

SANS PRÉJUDICE

...pour la santé des femmes

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

automne 1996 • numéro 11

Sommaire

Contribution communautaire	4
Consommation de médicaments chez les femmes	6
Séjour en terre togolaise	8
Si on parlait de ménopause autrement...	10
Dossier sage-femme accouchement difficile...	12
À voix haute et en toutes lettres! VIH-SIDA : les lesbiennes sont à risque, mais...	14
Avortement	
En vrac Centre d'excellence ...	16

Un virage ambulatoire bon pour la santé des femmes ?

Le virage ambulatoire constitue un élément majeur de la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux qui est en cours. Cette formule, que l'on peut définir comme un ensemble de mesures visant à remplacer l'hospitalisation ou à accélérer le retour de la personne dans son milieu de vie après l'hospitalisation, tout en offrant des soins de santé mieux adaptés aux nouveaux besoins, est souhaitée par la plupart des acteurs du milieu. Nous y souscrivons d'emblée, sauf que...

Sauf que cette transformation radicale de l'organisation des services de santé risque d'entraîner une importante dégradation des conditions de travail et des conditions de vie des femmes. Le virage ambulatoire présente en effet des risques réels pour les Québécoises à titre de travailleuses, à titre d'aidantes et à titre d'usagères des services de santé et des services sociaux. Des risques qu'il faut, à tout prix, éviter par des mesures appropriées!

Pour les travailleuses

Les femmes représentent 75 % du personnel de la santé et des services sociaux. En 1991, ce secteur embauchait 16 % de toute la main-d'oeuvre féminine disponible au Québec. Le virage ambulatoire comprime dramatiquement l'emploi dans l'un des rares secteurs où l'écart salarial entre les femmes et les hommes s'est amenuisé de façon importante. En effet, dans le réseau de la santé et des services sociaux, les femmes gagnent en moyenne 85 % du salaire des hommes tandis que, dans l'ensemble du marché du travail, elles n'obtiennent que 69,4 % de la rémunération de leurs collègues masculins.

Au rythme où vont les choses, à la faveur du virage ambulatoire, des milliers de femmes perdront leur emploi et seront contraintes d'offrir leurs services à des employeurs des secteurs privé ou caritatif pour accomplir, dans des conditions bien inférieures, les tâches qu'elles assumaient auparavant dans le secteur public.

De surcroît, les mises à pied des unes se traduisent par des surcharges de travail pour les autres. L'hospitalisation étant dorénavant réservée aux seules personnes lourdement atteintes, les soins requis seront nécessairement plus exigeants pour les travailleuses qui demeureront dans le réseau. Quant à celles qui devront prodiguer des soins aux malades à domicile, leurs conditions de travail s'en trouveront grandement modifiées et toute la question de la santé et de la sécurité au travail devra être réexaminée.

Des organismes communautaires pourraient être appelés à assumer des tâches auparavant dévolues au secteur public. Convertis en bassins de main-d'oeuvre à bon marché, ces groupes risquent de devoir délaissier la mission de transformation so-

ciale qui est la leur au profit de la seule satisfaction immédiate des besoins de la population, dans un contexte de compressions budgétaires du gouvernement.

Pour les aidantes dites naturelles

Le virage ambulatoire a pour corollaire la prise en charge des personnes malades ou en perte d'autonomie par des «aidants naturels». En réalité, ce sont surtout des

«aidantes» puisque des recherches menées ici et ailleurs montrent que, dans une proportion de 70 à 80 %, ce sont les femmes qui assument cette responsabilité. Cette situation est généralement occultée, considérée comme allant de soi.

Les tâches associées à la prise en charge d'une

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les femmes gagnent en moyenne 85 % du salaire des hommes tandis que l'ensemble du marché du travail, elles obtiennent que 69,4 % de la rémunération de leurs collègues masculins.

personne malade sont multiples et souvent complexes : soutien affectif, gestion de problèmes sociaux, soins d'hygiène, administration de médicaments, etc. Elles présentent parfois des risques importants. Ces fonctions ne sont pas «naturelles» pour tout le monde. Elles exigent une certaine formation.

Par ailleurs, la disponibilité requise, la réorganisation du travail salarié et le cumul des tâches ont des incidences non seulement sur la santé et le bien-être de l'aidante, mais également sur la vie familiale. Si l'aidante est forcée de se retirer du marché du travail pendant des périodes plus ou moins longues, cette situation est suscepti-

ble de se traduire par un appauvrissement de l'aidante et de sa famille.

Pour les usagères

Enfin, avec une espérance de vie plus longue que celle des hommes, les femmes vivent plus longtemps en situation d'incapacité. Elles sont donc dépendantes des services de santé et des services sociaux pendant une plus grande partie de leur vie.

Comme le virage ambulatoire survient dans un contexte de rationnement des ressources, nous redoutons une détérioration de la qualité des services dont la clientèle est majoritairement féminine. Il existe un danger réel que les ressources disponibles soient dirigées vers des besoins médicaux immédiats au détriment des services sociaux et des services de prévention et de promotion de la santé. Les services de santé et les services sociaux seront-ils encore disponibles pour répondre aux besoins des femmes?

Par ailleurs, le milieu familial n'est pas toujours constitué d'aidants naturels! On y trouve parfois des conflits intergénérationnels, des situations de violence, de négligence et d'abus de toutes sortes. Dans ces cas, sur qui les femmes et les mères malades ou en perte d'autonomie pourront-elles compter?

Tenir compte de la réalité des femmes

Le virage ambulatoire ne touche pas également les femmes et les hommes, même si le ministère, les régies régionales et les établissements de santé feignent de l'ignorer. Pourtant, le gouvernement du Québec, tout comme le fédéral, sont dotés de politiques les incitant à reconnaître les inégalités entre les hommes et les femmes comme l'un des facteurs importants influençant la santé et le bien-être. Ils ont d'ailleurs pris des engagements en ce sens à l'occasion de la Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Beijing, en 1995.

Les femmes ont raison de craindre les effets pervers de cette réorganisation du réseau. C'est pourquoi nous demandons que les diverses instances du ré-

seau de la santé et des services sociaux et le gouvernement lui-même, à commencer par le premier ministre du Québec, prennent en compte la réalité des femmes dans le virage ambulatoire. Nous voulons que le virage ambulatoire soit bon pour la santé des personnes malades, cela va sans dire; mais il doit en être de même pour les travailleuses et pour les aidantes.

Diverses mesures devraient être envisagées afin d'éviter que le virage ambulatoire ne se réalise au détriment des Québécoises.

Par exemple :

- **réorienter les effectifs dans le cadre du virage ambulatoire tout en préservant le volume d'emplois actuel et en assurant à chaque travailleuse une contribution significative;**
- **inscrire dans la Loi sur les normes du travail la protection des emplois des personnes qui doivent s'absenter afin de prendre soin de proches; octroyer des congés sociaux à cette fin ou offrir la possibilité de convertir des congés de maladie personnels en congés de prise en charge de personnes malades;**
- **offrir une formation appropriée au personnel réaffecté à de nouvelles tâches ainsi qu'aux aidantes et aidants naturels;**
- **rendre disponibles des centres de jour et des maisons de répit;**
- **développer des appareils et des instruments appropriés pour les soins à domicile;**
- **mettre en place un système permettant une communication personnalisée entre les ressources médicales d'une part, les bénéficiaires touchés par le virage ambulatoire et les aidantes et aidants d'autre part;**
- **consentir des avantages fiscaux aux individus qui prennent en charge une personne malade ou en perte d'autonomie.**

Ce sont là des mesures réalisables à court terme qui permettraient que, dans le virage ambulatoire, les femmes soient traitées avec équité, un objectif qui est cher au premier ministre du Québec et que nous partageons.

Le nécessaire virage ambulatoire doit associer pleinement les femmes. C'est cela, pour nous, être citoyennes au centre du système et pouvoir, avec toutes nos énergies, toutes nos différences, nous y sentir partenaires à part entière.

Au début de la rentrée, un groupe de travail sur le virage ambulatoire composé de 17 organisations syndicales et de groupes de femmes - dont le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec - adressait cette lettre au premier ministre du Québec, monsieur Lucien Bouchard. Ces groupes nationaux invitent maintenant les organismes locaux et régionaux à appuyer cette déclaration.

CONTRIBUTION COMMUNAUTAIRE

Notre définition

Rappelons tout d'abord que les groupes communautaires ont été créés par les citoyennes et citoyens pour répondre à des besoins spécifiques reliés à l'exclusion sociale et économique ou encore aux rigidités ou insatisfactions du réseau public et des institutions; à la nécessité d'améliorer la qualité de vie et les services; ou pour se donner des lieux de pouvoir afin d'innover et proposer autre chose, des espaces de créativité. Les groupes communautaires portent un projet social commun et partagent des valeurs communes d'équité et de justice sociale. Chacun a sa propre identité et actualise sa mission de façon différente. Les groupes oeuvrent dans tous les secteurs de la société, ce qui illustre bien notre vision globale de la santé.

Nos organisations sont autonomes, sans but lucratif et les principaux mécanismes de régulation sont les besoins des usagers et des usagers et non l'État. Aussi, notre contribution à la promotion de l'innovation est intrinsèque à nos organisations et s'inscrit dans un processus continu de renouvellement suivant les représentations des collectivités. Le fait de faire partie d'un espace libre, démocratique et créatif, représentatif de la société civile, nous amène à poser un regard critique ou une interrogation continue sur le modèle dominant. Ceci constitue certainement un facteur prédisposant ou une façon de favoriser l'émergence de l'innovation dans un système donné. Nous sommes en quelque sorte une opposition informelle. Promouvoir le changement, nous le faisons quotidiennement en accomplissant nos mandats : en revendiquant

quant des droits, des services mieux adaptés aux diverses réalités de la vie en société, en questionnant les pratiques, les pouvoirs et en développant des services basés sur des approches et des modes d'intervention différents.

Notre contribution

Notre façon de contribuer à la promotion de l'innovation c'est de revendiquer, questionner, créer, mais aussi de partager nos analyses politiques et sociales, nos expertises, nos expériences, avec les différents acteurs afin d'influencer le système en faveur des personnes.

Ainsi défini comme acteur de changement social - si reconnu pour ce que nous sommes - nous pourrions être porteur de trois rôles distincts dans un système réorganisé, soit:

- **rôle de rassembleur dans l'action de maintenir ou de revitaliser le filet social (vigile/revendication/solidarité collective). La marche des femmes contre la pauvreté en est un bel exemple;**
- **rôle de promoteur de la santé en poursuivant nos actions axées sur la prise en charge individuelle et collective et sur nos activités préventives; en favorisant le développement de nouvelles habiletés, attitudes et solidarités; en poursuivant nos campagnes d'information, de sensibilisation et nos ateliers de conscientisation: en dispensant des services qui répondent spécifiquement aux besoins, qui respectent les droits individuels, etc. Bref, redonner du pouvoir à la citoyenne et au citoyen et renforcer le potentiel des personnes;**
- **rôle conseil auprès de l'État ou des décideurs en matière de santé et de bien-être, partager nos analyses des besoins sociaux, représenter nos milieux, etc.**

En conclusion, un de nos grands défis réside dans notre capacité à collaborer avec l'État à un projet collectif sans perdre notre identité, notre autonomie. Un des pièges qui guette nos groupes est de devoir assurer de plus en plus de services pour obtenir un financement, au détriment de nos idéologies et ainsi faire les frais du désengagement de l'État. Il y a aussi un danger de

Notre grande motivation à s'associer avec d'autres et le temps que nous mettons à accorder nos perceptions, à confronter nos idées, à dégager un véritable consensus sont nécessaires pour créer de nouvelles valeurs et s'assurer de résultats de qualité.

Un de nos grands défis réside dans notre capacité à collaborer avec l'État à un projet collectif sans perdre notre identité, notre autonomie.

transformation en groupes subordonnés au modèle étatique qui seraient de moins en moins en mesure d'assurer une contribution dynamique et originale.

Indépendamment de nos intérêts sectoriels, gérer l'innovation c'est s'organiser sur la base de valeurs fondamentales telles le respect, la confiance entre nos organisations respectives, l'interaction égalitaire entre les différents acteurs, la croyance en notre capacité de se regrouper et d'établir des orientations de développement; c'est aussi opérer des choix difficiles dans un cadre d'équité et de justice.

Extrait de l'allocution de madame Line Provost, présidente du RCSFQ et chargée de financement du CSFM, lors du dix-septième colloque Jean-Yves-Rivard, organisé par le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et l'Association des diplômés de la maîtrise en administration de la santé, tenu le 19 avril 1996, sous le thème :

**«ORGANISER
L'INNOVATION - IMAGINER LE CONTRÔLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ».**

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS CHEZ LES FEMMES

Au printemps dernier, la Commission parlementaire des affaires sociales sollicitait le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec pour l'aider à mieux comprendre le fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec. Elle souhaitait recueillir des recommandations visant une meilleure utilisation des

Dans notre société, les médicaments sont considérés comme un moyen rapide pour régler les problèmes de santé. L'évaluation de la consommation de médicaments doit nécessairement inclure l'analyse de différents paramètres dont : la perception de l'état de santé physique, le niveau de détresse psychologique, la condition socio-économique, la relation avec les médecins et l'emprise de l'industrie pharmaceutique.

phénomène socialement plus acceptable que la révolte.

Or, les médecins ont tendance à prescrire plus de tranquillisants ou des somnifères aux femmes qu'aux hommes sans chercher les causes des problèmes. Cela peut s'expliquer en partie par la propension qu'ont les femmes à consulter leur médecin, à parler des dimensions psychosociales de leurs problèmes de santé ou à

présenter des symptômes comme l'anxiété, l'insomnie, etc. Si toutefois d'autres moyens parallèles sont proposés, par exemple, des

L'analyse féministe perçoit davantage les souffrances des femmes comme des conditions de vie communes résultant des inégalités de la société dans laquelle nous vivons.

médicaments tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce domaine. Le Regroupement a choisi de présenter son analyse de la consommation de médicaments chez les femmes et l'action des groupes de femmes relativement à ce phénomène (1). Vous trouverez dans le texte qui suit quelques éléments de cette présentation.

Par exemple, le rôle des femmes et leurs attitudes conditionnent leur perception de leur état de santé. En plus d'avoir le rôle de gardienne de la santé dans la famille, elles sont amenées à consulter plus fréquemment que les hommes puisque les différentes étapes de leur santé biologique sont encore médicalisées. Du reste, on a jusqu'ici encouragé les femmes à médicaliser leurs problèmes. La maladie est encore aujourd'hui considérée comme un

ressources psychosociales, on constate que les médecins en tiennent rarement compte dans le suivi.

Outre ces facteurs qui rendent les femmes plus susceptibles de faire usage de médicaments, le lobbying des compagnies pharmaceutiques auprès des gouvernements, les campagnes publicitaires dans les revues spécialisées, ainsi que certains avantages offerts aux médecins et aux

spécialistes, de même que les campagnes promotionnelles visant le grand public encouragent la vente de médicaments.

L'analyse féministe

Au-delà des thérapies traditionnelles, la naissance et le développement de l'intervention féministe furent intimement reliés au

leurs personnelles et l'oppression sociopolitique dont elles sont victimes.

L'intervention féministe questionne le fait de prioriser des changements individuels plutôt que des changements sociaux, ou encore le fait d'encourager l'adaptation plutôt que la révolte.

L'analyse féministe en santé propose des pistes d'actions concrètes qui méritent de retenir l'attention des décideurs : le programme SEVE (Savoir et Entraide pour un Vieillessement Éclairé) d'Élixir, un groupe travaillant à la prévention de la toxicomanie féminine; le service d'avortement dans les Centres de santé des femmes où l'on met en

L'intervention féministe questionne le fait de prioriser des changements individuels plutôt que des changements sociaux, ou encore le fait d'encourager l'adaptation plutôt que la révolte.

mouvement des femmes, à la prise de conscience que les femmes étaient les principales consommatrices de médicaments, de psychothérapies et d'hospitalisation et qu'il fallait penser à d'autres types de réponses, plus adéquates.

L'analyse féministe perçoit davantage les souffrances des femmes comme des conditions de vie communes résultant des inégalités de la société dans laquelle nous vivons.

Un des objectifs que nous poursuivons est donc de permettre aux femmes de prendre conscience qu'elles ne sont pas les seules à vivre leurs difficultés, qu'elles ne sont pas seules responsables de ces difficultés et qu'il existe un lien entre les dou-

Avec le contexte socio-économique actuel, les coupures dans les programmes de prévention et la réorganisation des soins de santé, tout porte à croire que les conditions favorisant l'utilisation de médicament vont rester bien présentes. Or, on peut même penser à une utilisation de médicaments psychotropes qui risque d'être plus importante. À notre avis, cette nouvelle génération de médicaments risque d'avoir un effet catalyseur sur les facteurs explicatifs du phénomène. En plus des conséquences liées à l'utilisation même de ces nouvelles substances, cela ne risque-t-il pas d'amplifier la médicalisation des problèmes des femmes et de diminuer les probabilités qu'elles s'attaquent aux véritables causes de leurs problèmes?

pratique les trois «D» de l'analyse féministe en santé : démedicaliser, déséxiser et déprofessionnaliser; le programme d'obsession de la minceur, mis sur pied par le Centre des femmes de Verdun et implanté un peu partout au Québec.

Les femmes le disent depuis un bon moment : pour répondre à nos besoins en matière de santé, il faut adopter une approche holistique qui tient compte non seulement des aspects physiques de notre bien-être, mais également des aspects économiques, psychologiques, spirituels et culturels.

Lise Lamontagne

(1) *Les références et le mémoire complet sont disponibles au Regroupement des centres de santé des femmes du Québec.*

SÉJOUR EN TERRE TOGOLAISE

Le Centre de santé des femmes de l'Estrie, par l'entremise du Carrefour solidarité internationale de Sherbrooke, tente de développer, depuis l'automne 1992, un partenariat avec un collectif togolais en santé des femmes. À cause de la fragilité de la situation au Togo, le partenariat s'est, jusqu'en février 1996, limité à quelques échanges écrits. L'avenir est à construire...

C'est par le biais d'une mission (1) d'Afrique au Togo, en mars 1996, qu'il a été possible de rencontrer ce groupe, d'autres groupes de femmes ainsi que des groupes oeuvrant dans le domaine des droits humains.

Le groupe en question se nomme ALAFIA, c'est-à-dire BONNE SANTÉ. Ses deux représentantes, mesdames Berthe Tatey et Clémentine Maboudou, nous déclarent, d'entrée de jeu, que «les femmes ne s'occupent pas de leur santé. Si elles sont malades, elles attendent à la dernière minute, vont voir des charlatans».

ALAFIA se veut, avant tout, une organisation de formation sur la question de la santé. Les trois principaux aspects qu'elle priorise sont la formation en autosanté, les femmes en détresse et aussi le crédit pour les femmes. Elle regroupe une douzaine de femmes, avec des connaissances rudimentaires en santé, mais qui ont le désir de se former. Les porteuses de ce projet font actuellement de la sensibilisation sur les maladies transmises sexuellement. Le groupe, appuyé par CUSO-Togo, est également à la recherche de

ressources financières afin d'installer un local avec une permanence, de se procurer le matériel visuel nécessaire pour sensibiliser les femmes illettrées ainsi que des médicaments à vendre à coûts modiques. L'une des représentantes nous dit que: «c'est catastrophique, ici, les coûts des médicaments. De plus, les Togolaises veulent se retrouver entre elles et aussi voir un médecin pour parler de leurs problèmes. Au Centre hospitalier universitaire, on vous accueille de façon différente selon la manière dont vous êtes habillées; si vous n'avez pas de contact, vous pouvez crever là. D'où l'importance d'un contact médical en dehors de l'hôpital.»

L'équipe nous apprend également que les problèmes de santé ne se posent pas dans les mêmes termes selon les coutumes et les religions, selon que les femmes proviennent du milieu rural ou de la classe intellectuelle (qui se retrouve surtout dans la capitale). Il n'existe pas de centres de santé spécifiques pour les femmes. ALAFIA montre beaucoup de volonté, mais tout est à réaliser. Reste à savoir si les bailleurs de fonds vont «acheter» ce projet.

En plus du soutien à l'organisation, à la formation, à la sensibilisation à l'autosanté et à l'acquisition de support visuel, les représentantes du groupe ont également exprimé des besoins sur le plan de la documentation et de l'échange d'expériences dans un esprit de solidarité entre les femmes et de meilleure connaissance du développement du mouvement en santé des femmes.

D'autres groupes de femmes ont également été rencontrés lors de cette mission d'observation au Togo et voici ce qu'il s'en dégage. Les turbulences politiques du début des années 90 ont permis la mise sur pied d'initiatives pour améliorer les conditions de vie des femmes. Les groupes nés de ce mouvement travaillent à partir de prémisses différentes avec un dénominateur commun : l'autopromotion des femmes afin que se réalise le concept «une femme/une identité». Tandis que les uns misent sur la santé des femmes d'abord, les autres croient que l'alphabétisation est prioritaire ou encore que les activités génératrices de revenus sont primordiales, sans oublier la connaissance des droits. En définitive, beaucoup de groupes ont tendance à vouloir tout faire : c'est peut-être là une caractéristique de l'émergence d'une prise de conscience accompagnée d'une prise de parole de laquelle découle une action concrète.

Il est tout à fait ahurissant de voir l'énergie déployée par une certaine catégorie de femmes qui se consacrent, le plus souvent bénévolement, à développer divers moyens pour atteindre les femmes moins favorisées. Les résultats sont concrets bien que pas tous visibles. Tout le travail accompli autour des changements de mentalités doit prendre le temps nécessaire pour une digestion harmonieuse, au rythme des personnes concernées. Ce mouvement, nourri par un travail quotidien rempli d'amour, ne peut que laisser des traces. Elles seront à l'image de ces femmes, de ces hommes qui marchent ensemble vers un mieux-être. Toutes les femmes ont des intérêts communs et si leurs revendications sont entendues et écoutées, toute la société en bénéficiera. C'est ainsi que les Togolaises souhaitent développer, entre elles et avec les hommes, une solidarité dans la complémentarité.

Quoi qu'il en soit, les organisations féminines togolaises, qui misent beaucoup sur leurs propres ressources, jouent un rôle important dans l'identification des intérêts des femmes. Il va sans dire que les Togolaises sont des actrices sociales importantes et dignes d'être considérées à l'égal des hommes.

Carole Tatlock
Centre de santé des femmes de l'Estrie

Les problèmes de santé ne se posent pas dans les mêmes termes selon les coutumes et les religions, selon que les femmes proviennent du milieu rural ou de la classe intellectuelle.

(1) Cette mission d'observation aura permis d'identifier deux groupes togolais qui feront une tournée au Québec du 11 au 31 octobre 1996. Une représentante du GF2D (Groupe de réflexion et d'action Femmes, Démocratie et Développement) ainsi qu'un représentant du journal indépendant La Tribune des démocrates viendront nous faire connaître la réalité de leur pays et des gens qui y vivent. Pour plus d'information, contacter la coordination provinciale d'Afrique au (418) 647-5856.

SI ON PARLAIT DE MÉNOPAUSE AUTREMENT...

Phénomène naturel

En cette fin de siècle, la montée spectaculaire de la population de baby-boomers au tournant de la cinquantaine nous invite à explorer de nouvelles avenues. C'est le moment de leur vie où les femmes ne peuvent ignorer la ménopause qui pointe à l'horizon, plus ou moins discrètement. Difficile alors de rester calmes et sereines quand tellement de questions surgissent. Les premières, bien entendu, concernent la question de l'hormonothérapie qui, selon plus d'un porte-parole du monde médical, serait «la meilleure façon de traverser cette étape de notre vie de femme, presque en la ...gommant(1)».

À cause de l'importance accordée au fameux traitement hormonal, il n'y a qu'un pas à faire pour associer la ménopause à un état pathologique qui, par voie de conséquence, doit être soignée. En poursuivant ce raisonnement, doit-on conclure que la «guérison» de la ménopause passe nécessairement par un traitement systématique, pour toutes les femmes?

«Une fois étiquetée comme *maladie* par le monde médical et ainsi présentée comme une vérité scientifique au public, la ménopause peut difficilement être perçue comme un phénomène naturel et positif. (2)» Pourtant, la ménopause n'est pas une maladie : elle signe la fin des menstruations et de la période reproductive. Elle est indissociable de l'âge mûr et reste ouverte à bien d'autres fécondités. C'est une période de transition, une pause qui permet de faire à la fois un bon bilan de santé et un bon bilan de vie. Considérée sous

La ménopause n'est pas une maladie: elle signe la fin des menstruations et de la période reproductive. Elle est indissociable de l'âge mûr et reste ouverte à bien d'autres fécondités.

l'angle de la médecine traditionnelle chinoise, la ménopause est un acte de sagesse du corps et l'entrain postménopausique, signalé par l'anthropologue Margaret Mead, existe bel et bien!

Aspects culturels

Il est essentiel de savoir que, même si la ménopause relève d'un phénomène universel, les manifestations qui y sont rattachées ne sont pas vécues universellement. Ainsi, au Japon, il n'existe pas de mots pour traduire l'expression bouffées de chaleurs et ce «symptôme» est loin d'être cité en tête de liste comme chez nous. Une diminution de la production d'oestrogènes par les ovaires n'induit pas des effets semblables sur chaque femme. Selon, une autre anthropologue, Margaret Lock, professeure à la Faculté de médecine de l'Université McGill, «si nous gardons présent à l'esprit l'impact potentiel de différences relevant d'une combinaison de variations génétiques et hormonales, alimentaires et environnementales, nous ne pouvons présumer aussi simplement du rapport à établir entre le niveau d'oestrogènes et les différentes manifestations de la ménopause et les risques de maladies cardiovasculaires ou d'ostéoporose (3)».

En regard d'un paysage culturel, la perception négative ou positive du vieillissement, le mode de vie, le régime alimentaire, l'activité physique, la gestion du stress, entre autres, peuvent teinter de leurs couleurs le processus de la ménopause, et cela beaucoup plus que certaines et certains veulent bien l'admettre. Les données scientifiquement reconnues à ce sujet sont assez limitées. Toutefois, il est clair que, dans plusieurs sociétés non occidentales, la ménopause est beaucoup moins porteuse de problèmes physiques et psychologiques. Au contraire, elle génère différents privilèges dont une plus grande mobilité, le droit d'exercer une certaine autorité et de profiter d'une nouvelle liberté de parole et d'action : la

Dans plusieurs sociétés non occidentales, la ménopause est beaucoup moins porteuse de problèmes physiques et psychologiques.

sagesse et la maturité des aînées sont reconnues et appréciées (4).

Par contre, chez les Occidentales et les immigrantes qui adoptent leur mode de vie, on compte en plus grand nombre les femmes se plaignant de troubles sévères ménopausiques ou à risque plus élevé de maladies cardiovasculaires ou d'ostéoporose. Coïncidence? C'est en Amérique du Nord que l'on note - même s'il y a eu diminution au cours des dernières années - les plus hauts taux d'hystérectomie, soit 20 à 35 % selon les régions comparativement à 8 % au Japon, 11 % en Allemagne et 14 % en Angleterre. N'y aurait-il pas lieu de se questionner sur les risques potentiels de ces interventions et sur leurs véritables conséquences sur la physiologie de la femme?

Vivre sa ménopause

À la lumière de mon expérience comme rédactrice de la publication *Une véritable amie* depuis 1988, je puis affirmer que de plus en plus de femmes désirent vraiment apprivoiser leur **ménopause** et choisir de façon intelligente et responsable les moyens qui leur conviennent à elles pour bien la vivre ensuite. «Je consulte, mais c'est moi qui décide.» Un certain nombre de femmes réussissent à définir leur rôle dans un programme de **prévention active** et exigent de se faire respecter quand elles choisissent l'autonomie après tant d'années de dépendance. Pour les soutenir, l'information complète, honnête et objective doit être accessible, mais où la trouver? Savoir, n'est-ce pas se donner du pouvoir?

Un Comité multidisciplinaire sur la ménopause, récemment mis en place par le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, tentera au cours des prochains mois de définir la meilleure façon de répondre aux besoins des femmes en regard de la ménopause. D'ici là, je vous reviens dans les prochains numéros du *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, avec l'hormonothérapie et les alternatives à ce traitement hormonal.

Lucette Proulx-Sammut, rédactrice
Une véritable amie

Références bibliographiques:

- (1) «*La ménopause et le remplacement hormonal*» Champagne, D^{re} Marie-Andrée, Éditions Libre Expression, 1995.
- (2) «*La révolte du 3^{ème} âge*» Friedan, Betty, Albin Michel, 1995.
- (3) «*Culture of Menopause In Japan, United States, Canada : Ideology and Experience*» Lock, Margaret, (présentation en 1991 au North American Menopause Society Annual Meeting, Montreal, septembre 1991).
- (4) «*Le paysage culturel de la ménopause*» Sammut, Lucette Proulx, Une véritable amie, Vol. IX, N^o 8.

DOSSIER SAGE-FEMME

ACCOUCHEMENT DIFFICILE

Encore aujourd'hui, lorsqu'il est question du dossier sages-femmes, on ne rencontre que quelques constats, plusieurs questions et bien peu de réponses. Bien sûr, il est d'abord étonnant de constater la lenteur à laquelle le Québec évolue dans ce dossier. Alors que plusieurs provinces canadiennes ont déjà procédé à la légalisation de la pratique sage-femme et permettent aux femmes de choisir le lieu de leur accouchement, le Québec en est encore à l'expérimentation et à l'évaluation de la pertinence de cette pratique. Tout est donc encore à régler. Nous ne pouvons être assurées qu'après sa

Alors que plusieurs provinces canadiennes ont déjà procédé à la légalisation de la pratique sage-femme et permettent aux femmes de choisir le lieu de leur accouchement, le Québec en est encore à l'expérimentation et à l'évaluation de la pertinence de cette pratique.

légalisation la pratique sage-femme demeurerait autonome et qu'il y aurait maintient de la qualité de l'approche. Les usagères en trop grand nombre se voient refuser l'accès au service en maisons de naissances. Aucun programme de formation pour de nouvelles sages-femmes n'est prévu avant la fin des projets-pilotes, soit en septembre 1998. Nous ne savons évidemment pas, à quoi ressemblera ce programme de formation, si le collège des médecins réussira à imposer celui auquel il travaille avec l'Université de Montréal et si les sages-femmes sauront faire respecter leur approche. Nous ne savons pas non plus, si les

Québécoises auront un jour le choix du lieu de leur accouchement. Le personnel des milieux hospitaliers demeurent encore très rébarbatifs au projet. L'accouchement à la maison, quant à lui, n'est pas encore à l'ordre du jour.

Si les projets-pilotes peuvent nous paraître un grand détour pour arriver à une légalisation qui déjà, aurait dû avoir lieu, il faut quand même en reconnaître les effets positifs. D'une part, ils permettent de mieux faire connaître la pratique sage-femme, de la démythifier. L'ouverture des maisons de naissances ainsi que la gratuité des services aura permis une plus grande accessibilité aux usagères. Ils ont amené les sages-femmes à goûter la collaboration avec les personnes les plus ouvertes et à sentir les limites du réseau quant à sa capacité d'intégrer des intervenantes qui fonctionnent différemment. C'est en vivant les pressions d'un réseau qui veut leur dicter une façon de faire et qui réclame toujours plus d'interventions que les sages-femmes confirment l'importance de demeurer à l'écoute des besoins des individuelles. Les perdantes des projets-pilotes, sont les femmes qui veulent accoucher chez elles, celles-là même qui ont

permis à la sage-femmerie de survivre. Ces femmes ont beaucoup de mal à trouver une sage-femme disponible puisqu'un grand nombre est engagé dans les maisons de naissances.

Les témoignages des usagères accordent toutes beaucoup d'importance à l'aspect humain de l'approche des sages-femmes. Celles-ci défendent une

J'en suis venue à la conclusion que les femmes et les gouvernements ne parlent pas le même langage. À Québec, on s'intéresse aux choses «sérieuses», auxquelles on peut apposer des chiffres, et qui se comptent en dollars et non en qualité de vie.

pratique basée sur la confiance plutôt que sur la peur. En me rappelant le questionnaire très «scientifique» qu'on m'a fait compléter après mon accouchement en maison de naissance, qui ne laissait aucune place à quelque forme de «sentimentalité», j'en suis venue à la conclusion que les femmes et les gouvernements ne parlent pas le même langage. À Québec, on s'intéresse aux choses «sérieuses», auxquelles on peut apposer des chiffres, et qui se comptent en dollars et

non en qualité de vie. Mais pour une fois, ces deux points de vue en apparence divergeants, pourront peut-être se rejoindre et court-circuiter le lobbying des médecins parce qu'en bout de ligne, une sage-femme coûte moins cher qu'un médecin.

L'accouchement à la maison, ou en maison de naissance, s'intègre très bien dans le virage ambulatoire!

Alors pourquoi attendre la fin des projets-pilotes?

Chantal Lapointe

Chantal Lapointe a participé, le 3 mai dernier, à la journée annuelle de périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec qui portait sur l'intégration des sages-femmes dans le système de santé.

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 le 1er décembre pour le numéro d'hiver 97

VIH-SIDA :

les lesbiennes sont à risque, mais...

Laissez-nous vous exprimer notre désarroi à la lecture, dans le numéro du printemps, de l'article *Lesbiennes et VIH : sommes-nous concernées?* Nous sommes de celles qui croient que, oui, les lesbiennes sont aussi un groupe à risque quand il est question de la transmission du VIH. Mais nous ne serons pas de celles qui véhiculeront les arguments présents dans l'article en question.

Nous avons été troublées par le manque de nuance des données émises et par l'image des lesbiennes que laissent de tels propos.

D'abord, l'exergue qui dit que «93 % des femmes ayant des contacts sexuels avec d'autres femmes ont également des contacts sexuels avec des hommes» donne de l'importance à une donnée qui ne représente pas la réalité des lesbiennes. Ces femmes font partie d'un échantillon bien précis. Qu'une femme ait des contacts sexuels avec une autre femme ne fait pas d'elle une lesbienne (les lesbiennes n'étant pas que des

êtres sexuelles). Mettre une telle affirmation en évidence donne une fausse image de la réalité lesbienne. De plus, cet énoncé vient perpétuer un préjugé selon lequel les femmes ne peuvent se passer des hommes pour s'épanouir sexuellement.

Si l'impact de cet article visait la sensibilisation des lesbiennes aux pratiques protégées, il peut ne pas avoir atteint son but. Ce n'est pas à la lecture de chiffres tirés d'études (pertinentes ou pas) que les comportements changent ni par la peur que ces chiffres peuvent susciter, mais bien par une information claire et juste.

C'est vrai qu'il existe un mythe selon lequel le VIH ne se transmettrait pas entre femmes. La réalité est tout autre : bien qu'étant un groupe à faible risque, les lesbiennes ne sont pas à l'abri de ce virus et doivent adopter des comportements sécuritaires. Il est vrai qu'en octobre 1994, il y avait entre 1100 et 1300 femmes séropositives «répertoriées» au Québec (11,4 % de tous les cas). Par contre, il est difficile de connaître le nombre de lesbiennes atteintes : d'une part, les questionnaires déterminant les modes de transmission n'ont pas de catégories spécifiques pour les lesbiennes et, d'autre part, on considère qu'il y a environ 70 % des les-

biennes qui ne divulguent pas leur orientation sexuelle à leur médecin...

Pour une image positive et non idéaliste des lesbiennes,

Carole Tatlock, Carole Landry, Jacynthe Rousseau, Suzanne Bergeron, Doris Fontaine, Renée-Berthe Drapeau
Sherbrooke, 24 avril 1995

*Au Regroupement des centres de santé
des femmes du Québec
Montréal, Sherbrooke, Mauricie*

Avortement / Accessibilité ?

À la suite de la lecture de l'édition spéciale de *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, je veux vous faire part d'une problématique que je vis dans mon milieu de travail et qui concerne les femmes qui font une demande d'interruption de grossesse et qui ne peuvent obtenir le service dans leur région. Il s'agit des interruptions de grossesses du deuxième trimestre. Curieusement, les femmes qui vivent le plus de difficultés se trouvent dans la région de Montréal. Il n'y a pas d'endroit spécifique où je puisse référer ces clientes afin qu'elles obtiennent l'heure juste quant aux procédures d'intervention et au suivi salutaire après l'intervention de la grossesse. Je me demandais où était « ...le centre qui s'est donné la mission d'être la vigile de la santé avec une approche qui tienne compte de l'environnement social et des conditions de vie des femmes (1) » ?

Comme le dit si bien Madame Carle, ces femmes ne sont pas seules responsables de

leurs difficultés. Il faut d'abord le reconnaître et surtout faire preuve de solidarité et ne pas les laisser tomber froidement. J'ai l'impression d'un retour aux voyages organisés dans les années... et qui emmenaient les femmes à New York pour «avorter». Ni vu ni connu. Pourquoi cette disparité entre les régions? Pourquoi est-ce si difficile à Montréal? Où est ce service qui offre écoute, référence, information, contraception, soutien? Qui, à Montréal, accompagne ces femmes avant, pendant et après l'interruption de grossesse? Qui peut faire en sorte que ces femmes se sentent respectées dans leur choix et qu'elles puissent donner un sens à un tel événement?

Pourquoi la Régie régionale de Montréal refuse-t-elle de donner une subvention au Centre de santé des femmes de Montréal pour permettre une équité en matière d'accessibilité aux services? De plus, il s'agit ici de référence à un service donné hors de la région de Montréal. Il importe de considérer ces femmes autrement que comme des bêtes qui vont à l'abattoir. Ces femmes reviendront dans la région de Montréal et elles ont droit à être traitées comme des personnes humaines.

Je suis convaincue qu'il y a des choses à faire, à organiser et à réaliser. Je suis prête à rencontrer qui que ce soit pour en discuter et mieux encore, pour dialoguer. Je demeure inconfortable devant cette injustice que je vis à chaque semaine. Merci de la peine que vous prendrez pour répondre à ce discours quelque peu décousu et qui se veut surtout un appel.

Yolande Grégoire Thibault

(1) «*Les Centres de santé des femmes au Québec: toujours à l'avant-garde de la santé des femmes*». Carle, Diane, *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, Édition spéciale, p. 15.



En vrac
En vrac

Centre d'excellence pour la santé des femmes

Le gouvernement fédéral a annoncé la création de cinq Centres d'excellence dont celui du Consortium Université de Montréal. Le Regroupement y est impliqué activement. Surveillez notre article dans le prochain numéro.

**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

Une véritable amie

Pour obtenir un numéro de présentation gratuit de la publication *Une véritable amie*, incluant une liste des numéros toujours disponibles, veuillez faire parvenir, avec votre demande, une enveloppe-réponse affranchie à l'adresse suivante :

Les publications *Une véritable amie inc.*
C.P. 515, Succursale Place du Parc
Montréal (Québec) H2W 2P1

ET SI ON PARLAIT... DE NOS SEINS?

Développer les gestes appropriés pour apprendre à connaître ses seins et comprendre les **modes de dépistage précoce du cancer du sein.**

L'atelier est maintenant offert gratuitement aux organismes communautaires de la région métropolitaine.

Pour de plus amples informations communiquez avec le Centre de santé des femmes de Montréal : (514) 842-8905.

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

Groupe : 50 \$ et plus • Individue : 20 \$ 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 320, Montréal (Québec) H2J 2K9 • Téléphone : (514) 844-0909 • Télécopieur : (514) 844-2498