont avérées peu concluantes surtout en ce qui a trait aux effets secondaires à moyen et long terme. Upjohn a contourné cet interdit en faisant fabriquer son produit au Canada. Ainsi les barrières pour fins d'exportation se levaient et le Depo-Provera fut expédié principalement dans les pays du Tiers-Monde. Notons qu'en tant que contraceptif, le Depo-Provera est également interdit au Canada, sauf réserves: nous verrons lesquelles tantôt.

A partir d'études en laboratoire et d'observation chez les humains, il est possible d'anticiper sur les effets à long terme reliés à l'utilisation d'un tel contraceptif (4):

- stérilité temporaire ou permanente;
- anémie;
- diabète;
- maladies utérines;
- malformation des fœtus chez les femmes enceintes porteuses du Depo-Provera;
- cancer du col de l'utérus, de l'endomètre, du sein.

Pour ce qui est des effets secondaires connus, la liste est aussi longue(5):

- malaises abdominaux;
- perte de pulsions sexuelles;
- augmentation ou perte de poids;
- état dépressif;
- maux de tête;
- chute de cheveux;
- nausées;
- perturbation du cycle menstruel;
- douleurs aux seins.

Et malgré tout, sa distribution et son utilisation se poursuivent! On est en droit de se demander pourquoi il en est ainsi.

Faut-il s'étonner lorsque l'on nous dit que ce contraceptif est expérimenté sur les femmes du Tiers-Monde? Que c'est dans des pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine qu'il est le plus utilisé et, dans certains cas, par le biais de programmes de planification des naissances imposés à la population? Selon des chiffres avancés par le journal Communiqu'Elles, plus de cinq (5) millions de femmes dans plus de 80 pays sont susceptibles d'être touchées par les effets de ce contraceptif.

Par ailleurs, on nous apprend que l'Organisation Mondiale de la Santé, (O.M.S.), des agences de développement, des centres de planification familiale approuvent le Depo-Provera comme moyen contraceptif. Parmi ces gens il en est qui diront que "rendre le Depo-Provera accessible à des fins contraceptives est un acte responsable"... que le mouvement anti-Depo "vise à renforcer la cause de ceux qui s'opposent au planning des naissances"(6). On va même jusqu'à dire que ce moyen contraceptif comporte autant d'avantages et d'inconvénients comparables à n'importe quel autre contraceptif. On nous laisse entendre également que les femmes qui l'utilisent sont aptes à décider elles-mêmes si les avantages valent bien les quelques inconvénients. Or s'il est vrai que dans certains pays le Depo-Provera est imposé comme moyen contraceptif, lorsque l'on sait de façon générale, que peu ou pas d'information est donnée aux femmes quant aux effets secondaires liés à l'utilisation de médicaments, de contraceptifs, on est en droit de se poser des questions quant au sens à donner aux déclarations de ces nobles organismes internationaux et sur leur apparente neutralité.

En fait, il semble que l'argument majeur invoqué par ces intervenants et certains gouvernements repose sur des politiques de contrôle de la population. Ces politiques sont expliquées d'une part par un contrôle sur la croissance du nombre de gens pauvres dans un pays dans le but de conserver les ressources dont dispose le pays en question (ex.: l'alimentation). D'autre part, elles visent le contrôle sur la croissance du nombre d'immigrants afin de préserver la pureté de la race. Déjà, ces deux aspects liés à des politiques de contrôle de la population ont de quoi nous faire sursauter. Mais il y a plus. Ce qui n'est pas dit mais qu'il faut comprendre, c'est que ces arguments servent à cacher les véritables intérêts des gouvernements et de leurs alliés. On craint la croissance de la population parce qu'elle est associée à de plus grandes perturbations sociales. C'est donc une menace pour le système. Sous le couvert de la rareté des ressources, on retrouve une non-volonté de répartir équitablement ces ressources à l'ensemble de la population. Il se crée ainsi des monopoles par

rapport à l'appropriation des richesses d'un pays; dans la pratique, monopole et justice sociale ne vont pas très bien ensemble. Ces intérêts particuliers appartenant à une minorité, suffisent à justifier toutes sortes d'interventions auprès des populations dont l'utilisation de médicaments ou produits nocifs pour la santé et en particulier celle des femmes qui trop souvent servent de cobayes.

La santé ne pèse pas lourd contre la préservation d'intérêts politiques et économiques aussi forts. Un exemple, la revue "Environnement" indique qu'entre 1971 et 1976 la compagnie Upjohn a versé plus de \$4 millions en pots-de-vin à des fonctionnaires et politiciens de pays étrangers en vue de commercialiser son produit.

Au Canada, pays loin d'être au-dessus de tout soupçon, on songe à utiliser le Depo-Provera dans certains cas, mais lesquels? Les déficients mentaux, les femmes qui ne peuvent ou ne veulent utiliser d'autres méthodes contraceptives, songeons aux adolescentes, et finalement des femmes pour qui aucune autre méthode convient. Qui déciderait de le prescrire? Pourquoi ce possible revirement de la part du gouvernement canadien? On vous laisse réfléchir la-dessus et... c'est un dossier à suivre.

Notons cependant qu'il y a un groupe au Québec qui effectue des recherches sur les effets liés à l'utilisation du Depo-Provera. Celles à qui le Depo-Provera aurait pu être administré, celles qui veulent en savoir plus long sur les effets secondaires de ce produit peuvent rejoindre le Groupe de Recherche d'Intérêt Public, 2070 rue McKay, salle 399, Montréal.

an 15/12/85, c'est D.E.S. qui s'occupe de

(1) Bulletin de la FQPN: Novembre 1980, février et décembre 1981.

(2) KISFALVI, Vera, "Le Depo-Provera, une autre bombe à retardement", dans Communiqué Elles, vol. 8, no. 8, septembre 1982, pp. 5-7.

to - Maggie
482-3304

"Depo-Provera et santé maternelle", dans L'Environnement, Société pour vaincre la Pollution, vol. 9-3,9-4, oct.-nov. 1982, pp. 45 et 46.



"Le Depo-Provera: un contraceptif satisfaisant dans certains pays mais interdit en Amérique", Dans News-Nouvelles, Fédération pour le planning des naissances du Canada, vol. 3, no. 3, août 1982, pp. 15-16

Coalition nationale

MINKIN, Stephen, "Nine Thai Women had cancer..." dans Mother Jones, novembre 1981

Ottawa Coalition

on Depo Provera
a/s Brine Boncher

52 rue Arthur

Ottawa

K1R 7B9

- (3) Endométriose: affection gynécologique caractérisée par la présence de muqueuse utérine en dehors de sa localisation normale. L'affection se retrouve le plus souvent au muscle utérin, dans la trompe, à l'ovaire, à la cloison recto-vaginale.
- (4) Liste des effets secondaires relevée dans Communiqu'Elles, L'Environnement, Mother Jones.
- (5) Idem
- (6) Revue 'News-Nouvelles, Fédération pour le planning des naissances du Canada.

**Nouvelles
d'ailleurs**

UNE EXPERIENCE EN SANTE DES FEMMES AU NEW HAMPSHIRE

Il existe actuellement environ 200 Centres de santé des femmes aux Etats-Unis qui, globalement, rejoignent une dizaine de milliers de femmes. Il est intéressant de savoir qu'on considère ces centres un peu comme les "héritières" des premières cliniques de contrôle des naissances en ce sens qu'elles répondent à des besoins non comblés par la pratique médicale traditionnelle, tant au niveau de la qualité des soins que de l'approche au vécu spécifique des femmes dans le domaine de la santé.

Créé en 1974, le Centre de santé des femmes du New Hampshire est un de ces endroits. Il est organisé autour d'un concept de "culture féministe". Et dans le cadre de notre recherche d'information sur la santé des femmes nous avons tiré d'un reportage paru en 1981 dans "Studies in Family Planning", certaines informations susceptibles de nous intéresser et d'alimenter notre réflexion.

Les Services offerts

Avortement

De 1974 à 1980, le Centre a pratiqué 10,300 avortements à un coût très inférieur à celui exigé ailleurs (rappelons qu'aux USA les services de santé ne sont pas gratuits). Le prix demandé - 190\$ - comprend les frais de laboratoire, deux rencontres pré-avortement dont une individuelle et une collective et une visite post-avortement. La femme qui le désire peut se faire accompagner par un homme ou par une femme, selon son choix, et cette personne participe à toute la démarche d'avortement. Toutefois, si la femme est accompagnée d'un homme, celui-ci reçoit séparément l'information sur le déroulement de l'avortement. Cette décision a été prise après avoir constaté que lors des rencontres collectives les femmes étaient inhibées par la présence d'hommes qu'elles ne connaissaient pas.

Lors des diverses rencontres entourant l'avortement, l'accent est mis sur le vécu des femmes: leurs sentiments, leurs questions, leurs inquiétudes. Pour le Centre, il est également essentiel de respecter le libre choix des femmes face à l'avortement même si ce choix consiste finalement à continuer leur grossesse plutôt qu'à recourir à l'avortement. Enfin, pour faire face aux complications possibles, le Centre a établi des ententes avec les hôpitaux locaux.

Gynécologie

Au début le Centre n'offrait pas de services gynécologiques, même s'il semble naturel que de tels services prolongent ceux reliés à l'avortement. Cette période d'attente a permis au Centre d'établir sa réputation et de connaître sa clientèle. Finalement, suite aux besoins exprimés par les

femmes même, le Centre offre maintenant des services de soins gynécologiques avec une approche éducative de prise en charge. Entre autres, on offre aux femmes des solutions traditionnelles et non-traditionnelles à leurs problèmes - comme des traitements à base d'herbes ou des traitements à base de médicaments. Cela permet aux femmes de faire le choix qui leur convient le mieux.

Information

Grâce à sa pratique, le Centre a ramassé une banque importante d'information sur la santé des femmes et autres sujets connexes. Les femmes du Centre ont voulu partager cette information. Pour en faire bénéficier le plus grand nombre de femmes possible, le Centre a choisi de publier un journal trimestriel "Women Wise" dans lequel l'information fait particulièrement référence aux conditions de vie et à la mentalité locale. Sur un tirage de 4,500 exemplaires, 4000 sont distribués gratuitement dans 90 endroits stratégiques du territoire, alors que les autres copies sont envoyées aux abonnés. Il faut aussi noter que le journal n'est pas un organe de promotion du Centre - on en parle rarement - mais un outil d'information et de sensibilisation.

Counselling

Leurs contacts quotidiens avec les femmes ont permis au personnel du Centre de prendre conscience que les problèmes des femmes dépassaient largement leur santé physique et gynécologique. Le Centre a donc mis sur pied un Service de consultation féministe qui organise des rencontres de discussion sur différents sujets comme la solitude, l'autonomie, le vieillissement. Ce service est maintenant indépendant du Centre. Présentement appelé "Womenkind" le service est une ressource locale importante.

Recherche

Le Centre a été particulièrement impliqué dans le mouvement de re-mise en marché de la cape cervicale comme moyen contraceptif, en ce sens qu'il a été accepté comme un des endroits possibles où les femmes peuvent se le procurer. Cependant, avant d'offrir ce service, certaines membres du personnel ont elles-mêmes utilisé la cape afin de connaître le degré de satisfaction relié à l'utilisation de ce contraceptif. Cette méthode expérimentale a été développée pour se démarquer des dispensateurs-trices conventionnels-elles de services de santé qui, eux-elles, sont rarement des utilisateurs-trices.

Support aux groupes d'auto-santé

Le Centre ne se définit pas comme une expérience d'auto-santé puisqu'il offre des services directs de soins. En effet, pour les femmes du Centre, le point central de l'auto-santé est que les femmes peuvent obtenir l'information et l'habileté nécessaires pour prendre leur santé en charge; ceci implique un rejet plus ou moins complet de la médecine traditionnelle. Cependant, par son approche éducative aux soins de santé, le Centre utilise des techniques d'auto-santé. De plus, il supporte des groupes d'auto-santé composés de quatre femmes chacun. En deux ans, 10 groupes ont été formés, chaque groupe se rencontrant de quatre à six fois en raison de deux heures par rencontre. Suite à une première série de rencontre, toute femme qui désire former un ou des nouveaux groupes reçoit le matériel nécessaire pour le faire.

Formation

Le Centre organise aussi des sessions de formation pour des femmes professionnelles de la santé.

A travers la description des différents services offerts par le Centre, on peut saisir les principes qui guident l'approche du Centre envers leur clientèle.

- Les femmes qui viennent au Centre ne sont ni des clientes, ni des patientes, ni des usagères. Ce sont des femmes, et c'est ainsi qu'on les nomme afin d'éviter de leur donner un rôle passif sous-entendu dans les autres termes.
- Le Centre cherche à apporter une réponse dynamique aux besoins des femmes.
- L'objectif du Centre est de développer chez les femmes un sens des responsabilités face à leur santé et à d'autres aspects de leur vie.
- Il veut aussi contribuer à bâtir entre les femmes une identification positive face à leur situation de femmes.

Enfin, le Centre se perçoit non pas comme ayant une vision radicale de la santé mais comme un mouvement qui, par le biais des services en santé des femmes, vise à augmenter leur autonomie, leur sens des responsabilités face à elles-mêmes et la conscience de leur valeur et de leurs possibilités.

Dans tous les services qu'il offre, on retrouvera donc toujours: un accueil chaleureux, beaucoup de disponibilité, le respect intégral du choix des femmes et la possibilité de participation individuelle et d'implication de toutes.

Bref, le Centre de santé des femmes du New Hampshire est un centre pour les femmes, bâti par des femmes, dirigé par des femmes et dont le personnel est essentiellement composé de femmes.

Si vous voulez en savoir plus et si vous lisez l'anglais, nous pourrions vous faire parvenir l'article: BRUCE, Judith, "Women-Oriented Health Care: New Hampshire Feminist Health Center", Studies in Family Planning, vol. 3, nos 11 et 12, pages 353-363, octobre 1981.
