

SANS PRÉJUDICE

...pour la santé des femmes

Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

printemps 1997 • numéro 13

Le 28 mai: Journée internationale d'action pour la santé des femmes

L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ,

UN DROIT POUR LES FEMMES

La Journée d'action pour la santé des femmes a été créée au Costa Rica lors de la cinquième Rencontre internationale sur la santé des femmes en 1987. Après huit ans de campagne pour combattre la mortalité et la morbidité maternelles, les femmes ont estimé qu'il fallait recentrer la campagne autour du phénomène de privatisation dans un contexte néolibéral. C'est pour cette raison que la Journée internationale d'action de 1997 aura pour cible les problèmes d'accès à des services de santé de qualité, accès considéré comme un droit des femmes.

En effet, au cours des dernières années, le mouvement des femmes s'est vu confronter à un défi sans précédent posé par un courant néolibéral touchant le domaine politique, économique et social. Même s'il est vrai que ces politiques ont été

mises en place de manière différente selon les pays, il est impossible de ne pas voir au-delà de ces différences une similitude frappante dans les résultats. Ces politiques impliquent des restrictions budgétaires, la privatisation d'entreprises et de services publics, la centralisation des dépenses publiques et l'adoption de toute une série de stratégies de restructuration économique. Invariablement, le résultat a été l'appauvrissement d'une grande partie de la population et une érosion significative des liens dans la société civile.

Les femmes ont de tout temps été les plus pauvres parmi les pauvres. Avec l'introduction de ces réformes économiques dans bon nombre de pays, la pauvreté chez les femmes s'est aggravée davantage. Par voie de conséquence, leurs possibilités de jouir d'une bonne santé et de préserver

Sommaire

1

Journée internationale d'action
pour la santé des femmes

3

LANAUDIÈRE:
accessibilité des services
d'interruption volontaire
de grossesse

5

En ménopause:
des voies alternatives

7

Les aidantes:
ces femmes qui en font trop

9

La déclaration de Gloria

11

**La discrimination comme
violence: impact sur la santé
des lesbiennes**

12

Nouvelles parutions

Sans préjudice...
pour la santé des femmes

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada-1997

Reproduction permise
en citant la source

leur bien-être sont réduites. L'amélioration de la qualité de vie des femmes passe donc nécessairement par une transformation de la situation actuelle.

La santé n'est plus considérée comme un droit humain élémentaire. Au contraire, dans un contexte de marché privatisé, elle s'est transformée en un nouveau produit qui s'achète. Avec la privatisation, l'accès à des services de santé n'a fait que se réduire davantage pour la majorité des femmes. Ainsi les problèmes ont-ils été envisagés de manière spécifique, sans tenir compte, dans une dimension globale, de la dynamique sociale et politique dans laquelle les femmes vivent et travaillent au sein de la société. Cette Journée internationale d'action pour la santé des femmes est une occasion de lutter contre la privatisation et la commercialisation des services de santé et de militer pour que l'accès à des services de qualité soit un droit pour les femmes.

Dans le contexte actuel, les femmes font face à de nombreux obstacles et l'âge, la classe sociale, l'orientation sexuelle, la race et l'origine ethnique sont des facteurs qui risquent de réduire davantage leur accès à des services de santé de qualité.

■ Des obstacles économiques

Des taux de chômage élevés chez les femmes, un accès réduit à l'éducation et des inégalités salariales entre

Les droits doivent s'accompagner du pouvoir à exercer ces droits

hommes et femmes sont autant de facteurs qui limitent l'accès des femmes à des services de santé.

■ Des obstacles sexistes

Les problèmes de santé des femmes ne sont pas pris au sérieux et tendent à revêtir moins d'importance au sein de la société. Les femmes réussissent à obtenir moins d'informations au sujet de leur santé que les hommes. Ceci ne leur donne pas l'occasion de prendre des décisions en toute connaissance de cause quant à la nature des services de santé auxquels elles désiraient accéder.

■ Des obstacles culturels

Les services de santé négligent souvent de tenir compte des traditions et des coutumes locales associées à bon nombre d'aspects de la santé et du bien-être des femmes. La médicalisation de leurs problèmes de santé a altéré la nature des services auxquels elles ont accès, comme en témoigne la surmédicalisation de la ménopause.

■ Des obstacles politiques

Un manque de volonté politique au niveau national et local lorsqu'ils agissent d'organiser des services de santé tenant compte des différences entre les sexes et l'existence de législation inappropriée sur les grands problèmes de santé que connaissent les

femmes, par exemple l'avortement, sont autant d'obstacles supplémentaires à l'accès des femmes à des services de santé correspondant à leurs besoins.

■ Des obstacles liés à la sexualité des femmes

Les femmes ne sont pas libres de prendre des décisions quant à leur corps et leurs préférences sexuelles. Elles n'ont pas l'occasion d'exprimer leur sexualité, sans redouter d'être victimes de violence ou de discrimination. Les lesbiennes sont en général exclues du système de santé, étant donné qu'elles ne sont pas considérées comme des êtres reproducteurs ou actifs sexuellement. Les droits doivent s'accompagner du pouvoir d'exercer ces droits. Les droits économiques et sociaux sont des conditions préalables à l'exercice des droits en matière de santé et l'exercice de ces droits permet d'arriver à une équité sociale. Il est temps de critiquer les politiques néolibérales, en soulignant leur impact sur l'accès des femmes à des services de santé de qualité et en oeuvrant pour garantir le droit des femmes à un système de santé de qualité qui tient compte des différences entre les sexes. ■

Lise Lamontagne
coordonnatrice du Regroupement
des centres de santé des femmes du
Québec

Lanaudière

accessibilité des services d'interruption volontaire de grossesse

La région de Lanaudière est une des deux régions du Québec qui n'offrent pas de services d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.). Ce n'est certes pas parce qu'il n'y a pas de besoins. Ce n'est pas parce que des groupes de femmes n'ont pas fait la demande non plus. Cette absence de ressources en I.V.G. est liée au contexte social, politique et historique de la région. Le texte qui suit raconte les démarches entreprises par les femmes en vue d'obtenir une ressource qui dispense des services en I.V.G. De 1983 à 1986, l'absence de ressources en matière d'I.V.G. préoccupait les travailleuses du Centre de santé des femmes de Joliette. Bien que des pressions fussent faites pour remédier à la situation, que faire si aucun médecin n'accepte de pratiquer des avortements? Que faire si les discussions se heurtent à des considérations morales et que la reconnaissance du besoin de service n'existe pas? C'est donc en 1986, à bout de souffle, à bout d'arguments et en pénurie de finance que les travailleuses et les membres de la collective ferment définitivement le Centre de santé des femmes.

Quelques années plus tard, un journal local publie un article d'un gynécologue de la région, lequel atteste qu'il n'y a pas de demande d'avortement dans la région de Lanaudière. Pourtant, des centres de femmes et des CLSC offrent des services d'accompagnement vers la région métropolitaine aux femmes désireuses d'obtenir un avortement.

Au début des années 90, même situation. Des ententes sont prises avec le centre hospitalier de Saint-Eustache dans la région des Laurentides. Beaucoup de femmes y

Que faire si les discussions se heurtent à des considérations morales et que la reconnaissance du besoin de service n'existe pas?

sont référées. Saisis de ce constat, les centres de femmes de la région unissent leurs efforts afin de revendiquer les services d'I.V.G. dans la région. Des communications seront faites entre les centres de femmes et la Commission médicale régionale. L'importance de développer un service d'interruption volontaire de grossesse pour les Lanaudoises est enfin reconnue. Cependant, le geste ne suit pas la parole... Aucun comité

de réflexion ou d'implantation n'a suivi.

Pendant ce temps, sur le plan provincial, le Ministère de la Santé et des Services sociaux effectue une vaste consultation dans le but d'élaborer des orientations en matière de planification des naissances.

À l'automne 1995 le Ministère de la santé et des services sociaux déposait des orientations en matière de planification des naissances. Ces orientations étaient accompagnées d'un mandat très clair pour les régies régionales, celui de présenter un plan d'action concernant la prestation de services et ce, en regard des orientations et des réalités du territoire. Or, la région de Lanaudière n'offre aucun accès à des services d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.).

La Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (fondée officiellement en 1991) considérait la pertinence d'être associée de près à cette démarche, comme représentante des groupes de femmes. En effet, plusieurs groupes membres de la Table reçoivent régulièrement des femmes qui vivront ou ont vécu un avortement.

Notamment, les centres de femmes, en plus d'avoir revendiqué ce service, sont toujours disponibles pour recevoir les femmes qui se retrouvent dans une situation de

grossesse imprévue et qui ont besoin de soutien pour prendre une décision ou être accompagnées vers la ressource qui offre le service d'I.V.G.

En janvier 1996, un comité aviseur à la Régie régionale fut formé afin de répondre au mandat de proposer un modèle d'organisation de services de planification des naissances et d'I.V.G. Dans un premier temps, ce comité était composé de quatre personnes seulement : une représentante de la Régie régionale, la responsable de la Table des groupes de femmes, un médecin oeuvrant en CLSC ainsi qu'un gynécologue oeuvrant en centre hospitalier. Dès lors, nous avons senti le besoin d'élargir le comité à d'autres partenaires des établissements jeunesse, établissements de la santé, centres de femmes, centre de santé des femmes de Montréal, groupes communautaires.

Quant aux groupes de femmes présents, nous avons une bonne idée de l'aspect qualitatif des services que nous souhaitons offrir aux Lanaudoises, lequel s'inspirait largement du cadre de référence des centres de santé des femmes du Québec. Dès le départ, nous avons indiqué à nos partenaires du Comité les critères que nous valorisons pour un service d'I.V.G. Nous étions d'avis que la ressource «idéale» serait le centre de santé des femmes. De toute évidence, l'idéologie féministe de la santé n'était pas partagée par l'ensemble de nos partenaires. Bien sûr, nous avons eu des débats de fond. D'ailleurs, une rencontre d'échange fut organisée entre les membres du Comité et des intervenants des établissements, organismes et cliniques privés qui offrent des services d'I.V.G. Le but de cette rencontre était de prendre connaissance des différentes approches existantes et des coûts qui s'y rattachent.

L'année 1997 a bien commencé pour le Comité I.V.G. Nous en sommes arrivés à une entente satisfaisante pour toutes et tous. Nous proposons que les services d'I.V.G. soient dispensés dans deux CLSC de la région pour les grossesses de 14 semaines et moins. Quant aux grossesses de plus de 14 semaines, elles seront pratiquées dans les deux centres hospitaliers de la région. De plus, selon le

modèle proposé, tous les critères proposés par les groupes de femmes y seront inclus. Aussi, le modèle d'organisation de service propose la participation des groupes de femmes dans le processus d'implantation et de l'évaluation du service.

Ceci met fin à la première phase des travaux du Comité qui concerne uniquement l'organisation des services en matière d'I.V.G. Le Comité a choisi de diviser ses travaux en deux volets de façon à rendre les services d'I.V.G. accessibles le plus rapidement possible. Le deuxième

volet porte sur les services de planification des naissances et a été amorcé cet hiver par une recherche effectuée par le Département de santé publique. Cette recherche vise à faire un portrait des services offerts en périnatalité et en planification des naissances dans la région.

Actuellement, le rapport du groupe de travail sur les services d'I.V.G. est terminé de même que l'état de la situation des services en périnatalité et planification des naissances. Les deux rapports seront présentés au cours du mois de mai à deux

commissions consultatives de la Régie régionale. Aussi, il est permis d'espérer que l'implantation des services se fera à l'automne 1997.

Le modèle d'organisation de services suggère un arrimage entre les établissements et les organismes communautaires. Nous constatons une réelle volonté de concertation en matière d'I.V.G. et de planification des naissances dans la région. Encore faudra-t-il que cette volonté se traduise par des gestes concrets lorsque les services seront implantés. Pour la Table de concertation de groupes de femmes de Lanaudière, il s'agit d'un enjeu majeur. Cette préoccupation à elle seule justifie notre participation active au sein du groupe de travail. Une histoire à suivre... ■

Guylaine Lebrun

Table de concertation des groupes de femmes
de Lanaudière

En ménopause: des voies alternatives

INCURSION DANS LES VOIES ALTERNATIVES

Beaucoup de femmes restent trop souvent sans réponses à leurs attentes et à leurs besoins car on ne peut se dire, entre nous, que les alternatives à la prise d'hormones ne sont pas proposées d'emblée en cours de consultation. D'où l'intérêt suscité par chacune des nouvelles incursions dans le domaine. Mon but, aujourd'hui, n'est vraiment pas de critiquer ou de jeter la pierre à l'approche médicale ou chirurgicale. Il s'agit plutôt d'en appeler à un juste équilibre dans les ressources disponibles.

SOULAGER CES FAMEUSES MANIFESTATIONS

À titre d'exemples, voici un éventail de moyens à explorer, à son rythme si on le désire, pour soulager deux manifestations plus spécifiquement associées à la ménopause : les bouffées de chaleurs et la sécheresse vaginale. L'application de telles mesures suppose au départ une volonté de s'impliquer, de reconquérir son autonomie et de maintenir un état de mieux-être...

Avertissement

Les doses - quand elles sont suggérées - ne doivent pas être considérées comme une prescription. Les besoins et les tolérances des individus varieront avec la grosseur du corps, son métabolisme, son âge, son alimentation. Il est préférable de consulter des praticiens reconnus qui appartiennent à une corporation

BOUFFÉES DE CHALEUR

D'abord éviter les déclencheurs : chocolat, sel, épices, alcool, caféine, tabac. Savoir aussi que toute excitation issue du rire ou d'une conversation tout comme le stress peut entraîner une bouffée de chaleur.

► Acupuncture

cette approche peut contrôler des bouffées de chaleur sévères et fréquentes ainsi que d'autres symptômes vaso-moteurs, à raison de deux traitements par semaine pour deux à trois semaines, puis, un traitement par mois.

► Homéopathie

L'un de ces grand «remède de fond» pourrait être approprié : *lachesis* pour bouffées qui montent à la tête avec circonscription au cou et congestion de la face, aggravées la nuit; *sepia* pour bouffées semblant monter du bassin, avec sueurs et sensation de faiblesse, sensation de descente d'organes, aggravées le matin; *sulfur* pour bouffées de chaleur du lit; *sanguinaria* pour bouffées de chaleur ressenties au cou et au visage avec joues rouges, maux de tête et sécheresse des muqueuses.

► Naturopathie

La vitamine E, 200 à 400 U.I. de source naturelle quotidiennement sauf pour les personnes qui ont des problèmes de tension artérielle, qui font du rhumatisme articulaire aigu ou qui prennent de la digitaline; 2 capsules d'huile d'onagre après chaque repas; du pollen, en commen-

çant par 2 capsules ou 2 comprimés par jour.

► Oligothérapie

Zinc-Nickel-Cobalt sont les oligo-éléments de la «désadaptation»; ils sont des régulateurs du système neuro-végétatif, entre autres; Zinc-Cuivre sont aussi des oligo-éléments indiqués pour les bouffées de chaleur, mais il y a contre-indications dans les cas de cancer et de tuberculose.

► Phytothérapie

L'herbe à d'Inde ou achillée millefeuille (*Achillea millefolium*) - 10 à 15 gouttes ou une tasse d'infusion froide par jour - tonifie tout le système reproducteur et aide à réduire l'intensité et la fréquence des bouffées de chaleur; la sauge (*Salvia officinalis*) - 2 ou 3 tasses d'infusion par jour ou 30 à 40 gouttes de teinture-mère ou 2 capsules, 3 fois par jour - augmente le taux d'oestrogènes et est bénéfique contre les bouffées de chaleur; la fleur de souci (*calandula*) démontre une action appelée «oestrogène-like» grâce à ses phyto-hormones; l'alchemille appelée aussi «manteau des dames» tout comme la racine de colique (*wild yam*), l'*Agnus castus* (*vitex*) ont pour leur part, une action «progestérone-

like»; le ginseng (dont la dose varie selon le poids de la personne) semble efficace pour soulager plusieurs manifestations de la ménopause; le soya (miso, tofu, sauce soya, etc.) agiraient aussi dans l'organisme à la façon de l'oestrogène.

ATROPHIE ET SÉCHERESSE DES MUQUEUSES

D'abord éviter les produits d'hygiène féminine parfumés, les douches vaginales, porter des sous-vêtements et bas-culottes dont l'entre-jambes est en coton, couper le sucre et diminuer la caféine et l'alcool.

► Antigymanastique

Certains mouvements ont un effet d'irrigation du bassin pendant que d'autres retonifient les muscles du plancher pelvien et les abdominaux aidant ainsi les personnes qui souffrent de descentes d'organes, d'engourdissements des jambes et d'ennuis liés aux modifications que le corps subit lors de grossesses et d'interventions chirurgicales.

► Homéopathie

Bryonia pour muqueuses sèches et chaudes, selles sèches et constipation; *lycopodium* pour sécheresse vaginale avec brûlure, douleur à la miction, mictions fréquentes, extrême sensibilité; *belladonna* pour sécheresse avec rougeur et brûlure, sensation de descente d'organes, rétention d'urine...

► Naturopathie

Les vitamines A, B-Complexe, C, E, de même que le zinc, l'iode et les acides gras insaturés nourrissent les glandes (pituitaire, surrénales, thyroïde, ovaires); bain de siège à l'eau salée (1/2 tasse de sel de mer) en cas

de démangeaisons; application d'une compresse humide à l'aide d'une cuillère à soupe de bicarbonate de soude dilué dans une tasse d'eau chaude en cas d'irritation ou de début d'infection ou encore du vinaigre - une cuillère à café par bol - et une giclée de citron peuvent aussi être employés; les lubrifiants KY, Muko ou Lubrafax ou encore le nouvel hydratant lubrifiant Replens rendent les relations sexuelles moins douloureuses (jamais la vaseline).

► Phytothérapie

Des feuilles d'ortie (*Urtica dioica*) pour renforcer les voies urinaires, les glandes surrénales et aussi fortifier les os; le mélilot - 2 à 3 tasses d'infusion par jour - est un antiseptique des voies urinaires et est, en même temps, très efficace contre les bouffées de chaleur; le cyprès (*Cupressus sempervirens*) - 30 à 60 gouttes de teinture - mère avant les deux repas principaux - est indiqué, entre autres, pour le déséquilibre génito-urinaire, l'incontinence urinaire nocturne, les hémorroïdes et les varices; les trois plantes calendula-hydrastis-consoude peuvent être d'un grand secours en bain de siège dans les cas d'irritation ou de début d'infection; le plantain (*plantago*), pour l'incontinence et désinfectant en usage externe.

► Shiatsu

En rééquilibrant l'énergie stagnante, ce massage peut contribuer à retarder l'amaigrissement de la muqueuse vaginale, maintenir une certaine lubrification vaginale et favoriser une amélioration sur le plan sexuel.

La série d'articles sur la ménopause publiée dans *Sans préjudice pour la santé des femmes* est maintenant com-

plétée. C'est une approche forcément concise, mais qui peut néanmoins constituer une bonne amorce. Pour celles qui veulent poursuivre une réflexion et prendre des décisions éclairées, il reste des ressources intéressantes dont le bulletin *Une véritable amie* fidèle au rendez-vous dix fois par année. ■

Lucette Proulx-Sammut,
rédactrice «Une véritable amie»

PRINCIPALES SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Nissim, Rina, *La ménopause - Réflexions et alternatives aux hormones de remplacement*, Éditions Mamamélis, 1994 (diffusion : Librairie Boule de neige, 4433, St-Denis, Mtl)
- Proulx-Sammut, Lucette, *La ménopause mieux comprise, mieux vécue*, Édimag, 1992, 1993, 1994 et *La ménopause Tome 2 - La cinquantaine au féminin*, Édimag, 1997
- Proulx-Sammut, Lucette, «Des voies alternatives aux hormones», *Une véritable amie*, Vol. XII No 5, octobre 1995, et *Le soya : des hormones dans notre assiette?*, Vol. XIII, No 9, février 1997
- Starenskyj, Danielle, *La ménopause : une autre approche...*, Orion, 1992
- Tanguay, Carole, *La ménopause, des mesures alternatives à la prise d'hormones*, Le Collectif de Sept-Iles pour la santé des femmes, 1991 (diffusion : 5A, rue Napoléon, Sept-Iles, (Qc) G4R 2A7

POUR EN SAVOIR PLUS: *Une véritable amie*

Pour obtenir un numéro de présentation gratuit de la publication, incluant une liste de 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

Les aidantes

ces femmes qui en font trop

De nos jours, prendre soin d'un proche en perte d'autonomie comporte des risques sérieux pour qui s'y aventure sans préparation; d'ailleurs, plusieurs d'entre nous peuvent s'attendre à assumer ce rôle à un moment de notre vie; et

ce, pas forcément par choix. Plus de 83 % des personnes aidantes sont des femmes; cela, dans un contexte où l'État se retire de plus en plus du secteur de la santé et des services sociaux. En conséquence, les familles et surtout les femmes sont plus que jamais interpellées.

Nombre de ces femmes se retrouvent, après avoir pris soin d'un proche pendant plusieurs années, avec de sérieux problèmes de santé. Pendant tout ce temps, elles auront souvent négligé leurs rendez-vous médicaux; et même quand elles se seront décidées à consulter, ce sera pour cause de stress aigu. Elles finiront par se faire prescrire des calmants ou des somnifères. En pratique, c'est la santé globale de la personne qui est en cause. Celle-ci se retrouvant à bout de souffle et épuisée, elle ne trouve plus la force de prendre les moyens pour: préserver sa santé, maintenir son réseau social et progresser dans les diverses sphères de sa vie. Prise dans un tourbillon, elle ne se rend pas compte qu'elle épuise ses réserves. Ainsi, après plusieurs années de ce régime, au moment où elle pourrait commencer à penser à elle, des maux de toutes sortes l'assaillent; troubles physiques (ex.: problèmes cardiaques, articulaires etc.), troubles de santé mentale (ex.: dépression, deuil compliqué, etc.), difficultés relationnelles,

De nos jours, prendre soin d'un proche en perte d'autonomie comporte des risques sérieux pour qui s'y aventure sans préparation; d'ailleurs, plusieurs d'entre nous peuvent s'attendre à assumer ce rôle à un moment de notre vie; et ce, pas forcément par choix

les, financières et autres. Tout cela fait désormais partie de son lot quotidien de préoccupations. Ces femmes prennent soin d'un proche pendant plusieurs années sans réaliser les répercussions sur leur vie familiale, professionnelle

ou sociale. Ce dévouement inconditionnel est lourd de conséquences. En effet, leur santé écope, leurs relations de couple en souffrent, leurs économies fondent, une promotion leur échappe, ou encore des rêves de retraite confortable sont escamotés.

Pour sa part, l'État, dans sa politique de désengagement, s'est assuré de responsabiliser les familles à l'importance de prendre en charge leurs proches en perte d'autonomie. Il a décrété que l'État, le réseau public et communautaire, de même que les familles établiraient un partenariat sans précédent pour assurer le maintien dans la communauté des personnes en perte d'autonomie. En fait, il semble odieux de parler de collaboration et de partenariat quand de récentes études révèlent que 70 à 80% des services aux parents âgés sont dispensés par le milieu familial. Il va de soi que le maintien à domicile est forcément plus économique que l'institutionnalisation! Il est capital de souligner que ces économies se font au détriment des familles, ou plutôt aux dépens de la santé de ces femmes qui en assument plus que leur part. Il y a bien quelques ressources qui sont mises à la disposition des aidantes pour les soutenir dans leur rôle

(ex. : répit-gardiennage, groupes de soutien et d'entraide, transport médical, aide aux soins d'hygiène, popotes roulantes, etc.); celles-ci demeurent toutefois nettement insuffisantes et ne répondent pas toujours adéquatement aux besoins des familles. Quand on intervient à domicile, il ne faudrait pas oublier

qu'on entre dans une sphère privée et qu'un trop grand roulement de personnel ou des horaires imposés sont des motifs valables pour refuser les services. Ces facteurs ne font qu'accentuer le phénomène de réticence des aidantes à accepter les services formels. Dans une ère de coupures et de restrictions budgétaires, il peut être tentant de s'appuyer sur cette réticence pour justifier l'arrêt de certains services aux aidantes et à leur proche. Il serait pourtant plus approprié de modifier l'accessibilité et la nomenclature de ces services en vue de répondre davantage aux besoins exprimés.

Le traitement médiatique accordé au «virage ambulatoire» suscite également toutes sortes de controverses. Par exemple, on priorise actuellement dans l'offre de services les personnes qui sortent de l'hôpital à la suite d'une intervention chirurgicale. Mais, dans les faits, la famille immédiate sera mobilisée par les soins à prodiguer pour une courte période de temps; alors qu'on sait que la personne qui prend soin d'un proche depuis de nombreuses années est beaucoup plus susceptible, elle, de s'épuiser avec le temps. Ainsi, on porte toute notre attention sur le virage et la réforme, alors que la désinstitutionnalisation, pour sa part, fait des ravages depuis plusieurs années déjà!

Il va de soi, pourtant, que le virage amorcé n'est pas sans conséquences fâcheuses pour les familles, et ce, sans parler des nombreux *dérangements* qu'il aura occasionnés. Il faut bien l'affirmer : ce virage a provoqué de nombreuses situations invraisemblables. Il faut noter aussi certains effets d'une nature plus insidieuse. L'État profite de ce

Cette augmentation
des tâches et responsabilités
réservées aux familles
ne va pas cependant sans
un accroissement équivalent
du stress et du fardeau
supporté par les
aidantes

nouveau contexte pour en demander davantage aux familles, et plus spécifiquement aux femmes. Ainsi, la mise en place de la réforme renforce considérablement l'insécurité des familles et des aidantes, qui voient là une façon d'augmenter leur charge de responsabilités.

Concrètement, cela veut dire, par exemple, apprendre à celles-ci à soigner des plaies ou à donner des traitements jadis réservés aux infirmières. Cette augmentation des tâches et responsabilités réservées aux familles ne va pas cependant sans un accroissement équivalent du stress et du fardeau supporté par les aidantes. En plus, on constate qu'à force de se faire dire que les coffres de l'État sont vides, les familles en viennent à s'autocensurer et hésitent alors à demander de l'aide, même lorsque cela s'impose. Comme quoi le discours officiel est bien «intégré»!

Avec l'accentuation du vieillissement de la population, on peut s'attendre à ce que les femmes soient encore plus sollicitées pour assurer le maintien des aîné(e)s dans la communauté. Toutefois, ce maintien dans la communauté des personnes en perte d'autonomie devrait concerner tout le monde. La société ne gagne pas à mettre ce fardeau presque uniquement sur le dos des femmes. On sait trop maintenant que le prix à payer pour les femmes est très élevé en ce qui a trait à leur santé physique et mentale, leur appauvrissement et le démantèlement de leur réseau social et relationnel. Les conséquences sont donc nombreuses et se répercutent à plusieurs niveaux. Il est plus que temps d'y voir! ■

Marlène Simard

Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s
de Montréal

Déclaration de Gloria

Le texte qui suit est un compte rendu de la Déclaration de Gloria adoptée à la 8e Rencontre internationale femme et santé tenue à Rio de Janeiro en mars 1997.

Plus de 400 femmes venues de 72 pays se sont réunies à Rio de Janeiro pour la huitième *Rencontre internationale femme et santé* au mois de mars dernier. Le comité organisateur comptait sur ce mois historique du mouvement féministe pour donner à la rencontre le ton d'insoumission et de défi qu'a été la marque des femmes, partout dans le monde, au long de la lutte pour défendre nos droits et pour un monde sans inégalités ni oppressions. Les participantes ont constaté des avancées significatives du mouvement pour la santé des femmes dans l'application de la plate-forme de Beijing et du programme d'action au Caire. Les participantes ont donc défini des stratégies ayant comme objectif de renforcer les droits à la santé et qui s'articulent autour de quatre axes :

1 Les stratégies féministes

Face aux changements rapides de l'environnement politique, culturel et politique qui nous affectent aujourd'hui, une des priorités majeures est de renforcer la capacité du mouvement pour la santé des femmes et de faire face aux défis. Nous devons développer de nouvelles formes de solidarité afin de valider et de nous inspirer de la richesse et de la diversité de nos divers contextes, et de la variété de nos expériences et stratégies.

2 Les obstacles structurels à la santé des femmes

La globalisation des marchés, les politiques d'ajustement structurel et la montée de la crise économique dans de nombreux pays ont porté des coups sévères aux services de santé publique. La privatisation des services, le déséquilibre entre la médecine préventive, la promotion de la santé et la médecine curative sont d'autres effets de la globalisation. Le patriarcat dominant et son corollaire de violence contre les femmes se perpétuent et sont exacerbés par la crise économique, politique et culturelle. D'autre part, les fondamentalistes religieux s'attaquent aux acquis des femmes essayant d'exercer un contrôle sur leur corps, leur reproduction et leur sexualité.

Ces oppressions se renforcent mutuellement et constituent le contexte difficile dans lequel les femmes se battent aujourd'hui pour obtenir une meilleure qualité de vie et l'accès aux services de santé; c'est pourquoi les participantes insistent pour mettre en rapport la justice au niveau de la santé avec la justice sociale et économique.

On observe ironiquement que les femmes apparaissent dans les scénarios politiques au moment où l'État tombe en décrépitude et où les crédits sont drastiquement diminués.

3 Les obstacles qui nuisent à l'application de politiques

Un des facteurs limitatifs observés dans de nombreux pays est l'absence d'analyse différenciée selon les sexes et ce particulièrement dans les politiques de santé. De plus, la participation des femmes demeure très limitée dans les instances décisionnelles. Même quand la participation des femmes dans les niveaux de décision se développe, cela ne se traduit pas obligatoirement dans l'application des recommandations du Caire et de Beijing. On observe ironiquement que les femmes apparaissent dans les scénarios politiques au moment où l'État tombe en décrépitude et où les crédits sont drastiquement diminués.

Les gouvernements dans de nombreux cas s'approprient les discours des femmes et les services dont elles s'occupent, essentiellement dans leur propre intérêt et sans s'occuper des besoins réels des femmes. Le court terme et les financements orientés vers les services entraînent les groupes de femmes à se substituer aux secteurs publics pour donner des soins. La formation des professionnels de la santé continue d'être un obstacle important quand elle ne met pas l'accent sur une approche globale tenant compte des besoins des femmes.

4 Les contributions positives mises en place au cours des dernières années

Comme résultat et après de longues années à construire le mouvement pour la santé des femmes, les féministes sont de plus en plus reconnues comme actrices politiques permettant des changements majeurs dans la conscience et la perception de la spécificité des sexes. Les groupes de femmes sont davantage impliqués dans la formulation et l'application des politiques et ont davantage de possibilités d'influencer les programmes gouvernementaux.

Le mouvement des femmes fait face à des forces d'opposition puissantes et doit multiplier ses stratégies, construire et renforcer la solidarité dans la lutte pour améliorer la qualité de vie des femmes. Les participantes ont constaté une diversité de situations liées à la diversité des pays et des régions ainsi qu'à des perspectives différentes ce qui nous place face à des problèmes complexes nécessitant des priorités et des stratégies différenciées. Reconnaître ces différences permet de diversifier les actions et de travailler dans le sens de la complémentarité. ■

Lise Lamontagne

coordonnatrice du Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

La discrimination comme violence: impact sur la santé des lesbiennes

Le RCSFQ participe à une étude sociolégale sur la santé des familles lesbiennes au Québec et au Canada. Les autres partenaires sont le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), le groupe de recherche multidisciplinaire féministe (GREMF) et la fondation pour le logement des lesbiennes et des gais âgés de Winnipeg (Sum Quod Sum).

Alors que les lesbiennes ont participé aux luttes des canadiennes soit comme individus ou comme groupe, elles n'ont pas encore bénéficié des succès remportés par les femmes. D'une part, cette recherche tente de démontrer spécifiquement les formes et les effets de la discrimination à l'égard des familles lesbiennes. D'autre part, elle révèle la façon dont celles-ci ont lutté et continuent de lutter pour la reconnaissance de leurs droits fondamentaux quant à la relation conjugale, la relation parentale, les avantages sociaux et leurs répercussions sur la santé de ces familles.

Les témoignages proviennent d'expériences vécues par les familles lesbiennes du Manitoba et du Québec. Ils permettent d'identifier les façons par lesquelles ces familles développent leurs stratégies quand il est question de relation parentale, de relation conjugale et d'avantages sociaux

accordés généralement aux conjoints et conjointes de fait hétérosexuels. Il sera ainsi possible d'identifier les situations discriminantes dans chacun de ces domaines et de comparer les réalités vécues dans ces deux provinces. Une telle recherche veut faire en sorte que les familles lesbiennes soient visibilisées dans les politiques gouvernementales. Ceci se réalisera en définissant et en recommandant des directives futures pour le développement de politiques nationales tenant compte des besoins des familles lesbiennes particulièrement dans le domaine de juridiction fédérale. De plus, il sera possible d'identifier les liens entre les formes de discrimination faite aux familles lesbiennes quant aux trois domaines et leurs répercussions sur la santé de ces familles.

C'est une recherche à perspective féministe dans sa conception et sa théorie, centrée sur les lesbiennes conjointes et/ou mères. Leurs luttes ne pouvant être examinées sans tenir compte du contexte sociétal général, l'approche sociolégale permet de questionner les divers milieux où ces lesbiennes vivent, s'expriment et s'intègrent à d'autres communautés. La méthode d'entrevue utilisée est l'enquête conscientisante. Elle permet aux répondantes de reconnaître et de formuler les étapes du changement social qui amèneront par la suite

aux gouvernements, aux juges et à la classe juridique, aux éducatrices et éducateurs, de l'information sur la vie des lesbiennes conjointes et/ou mères. On pourra ainsi voir se développer des politiques nationales tenant compte des familles lesbiennes.

Il est ainsi possible de dire que l'importance de cette recherche réside dans son potentiel de transformation de la vie des lesbiennes en tant qu'individues invisibilisées par l'État; on peut même ajouter qu'elle réside également dans sa capacité à améliorer la santé des familles lesbiennes. Ainsi, l'État pourra prendre des mesures proactives en modifiant les lois et en adoptant une politique sociale et des stratégies de changement et de responsabilisation.

Les résultats de la recherche seront divulgués dans le prochain numéro d'automne du *Sans Préjudice*. ■

Carole Tatlock

militante au Regroupement des centres de santé des femmes du Québec

Le travail peut nuire à la fertilité

■ Produit par la *Fédération du Québec pour le planning des naissances* (FQPN), ce guide vise à informer les travailleuses et les travailleurs des risques possibles pour leur fertilité dans leur milieu de travail. Il résume les connaissances de base qui favorisent une meilleure observation des indices de fertilité. Il décrit les facteurs des milieux de travail qui peuvent porter atteinte à la fertilité, de même que les facteurs individuels qui ont une influence sur la fertilité et dont il faut tenir compte dans la recherche de causes d'infertilité. Finalement, le guide indique les démarches qu'il est possible d'entreprendre en milieu de travail afin d'identifier et de diminuer les risques pour la fertilité. L'identification des agents nocifs constitue un atout, car dans la majorité des cas, les effets sont réversibles.

Au nom du développement

DÉMYSTIFIER POPULATION, PAUVRETÉ ET DÉVELOPPEMENT

■ Produit par *Inter-Pares*, une analyse différente du contrôle de la population en situant le débat sur les questions de population dans un contexte de justice sociale et de droits des femmes en matière de reproduction. Cette publication remet en question l'idée que le contrôle de la population soit une stratégie anti-pauvreté ou encore une réponse adéquate aux besoins des femmes en matière de santé. Elle examine de façon critique les liens entre la croissance démographique et le développement économique, la sécurité alimentaire, l'environnement, la migration et la santé des femmes. Chaque section renferme un ensemble d'énoncés et de croyances populaires, suivi de faits statistiques et d'un réexamen de la situation.

Déclaration des droits liés à la recherche, au développement et à l'emploi des contraceptifs

■ Produite par le Comité canadien des femmes sur la population et le développement (CCF), en collaboration avec des groupes de femmes du Nord et du Sud. La Déclaration des droits propose l'adoption de principes éthiques et de lignes directrices pour l'encadrement du développement, de l'expérimentation et de l'emploi de technologies contraceptives. Les dernières années ont été caractérisées par une recrudescence des programmes visant à contrer la croissance démographique. Ces programmes se traduisent souvent par la promotion de mesures et de pratiques contraceptives dangereuses, tel que des programmes coercitifs de stérilisation, plutôt que par des programmes visant à répondre aux besoins des femmes en matière de santé. Le CCF croit que l'adoption des lignes directrices élaborées dans la Déclaration des droits mènerait à des formes de contraception plus sécuritaires, plus efficaces et plus accessibles, et ce, dans un contexte de programmes de santé complets pour les femmes.

Pour vous procurer ces documents :

Fédération du Québec pour le planning des naissances,
4428, St-Laurent, bureau 302 Montréal, Québec

**Regroupement des centres de santé
des femmes du Québec**
4205, rue St-Denis, bureau 320
Montréal, Québec H2J 2K9
Tél. : (514) 844-0909
Télec. : (514) 844-2498
Courrier élec. : resfq@microtec.net

Devenez membre du
Regroupement des centres de santé des femmes
et recevez gratuitement votre bulletin Sans Préjudice...
Groupe : 25\$ et plus • Individue: 10\$ et plus

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Veuillez émettre votre chèque à l'ordre du **Regroupement des centres de santé femmes du Québec**
4205, rue St-Denis, bureau 320, Montréal (Québec) H2J 2K9 • Téléphone (514) 844-0909 • Télécopieur (514) 844-2498