

# SANS PREJUDICE

... pour la santé des femmes

Hiver 1994  
no. 5

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

Les centres de santé des femmes nous permettent de reprendre notre pouvoir et notre savoir sur notre corps. Ils explorent de nouvelles façons de traiter des thématiques comme l'auto-examen, la contraception, la ménopause, l'obsession de la minceur, la jeunesse, la santé mentale, la sexualité, etc. On y retrouve des services de santé mieux adaptés aux besoins des femmes : écoute téléphonique, accueil et référence, ateliers et rencontres échanges, groupes de soutien, cliniques gynécologiques, services avortement, recherches et documentation. Chaque année, les centres de santé des femmes de Montréal, Sherbrooke et Trois-Rivières rejoignent en moyenne 60,000 femmes de toutes les régions du Québec.

## Le traitement des condylomes : un luxe!

Dernièrement en écoutant mon walkman, j'ai entendu parler du *deal* qu'avait fait la Fédération des médecins et la Régie de l'assurance-maladie. On s'entend en haut lieu pour inclure le traitement des condylomes à l'azote liquide (la cryothérapie) dans le tarif de l'examen médical. Cela signifie que, jusqu'au 1er février dernier, les médecins étaient payés 15\$ pour l'examen médical et 5\$ à 15\$ supplémentaires pour la cryothérapie. La nouvelle entente réduit les honoraires des médecins en éliminant le montant supplémentaire alloué. C'est, paraît-il, pratique courante depuis dix ans pour les dermatologues.

Cette entente résulte de l'effort que doivent faire les médecins pour répondre à la demande du gouvernement

## SOMMAIRE

Traitement des condylomes: un luxe!	1
Un débat public s'impose	2
Dernière préoccupation du M.S.S.S.	3
L'industrie pharmaceutique et la santé des femmes font-ils bon ménage?	7
La différence lesbienne	10
Sexe, santé et ados	11
Mon utérus et mes ovaires m'appartiennent	13
Nous avons des intérêts communs	14

québécois de réduire les coûts du système de santé et des services sociaux. Un effort qui ne fait pas l'affaire de tous et de toutes. La riposte de certains médecins n'a pas tardé à venir. *On devra faire payer le patient pour le matériel que ce traitement nous coûte.*

En soi, diminuer les revenus des médecins semble faire consensus au sein de la société. Avec une rémunération annuelle en 1989 de 115 000\$ et un taux de chômage de 0%, les médecins peuvent assumer une certaine diminution de leurs revenus. D'autant plus que les médecins spécialistes le font déjà. Par contre, si à chaque fois qu'on touche aux revenus de cette caste de privilégiés, on reçoit la facture par un autre biais, la société ne fait pas d'économies. C'est moi qui dois payer pour conserver aux médecins leurs privilèges.

Et quel prix aurais-je à payer? Là-dessus, pas moyens de connaître les vrais coûts de l'équipement nécessaire et de l'azote liquide. Des chiffres très différents me sont parvenus des médias. Alors, comme je ne connais pas les coûts réels du matériel médical, comment ferais-je pour savoir qu'on ne

fait pas indûment de profits à mes dépens? (par exemple, on sait que les prix d'un stérilet varient déjà de 35\$ à 85\$ d'une clinique à l'autre).

Je devrai magasiner mon traitement à l'azote liquide. Ce traitement est souvent très long et nécessite beaucoup de patience et de constance, car les condylomes sont souvent tenaces. De plus, certains types de condylomes peuvent dégénérer en cancer du col s'ils ne sont pas traités adéquatement. Bien des personnes à faible revenu, donc bien des femmes, ne pourront pas aller au bout du traitement.

Qui sera pénalisé par cette nouvelle entente entre la Fédération des médecins et la Régie de l'assurance-maladie?

Est-ce que les médecins seront les grands gagnants de cette entente compte tenu du bonus que le gouvernement leur a promis pour les économies réalisées et de la facture qu'ils nous refileront?

Une baladeuse écoeurée du pouvoir médical.

POLITIQUE

POLITIQUE

POLITIQUE

## Un débat public s'impose

La Coalition pour le maintien de la gratuité dans la santé, dont le Regroupement est membre, réclame l'arrêt immédiat de tout projet visant à diminuer la gamme des services couverts dans notre système de santé et de services sociaux ou à imposer des tarifs aux usagères et aux usagers.

En effet, des informations provenant de sources diverses indiquent que le ministère de la Santé et des Services sociaux envisage de désassurer plusieurs services jusqu'à maintenant accessibles aux Québécoises et Québécois. Les négociations en cours avec les associations de médecins aboutiront

vraisemblablement à la désassurance d'une série d'actes médicaux, et le ministère se préparerait également à interrompre le paiement des examens de la vue pour les enfants et les personnes âgées.

Tout laisse croire que d'autres projets de tarification, de désassurance et de privatisation sont examinés sérieusement au ministère. Ils pourraient être annoncés dans le cadre du programme de réduction des dépenses d'un milliard de dollars dans la santé et les services sociaux ou à la faveur du prochain budget du Québec. Pourtant, il a été démontré que la privatisation et la tarification haussent les coûts globaux de la santé et réduisent l'accessibilité pour les personnes à faible revenu.

L'universalité et l'accessibilité des soins de santé sont des principes auxquels tient la population du Québec. La Coalition croit que le gouvernement québécois ne détient pas la légitimité de porter atteinte à ces acquis collectifs.

L'imposition de tarifs sur les médicaments aux personnes âgées, la désassurance des examens de la vue et des soins dentaires aux enfants sont des mesures rétrogrades qui ont soulevé l'an dernier un tollé de protestations. C'est pourquoi la Coalition exige du gouvernement qu'il fasse marche arrière.

La Coalition réclame un temps d'arrêt dans le démantèlement de notre réseau de santé et de services sociaux. L'opposition aux projets de désassurance de médicaments et de services médicaux est suffisamment importante pour inciter le gouvernement à réviser ses positions. Il est urgent de tenir un véritable débat public au Québec sur la remise en cause des fondements de notre système de santé et de services sociaux.

Lise Lamontagne  
Regroupement

## **Dernière préoccupation du M.S.S.S. : le planning!**

La politique de la santé et du bien-être a été publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 1992. On peut y lire: *Sous forme d'objectifs précis et de stratégies simples, elle indique le cap sur lequel doivent converger tous les efforts, à tous les niveaux, d'ici dix ans, et pour chaque problème.*

On a examiné l'état de santé et de bien-être de la population pour déterminer les dix-neuf problèmes qui affectent le plus les Québécoises et les Québécois. La sélection de ces problèmes repose sur

les critères suivants : le nombre de personnes touchées, les effets néfastes sur l'individu, la sensibilité populaire au problème et la disponibilité de solutions efficaces.

Nous sommes en droit de nous demander pourquoi la planification des naissances ne fait pas partie de la politique de la santé et du bien-être. Est-ce parce qu'elle ne répond pas de façon satisfaisante aux critères retenus pour la sélection des priorités?

À notre avis, il ne peut s'agir du critère

visant le nombre de personnes touchées : la planification des naissances engage à toute fin pratique la grande majorité de la population adolescente et adulte. Le ministère reconnaît lui-même les besoins importants de la population face à la planification des services.

S'agit-il plutôt du critère des effets néfastes sur l'individu? Il apparaît impossible de considérer que la grossesse à l'adolescence, le haut taux de stérilisation chez les Québécoises, la progression alarmante des MTS, les grossesses non désirées et l'infertilité n'ont pas assez d'effets pour qu'on les juge prioritaires.

Par ailleurs, les femmes et les hommes se voient aujourd'hui reconnaître le droit de décider librement du nombre d'enfants qu'ils veulent mettre au monde et du moment propice à ces naissances; ce principe est déjà inscrit dans l'énoncé de politique en planification des naissances de 1972. Il nous semble donc que le critère de sensibilité populaire à la planification des naissances, c'est à dire aux choix que nous faisons au cours de l'existence en rapport avec notre capacité de nous reproduire, est acquise depuis plus de vingt ans.

Existe-t-il des solutions efficaces (critère #4)? Selon le ministère, on doit concevoir les services de planning comme un moyen de favoriser les choix des personnes. Non seulement ils peuvent prévenir des problèmes de fertilité ou traiter ces difficultés, mais ils contribuent aussi à permettre aux femmes d'entreprendre une grossesse dans des conditions plus favorables. Des services de planning adaptés constituent un outil de prévention

important à plusieurs égards.

En somme, le ministère aurait très bien pu inscrire dans sa politique de la santé et du bien-être la planification des naissances comme une priorité et un objectif à atteindre. C'est une problématique majeure, particulièrement pour les femmes, bien documentée par le mouvement des femmes et par le ministère lui-même et qui répond aux critères retenus pour fixer les priorités d'actions. La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles écrivait au sujet de la Politique de la santé et du bien-être : *Nous ne sommes pas en présence d'une analyse globale et d'une politique générale pour améliorer la santé et le bien-être des femmes. (...) Il y a fort à parier que les questions "oubliées" donc jugées non prioritaires ne feront pas partie des plans régionaux d'organisation de services.*

Les services en planification des naissances sont absents de la politique parce qu'ils ne constituent pas, selon le ministère, une problématique prioritaire. Par ailleurs, il a décidé, en 1987, de revoir l'organisation des services en planification des naissances et d'identifier des priorités à la lumière des besoins actuels de la population. Cet examen aurait dû se concrétiser par l'élaboration d'un document d'orientations en planification des naissances.

Le ministère a procédé à une large consultation au printemps 92. Il a analysé les rapports de consultation et a apporté les modifications nécessaires en juillet 93, en tenant compte également des priorités qui ont été établies dans la politique de la santé et de bien-être et dans la mise en oeuvre de la réforme.

À ce jour, le ministère n'a malheureusement pas adopté quelque orientation, ni défini des critères pour l'élaboration des PROS ou tout autre mécanisme approprié de concertation.

Qu'est-ce qui retarde la sortie publique des orientations en planification du ministère et sa mise en application? Quel en est l'impact?

Une question de gros sous peut-être. On estime à 17,5 millions les coûts actuels du planning en CLSC ou en centre hospitalier que ce soient les services courants ou les programmes spécifiques, les actes médicaux, les hospitalisations en soins de courte durée et les chirurgies d'un jour rattachées à la planification des naissances.

Il en coûterait environ 2,1 millions supplémentaires pour mettre en oeuvre les orientations en planification des naissances en terme de priorités d'action et organisation des services. Dans un contexte où la volonté politique maintes fois exprimée par le gouvernement québécois est de couper dans les services de santé et les services sociaux, il ne serait pas étonnant qu'on tarde à sortir un document dont les applications engendreraient de nouvelles dépenses.

Par ailleurs, Monsieur Marc-Yvan Côté nous avait fait part l'an passé de sa position face au dossier de l'avortement. *C'est un dossier difficile pour le ministère. Ça interpelle les valeurs du Monsieur et du Ministre.* Toutes les étapes administratives auraient pu être beaucoup moins longues qu'elles l'ont été. Son hésitation a sans doute contribué à ralentir le processus. Monsieur Côté ne voulait certes pas se retrouver à défendre ce dossier sur la place publique.

Les impacts de l'inapplication des orientations en planning sont nombreux. Dans sa politique en matière de condition féminine, le gouvernement québécois fait plusieurs constats relatifs à la planification des naissances. **Aucun correctif n'a été apporté aux situations suivantes:**

*L'information, l'éducation et les services relatifs à cette question ne sont pas facilement accessibles et disponibles. Plusieurs femmes deviennent enceintes sans l'avoir souhaité et plusieurs subissent chaque année une interruption de grossesse. (...) Les femmes reçoivent des informations souvent contradictoires ou incomplètes au sujet des liens qui peuvent exister entre les contraceptifs oraux et divers problèmes de santé. (...) Le recours à la stérilisation volontaire et le caractère définitif de ce type d'intervention donnent lieu à des regrets chez une proportion relativement importante de personnes. (...) En ce qui concerne les jeunes, l'absence ou l'échec de la contraception sont deux des facteurs importants de la grossesse à l'adolescence. (...) Vingt ans après la mise en place des programmes de planification des naissances au Québec, on doit constater que les besoins sont encore très grands dans ce domaine.*

De plus, le document de consultation sur les orientations en planification des naissances datant du printemps 92 établissait déjà l'impact du statu quo au niveau des services offerts. *Au niveau de l'organisation des services dispensés en planning auprès de la population par le réseau de la santé et des services sociaux plusieurs observations ont été faites depuis 1980 en ce qui a trait à la stagnation ou la régression des ressources affectées à ce domaine d'interventions, aux*

*difficultés liées à la concertation régionale et à l'absence de lignes directrices concernant la répartition des rôles entre les établissements.*

La régression des ressources c'est, à titre d'exemple, la récente remise en question du service d'avortement du CL.S.C. Marigot à Laval. C'est également les fermetures temporaires de services de planning dans certains centres hospitaliers, contraintes budgétaires obligeant, paraît-il. Enfin, c'est le sous-financement chronique des groupes communautaires qui offrent des services en planification des naissances.

Le document de consultation sur les éléments d'orientations en planning observait en 1992 *une répartition inégale des ressources entre les régions. Il y a des régions qui ne dispensent aucun programme spécifique en planning en CLSC ou en CH.*

*De plus, bien que des services d'avortement soient offerts de façon minimale dans toutes les régions, certaines n'ont qu'un seul point de service, d'autres n'offrent aucun service, d'autres n'offrent aucun service pour des grossesses ayant atteint 12 semaines et plus et la plupart, ne disposent d'aucune ressource pour les grossesses ayant atteint 15 semaines et plus.*

Le ministère a également estimé les coûts que les femmes doivent assumer, notamment pour les avortements. La politique en matière de condition féminine soutient que : *Une forte proportion des avortements (34,2%) ont été obtenus par l'intermédiaire de services communautaires ou privés et ont donc occasionné des débours allant de 75 à 200 dollars et parfois plus, sans*

*tenir compte des coûts de déplacement. (de perte de salaire, d'hébergement, de gardiennage, etc.)*

Considérant que le ministère est très bien placé pour connaître les besoins des femmes, les lacunes du système actuel ainsi que les impacts du statu quo sur les services en planification des naissances,

- Pourquoi le ministère n'a pas fait de la planification une priorité inscrite dans sa politique de la santé et du bien-être?
- Est-ce que Madame Lucienne Robillard choisira d'assumer sur la place publique l'organisation des services en planification des naissances y compris l'accessibilité et la gratuité des services d'avortement?
- Est-ce que l'inapplication des orientations en planning est un autre des programmes gouvernementaux pour favoriser la famille?
- Est-ce que le ministère évalue l'impact de l'inapplication de ses orientations en planning sur les femmes?
- Est-ce que les restrictions budgétaires aveugnent à ce point notre gouvernement?
- Est-ce qu'il aura une volonté politique pour faire cheminer rapidement ce dossier?
- De quelle façon le planning jugée moins prioritaire pourra-t-il recevoir l'attention et le financement des régions régionales ?

Le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, la Fédération

des associations de familles monoparentales du Québec, la Fédération du Québec pour le planning des naissances, L'R des centres de femmes du Québec, le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale et la Fédération des ressources d'héber-

gement pour les femmes violentées et en difficulté du Québec demandent une rencontre à Madame Lucienne Robillard pour éclaircir toutes ces questions.

Lise Lamontagne  
Regroupement

DOSSIER

DOSSIER

DOSSIER

## L'industrie pharmaceutique et la santé des femmes font-ils bon ménage?

Saviez-vous que :

- Dans certains pays, on offre un poulet ou un autre produit de consommation aux femmes qui acceptent les injections de Depo-Provera.
- Une femme médecin du Kenya affirmait en 1985 que le DES était toujours prescrit pour les complications de grossesse à l'hôpital où elle travaillait. (Le DES a été retiré du marché américain en 1971).

L'industrie pharmaceutique fabrique plusieurs types de produits: médicaments, fertilisants, aliments pour bébés, vitamines, savons, cosmétiques, parfums, contraceptifs, etc. Les multinationales de produits pharmaceutiques, nées de l'industrie pétrochimique, ont connu une importante croissance dans les années 1940 et 1950. En 1985, environ 90 % de la production mondiale pharmaceutique était contrôlée par 110 compagnies. Grâce à sa puissance mondiale, l'industrie décide à la fois vers quels produits orienter ses recherches et les priorités face à la santé et à la

maladie pour le monde entier. Sachant que le premier objectif des compagnies pharmaceutiques c'est le profit et non la santé, il n'est pas étonnant de constater que la plupart des médicaments sont développés pour les maladies des pays riches. Le manque de moyens pour contrôler les médicaments et contraceptifs, la différence de rigueur d'un pays à l'autre dans les lois et réglementations, le secret entourant l'approbation des produits, le quasi monopole des fabricants sur l'information ont permis le développement de situations aberrantes dans plusieurs pays à travers le monde. Ainsi, il existe sur le marché mondial des milliers de médicaments dangereux, non efficaces, non nécessaires, mal publicisés (information limitée ou trompeuse) et trop chers.

### L'efficacité opposée à la sécurité

Il semblerait que les chercheurs et les experts en politiques publiques ont été déçus de constater que l'efficacité pratique de la pilule contraceptive était moins grande que l'efficacité théorique

en raison des oublis de comprimés. Au lieu de chercher à comprendre les besoins et les intérêts des femmes, ils ont alors décidé de miser sur l'idée que la technologie est plus efficace et plus fiable que les femmes. A partir de ce moment-là, le mot d'ordre est devenu **efficacité** et le mot banni, **sécurité**.

Les compagnies et les gouvernements ont investi beaucoup d'argent dans la recherche de contraceptifs de haute technologie, tels les stérilets, les contraceptifs injectables (ex. Depo-Provera) et les implants (ex. Norplant) et très peu dans les méthodes de barrière (ex. condoms). Les méthodes hormonales et les stérilets sont plus efficaces, mais aussi plus dangereux pour la santé des femmes que les méthodes de barrière; les moyens efficaces sont par le fait même beaucoup plus lucratifs, car ils nécessitent le recours à d'autres traitements pour remédier aux effets dits secondaires et aux conséquences sur la santé.

En contraception, le consentement éclairé prend une importance particulière. En effet, les contraceptifs ne visent pas le traitement d'une maladie; ce sont des femmes en santé qui les utilisent. Par conséquent, le ratio habituel risques/bénéfices qui sert de base au choix d'un médicament ou d'un produit est modifié. Les femmes doivent donc bénéficier d'une information complète avant de fixer leur choix sur une méthode contraceptive. Malheureusement, qu'on parle de pays riches ou de pays pauvres, l'information la plus organisée, la plus soutenue et la plus accessible aux médecins et aux gouvernements est celle des compagnies pharmaceutiques. Il y a là un évident conflit d'intérêts.

### Quelques exemples qui parlent d'eux-mêmes.

Le stérilet Dalkon Shield, mis en vente aux États-Unis en 1971, faisait déjà l'objet de rapports négatifs au début de 1972: infections pelviennes, septicémies, grossesses tubaires. En 1974, 17 morts lui étaient attribuées. Comme le Dalkon Shield était beaucoup plus dangereux que les autres stérilets sur le marché, les possibilités d'augmenter les ventes aux États-Unis paraissaient très faibles. Le fabricant s'est alors adressé à l'Agence d'aide au développement international des États-Unis pour lui offrir le Dalkon Shield à 48 % du prix régulier. L'Agence a approuvé la transaction. Un an plus tard, le Dalkon Shield était retiré du marché aux États-Unis. En 1979, il était encore vendu dans le Tiers-Monde.

Un des scandales les plus connus est sans doute celui du DES. Cette hormone synthétique a été prescrite dans les années 1940 à 1960 pour prévenir les fausses-couches. Le manque total de rigueur dans les recherches et l'expérimentation du DES, la négligence face aux avertissements publiés en 1938 et en 1953, de même qu'une publicité aux slogans trompeurs constituent les principaux facteurs qui ont permis l'utilisation du DES pendant une trentaine d'années

Un exemple actuel: le Depo-Provera. En 1992, la Food and Drug Administration a permis l'utilisation du Depo-Provera comme contraceptif aux États-Unis. Cette hormone injectable était jusque-là autorisée - au Canada et aux États-Unis - pour traiter l'endométriose et les cancers de l'endomètre et du rein. Depuis 1973, la compagnie Upjohn avait

essayé 3 fois d'obtenir l'usage contraceptif du Depo-Provera aux États-Unis . Chaque fois, des groupes de femmes et associations de consommateurs s'y sont opposé. D'une part, des doutes persistent sur les liens entre le Depo-Provera et les cancers du sein et du col, de même que pour l'ostéoporose et les troubles de fécondité. D'autre part, les organisations craignent que les femmes ne puissent avoir accès à toute l'information sur les nombreux effets dits secondaires du Depo-Provera.

De plus, l'administration par injection augmente les possibilités d'usage coercitif et inapproprié. Au Canada, des médecins, agissant "pour le bien" de "leurs" patientes, ont administré le Depo-Provera à dose contraceptive à des femmes déficientes mentales, à des adolescentes «à risque», à des femmes autochtones et à des femmes à qui, selon le médecin, aucun autre contraceptif ne convenait. Un médecin peut prescrire un médicament non approuvé s'il estime que les avantages sont plus grands que les risques qu'il représente pour la personne. Dans certains pays, on offre un poulet ou un autre produit de consommation aux femmes qui acceptent les injections de Depo-Provera. Sachant qu'il faudrait le salaire d'une semaine ou deux pour acheter ce poulet, on peut affirmer que la liberté de choix est bafouée. Aux États-Unis on offre gratuitement des contraceptifs aux femmes assistées sociales. Pourtant, une dizaine d'États songent actuellement à payer ces femmes pour les inciter à utiliser l'implant Norplant.

En somme, des intérêts politiques, une vision à courte vue de la médecine, la course aux subventions dans le milieu scientifique, alliés aux objectifs de profit

des compagnies ont placé la santé dans un cercle vicieux difficile à briser: l'industrie pharmaceutique produit des médicaments qui causent des problèmes de santé; pour régler ces problèmes, la même industrie propose de nouveaux médicaments qui à leur tour provoquent des problèmes de santé. Cette spirale sans fin est particulièrement évidente en santé reproductive: plusieurs causes d'infertilité originent de l'industrie chimique et pharmaceutique et la même industrie propose des technologies de même nature pour pallier temporairement à l'infertilité au lieu d'orienter ses recherche vers la prévention.

L'analyse des dernières décennies nous révèle que les politiciens et l'industrie pharmaceutique, plutôt que de travailler pour le libre choix des femmes et la préservation de leur santé, ont, plus souvent qu'autrement, produit de nouveaux contraceptifs dans le but de contrôler les populations. Pourtant, nos grands-mères et nos mères voulaient uniquement pouvoir décider, de façon sûre et efficace, combien d'enfants elles auraient et quand elles les auraient. Utiliser le désespoir des femmes comme excuse pour offrir des médicaments et contraceptifs non sécuritaires est immoral. Le "choix" au risque de leur santé et de leur vie est simplement inacceptable pour les femmes.

France Tardif  
Fédération du Québec pour le planning  
des naissances

Des références sont disponibles à la  
F.Q.P.N.

## La différence lesbienne

Dans le cadre des audiences publiques sur la discrimination et la violence à l'égard des gais et lesbiennes du Québec, le Regroupement des centres de santé des femmes a présenté, le 18 novembre 1993, un mémoire portant sur l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux aux lesbiennes. Nous y avons présenté la situation actuelle.

Tout d'abord, les lesbiennes n'ont pas, physiologiquement ou génétiquement, de problèmes de santé physique ou mentale différents de ceux de la population féminine hétérosexuelle, mis à part les problèmes liés aux relations sexuelles hétérosexuelles et à la contraception.

Par contre, le fait d'être lesbienne dans une société hétérosexiste et homophobe occasionne, entraîne ou aggrave toute une série de problèmes de santé physique et mentale. Pour n'en nommer que quelques-uns : nervosité, insomnie, fatigue, anxiété, dépression, surconsommation de médicaments et de drogues, maux de tête, d'estomac, problèmes de tension musculaire, etc.

Malgré tous ces problèmes, les lesbiennes consultent moins et attendent plus long-temps pour le faire. Cela s'explique surtout par le fait qu'elles craignent le rejet et ce, à juste titre, car selon une recherche américaine, 70% des lesbiennes auraient vécu des expériences négatives en révélant leur orientation sexuelle.

Le réseau de la santé et des services

sociaux est porteur de la vision hétérosexiste et homophobe. Il ne répond pas à la réalité lesbienne et contribue à renforcer ces préjugés et ces peurs. On peut dire que les lesbiennes sont *invisibilisées* par le réseau. Elles sont absentes du vocabulaire, des objectifs, des programmes, des services et des statistiques.

Nous croyons que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit mettre en place les mécanismes et les ressources nécessaires pour que les lesbiennes aient accès à des services complets et non discriminatoires. C'est pourquoi nous avons recommandé à la Commission :

- que le M.S.S.S. offre à son personnel une formation adéquate afin d'enrayer l'homophobie.

- que le ministère de l'Éducation inclut une formation spécifique sur la réalité des gais et des lesbiennes dans les programmes de formation disponibles en l'adaptant à tous les niveaux du système scolaire.

- que le M.S.S.S. reconnaisse l'expertise développée par les Centres de santé des femmes auprès de la clientèle lesbienne; que ceux-ci soient subventionnés adéquatement pour pouvoir offrir des services d'information, de formation et de références en santé lesbienne auprès du personnel du réseau, du milieu communautaire et féministe et pour maintenir les services existants et en

développer d'autres.

- que des recherches soient entreprises rapidement pour mieux connaître l'impact de l'homophobie sur la santé physique et mentale des lesbiennes et que ces dernières soient associées directement à ces recherches.

Trois autres avenues pourraient permettre éventuellement de faire une place aux lesbiennes dans le réseau de santé et services sociaux :

- l'ouverture des intervenantes non lesbiennes et des intervenants;
- la visibilité des lesbiennes inter-venantes;
- la visibilité des lesbiennes usagères

## Sexe, santé et ados

- Comment dire à une fille qu'on n'est pas prêt pour sortir *steady* avec elle?
- Comment faire comprendre à un gars qu'il n'y aura pas de pénétration sans condom?
- Comment dire à sa blonde ou son chum qu'on n'a pas l'intention d'avoir des relations sexuelles complètes avec lui, ou en d'autres mots, que le *necking* a bien meilleur goût?
- Comment dire à sa mère qu'on prend la pilule?

L'adolescence est une période de changement et de transition. Les transformations de cette étape se font tantôt dans l'harmonie, tantôt dans le conflit. Cela amène inévitablement les jeunes à se questionner et à adopter des atti-

Nos représentantes sont satisfaites de l'ouverture des commissaires à la question lesbienne. Notons que ces derniers ont semblé assez préoccupés par l'accessibilité des cliniques de fertilité aux lesbiennes. C'est un thème que notre mémoire n'abordait pas. Dans le but d'améliorer la qualité de vie des lesbiennes, nous avons priorisé l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux afin de contrer l'hétérosexisme et l'homophobie existants dans le réseau.

Michèle LaHaye  
CSF-Sherbrooke

tudes et des valeurs auxquelles ils tiendront tout au long de leur vie.

C'est une période propice au développement d'attitudes créatrices et novatrices. Les jeunes sont à la fois sur leur garde.- ils ne veulent surtout pas se faire imposer quoi que ce soit - et à la fois ouverts à de nouvelles idées et de nouvelles approches. Par contre, la pensée magique, présente aussi chez les adolescentes et adolescents, vient faire échec aux multiples campagnes d'information et de prévention concernant la santé sexuelle.

Pour réussir à sensibiliser les jeunes de notre région, nous offrons une information juste sur la sexualité par le biais d'une approche interactive. À travers des jeux de rôle, de l'improvisation, du théâtre forum et du théâtre de

l'opprimé, nous permettons aux jeunes d'expérimenter des situations problématiques, de les vivre et de trouver des solutions pertinentes. Nous croyons que le fait de vivre et ressentir une situation à travers le jeu théâtral est efficace pour l'acquisition de meilleures attitudes en matière de santé sexuelle. Plus que le simple fait d'avoir accès à de l'information, aussi juste soit-elle.

Nos ateliers offerts aux jeunes du secondaire abordent différents thèmes : la sexualité, la puberté, les menstrua-

tions, les MTS, l'obsession de la minceur et les relations amoureuses.

La promotion de la santé et de l'auto-santé passe par l'engagement de chacune et chacun. Se connaître, se prendre en main et faire des choix éclairés est donc le principal objectif du projet "La santé des adolescentes et adolescents"

Michèle LaHaie  
CSF-Sherbrooke

AUTO-SANTÉ

AUTO-SANTÉ

AUTO-SANTÉ

## Un geste d'autosanté

Notre corps est à nous et il devrait nous appartenir d'en prendre soin et de pouvoir faire nos propres choix en matière de santé.

Or, nous ne connaissons pas notre corps mais pire encore, nous avons acquis la certitude que seuls les professionnels de la santé peuvent s'en occuper. À cause des tabous qui existent sur la sexualité et la reproduction, on ne parle pas souvent de ces sujets. Résultat : nous entretenons encore toutes sortes de mythes et de fausses croyances sur ce qui se passe dans notre corps. Nous ne reconnaissons pas les indices d'un symptôme vraiment important. Nous ne savons pas comment prévenir telle maladie. Nous avons appris à le confier à des spécialistes qui le soignent comme une machine en pièces détachées, à accepter trop facilement leurs jugements et leurs décisions et à devenir ainsi dépendantes de la médecine. Aussi, le plus souvent, lorsque nous sommes examinées par

un/une médecin, nous ne savons pas ce qu'il/elle fait et nous n'osons pas lui poser de questions.

Comme premier geste concret pour se réapproprier notre corps, le mouvement de santé des femmes des années 1970 nous a appris à pratiquer l'auto-examen du col de l'utérus et des seins.

Voici ce que permet l'auto-examen :

- de découvrir son corps et de le voir tel qu'il est;
- de mieux reconnaître les changements qui se produisent dans notre corps au cours du cycle menstruel;
- de déceler les indices pouvant indiquer que quelque chose ne va pas;
- de se sentir plus à l'aise lors de l'examen gynécologique car on sait ce que la/ le médecin fait et observe;
- de mieux comprendre le fonctionnement de notre corps et

d'en arriver à exercer nos propres choix en matière de santé;  
• de briser le rapport de pouvoir et de contrôle de la médecine dans nos vies;  
• de démystifier les gestes médicaux en s'initiant soi-même.

Vous pouvez apprendre la pratique de l'auto-examen dans les Centres de santé des femmes.

Guylaine Bergeron  
CSF-Mauricie

NOUVELLE PARUTION

NOUVELLE PARUTION

### *Mon utérus et mes ovaires m'appartiennent, la décision aussi!*

De plus en plus, les femmes/lesbiennes sont confrontées à une médecine qui propose des solutions aussi rapides que radicales. Ce livre sur l'hystérectomie (ablation de l'utérus) et l'ovariectomie (ablation des ovaires) donne des informations claires, soulève des questions et apporte des réponses.

Les thèmes suivants sont abordés : l'appareil génital et son fonctionnement, les problèmes et les maladies de l'utérus et des ovaires, les cancers reliés à l'appareil génital des femmes/lesbiennes, les chirurgies majeures. Un chapitre est consacré à la façon de se préparer à vivre une hystérectomie et une ovariectomie, ainsi que diverses

suggestions pour nous aider à vivre mieux après. Enfin, il est question des médecines douces qui peuvent également contribuer à traiter certains maux ou certaines maladies de notre appareil génital.

Ce document est en vente au Centre de santé des femmes de Montréal au coût de 20\$ (femmes et groupes communautaires) et 25\$ (institutions). Les frais postaux sont de 2\$. Les commandes téléphoniques sont acceptées.  
Tél. : (514) 842-8903-04

Johanne Marcotte  
CSF-Montréal

Toute reprographie du bulletin est autorisée pourvu que la source des articles soit citée.

## NOUS AVONS DES INTÉRÊTS COMMUNS ...

**A  
P  
P  
E  
L  
S  
À  
T  
O  
U  
T  
E  
S**

Parce que nous revendiquons des services de santé qui répondent aux besoins des femmes et luttons contre le sexisme du système médical;

Parce que vous avez à coeur la santé des femmes;

Parce que nous cherchons à susciter des changements sociaux et politiques sur la problématique de la santé des femmes;

Parce que vous voulez que s'améliorent les conditions de vie des femmes;

Parce que nous travaillons depuis neuf ans à promouvoir les intérêts des Québécoises et défendre leurs droits;

Parce que vous appuyez le travail du mouvement des femmes;

Et surtout parce que le Regroupement puise son énergie et son dynamisme de ses membres :

### NOUS VOUS INVITONS À SUPPORTER NOTRE ACTION EN DEVENANT MEMBRE DE SOUTIEN

#### Qui peut devenir membre de soutien?

Toute femme, comité ou groupe de femmes ayant à coeur la santé et le développement de services qui répondent à leurs besoins.

#### Pourquoi devenir membre de soutien?

- Pour soutenir politiquement et financièrement le Regroupement;
- Pour recevoir votre Sans préjudice et être tenu au courant de nos activités;
- Pour participer à l'assemblée générale.

## ... SOYONS DONC SOLIDAIRES !

Devenez membre de soutien du  
Regroupement des centres de santé des femmes du Québec  
et recevez gratuitement votre *Sans préjudice*

Groupe membre de soutien : 25 \$ et plus  
Membre individuelle de soutien : 10 \$ et plus

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_

Émettre votre chèque à l'ordre du :  
Regroupement des centres de santé des femmes du Québec  
4332-A, rue St-Denis, Montréal (Québec) H2J 2K8