

# SANS PRÉJUDICE

## ...pour la santé des femmes

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

printemps 1996 • numéro 10

### Sommaire

- 3  
Lesbiennes et VIH :  
Sommes-nous concernées?
- 5  
Au bout de nos âges...  
La santé des femmes en question
- 6  
Réflexions sur les mutilations  
des organes génitaux féminins  
*Bilan et perspectives*
- 8  
S'abandonner dans le système de santé :  
Un risque ou un gain?
- 10  
*À voix haute et en toutes lettres!*  
À quand un forum sur la ménopause?  
En route vers le Togo
- 12  
*En vrac*  
L'assemblée générale s'en vient  
24 heures des femmes contre la pauvreté

## Il était une fois...

### *Le Mouvement pour la santé des femmes*

**S**i l'histoire des femmes et du Mouvement pour la santé des femmes avait été écrite, elle commencerait probablement par «il y a de cela très très longtemps...»; car enfin, les femmes ne se sont pas improvisées expertes en santé, elles l'ont toujours été!...

On trouve en effet, à travers les âges et dans presque toutes les sociétés, la présence de femmes qui soignaient et guérissaient. Associées au symbole de fécondité et considérées comme responsables de la reproduction, les femmes ont toujours été proches des manifestations de la vie et de la mort; elles ont acquis tout un savoir concernant l'alimentation, la grossesse, l'accouchement, la contraception, l'avortement, l'hygiène et les soins du corps.

Ces femmes avaient une approche empirique de la santé, c'est-à-dire un savoir basé sur l'expérience plutôt que sur la théorie. Elles se sont, depuis l'Antiquité où elles étaient prêtresses, formées au contact les unes des autres, transmis leurs connaissances oralement, de mère en fille, de voisine à voisine. Les origines des potions-santé, léguées de la même façon par nos grand-mères et arrière-grand-mères remontent, sait-on vraiment, jusqu'où?

Ces prêtresses de l'Antiquité, sorcières ou sages-femmes du Moyen Âge, avaient du pouvoir et l'exerçaient; s'il n'était pas officiel (politique), ce pouvoir non-hiérarchique n'en était pas moins important : respectées par la communauté, perçues comme sages, on les consultait volontiers sur des questions de la vie courante. Leur engagement social se reflétait par ailleurs dans leur participation aux assemblées populaires où leur opinion comptait. Le plus souvent autonomes, elles étaient, et de loin, l'antithèse de l'image idéalisée de la femme (soumise, dépendante, dénuée d'objectivité, etc.).

Les choses changeront cependant au cours de l'Histoire. L'institutionnalisation de la famille et, plus tard, l'avènement du christianisme, feront perdre aux prêtresses leur place et leur pouvoir. Associées au culte de la Déesse, aux rituels de la nature, bref, à tout ce qui participait de la culture païenne, ces femmes entraient en contradiction avec le système d'autorité le plus important : l'ordre religieux. Quant aux sorcières, nos «prêtresses du Moyen Âge», elles seront vues comme les rivales des prêtres, la sorcellerie étant aussi reliée aux rites païens. La chasse aux sorcières sera

le fruit d'une association entre l'Église, l'État et le corps médical.

Il faut se rappeler que l'Église catholique occupait, au Moyen Âge, une place prépondérante dans la société; elle dominait, on n'en discutait pas, tout comme on ne remettait pas

La chasse aux sorcières sera le fruit d'une association entre l'Église, l'État et le corps médical.

en question le sexisme de son discours : «Une femme qui pense seule pense au mal» écrivait-elle. Ce sera là l'un des principes de l'Église et sa «contribution» à l'oppression spécifique faite aux femmes...

À l'opposé des sorcières qui travaillaient de façon intuitive et objective, par l'observation, l'expérimentation, par essais et par erreurs, l'Église, qui se méfiait de toute manifestation reliée à l'utilisation des sens, avait une attitude complètement anti-empirique. Elle ne voyait pas l'intérêt de chercher les lois physiques ou naturelles de tel ou tel

phénomène puisque Dieu était partout, qu'il exerçait sa volonté à tout moment; ce qui nous arrivait était simplement ce qui devait nous arriver, ce que nous méritions. L'esprit de recherche des sorcières entraînait en contradiction directe avec le fatalisme de l'Église.

Même les bons traitements des sorcières étaient perçus comme une menace; car enfin, si elles pouvaient utiliser leur savoir et leur pouvoir pour faire le bien, elles risquaient aussi de les utiliser de façon maléfique, à l'encontre de l'Église, contre Dieu et l'ordre établi! Ainsi la magie, considérée par l'Église comme aussi efficace que la prière, représentait un danger; la prière, au moins, était sous son contrôle.

L'État s'inquiétait pour sa part des liens de solidarité qui se créaient entre les paysans attirés par les rassemblements des sorcières. Craignant une éventuelle révolte, il s'associa spontanément à l'Église dans la chasse aux sorcières. Quant au pouvoir médical — les médecins «professionnels» issus de la classe privilégiée qui avaient pu se payer une formation académique interdite aux femmes — ils entérineront aussi le discours de l'Église. C'était dans leur intérêt : déjà rétribués par la classe

dirigeante qu'ils soignaient, ils désiraient avant tout conserver leur place et leurs privilèges.

Ainsi, en quelques quatre siècles, les femmes soignantes, sorcières ou sages-femmes verront leur pouvoir réduit à néant, leur savoir nié et leurs pratiques interdites. Elles seront tuées

par milliers, victimes d'une oppression qui continuera de se manifester à l'égard des femmes par le sexisme des institutions, la professionnalisation de la médecine et, dès le XIXe siècle, par la médicalisation dont elles seront l'objet.

Le Mouvement pour la santé des femmes, qui se créera

bien des années plus tard, apportera, par son approche féministe et ses alternatives, une réponse claire à l'oppression historique subie par les femmes. ●

**Marleen Provençal**

Note : ce texte s'inspire en grande partie d'un ouvrage passionnant publié aux Éditions du Remue-ménage en 1983 : *Sorcières, sages-femmes et infirmières, Une histoire des femmes et de la médecine*, par Barbara Ehrenreich et Deirdre English, traduit de l'américain par Lorraine Brown et Catherine Germain.

## Lesbiennes et VIH

### Sommes-nous concernées?

**A**u Québec, les femmes représentent environ 9% des cas de sida. Des contacts avec des gens du réseau de la santé ont permis de mettre en lumière le manque ou plutôt l'absence d'informations concernant la transmission du VIH chez les lesbiennes. C'est un sujet dont on connaît peu de choses et dont on parle peu.

Dans un document gouvernemental traitant de l'infection au VIH chez les femmes, on mentionne «qu'au Canada, on n'a recensé aucun cas de sida attribuable à des contacts sexuels entre femmes.»<sup>1</sup> Les lesbiennes seraient-elles moins à risque? Des études américaines ont cependant démontré qu'en raison de certains comportements, les femmes homosexuelles pourraient être plus à risque que les femmes hétérosexuelles. Selon une étude sur le VIH et les comportements à risque<sup>2</sup>, des 9% de l'ensemble des femmes (135/1518) qui ont rapporté avoir des contacts sexuels avec d'autres femmes, 93% ont également rapporté avoir des contacts

sexuels avec des hommes. De plus, les femmes ayant des contacts sexuels avec d'autres femmes :

- sont plus actives sexuellement car 38% ont eu trois partenaires ou plus durant les trois derniers mois, comparativement à 13% chez les femmes hétérosexuelles;
- reconnaissent avoir eu des échanges sexuels pour de l'argent ou de la drogue au moins une fois depuis 1978 dans 48% des cas, comparativement à 12% chez les femmes hétérosexuelles;
- pratiquent davantage le sexe oral (bouche-pénis), les pénétrations anales et moins de pénétrations vaginales que les femmes hétérosexuelles, lors de leurs contacts sexuels avec des hommes;
- ont également plus de partenaires sexuels à haut risque depuis 1978, incluant des utilisateurs de drogues injectables, des

hommes bisexuels et des personnes infectées au VIH.

Une autre étude conclut que «la séroprévalence du VIH est significativement plus élevée parmi celles qui ont rapporté une histoire d'utilisation de drogue par injection, ou une histoire de pénétration anale ou vaginale avec des hommes gais/bisexuels ou avec des hommes utilisateurs de drogues par injection.»<sup>3</sup>

La rareté de l'infection au VIH chez les femmes ayant des contacts sexuels exclusivement avec d'autres femmes engendre donc une fausse perception de sécurité. De se sentir moins à risque ne signifie pas pour les lesbiennes de n'être pas à risque. Ce sentiment d'être à l'abri fait oublier les comportements qui exposent aux risques d'infection. La transmission du VIH peut survenir majoritairement durant les relations sexuelles, lors de l'utilisation de drogue par injection avec échange de seringues, suite à une transfusion sanguine reçue avant 1985 et lors de l'insémination artificielle. L'infection au VIH (virus du sida) peut occasionner des problèmes tels que : fièvre, infections vaginales, diarrhées chroniques et cancer du col de l'utérus.

Les messages contradictoires entourant les risques associés aux pratiques sexuelles des lesbiennes engendrent beaucoup d'ambiguïté. Les femmes demeurent très perplexes sur des questions de base : le sexe oral est-il à moindre risque? Le sang menstruel augmente-t-il les risques de transmission? L'insertion de doigts dans le vagin constitue-t-il en soi un faible risque, un

très faible ou aucun risque? L'information véhiculée sur les risques d'infection au VIH est peu documentée en ce qui concerne les lesbiennes. On sait cependant que le virus du sida est une maladie mortelle et que des femmes ayant des contacts sexuels avec d'autres femmes ont le sida.

Si vous avez des questions, vous pouvez obtenir de l'information en composant sans frais :



93% des femmes  
ayant des  
contacts sexuels  
avec d'autres  
femmes ont  
également des  
contacts sexuels  
avec des hommes

INFO MTS-SIDA  
Québec et sa banlieue :  
648-2626  
Ailleurs au Québec :  
1-800-463-5656. ●

France Laroche  
coordonnatrice,  
«Étape par étape»  
COCQ-SIDA

N.D.L.R. L'auteure suggère la lecture d'une étude toute récente publiée en anglais par le Women's Programs, AIDS Vancouver et intitulée *Acknowledging Diversity : Questioning Authority, A report on the Findings of the Women Who Have*

*Sex with Women Survey*, by Claudia Brabazon.

<sup>1</sup> Santé et Bien-Être Canada, *Les femmes et le sida : un défi pour le Canada au cours des années 90*, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1990.

<sup>2</sup> Jean Bevier, Pamela, et coll., *Women at a Sexually Transmitted Disease Clinic Who Reported Same-sex Contact : Their HIV Seroprevalence and Risk Behaviors*, American Journal of Public Health, October 1995, Vol. 85, No 10.

<sup>3</sup> Lemp, George F., et coll., *HIV Seroprevalence and Risk Behaviors Among Lesbians and Bisexual Women in San Francisco and Berkeley, California*, American Journal of Public Health, October 1995, Vol. 85, No 11.

Au bout de nos âges...

## La santé des femmes en question

**A** mon sens, un aspect qui a beaucoup contribué à l'amélioration de la santé des femmes depuis 30 ans a été la mise sur pied de services de santé spécifiques pour les personnes de 65 ans et plus.

Bien des facteurs ont permis ce progrès : augmentation du nombre de gens âgés suite à l'amélioration des conditions de vie, programmes sociaux, désir d'autonomie et reconnaissance de leur capacité de réadaptation et de développement par les personnes âgées elles-mêmes.

Rappelons pour mémoire que l'espérance de vie des femmes au Canada est passée de 62,1 à 79 ans entre 1931 et 1981 — 50 ans — et de 60 à 70,9 ans pour les hommes.<sup>1</sup> Nous vivons plus vieilles (surtout) et en plus grand nombre. Et près du quart de la population aura 65 ans et plus en l'an 2031...

Bien qu'encore trop rares, des institutions ont vu le jour, s'adaptant à cette

nouvelle réalité : centres hospitaliers spécialisés en gériatrie (comme le C.H. Côte-des-Neiges), équipes de gériatrie dans les hôpitaux généraux, hôpitaux et centres de jour, équipes de maintien à domicile dans les CLSC, centres d'accueil, centres de soins de longue durée, etc.

En 1981, 40% du budget de la santé allait aux aînés-ées qui constituaient 9,7% de la population<sup>2</sup>. C'est clair : les besoins de santé augmentent avec l'âge. Maintenant que l'argent est rare, certains pensent que trop d'argent est alloué ainsi aux 65 ans et plus. «À quoi bon maintenir en vie et à grands frais des gens âgés qui n'aspirent qu'à mourir en paix?» C'est vrai, l'acharnement thérapeutique a été vivement dénoncé et souvent, avec raison.

L'attribution des ressources se fera donc de plus en plus dans un contexte de coupures budgétaires et de multiplication des besoins, ce qui implique des choix difficiles et complexes qui risquent d'ouvrir la porte à

des injustices. Passées d'abord sous silence, elles pourraient devenir la norme. L'âge ne devrait pas être un critère pour refuser l'accès à des soins et à des traitements. Aurons-nous la volonté de maintenir et même d'augmenter les services pour assurer toute l'attention nécessaire aux aînés-ées et à leurs proches ou, au contraire, nous laisserons-nous convaincre que les programmes sont des luxes qu'on ne peut se permettre? Aurons-nous tout simplement les moyens de maintenir une certaine équité des services de santé entre les générations? Et qu'est-ce que l'équité?

D'après l'éthicien David J. Roy (cf. *Le Devoir*, 8 janvier 1996), les débats éthiques, aujourd'hui et pour longtemps, devraient porter le plus rapidement possible sur la justice distributive des soins de santé. Plusieurs questions devraient figurer dès maintenant à l'agenda des discussions éthiques : le vieillissement de la population et les ressources

limitées, bien sûr, mais aussi l'apparition des nouvelles technologies médicales et les nouvelles médications excessivement chères, disponibles, mais non-accessibles à toutes et à tous. Dans un tel contexte, le nid est fait pour une médecine privée qui donne accès rapidement à des examens et traitements.

Mon expérience auprès de gens du quartier Villeray (pourtant peu favorisés économiquement) me montre que pour atténuer la souffrance, les gens sont souvent prêts à donner gros : je connais une femme pourtant sans revenu à qui

ses enfants paient près de 1000 \$ par mois pour une nouvelle médication en cause dans son traitement contre le cancer. Je souhaite que les représentantes des femmes soient à la barre pour défendre la réalité des femmes vieillissantes... parce que l'âgisme et le sexisme pourraient produire un cocktail dangereux qui fasse du tort à l'ensemble de la population qui vieillit inévitablement.

Je suis consciente que le monde est en profond changement et que les solutions sont à trouver : raison de plus pour accompagner les

changements de pratiques par une réflexion critique et éthique. ●

### Marthe Savoie

Note de l'auteure : celles qui souhaitent approfondir la réflexion trouveront entre autres dans *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*, certains chapitres particulièrement pertinents sur les soins aux personnes âgées. Les femmes représentent plus ou moins 75% des personnes qui reçoivent des soins à domicile des CLSC.

<sup>1</sup> *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*, Roy, Williams, Dickens et Beaudoin, Éditions du renouveau pédagogique, 350 pages, 1995.

<sup>2</sup> Idem.

# Réflexions sur les mutilations des organes génitaux féminins

## Bilan et perspectives

**Si les médias québécois nous ont sensibilisés à la question des mutilations génitales féminines (MGF), comme certains procès l'ont fait en Europe, il peut nous sembler étonnant qu'aucun groupe de femmes africaines, tant au Québec qu'en Afrique, n'ait fait de la lutte contre l'excision une priorité. C'est que l'alphabétisation, le droit à l'éducation et au travail, la nécessité d'avoir un revenu paraissent tout aussi essentiels sinon plus à l'ensemble de ces femmes que l'abolition de l'excision...**

**B**ien conscient de ces facteurs, le Regroupement, de concert avec les femmes des communautés africaines, a organisé cette réflexion sur les MGF. Se sont réunies pour l'occasion, des intervenantes des milieux communautaires et du secteur public concernées par les différents aspects de la question (droit et justice, éducation, santé) de même que des représentantes des ministères touchés.

Nos invitées ont fait ressortir que les MGF reposent sur des valeurs, des croyances ou des comportements culturels et rituels. Cependant, elles ont souligné que les sociétés ne sont pas immuables, qu'elles connaissent des mutations profondes, que de nouveaux dynamismes socioculturels apparaissent et que d'autres disparaissent. Il faut, selon elles, éviter d'englober dans une même condamnation les pratiques de MGF et les systèmes culturels Africains. L'éducation interculturelle devrait permettre de reconnaître que des efforts réciproques d'adaptation s'imposent, mais que des valeurs telles l'intégrité physique des personnes et l'égalité entre les hommes et les femmes ne sont pas négociables. La lutte contre les mutilations génitales doit être placée dans un contexte plus large, à savoir l'amélioration de la qualité de vie des femmes africaines, ce qui implique, comme pour l'ensemble des femmes, l'accès à l'éducation et l'intégration au marché du travail.

Ces réflexions sur les mutilations génitales féminines ont permis une véritable concertation entre les membres des communautés concernées et de la communauté d'accueil. Le processus de consultation, entrepris par le Regroupement à l'étape préparatoire, a contribué à faciliter les échanges. La qualité et la représentativité des invitées et des participantes, soulignée par toutes, a permis de mieux connaître l'état de la situation des MGF au Québec et de dégager des pistes d'actions pour l'avenir.

Il est apparu qu'il existe déjà, au sein des communautés concernées, une volonté de changement, mais que ce mouvement a besoin du soutien de la communauté d'accueil afin de résister aux pressions des traditionalistes. Cette rencontre, une première du genre au Québec, a permis le développement de réseaux de solidarité. Plusieurs femmes se sont dites intéressées à participer à un comité de suivi, lequel s'assurera de l'appui des communautés africaines dans son travail. Il misera sur la concertation entre les femmes, les groupes et les organismes intéressés par la question afin de donner plus de force et d'impact au mouvement de lutte contre les MGF.

Un rapport complet est disponible au Regroupement. ●

# S'abandonner dans le système de santé :

## Un risque ou un gain?

**L**es moyens utilisés pour répondre à nos aspirations politiques sont parfois à revoir, à questionner, analyser ou réorienter.

Au Centre de santé des femmes de Montréal, nous espérons, à une certaine époque, donner aux femmes l'information qui leur permettrait de développer l'audace nécessaire pour questionner le monde médical, nommer leurs malaises au médecin, refuser l'irrespect, être capable de choisir entre différentes alternatives de traitement et faire reconnaître leur savoir «expérientiel». Nous souhaitons que les femmes, dans le cadre de leurs consultations médicales, provoquent le système de santé en le forçant à mettre la science réellement au service des usagères. Mais l'information ne fait pas des femmes des combattantes dans tous les secteurs de leur vie; elle n'est pas l'unique composante qui génère l'audace et le sens critique.

La vulnérabilité face à la maladie rend parfois les individus incapables de critiquer ou d'exiger des services répondant à leurs besoins.

À titre d'exemple, une femme m'a raconté un jour une histoire reliée à un cancer qu'on lui avait découvert. Lors d'une consultation médicale, sa médecin lui avait proposé, dans le but d'éclairer son choix, de lire une série de textes scientifiques exposant le pour et le contre d'une intervention qu'elle pourrait subir. Elle lui a répondu qu'elle ne voulait pas les lire, qu'elle avait besoin de la neutralité ou de l'objectivité médicale à ce moment précis de sa vie. Cette histoire m'a touchée. Je crois qu'ici, le besoin de croire, de faire confiance et de s'abandonner était nécessaire.

Dans la même période, certaines de mes amies ont eu une attitude semblable dans des situations de vulnérabilité et cela, même si

elles avaient développé un sens critique féministe par rapport au système de santé et même si elles avaient l'information nécessaire pour faire un choix.

Dans le même ordre d'idée, j'ai remarqué que certaines femmes à bout de ressources personnelles étaient prêtes à essayer tout ce que le monde médical pouvait offrir pour atteindre leurs objectifs, pour transcender la peur de la mort et cela, qu'on parle de reproduction, d'esthétisme, d'oncologie, etc. Je me rappelle entre autres l'expérience de Lyne qui avait des problèmes de fertilité. Elle avait décidé de consulter une spécialiste reconnue dans ce domaine :

« C'est ma chance, se dit Lyne; je suis enfin tombée sur LA docteur.

- On va vous faire un examen pour voir si vos trompes sont bouchées, dit la médecin.

- Mais madame, j'ai eu six grossesses, mes trompes ne sont pas bouchées!

- Vous voulez que je vous suive ou pas? »

Line finit par accepter, convaincue de sa chance. « Vos trompes ne sont pas bouchées, on va vous faire une laparoscopie pour voir si vous ne faites pas de l'endométriase.

- Mais madame, ça m'étonnerait beaucoup!

- Voulez-vous que je vous suive ou non?»

Lyne a finalement accepté de passer un examen même si elle doutait de sa pertinence. Elle était prête à n'importe quoi ou presque pour atteindre son objectif, mais après une laparoscopie, lorsque la médecin lui a imposé un autre examen, elle s'est dit : non! Elle trouvait que cette approche médicale était exclusivement technologique. Dans ce cas, les solutions étaient imposées, il n'y avait pas d'écoute et par désespoir, Lyne a accepté pendant un moment ce fonctionnement.

Le processus d'abandon que vivent plusieurs personnes lorsqu'elles sont malades, le besoin de croire, de faire confiance, est parfois nécessaire au cheminement vers la guérison ou à la quête du sens face aux maux. Ce besoin semble se perpétuer à travers les âges et les sociétés et, dans notre système actuel, il confère un pouvoir symbolique aux médecins en plus du pouvoir social qu'ils ont déjà. Étant donné que la

médecine témoigne actuellement d'une culture savante (complexité de la méthode, du vocabulaire, des actions utilisées, solennité et hiérarchie des relations avec les professionnels-les) elle peut s'éloigner des significations que vivent ou que peuvent s'approprier les gens.

En ce sens, je me demande s'il n'est pas dangereux de s'abandonner au système médical surtout lorsque la formation apprend aux médecins à faire, à agir et pas nécessairement à développer une écoute attentive. Selon une médecin interviewée, la formation médicale apprend à intervenir, ce qui entraîne qu'on fait souvent **n'importe quoi**. À titre d'exemple elle raconte que lorsqu'elle était étudiante et qu'elle faisait la tournée avec un patron, ils ont examiné un homme atteint d'un cancer du pancréas. Le médecin lui a dit : «on va vous donner de la chimiothérapie». Par contre, aux étudiants-tes dans le corridor il a dit : «qu'on lui donne de la chimio ou pas, il en a pour six mois à vivre».

Le Dr. Clément Olivier répond à cela : «On nous enseigne à défendre la vie, de sorte qu'on panique devant la mort. Pour pouvoir réagir adéquatement en tant que médecin, il faut d'abord régler cette question comme

individu».

Ces attitudes me questionnent profondément sur ce que signifie la prise en charge de notre santé dans le système actuel lorsqu'on est malade et/ou vulnérable et aussi sur l'impact que peut avoir l'abandon sur notre vie, notre santé. Je crois que l'abandon est souvent un processus nécessaire. À cause de cette réalité, je me demande si on ne doit pas travailler à transformer certaines attitudes pouvant exister dans le système médical telles que le manque d'écoute du vécu des femmes, les difficultés à transmettre une information globale, le manque de respect face à la réalité et au choix des femmes, etc. Je me questionne aussi à savoir si l'on ne doit pas chercher et créer des moyens, des lieux sécuritaires pour vivre ce processus d'abandon.

Le soutien dans l'abandon serait-il ailleurs qu'entre les seules mains du système? Pourrait-on penser à des formes d'accompagnement, à des groupes de soutien et d'entraide, à des lieux de convalescence et puis, laissons donc aller notre imagination! ●

**Renée Ouimet**  
CSF de Montréal

# À voix haute et en toutes lettres!

Cet espace sera dorénavant réservé aux lectrices du *Sans Préjudice*, afin que chacune puisse dire ce qu'elle pense, vit, imagine, souhaite, dénonce, espère, etc., à voix haute et en toutes lettres! Vos textes devront nous parvenir d'ici la fin avril pour le numéro de mai.

## À quand un forum sur la ménopause?

Depuis 1992, j'anime au Centre de santé des femmes de Montréal des ateliers sur la ménopause en regard de la médecine traditionnelle chinoise. Entre 1992 et 1994, les femmes qui suivent ces ateliers sont âgées d'environ 51 ans et elles sont majoritairement ménopausées ou en périménopause. Elles recherchent avant tout des outils pratiques pouvant les aider. En 1995, le profil change : la moyenne d'âge des femmes est alors autour de 45 ans et la majorité d'entre elles ne sont donc pas encore ménopausées. Elles viennent surtout pour s'informer afin de se préparer à bien vivre cette étape de leur vie.

J'ai constaté lors de ces ateliers que l'hormonothérapie de remplacement est une préoccupation majeure chez l'ensemble des participantes. Les femmes se questionnent à ce sujet et avec raison. Elles ont besoin d'un lieu pour en débattre et en discuter.

Il est grand temps que nous ayons un forum sur la ménopause, organisé et sous la responsabilité d'organismes neutres, n'ayant aucun intérêt autre que celui des femmes. Il serait important qu'un groupe de femmes se concentre exclusivement sur la ménopause et tout ce qui l'entoure.

La ménopause est et doit être un sujet d'actualité. La citation de Fortune, reprise dans l'Actualité du 1<sup>er</sup> mars 1996, nous le démontre bien : « Bonne fête! Le 1<sup>er</sup> janvier, le 1<sup>er</sup> des 76 millions de baby boomers a eu 50 ans!

Depuis ce jour, 10 000 d'entre eux plongent quotidiennement dans la cinquantaine. Il en sera ainsi jusqu'au 31 décembre 2005. » Quand on sait que la moyenne d'âge de la ménopause est de 51 ans, imaginez le nombre de femmes qui seront ménopausées d'ici dix ans. Environ 38 millions!... Je crois qu'il est urgent de s'unir et de mettre en commun nos efforts et nos énergies pour faire toute la lumière sur le sujet. ●

Jacinthe Soucy, acupuntrice

## En route vers le Togo

Oui, c'est vrai, ce n'est pas tous les jours qu'on se fait demander de participer à une mission au Togo. Bien des événements préparent un tel événement, il ne tombe pas du ciel. Et pourtant...

Il faut croire que rien n'est inutile et que les bases d'un partenariat ne sont pas toujours ce que l'on imagine qu'elles sont : au concret s'ajoute beaucoup d'invisible.

Je ne pourrai pas retracer ici toutes les étapes du projet. Il faut quand même dire que le Centre de santé des femmes de l'Estrie (par l'entremise du Carrefour solidarité internationale de Sherbrooke) tente de développer, depuis déjà cinq ans, un partenariat avec un groupe de femmes togolaises qui s'intéresse à l'autosanté. C'est par le biais d'une mission d'Afrique, qu'il me sera possible de rencontrer ce groupe, d'autres groupes de

femmes ainsi que des groupes oeuvrant sur le plan des droits humains.

Je veux donc partager avec vous cette expérience, car je crois que le séjour en terre togolaise constituera le noeud de l'expérience comme telle. Ici, il s'agira de nommer comment la volonté de faire aboutir un projet peut être agente de changement. Puisqu'il est encore trop tôt pour parler du changement au sein des groupes concernés, c'est en toute modestie que je vous livre ici mon témoignage.

Je n'ai pas les mots pour tout dire, mais je suis certaine d'une chose : à 44 ans, j'ai une meilleure connaissance de moi-même et une meilleure perception de mes désirs, de ce qui me fait avancer et de mon pouvoir de cocréation. Je sens l'abondance de la vie, l'éloignement de certaines peurs, en même temps qu'une préparation pour aller à la rencontre de l'essentiel. La transformation d'attitudes négatives pour réaliser mon but me profite et, je l'espère, profitera aux autres. Je me libère de certaines réactions, de certains *patterns* et je jette un regard nouveau sur ce qui est.

Au-delà du partenariat, pourquoi ce voyage, pourquoi l'Afrique? Ce voyage à venir est, pour moi, une fenêtre ouverte sur le monde. Et comme une fenêtre peut l'être, je me sens ouverte... Regarder avec discrétion... Accepter ce qui est... Faire une gestion saine de ce qui est plus ou moins conforme à ma propre culture... Non habituée à me confronter à certaines formes de pouvoir, à l'inhumanité des systèmes, à des valeurs ancestrales, à des conditions féminines touchantes, je m'attends à des bouleversements tant émotifs que culturels. Quelle place prendront-ils dans ma vie? À quoi m'ouvrira cette expérience? Une chose est certaine : la prime d'éloignement sera ce avec quoi je reviendrai. Beau voyage, belle expérience...

Femme de lutte, de défense de droits, j'ai, quelquefois, le goût de me reposer. Difficile. Je ne peux me désengager, mais il est possible d'apprendre à lutter différemment!  
Transformation d'énergie... Perspective

différente des luttes à faire et du travail à accomplir... Conscience en mouvement... Pressentiment sans pouvoir nommer les choses... Conscience réceptive qui provoque des bouleversements, de la confusion... Alors, pour les vacances, vous repasserez!

Faire des liens est quelque chose de dynamisant pour moi. Ces temps-ci, j'ai l'impression d'accumuler des connaissances intellectuelles et je ne sais trop quoi en faire. Il me manque l'expérience. Mon souhait, pour le retour : que, peu à peu, les ponts se construisent entre les connaissances, les sensations, l'expérience, l'information... En attendant, comment ne pas me disperser, faire l'équilibre, me respecter et respecter les autres? Tout d'abord, ouvrir toutes mes lentilles, toucher à tout, essayer d'entendre le plus possible, ne pas refuser d'information, laisser entrer tout ce qui vient vers moi. Je crois qu'après cette expérimentation, la meilleure façon de centrer mon énergie, sera de laisser s'inscrire toute l'expérience africaine à travers moi. Je souhaite alors avoir l'intelligence de laisser de la place à mon intuition. C'est elle qui, jusqu'à maintenant, a su me guider vers ce qui est bon pour moi, ce qui est pertinent, nécessaire. Une vision élargie, des fenêtres grandes ouvertes sur l'extérieur en même temps que sur l'intérieur... Transformation...  
Transparence...

Depuis quelque temps, la peur s'est transformée en excitation. Un grand calme aussi. Tout ira pour le mieux. Tout est dans l'ordre des choses. Je reviendrai avec plus de bagages que maintenant : richesse qui prendra le temps qu'il faut à intégrer. Harmonie. Pas d'inquiétude. Me faire confiance. Parviendrai-je à identifier ma véritable valeur? Pourquoi ai-je parfois peur de ne pas être adéquate? Et pourtant, j'ai tout ce qu'il faut pour vivre cette expérience : intelligence, discernement, ouverture, entregent... Pourquoi être inquiète? Un tournant dans la vie... Pars le coeur léger, Carole... Et donne-toi le temps d'atterrir, au retour.... ●

Carole Tatlock  
Sherbrooke, le 27 février 1996



**En vrac**  
**En vrac**

### Assemblée générale du Regroupement

Samedi 11 mai 1996 à 10 h  
4205, rue Saint-Denis  
bureau 320, Montréal

**Sans Préjudice...**  
**pour la santé des femmes**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada - 1996

Tirage 1000 exemplaires  
Prochaine parution : mai 1996  
Reproduction permise en citant la source

## 24 heures des femmes

### contre la pauvreté

Action nationale à Québec :

**du samedi 1<sup>er</sup> juin à 15 h**  
**au dimanche 2 juin à 15 h**

Le Regroupement sera présent à Québec  
pour participer à la réalisation d'une grande chaîne  
humaine de femmes autour du parlement  
pendant 24 heures.

Nous devons être au moins 1500 femmes  
de façon continue.  
Inscrivez-vous!

Il y aura un grand rassemblement populaire  
le dimanche 2 juin vers 13 h.

La solidarité de toutes et de tous est nécessaire et  
bienvenue.

Ah! oui : apportez un sac avec des miettes de pain!

**Pour information et inscription :**  
Fédération des femmes du Québec  
(514) 948-3262



**Devenez membre de soutien**  
**du Regroupement des centres de santé des femmes**  
**et recevez gratuitement votre bulletin *SansPréjudice...***

**Groupe : 25 \$ et plus • Individuelle : 10 \$ et plus**

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Veuillez émettre votre chèque à l'ordre du **Regroupement des centres de santé des femmes du Québec**  
4205, rue St-Denis, bureau 300, Montréal ( Québec) H2J 2K9 • Téléphone : (514) 844-0909 • Télécopieur : (514) 844-2498