

SANS PRÉJUDICE...

...pour la santé des femmes

Le congrès sans les femmes

Du 22 au 30 septembre dernier, Montréal accueillait le XIV^e Congrès de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Événement qui a suscité beaucoup d'intérêt et bénéficié d'une large couverture dans les médias. Quand les "spécialistes" parlent des femmes, on écoute, admiratifs, et on acquiesce! Ainsi, nos élites internationales nous ont fait livrer leurs grandes découvertes : les femmes sont pauvres, traitées inégalement et font face à une discrimination quasi systématique dans les services de santé. Jusqu'ici, je dois avouer que nous ne pouvons que nous réjouir : le message que nous répétons depuis 20 ans atteint enfin les hautes sphères!

Pourtant, dans ce congrès réservé aux élites, on ne s'intéresse pas qu'à la pauvreté des femmes mais surtout à ce qui se fait en termes de recherche bio-médicale. On y discute des différentes "maladies des femmes" (sic) et des solutions envisagées pour les "guérir". On y débat sur les bienfaits de telle ou telle hormone et des nouveaux cocktails contraceptifs ou abortifs. Les conditions environnementales, les déterminants sociaux et économiques, la nutrition, trouvent bien peu d'écho au coeur de ces palabres d'initiés. Une fois déclamées les grandes déclarations de principe, on revient aux choses sérieuses : les bienfaits des produits pharmaceutiques!

Or, bien qu'on les y détaille sous toutes leurs coutures, les principales intéressées sont exclues de telles rencontres. Les femmes sont pauvres disions-nous, et, conséquemment, aucun groupe de femmes et bien peu d'individues ont les moyens financiers de participer à des congrès de ce genre. On les appauvrit un peu plus en les privant de l'information qui s'y brasse. Le discours officiel qui prévaut aujourd'hui invite les femmes au partenariat, soutient qu'il faut les impliquer dans la redéfinition des services de santé, dans le choix des orientations de la recherche¹. Mais le Congrès de la FIGO nous démontre bien la limite des beaux discours. Les femmes ne sont pas consultées quant aux orientations de la recherche sur leur santé; elles n'ont même pas accès aux résultats de ces mêmes recherches. À quand le vrai partenariat?

Par Chantal Lapointe

¹ Voir à ce sujet la rubrique concernant le colloque du CCCSF sur la santé des femmes dans En vrac...

SOMMAIRE

- 1 Le congrès sans les femmes
- 2 Les mutilations sexuelles
- 7 La valse des chiffres
- 10 Les lesbiennes au midi de leur vie
- 11 Femmes en prison
- 13 En vrac...

Les mutilations sexuelles : le complot du silence

La question des mutilations génitales infligées aux femmes a fait l'objet des manchettes ces derniers temps. Il est de ces horreurs dont tout le monde sait qu'elles existent mais qui ont besoin de la tenue d'événements spéciaux pour qu'on en parle enfin. L'événement : un court film présenté au congrès de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique ainsi qu'à l'émission de Janette

Bertrand du 28 octobre 1994 et dans lequel on assiste à l'infibulation d'une fillette. Un film qui en dit déjà long sur la portée de notre silence, sans pourtant révéler la pérennité de la douleur exprimée. Une douleur léguée de mère en fille et dont les cicatrices ne sont, bien souvent que le voile fragile des prochaines blessures. Une douleur dont on parle trop peu et devant laquelle nous ne pouvons demeurer, nous aussi, silencieuses.

La circoncision, l'excision, l'infibulation (voir tableau ci-contre) sont des pratiques dont l'origine remonterait à plus de 500 ans avant Jésus-Christ. On connaît mal leur histoire, comme on connaît mal toute l'histoire des femmes. Sans doute aussi parce que les mutilations

participent de ce qui est secret, de ce qui est tabou dans les fondements culturels des peuples. D'un village à l'autre parfois on ne sait pas ce qui se pratique. On n'en parle pas. Divers récits mythologiques justifient à leur façon ces traitements imposés aux femmes. Chez certains peuples, notamment, on croit que les êtres humains naissent avec les deux sexes. Le prépuce doit être enlevé à l'homme pour lui donner sa masculinité. On doit soustraire à la femme son organe viril, le clitoris, afin d'assurer sa pleine féminité. Les mutilations sont

Les types de mutilations génitales

Circoncision Sunna : ablation du prépuce ou capuchon du clitoris.

Excision ou clitoridectomie : ablation du clitoris entier et souvent des parties avoisinant les petites lèvres.

Infibulation (circoncision pharaonique) : ablation du clitoris entier, des petites lèvres et d'une partie des grandes lèvres. Les deux côtés de la vulve sont refermés sur le vagin en laissant un petit orifice pour permettre le passage de l'urine et du sang menstruel. Pour fermer on se sert d'épines ou on fait une suture avec du catgut : les deux grandes lèvres, râpées à vif, sont maintenues ensemble jusqu'à la cicatrisation, fermant ainsi le vagin sauf pour un petit orifice, préservé au moyen d'un petit morceau de bois ou de roseau. Les jambes de l'enfant sont liées ensemble; la fillette est immobilisée pendant quelques semaines ou jusqu'à ce que la plaie soit guérie.

Pour permettre aux femmes infibulées d'avoir des relations sexuelles, il faut élargir l'orifice en incisant. Il faut couper davantage lorsqu'elles accouchent. Souvent elles sont refermées après l'accouchement, selon les désirs du mari.

L'âge auquel les mutilations sont effectuées varie de quelques jours (par exemple chez les juifs Falashas en Éthiopie ou chez les nomades du Soudan) à sept ans environ (comme en Égypte et dans de nombreux pays d'Afrique Centrale) ou à l'adolescence. La plupart des experts admettent que l'âge des mutilations s'abaisse et est de moins en moins lié aux rites d'initiation et de passage à l'âge adulte.

souvent motivées par ailleurs par un désir de contenir la "gourmandise" sexuelle des femmes, pour préserver la virginité, la chasteté, la fidélité et l'honneur de la famille. La femme qui n'aurait pas été soumise à cette mutilation ne saurait trouver un mari et, par conséquent, se tailler une place dans une société où les femmes sont considérées essentiellement comme des reproductrices.

De tous temps les femmes ont dû subir toutes sortes de mutilations et il s'est toujours trouvé une bonne façon de les justifier, que ce soit en Afrique ou ici.

L'histoire des femmes se ressemble sous tous les cieux. Il n'y a pas si longtemps, au moins jusqu'en 1940¹, on excisait les femmes ici aussi pour guérir la "déviance" sexuelle. Ne pratiquons-nous pas encore l'épisiotomie de façon quasi systématique dans nos hôpitaux? Qui ne connaît pas une femme qui aurait été recousue un peu plus serré pour faire plaisir au mari? Nos médecins atteignent des records mondiaux pour le nombre de césariennes pratiquées sur les femmes québécoises. Nous questionnons-nous au sujet de nos propres pratiques mutilatoires avant de juger celles des autres? Quelles qu'elles soient, les mutilations imposées aux femmes s'inscrivent toujours dans le cadre d'un désir de domination et de contrôle. Les coutumes qui affectent la santé des femmes et des enfants doivent être dénoncées quelle que soit la mythologie dont elles participent.

Pour pouvoir dénoncer, il faut connaître

Où

Les mutilations génitales existent dans au moins 25 pays africains. L'infibulation est pratiquée en Somalie, à Djibouti, dans le nord du Soudan et dans certaines parties d'Éthiopie, en Égypte et au Mali. L'excision et la circoncision sont pratiquées en Gambie, au nord du Ghana, au Nigéria, au Libéria, au Sénégal, en Sierra Leone, en Guinée, en Guinée Bissau, au Burkina Faso, dans certaines parties du Bénin, en Côte d'Ivoire, en Tanzanie, au Togo, en Uganda, au Kenya, au Chad, en République de Centre-Afrique, au Cameroun et en Mauritanie. Hors de l'Afrique, une certaine forme de circoncision existe en Indonésie, en Malaisie, au Yémen et dans le sous-continent indien. Ces pratiques existent aussi dans certains pays d'Europe, en Australie et en Amérique du Nord. (Win News, 18-2, Spring 1992, p. 42)

Aucun texte religieux n'oblige les croyants à procéder aux mutilations. Celles-ci sont pratiquées par des musulmans, des catholiques, des protestants, des coptes, des animistes, des juifs de même que par des non croyants.

les faits et leurs conséquences. Depuis plus de 35 ans, les faits ont été dévoilés sur la scène internationale (voir tableau "quelques dates importantes" à la page 5). Depuis plus de 35 ans, des Africaines réclament que soient menées des études qui permettent de mesurer l'ampleur des dégâts, d'identifier les multiples effets des mutilations génitales sur la santé des femmes. On a fait du chemin, bien sûr : de nombreuses instances internationales ont condamné ces pratiques; elles sont maintenant reconnues internationalement comme une violation des droits humains. Mais le silence persiste. La recherche sur les dommages physiques et psychologiques reliés aux mutilations fait cruellement défaut de même que les campagnes d'éducation sanitaire.

Dans les documents de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il apparaît que le plus haut taux de mortalité maternelle et infantile dans le monde se trouve en

Problèmes de santé

Les risques médicaux et les complications dépendent de la gravité de la mutilation, des conditions d'hygiène, de la vue et de l'habileté de l'intervenante, des outils employés (d'habitude des couteaux, des lames de rasoir ou des morceaux de verre) ainsi que de la résistance de la fillette.

Complications immédiates

- **Douleur** (l'opération se fait le plus souvent sans anesthésie);
- **Choc sceptique ou hypovolémique**; (on parle de choc lorsque les fonctions vitales ne sont plus maintenues adéquatement);
- **Hémorragie** par section de l'artère honteuse interne ou dorsale du clitoris (la **mort** ne peut alors être évitée que si une transfusion sanguine et une réanimation d'urgence sont possibles);
- **Lésions d'autres organes**: l'urètre, la vessie (entraînant une rétention d'urine et une infection vésicale), le sphincter anal, les parois vaginales et les glandes de Bartholin;
- **Infections** : urétrite, cystite, abcès;
- **Tétanos**, souvent fatal, et la **scepticémie** sont des conséquences fréquentes.

Il est impossible d'estimer le nombre de **morts** car l'opération ne se fait pas au grand jour et seule une faible proportion des complications immédiates arrive à l'hôpital.

Complications à long terme

Il est à noter que les opérations effectuées en milieu hospitalier ne prémunissent pas les femmes contre les complications à long terme.

- **Perte de jouissance sexuelle**;
- **Tumeurs d'implantation** (tumeurs ou kystes recouverts de peau);
- **Ménorragies** (débit menstruel excessif);
- **Dysménorrhées** (menstruations douloureuses et difficiles);
- **Infections chroniques** du pelvis, de l'utérus et du vagin pouvant entraîner la **stérilité**;
- **Blocage du flux menstruel** du fait que l'orifice est très réduit;
- **Coït douloureux**;
- **Croissance chéloïde** (épaississement du tissu cicatriciel);
- **Névrome** au point de section du nerf dorsal du clitoris;
- **Cicatrice kéloïde** de la vulve (peut s'accroître au point de gêner la marche);
- **Fistule vaginale** amène une **incontinence** ultérieurement, si bien que beaucoup de femmes mutilées perdent leurs urines en permanence;
- **Sida**.

Problèmes lors de l'accouchement

Les **circoncisions** et **clitoridectomies** donnent souvent lieu à :

- Formation de **cicatrices** et **durcissement** des tissus, ce qui empêche la dilatation, surtout lors du premier accouchement.

L'infibulation :

- Oblige à **entailler** largement la vulve pour permettre la naissance du bébé;
- La tête du bébé peut être expulsée à travers le périnée qui se **déchire** plus facilement que la cicatrice d'infibulation;
- **Perte sanguine**;
- **Douleur** qui peut entraîner une **inertie utérine**;
- Le travail, long et difficile, peut conduire à une **mort foetale** intra-utérine ou à des **dommages cérébraux** chez l'enfant;
- Si une incision est faite (épisiotomie bilatérale ou antérieure), d'autres structures peuvent être **blessées** : le vagin, le col de l'utérus de la mère, la tête ou toute partie du corps de l'enfant, en particulier si l'opérateur doit agir en hâte;
- **Danger d'infection**.

Afrique de l'Ouest et que ce taux est toujours en croissance. Pourtant nulle part, l'OMS ne fait de corrélations entre ces statistiques et la pratique des mutilations génitales qui sont pratiquement la règle dans cette région. Dans un rapport de la Banque Mondiale traitant des problèmes de santé des femmes enceintes dans les pays

en développement, on omet totalement la question des mutilations génitales². On dépense, dans des pays démunis, une fortune pour former des médecins et pour bâtir des cliniques pour traiter des femmes victimes de fistules vaginales ou d'autres maladies découlant des mutilations, en taisant que ces problèmes n'existent prati-

Quelques dates importantes

1958 Le Conseil Économique et social des Nations Unies invite l'OMS à "entreprendre une étude sur la persistance de coutumes qui soumettent les filles à des opérations rituelles et sur les mesures à adopter ou à planifier pour mettre un terme à de telles pratiques". Cette requête est rejetée sous prétexte que "les opérations rituelles en question ont des bases sociales et culturelles dont l'étude est en dehors de la compétence de l'OMS"

1979 Khartoum : Séminaire organisé par l'OMS et ayant pour titre : "Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants". Pour la première fois se réunirent sur ce sujet des délégués officiels des ministères de la Santé de dix pays d'Afrique et du Moyen-Orient et des médecins, sages-femmes et travailleurs médicaux connaissant ces opérations et leurs répercussions sur la santé physique et mentale des femmes.

Les quatre recommandations adoptées à Khartoum sont les suivantes :

- « - Adoption de politiques nationales claires en vue de l'abolition de la circoncision féminine.
- « - Création de commissions nationales pour coordonner et continuer les activités des organismes travaillant à cette question - y compris, le cas échéant, la mise en vigueur de la législation interdisant cette coutume.
- « Intensification de l'éducation générale du public, y compris l'éducation sanitaire à tous les niveaux, l'accent étant mis sur les dangers de la circoncision féminine.
- « - Intensification des programmes éducatifs destinés aux accoucheuses traditionnelles, aux sages-femmes, aux guérisseurs et autres praticiens de médecine traditionnelle, de façon à les convaincre des effets nocifs de la circoncision féminine et à les gagner ainsi à la cause de l'abolition de cette pratique.

1981 Gambie : Les ministres réunis lors du congrès de l'Organisation de l'Unité Africaine se mettent d'accord sur le texte d'une Charte Africaine de Droits de l'Homme et des Peuples qui contient tous les articles nécessaires à l'abolition légale des mutilations génitales.

1991 Burkina Faso : Premier séminaire régional des Nations Unies sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants.

quement pas là où les femmes ne sont pas infibulées: Les organisations internationales qui oeuvrent dans le domaine de la santé financent des programmes visant à améliorer la santé des femmes enceintes ainsi que les conditions d'accouchement... sans jamais s'intéresser aux mutilations génitales! Saviez-vous que des milliers de trousses, offertes par l'OMS aux sages-femmes afin qu'elles puissent intervenir lors des accouchements, servent actuellement à pratiquer des mutilations génitales? Alors que, dans la plupart des pays, rien n'est prévu pour éduquer ces sages-femmes et les inciter à abandonner de telles pratiques.

6 Quelle est la position de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) sur cette question? Quels types de recherches et quels projets reliés de près ou de loin aux mutilations génitales finance-t-elle? Sont-ils du genre que l'on souhaiterait? On sait que USAID (son pendant états-unien), quant à elle, considère que les pratiques culturelles doivent être préservées et refuse d'intervenir en faveur de l'éradication des mutilations génitales³. Est-ce que les fondations religieuses qui oeuvrent en Afrique, et auxquelles on nous demande de donner généreusement, continuent de fermer les yeux sur de telles pratiques? Savons-nous à quoi sert notre argent?

Depuis 1979, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'abolition des mutilations sexuelles et s'oppose clairement à leur médicalisation. Or, nous assistons actuellement à une croissance des mutilations et à une augmentation des opérations pratiquées dans des hôpitaux à travers le monde. De brillants médecins

"La mutilation génitale est considérée comme une agression sexuelle envers l'enfant. En 1992, le ministère de la Justice a déclaré que quiconque exécute une telle opération peut être inculpé de voies de fait avec infliction de lésions corporelles. Les parents peuvent être inculpés de complicité et, s'ils ne font pas suivre de traitement médical à l'enfant, de négligence criminelle." (Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 1993, p. 43).

Les mutilations génitales se pratiquent aussi au Québec, silencieusement. Les médecins rencontrent de plus en plus de ces fillettes qui vivent des problèmes de santé reliés aux mutilations, sans toujours savoir comment intervenir. La loi protège les enfants contre de telles pratiques, mais offre-t-elle des solutions? Doit-on emprisonner les parents? leur retirer la garde de leurs enfants? Des femmes infibulées accouchent dans nos hôpitaux et réclament d'être réinfibulées après l'accouchement. Quel support offrons-nous à ces femmes?

mettent à profit leur science pour que l'opération se fasse dans les règles de l'art! Voilà le vingtième siècle à la rescousse de la tradition! Le chemin sera long encore. Il faudrait que la science serve à l'éducation plutôt qu'à étouffer les cris des petites filles. Que les déclarations de principe se traduisent en gestes concrets. Que ceux qui savent cessent de taire les effets dévastateurs de ces pratiques.

À ce jour, le nombre de petites filles et de femmes mutilées est estimé à plus de 110 millions, le saviez-vous? ■

Par Chantal Lapointe

Le Regroupement travaille à la préparation d'une journée de réflexion .

Notes :

- 1 WILLIAMS NTRE, Daphne, «Circumcision and health among rural women of Southern Somalia as part of a family life survey» in Health care for women international, vol 14, no 3, 1993, pp. 215-226.
- 2 WIN NEWS, 20-1 Winter 1994, p. 21.
- 3 WIN NEWS, 20-3, Summer 1994, p. 25.

Bibliographie :

- AUFFRET, S., "Des couteaux contre des femmes", Paris, 1982
- THIAM, Awa, "La parole aux négresses", Ed. Denoel/Gonthier, Paris, 1978.
- HOSKEN, Fran.P. , "Les mutilations sexuelles en Afrique", dans Questions féministes, no. 8, mai 1980, pp. 43-67.
- HOSKEN, Fran.P. , The Hosken Report : Genital and Sexual Mutilation of Females, 4e ed., 1994.
- Le groupement pour les droits des minorités, Circoncision, excision et infibulation des femmes, faits et propositions pour changer ces pratiques, Rapport no. 47, 1981 25 p.
- la revue trimestrielle WIN NEWS, qui fait le point, notamment, dans chacun de ses numéros, sur les développements internationaux en matière de mutilations génitales

Vous êtes invitées à reproduire et à faire circuler ce dossier, en prenant soin d'en indiquer la source.

La valse des chiffres

(Cet article est d'abord paru dans Les cahiers de la femme, vol. 14, no 3, été 94)

C'est une expérience que nous connaissons toutes et tous, nous les personnes séropositives, et pourtant chaque fois que nous la vivons, nous nous retrouvons à nouveau sans défense. Je veux parler de l'expérience trimestrielle de l'analyse sérologique et de ses résultats qui indiquent en principe le progrès ou non du virus dans notre corps. Dans notre jargon nous parlons de nos T4. C'est un peu comme une cotation en bourse. On veut toujours savoir quels sont les T4 de l'autre personne séropositive que l'on connaît, car on cherche des signes. Aux États-Unis

quand on atteint 200 T4 on est considéré sidéen ou sidéenne, mais pourtant certaines d'entre nous n'en ont plus que 50 et elles ont l'air en pleine forme. Alors cet indice, que vaut-il?

Dans certains pays européens on ne fait faire ces tests que tous les six mois. Ici au Canada on fait ces tests tous les trois mois afin de suivre de très près les progrès du virus. Dans notre quotidien qui a basculé dans l'incertain ou tout du moins dans le court terme depuis que l'on sait qu'un virus est présent dans notre sang, ce test régulier est une façon de nous raccrocher à une certitude. Après tout, ne vivons-nous pas dans un monde où les chiffres sont des preuves, des vérités en soi, un monde du quantitatif. Ces résultats servent à nous indiquer notre niveau de santé et nous en avons bien besoin puisque de jour en jour, sans même nous en rendre compte, nous vérifions mentalement comment nous allons. Il suffit d'un mal de tête persistant et on pense aux premiers symptômes de la démence, une tache bizarre sur la main et c'est le début du cancer de la peau. Il est si difficile de savoir écouter son corps et de bien interpréter ses différentes musiques : suis-je fatiguée comme tout le monde parce que c'est février avec son blues annuel ou bien suis-je fatiguée parce que je deviens malade, parce que je suis malade. Incessantes questions, constant manque de réponses.

J'aimerais vous raconter une histoire qui m'est arrivée et qui a remis en question ma croyance de ces fameux chiffres et d'un certain savoir médical.

Il y a quelques mois, avant d'aller travailler, je me rendais au laboratoire situé en face du Women's College Hospital pour mon test sanguin habituel. Il faisait beau et le trajet en bicyclette était des plus

agréables; pas trop de circulation et une petite brise légère qui laissait sentir un automne proche. Tout en pédalant sur la rue College, je m'amusais à regarder qui buvait son expresso au Bar Italia, qui attendait le tramway au coin de la rue Clinton, l'avancée des travaux devant l'édifice de l'Hydro, bref une belle promenade. Oui tout était superbe en cette matinée d'un jeudi de la fin du mois d'août.

Je me disais d'ailleurs que tout allait drôlement bien pour moi depuis quelques semaines. C'est vrai, j'étais particulièrement en forme avec une joie de vivre au bord des lèvres, un peu niaise. J'avais bu mon jus de carottes et épinards, pris mes diverses vitamines et j'avais même pris le temps de faire un peu de méditation, l'idéal! Je me sentais en parfaite forme même si ces examens me dérangaient toujours un peu car ils me rappelaient que je n'étais plus tout à fait comme tout le monde. Je me sentais confiante. En plus, mes derniers résultats étaient si bons : une vraie hausse de 50 T4...

La prise de sang s'était effectuée comme d'habitude avec ses multiples tubes aux bouchons colorés, l'infirmière, très sympathique, n'avait pas enfilé ses gants de latex et cela me faisait un petit velours. Je n'avais pas la peste. Je me suis retrouvée dans la rue sur mon vélo quelques quinze minutes plus tard. Comme on disait quand j'étais à Montréal : «y'avait rien là».

Et puis ce fut l'attente. Oh, depuis le temps que je faisais ces examens, ce n'était pas une attente de toutes les minutes, non. La première semaine passa sans que je m'en aperçoive et puis vint la deuxième, celle où l'on reçoit les résultats; celle-là se fit plus pesante. Mardi! tiens plus que deux jours. C'était une pensée présente, en arrière des autres, mais c'était elle qui me faisait décrocher par instants lors d'une discussion entre

amies ou d'une réunion au travail : plus que deux jours. Et finalement jeudi. Le matin, afin de contrôler mon impatience, je décide de n'appeler le bureau du médecin qu'en début d'après-midi, cela donnera le temps à l'infirmière de me rappeler d'ici 5 heures. Mais à 11 heures j'appelle et je laisse mon message : nom, numéro de téléphone et demande de résultats concernant mes T4. C'est toujours une expression difficile à prononcer, on a l'impression que la personne qui vous répond sait tout de suite ce que ça implique et que son ton de voix devient soudainement plus poli, plus gentil.

L'heure du lunch n'en finit pas d'arriver. Il ne faut pas sortir trop tôt car l'après-midi va sembler éternel mais pas trop tard non plus car l'infirmière risque de téléphoner entre temps. Bon, midi trente semble un bon moment. Petite marche dans le quartier, tiens pourquoi ne pas passer à la banque ce sera fait pour demain. Surtout prétendre que tout est normal, qu'on est calme. En effet, que dois-je dire à mes collègues de travail?

Ma vie, ma santé, ne concerne pas forcément tout l'étage et puis je ne veux surtout pas m'attirer leur pitié. De retour au bureau c'est bien difficile de se concentrer sur sa tâche quand cette petite pensée vous grignote le cerveau à toute allure.

Le téléphone : "Hello, yes this is I, mhum mhum... so it's 240 yes and what about the ratio? Oh ok, yes, thank you, bye."

Que faire avec ces chiffres, les plus bas jusqu'à présent? L'angoisse, la peur, la frustration, l'injustice, la colère, toutes ces émotions se bousculent. Elles sont si fortes que je ne peux rester assise, je me lève, me dirige vers les toilettes, seul endroit où je peux me retrouver seule. Je m'installe dans une petite cabine bien blanche, bien propre. Respirer, oui j'allais presque oublier de

respirer, respirer et pleurer puisque les larmes coulent sans contrôle.

Mais pourquoi, *pourquoi*?

Je fais tout ce qu'il faut, je rentre de vacances, je me sens bien et c'est la chute. Une punition? Mais de qui? Pourquoi?

Je ressors de mon cubicule immaculé, un coup d'oeil à la glace, non ça va on ne voit rien. Je me rassois à ma table de travail, je fige devant l'ordinateur. Je sais que je ne peux plus travailler et pourtant je ne prends pas de décision. D'ailleurs qu'est-ce que ça changerait? Les chiffres sont là inscrits bien clairs dans mon esprit : une chute de presque 200, c'est énorme, non?

D'un seul coup c'est l'urgence, non je ne peux rester au travail en prétendant que tout va bien, que tout est normal alors que je viens de recevoir une brique sur la tête. Je n'ai qu'une envie, fuir, fuir ces gens qui me connaissent et auxquels je ne peux pas parler, pas encore. Cette nouvelle m'appartient, elle m'étouffe mais il est trop tôt pour la laisser voyager, aller d'une personne à l'autre. Je suis tout entière en elle et je dois me retrouver seule pour en faire l'expérience totale, complète, pour pouvoir l'exorciser. Heureusement qu'il ne me reste que trente minutes avant de partir, ainsi je n'ai pas besoin de prétexter un malaise soudain. D'ailleurs je ne pourrais pas faire face à la secrétaire, lui dire que je rentre à la maison pour telle ou telle raison. Non je dois partir en cachette parce que je suis incapable d'affronter ou de parler à mes collègues avec ces chiffres qui dansent dans ma tête.

Me revoilà sur mon vélo, pédalant plus vite que d'habitude, prêtant peu d'attention à la circulation, qu'importe, plus grand chose n'a d'importance. Je n'arrive toujours pas à penser logiquement, seule une grande

angoisse m'envahit.

Que faire dans ce cas? Comment se préparer, comment réagir? L'a-t-on jamais appris?

Bien sûr je pourrais raisonner, trouver des dizaines d'explications sensées. Mais à laquelle puis-je réellement croire? J'ai changé de laboratoire entre les deux derniers résultats, ces fameuses vacances ont peut-être été plus fatigantes que je n'avais cru, je suis restée trop longtemps au soleil et puis je n'ai jamais racheté ce supplément que je prenais pour oxygéner mes cellules. Tous les facteurs sont là, tous? En plus, toutes ces raisons sont le résultat de négligences de ma part. J'ai trouvé une coupable et bien sûr cette coupable, c'est moi. Ainsi je garde le contrôle sur ce virus. Une chute dans mes T4? C'est à cause de mes erreurs, bien évidemment!

Et si la vérité était plus simple? Si c'était tout bêtement la lente descente, celle qui finit par affecter tout le monde? Car finalement, après huit ans d'infection, le système immunitaire devrait bien commencer à présenter des signes de faiblesse. Pourquoi chercher tant de raisons quand une seule suffit? Pourquoi? Mais parce que la volonté de vivre et de continuer est encore plus forte. Non ce n'est pas prétendre, ni nier mon état, c'est simplement vouloir me battre encore et encore. La maladie, la vraie avec la douleur et la déchéance qui s'ensuit, ce n'est pas pensable. Je suis trop en forme, j'ai trop de vie en moi pour que cela soit possible. La mort à trente-sept ans comment envisager cela calmement. Oui il faut s'y préparer, mais il ne faut pas non plus qu'elle devienne une excuse pour ne plus continuer et pour accepter n'importe quoi!

Alors comment se sort-on de ces méandres psychologiques?

Moi, je n'ai pas de recettes, d'ailleurs je ne sais pas si je m'en suis sortie. J'ai pleuré, pas beaucoup à la fois mais souvent, pendant plusieurs semaines. Les pleurs, le partage avec des amies séropositives, un partage de savoir pour réaliser qu'on est comme tout le monde, que ça monte et que ça descend et que personne n'a forcément d'explications toutes faites et que toutes et tous on endure les mêmes angoisses. J'ai pensé à prendre une décision radicale : ne plus savoir, ne plus avoir de résultats, jamais, vivre seulement selon ce que je ressens au niveau de la fatigue et de l'énergie. Puis, de façon plus modérée, j'ai décidé de me faire tester moins souvent pour éviter tous ces tourments. Bien sûr j'ai pensé à tout laisser tomber : toutes ces bonnes choses que je faisais, à quoi bon? Je n'avais qu'une envie, fumer une cigarette, boire un bon expresso avec un chocolat bien amer, abandonner mes bonnes résolutions nutri-psycho-socio, etc. et sortir à nouveau, faire la fête, tout ignorer puisque rien ne sert à rien. Oui tout ça m'est apparu comme une évidence et pourtant bien sagement je suis retournée à mes jus de carottes, aux pilules chinoises, au yoga, à la méditation et surtout au rire de mes amies et amis. Car, finalement, la vie continue et puisqu'elle continue autant que ce soit le mieux possible.

Alors j'ai commencé à penser à tous mes plus profonds désirs, ceux auxquels je rêvais depuis toujours et que je remettais tout le temps à plus tard parce que je les croyais, en fait, irréalisables. Un an plus tard, j'essaie de vivre mes rêves au quotidien.

Par Laurette Levy

Laurette Levy vit à Toronto depuis plus de dix ans. Elle est membre de l'organisation provinciale Voices of Positive Women (qui regroupe environ 70 femmes séropositives/sidéennes).

Les lesbiennes au midi de leur vie

Beaucoup de recherches ont été faites sur la relation qui existe entre la sexualité et la ménopause. Mais la plupart des études ne s'occupent pas des sentiments provoqués chez les femmes par les changements qui se produisent dans leur organisme. De plus, les études qui ont été publiées sur le fonctionnement sexuel à la ménopause supposent toujours que les femmes sont hétérosexuelles. L'étude de deux Américaines, Ellen Cole et Esther D. Rothblum, donne une image plus complète de la sexualité à la ménopause, en évitant la perspective pathologique : les femmes y décrivent non seulement les changements qu'elles vivent mais aussi leurs sentiments face à ces changements; de plus, elles sont lesbiennes.

L'enquête de ces Américaines est la seule étude systématique sur les attitudes et les comportements sexuels des lesbiennes à la ménopause. Bien que les changements physiques vécus à cette période de la vie soient les mêmes chez toutes les femmes, on peut observer une nette différence quant aux sentiments qu'éprouvent les lesbiennes face à ces changements.

Les hétérosexuelles expriment leur souci à propos du fonctionnement sexuel, du désir, de la sécheresse vaginale, de la perte de la sensibilité clitoridienne ainsi que beaucoup d'inquiétude face à la détérioration de leur performance sexuelle accompagnée de la peur de décevoir leurs partenaires. Les lesbiennes affirment, pour leur part, que leurs activités sexuelles sont aussi satisfaisantes qu'avant ou même plus. Leurs réponses reflètent une forme d'enthousiasme. De plus, elles discutent de la sexualité à l'intérieur d'une relation personnelle et mettent l'accent sur la qualité de la rela-

tion avec leur(s) partenaire(s) plutôt que sur le fonctionnement sexuel. Et finalement, quand elles mentionnent un changement, elles le définissent comme une différence et non comme un problème.

Quelles conclusions faut-il tirer des réponses de ce groupe de femmes qui contredisent carrément les clichés populaires et les recherches faites sur la vie sexuelle à la ménopause ? Pourquoi trouve-t-on d'une part un groupe de femmes découragées et, d'autre part, un groupe de femmes positives et pleines de vitalité ?

- Il est possible que seules des femmes heureuses et satisfaites prennent le temps de répondre à une annonce et de remplir un questionnaire;

- La meilleure explication réside peut-être dans le fait que les lesbiennes sont moins orientées vers les rapports sexuels traditionnels et la pénétration que les hétérosexuelles; par conséquent, peut-être les changements qui se produisent à la ménopause sont-ils moins traumatisants;

- La culture occidentale exalte et glorifie la jeunesse. Peut-être les lesbiennes, qui ont été obligées de vivre à contre-courant, tombent-elles moins facilement dans les pièges de ces échelles de valeur. Et peut-être ont-elles un avantage sur les hétérosexuelles quand il s'agit d'accepter les changements apportés par les ans;

- Il est mal vu d'être lesbienne dans notre société homophobe. Peut-être les lesbiennes apprennent-elles, à la longue, à se sentir à l'aise avec leur sexualité; les femmes qui ne se sont pas déclarées ouvertement comme lesbiennes avant d'atteindre l'âge mûr peuvent, pour la première fois dans leur vie, exprimer sincèrement l'authenticité de leur sexualité;

- Dans notre société, certains hommes

s'attendent à de hauts niveaux de performance sexuelle de la part des femmes et celles-ci ont souvent tendance à ne pas se sentir à la hauteur. Pour les lesbiennes, il se peut que les attentes de la partenaire soient moindres au niveau de la performance.

Afin de nous aider à développer des sentiments positifs face à la ménopause, pensons :

- au soulagement devant la cessation des menstruations;
- à une vie sexuelle plus intense;
- aux orgasmes plus puissants;
- à une meilleure connaissance et acceptation de soi;
- au fait que les enfants quittent le foyer;
- à un plus grand sentiment de liberté;
- à cette belle occasion qui nous est donnée pour célébrer la vie! ■

Par Carole Tatlock

Résumé libre d'un texte original anglais d'Ellen Cole et d'Esther D. Rosenblum, traduit par Louise-Marie Frenette.



Femmes en prison Bilan de santé lamentable

*(extrait d'un article paru à l'été 92 dans
Femmes et justice, publication de la Société
Élizabeth Fry du Québec)*

Tracer le portrait de santé des femmes en milieu carcéral, c'est tracer au crayon gras les caractéristiques de santé des femmes du Québec. Elles consomment plus les services de santé et se voient prescrire des médicaments de type tranquillisant dans une proportion deux fois plus élevée que les hommes. Elles décrivent plus facilement leur mal de vivre sans pour autant avoir plus d'aisance à le régler.

Qui sont ces femmes que l'on reçoit au service de santé de la Maison Tanguay

(prison provinciale pour femmes à Montréal)? Pour la plupart, elles sont le résultat des interventions non réussies par les réseaux extérieurs, tant familial, social que médical. Âgées en moyenne de plus de trente ans, originaires pour la majorité de milieux socio-économiques défavorisés, issues de familles dysfonctionnelles, peu scolarisées, elles sont aux prises avec des problèmes de violence, surconsommation, drogue, malnutrition, prostitution et MTS.

Au-delà de l'image et des chiffres, il y a ces femmes que nous côtoyons quotidiennement : toxicomanes, prostituées, psychiatisées, victimes de violence et d'abus, engagées dans un processus d'autodestruction quasi irréversible. Elles arrivent souvent dans un état de santé lamentable. Fatiguées, amaigries, présentant sur leur corps les traces infectées des drogues injectées à répétition. En sevrage physique et moral de cet amant meurtrier qu'est la drogue.

Chez cette population, on peut estimer à 75 % le nombre de personnes ayant un problème de consommation abusive. La majorité de ces femmes évalue sa situation comme problématique, voire intolérable. À cet égard, la période de détention peut être un arrêt salutaire, l'occasion de faire le point et de s'orienter vers des recherches de solutions, des thérapies.

Une autre particularité du milieu carcéral, c'est qu'il s'est vu dans l'obligation de pallier le manque occasionné par la désinstitutionnalisation psychiatrique. Cette clientèle erre dans les rues de Montréal faute d'abris ou de ressources communautaires. En bout de ligne, elle finit par aboutir en prison. Résultat : on judiciaire la psychiatrie.

Les principaux problèmes rencontrés sont : psychose, trouble de la personnalité, idéation suicidaire, débilité légère, schizophrénie, trouble affectif, psychose paranoïde et maniaco-dépressive, dépression.

Ces personnes ont besoins de soins particuliers.

Malgré les efforts déployés, nous nous retrouvons devant un phénomène de portes tournantes : à leur sortie, l'insuffisance de ressources adéquates nous ramène la même clientèle.

Ces dernières années, une autre problématique touche une partie de la population contrevenante : l'infection au VIH. Nous avons à l'intérieur des murs de Tanguay une population à risque élevé. Le milieu carcéral demeure un lieu d'intervention privilégiée pour agir sur la propagation de l'infection au VIH. Le travail colossal de sensibilisation, de conscientisation, d'information a un impact certain sur l'attitude des femmes face au sida et sur leur comportement tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison.

Le service de santé de la Maison Tanguay relève du CLSC Ahuntsic. Malgré de lourdes exigences d'ordre curatif, le personnel infirmier, médical et social ne cesse sa réflexion sur la prévention. Nos préoccupations portent sur la santé individuelle et collective des contrevenantes. Il existe actuellement des programmes variés touchant notamment la nutrition, les soins de santé, la relaxation.

Le défi est de taille, les ressources limitées, la gratification peu évidente. Pourtant, toute l'équipe de santé s'accorde à dire que le pas fait par les clientes durant leur séjour à la Maison Tanguay, même s'il est minime, est un pas vers la responsabilisation. Pour certaines, il se fera dans un délai plus ou moins long, alors que d'autres n'y arriveront jamais. Mais toutes peuvent compter sur nous pour les écouter et les supporter dans leur démarche. ■

Par Diane Cadotte

Infirmière bachelière au CLSC Ahuntsic et intervenante à la Maison Tanguay depuis 1985

Un partenariat de femmes : vers un régime de santé répondant aux besoins de toutes les femmes

Au cours des dix dernières années, à peu près toutes les provinces et tous les territoires du Canada se sont penchés sur la question de la réforme des soins de santé. Le gouvernement fédéral, quant à lui, s'est engagé à améliorer la santé des femmes et les soins de santé qui leur sont prodigués. C'est dans cet esprit que le Conseil consultatif canadien pour la situation de la femme (CCCSF) a organisé un colloque en septembre sur les questions relatives à la santé des femmes, afin de veiller à ce que l'opinion des femmes soit prise en compte dans la réforme. L'objectif premier était de réunir des femmes de divers secteurs afin qu'elles puissent voir ensemble à l'établissement d'un système global de soins de santé répondant aux besoins diversifiés des femmes. Il visait en outre à favoriser l'établissement de partenariats de travail pour l'élaboration conjointe de recommandations touchant les besoins de toutes les femmes en matière de santé.

Les participantes au colloque ont amené une multitude de recommandations touchant les politiques en matière de santé que le CCCSF s'est engagé à présenter aux divers ordres de gouvernement. Seront-elles mises en oeuvre? Contribueront-elles de quelque façon à éliminer la discrimination systémique, la violence contre les femmes et la pauvreté des femmes? L'avenir nous le dira.

Notre participation à ce colloque nous a principalement permis de reprendre contact avec plusieurs membres du Réseau canadien pour la santé des femmes qui étaient présentes. Les initiatives qu'elles nous ont présentées, entre autres sur le tabagisme et les femmes, nous ont beaucoup stimulées. Un véritable échange de matériel et d'expérience à travers les groupes de femmes oeuvrant en santé nous permettrait un important enrichissement.

13

Bonne fête aux Presses de la santé!

25 ans déjà! Les Presses de la santé, en autres par leur publication sur le contrôle des naissances, la ménopause et les maladies transmises sexuellement, sont devenues une référence essentielle en matière de santé des femmes. Bravo et merci pour 25 ans d'innovation dans une perspective féministe !

La parole est aux femmes...

Le Regroupement travaille actuellement à la réalisation d'une publication spéciale. Ce projet mis sur pied en collaboration avec le Réseau canadien pour la santé des femmes, veut présenter un reflet aussi complet et fidèle que possible des grands enjeux et tendances en matière de santé des femmes au Québec. Évidemment il s'agit là d'un mandat ambitieux, aussi, avons nous fait appel à la contribution de femmes de différents groupes et différents milieux pour rendre le portrait le plus juste possible. Elles exprimeront leur point de vue, leurs expériences et ouvriront ainsi la voie à une réflexion communautaire menée par les femmes. Réflexion essentielle pour qu'enfin se profilent à l'horizon des pistes de recherches, des alternatives, des solutions, des ressources qui répondent davantage aux besoins des femmes qu'aux désirs des chercheurs et aux intérêts financiers des magnats de la santé. La parole des femmes mérite d'être entendue. Elle pourrait éveiller un écho dans tout le Québec!

Aucun médicament n'est totalement inoffensif!

C'est pourquoi l'Ordre des pharmaciens et pharmaciennes du Québec a mis sur pied le programme "Code Médicament" qui a pour objectif de nous informer des principales précautions à prendre avec les médicaments vendus sans ordonnance. Ces médicaments peuvent, dans certaines conditions, entraîner des effets secondaires désagréables et affecter notre santé. Il importe donc de les consommer avec précaution. Nous croyons que le programme de l'Ordre des pharmaciens et pharmaciennes est un pas dans ce sens; nous voulons donc féliciter cette initiative.

Les cahiers de la femme

Les cahiers de la femme est une publication trimestrielle dont le but est de rendre les Études de la Femme et des mouvements féministes, tant sur le plan de la recherche que de l'écriture, accessibles au plus grand nombre possible de femmes. Il nous présente un numéro complet sur la santé des femmes (volume 14, numéro 3). Les différences entre les auteures, la variété des sujets abordés et les multiples styles littéraires représentent un puits de richesse. Parmi les thèmes retenus, notons les femmes et le tabagisme, le cancer du sein et l'environnement, les traitements médicaux que reçoivent les lesbiennes et la santé des femmes en prison. "En plus de nous inspirer, l'énergie collective qui a donné jour à cette abondance de textes d'une multitude d'auteures canadiennes et québécoises nous a également rappelé que c'est exactement ce qu'il faut pour maintenir le mouvement pour la santé des femmes en vie." C'est un ouvrage très intéressant et ressourçant ... pourvu qu'on puisse lire l'anglais! Pour en obtenir une copie vous pouvez appeler au (416) 736 5356

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

MEMBRES

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 : _____

Téléphone : _____

Émettre votre chèque à l'ordre du : Regroupement des centres de santé des femmes du Québec