


Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Le rapport Arpin, un pas de plus vers la détérioration du secteur public de la santé!

 La Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux constate que le rapport Arpin vient confirmer et dans certains cas accélérer le glissement des services de santé publics vers une place toujours plus grande des services de santé privés. C'est une tendance que l'on observait déjà depuis la transformation ces dernières années du système de santé au Québec. Alors que la loi canadienne de la santé crée une obligation d'assurance publique pour tout acte médicalement requis, on constate qu'il y a de plus en plus de services non couverts par l'assurance-maladie (RAMQ). Ce glissement ouvre la porte aux assureurs privés ou aux services privés qui font payer de plus en plus de services diagnostiques ou paramédicaux (ex. physiothérapie), sans parler des médicaments qui sont bien souvent la base d'un traitement.

C'est pourquoi la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux est déçue des recommandations du rapport Arpin, mais pas surprise. Elle se demande surtout quels intérêts seront mieux servis par ces recommandations : ceux de la santé et du bien-être des femmes ou ceux du «système privé» et des «médecins-entrepreneurs»?

La Coalition estime que le domaine de la santé n'est pas un marché et que la relation du médecin avec sa patiente ou son patient n'est pas une relation commerciale. À vouloir rentabiliser le système de santé, on en arrive forcément à vouloir rentabiliser l'acte médical quel qu'il soit. Et l'on évacue notamment tout l'aspect social de la maladie et de la prévention.

Le bilan de la situation fait état d'avancées rapides de la privatisation dans le secteur de la santé : des «partenaires» privés pénètrent les cercles

Sommaire

DOSSIER SAGE-FEMME

Double reconnaissance pour les sages-femmes

Pourquoi le dossier des sages-femmes préoccupe-t-il tant le Groupe MAMAN?

Légalisation de la pratique sage-femme

4 à 6

La médecine douce
Au delà des recettes pour mieux vivre

7

Attention :
Virage dangereux pour la santé des femmes!

9

Soins de santé sexuelle et reproductive reçus par les femmes arabes musulmanes au Québec

10

La cour suprême a tranché

12

À VOIX HAUTE ET EN TOUTES LETTRES!

Le risque de vivre
Centres pétri ressource

13 à 15

NOUVELLES BRÈVES

16

La Coalition estime que le domaine de la santé n'est pas un marché et que la relation du médecin avec sa patiente ou son patient n'est pas une relation commerciale.

de décideurs multiplient les projets d'affaires dans les secteurs des équipements des médicaments de la biotechnologie de l'hébergement de longue durée des services médicaux à domicile, des services

auxiliaires des services d'information. En fait la population fait face à une propagande organisée – et le rapport Arpin consciemment ou non – en est un nouvel exemple – qui tend à miner la confiance dans le service public. La population a peur de ne plus

avoir les soins dont elle aura besoin dans le réseau public. À tel point qu'une partie de la population serait – semble-t-il – prête à payer plus pour s'assurer l'accessibilité et la qualité des soins.

Cette propagande s'appuie aussi sur le mythe, et le rapport Arpin le reprend à son compte : que le service privé serait mieux géré et coûterait moins cher que le service public. De nombreuses études ont pourtant montré qu'il n'en est rien. La seule façon de concilier le contrôle des coûts d'administration et les bénéficiaires, c'est d'agir sur les salaires et sur les services, c'est-à-dire de donner des conditions de travail et des salaires minimaux et de multiplier les services les plus rentables. En suivant cette voie, le risque est grand de laisser les « cas lourds » au service public et d'ouvrir le marché des services les plus rentables (ex : chirurgie d'un jour, tests et analyses, soins à domicile, hébergement des personnes âgées) aux cliniques privées sous prétexte d'alléger la tâche et les dépenses du service public. En Nouvelle-Zélande par exemple, la privatisation partielle de services médicaux a eu pour effet d'allonger les listes d'attente. Le Conseil de la santé et du bien-être du Québec lui-même concluait dans l'une de ses études que « plus le secteur privé joue un rôle important dans les services de santé, moins les dépenses sont contrôlées ».

En fait les recommandations du rapport Arpin sont logiques avec le titre et le mandat donné par le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, M. Jean Rochon et repris par Mme Pauline Marois, puisqu'il s'agissait du « Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec ». Par ailleurs, nous sommes frappées par la composition même de ce comité qui ne comprenait aucun représentant des usagers – des organismes communautaires du personnel du réseau et des nombreux intervenant-e-s dans tout le réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, le rapport Arpin souligne le fait que les CLSC ne remplissent pas pleinement leur rôle. Ce rôle a toujours été vaste et fluctuant, entre le médical, le social, la prévention, les soins à domicile, sans qu'on lui accorde les ressources correspondantes. Le rapport Arpin propose de confier une grande partie du virage ambulatoire en milieu urbain à des cliniques ou des organismes privés, alors que les CLSC des régions, où le « marché » est plus petit, garderaient leur vocation actuelle. Ce n'est peut-être pas un hasard puisque effectivement le marché urbain est le plus lucratif pour le secteur privé. Le privé aurait les cas les plus rentables avec une clientèle prête à payer, alors que le public se retrouverait avec les cas les plus lourds et les personnes les plus en difficulté. En fait, ce sont les services de première ligne qui sont offerts sur un plateau d'argent aux médecins-entrepreneurs qui voient dans la « maladie » une occasion d'affaire très lucrative. Il en est ainsi pour les mégacliniques privées, prônées depuis quelques temps et dont l'idée est reprise par le rapport Arpin. De même, on offre au secteur privé la possibilité de créer des ressources pour les personnes âgées par l'achat de places d'hébergement dans le secteur privé plutôt que de financer adéquatement les centres d'hébergement publics qui crient au secours!

Plutôt que la privatisation déguisée en « collaborations lucratives » avec le réseau public la *Coalition féministe pour une transformation du système de santé et de services*

La coalition ne veut pas d'un système à deux vitesses ni d'un système axé sur les cliniques privées ! Elle demande que la transformation du système de santé et des services sociaux au Québec tienne enfin compte du point de vue des femmes, de leurs besoins et de leurs solutions

sociaux appuie le maintien et le développement d'un système de santé public, gratuit accessible et universel avec une large place attribuée aux CLSC dans la dispensation des services de base. La *Coalition* ne veut pas d'un système à deux vitesses ni d'un système axé sur les cliniques privées ! Elle demande que la transformation du système

de santé et des services sociaux au Québec tienne enfin compte du point de vue des femmes, de leurs besoins et de leurs solutions. ☐

Michèle Asselin coordonnatrice
Coalition féministe pour une transformation du système de santé

Nicole Bluteau vice-présidente
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

Sylvie Boulanger première vice-présidente
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ)

Annick Brémel présidente
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Claudette Carbonneau première vice-présidente
Conseil des syndicats nationaux (CSN)

Élyse Gauthier présidente
L'R des centres de femmes du Québec

Marie-Hélène Houle coordonnatrice provinciale
Fédération de ressources d'hébergement pour les femmes victimes de violence et en difficulté du Québec

Lise Lamontagne coordonnatrice
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Carole Lejeune vice-présidente
Fédération du personnel de la Santé et des Services sociaux, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)

Lise Lévesque coordonnatrice
Regroupement Naissance-Renaissance

Nicole L'Heureux coordonnatrice
Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal

Huguette Labrecque présidente
Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)

Louise Riendeau coordonnatrice
Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Alain Roberge président
Regroupement des ressources alternatives en santé mentales du Québec

Suzanne Blaré présidente
Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Double reconnaissance pour les sages-femmes



Les sages-femmes ont maintenant leur pleine reconnaissance légale! Le 17 juin dernier l'Assemblée nationale du Québec adoptait le projet de loi 28 *Loi sur les sages-femmes*. Ce fut un moment historique pour les femmes et les sages-femmes qui luttèrent depuis plus de 20 ans pour la reconnaissance officielle de cette profession.

Cette loi permet la constitution d'un ordre professionnel autonome. Le Bureau nommé cet été est constitué de six sages-femmes et de deux représentantes du public et a débuté ses activités le 24 septembre dernier.

Une nouvelle formation

La pratique des sages-femmes permettra aux communautés de reprendre en main des soins qui se retrouvaient en grande partie dans les hôpitaux.

La formation universitaire débute également cette année. Seize étudiantes ont été choisies afin d'amorcer un programme de quatre ans à l'Université du Québec à Trois-Rivières. C'est un grand défi puisque la croissance et l'évolution de la profession dépendent en grande partie de la transmission des savoirs élémentaires essentiels à la pratique des sages-femmes.

Une pratique intégrée à la communauté

La loi constituant l'Ordre professionnel des sages-femmes prévoit aussi que les sages-femmes concluront un contrat de services avec un établissement qui exploite un Centre local de services communautaires (CLSC). La pratique des sages-femmes permettra aux communautés de reprendre en

main des soins qui se retrouvaient en grande partie dans les hôpitaux. Leur pratique consistera à offrir aux femmes qui le désirent les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi qu'à leurs enfants pour la période postnatale.

Une pratique basée sur le respect des femmes

Les principes qui guident la pratique depuis quinze ans continueront d'être le point central. Ce sont :

- Respect et confiance dans le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement
- Confiance dans la compétence et l'autonomie des femmes
- Continuité des soins
- Relation personnelle et égalitaire

Les sages-femmes pourront accompagner les femmes et leurs familles dans les maisons de naissance, les hôpitaux et prochainement à leur domicile. Les sages-femmes permettent ainsi aux femmes de reprendre du pouvoir sur cet événement si personnel et si intime.

Une reconnaissance internationale

Une deuxième reconnaissance à souligner se situe au plan international. La Confédération internationale des sages-femmes vient d'accepter le Regroupement Les Sages-femmes du Québec à titre de membre.

(Suite de l'article page 13) ►

Pourquoi le dossier des sages-femmes préoccupe-t-il tant le Groupe MAMAN?

Parce que dans l'état actuel du système de santé québécois, les sages-femmes nous apparaissent comme des intervenantes de choix pour nous permettre de faire de nos accouchements des expériences heureuses et satisfaisantes



La philosophie du Groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel) est fondée sur la reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme processus naturels et comme expériences appartenant avant tout aux femmes et aux familles.

Même si l'objet de notre Mouvement comprend plusieurs volets en lien avec la maternité et l'humanisation de la naissance, la

Les valeurs sur lesquelles repose la pratique des sages-femmes sont pour nous garantes de progrès pour l'humanisation de la naissance et de l'accouchement

promotion de la pratique des sages-femmes a été au cœur de nos activités depuis nos tous débuts en 1995. Pourquoi? Parce que les valeurs sur lesquelles repose la pratique des sages-femmes sont pour nous garantes de progrès pour l'humanisation de la naissance et de l'accouchement. Parmi celles-ci citons particulièrement la reconnaissance

- ▶ de la pertinence d'établir avec la femme enceinte une relation personnelle et égalitaire ouverte à ses besoins multidimensionnels
- ▶ du besoin des femmes d'obtenir des soins et des services continus
- ▶ de l'importance de la promotion de la santé dans le cycle de la maternité (la pratique des sages-femmes se base sur la

prévention et inclut un usage judicieux de la technologie).

- ▶ de la capacité des femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ils sont prodigués

Les sages-femmes également

- ▶ respectent le droit des femmes de choisir le lieu de leur accouchement y compris le domicile
- ▶ font confiance dans les capacités des femmes à mettre leurs enfants au monde par elles-mêmes
- ▶ respectent la diversité des besoins et la pluralité des significations personnelles que les femmes attribuent à la grossesse et à l'accouchement

Au cours des dernières années nous avons exercé des pressions politiques pour que soit adoptée une loi permanente sur les sages-femmes et nous avons veillé particulièrement à ce que la loi preserve la spécificité de ces professionnelles. La nouvelle loi sur les sages-femmes, adoptée le 17 juin dernier n'est qu'une étape dans cette longue marche que nous avons entreprise. La promotion de l'accouchement à domicile et l'adoption par le gouvernement d'une réglementation d'intégration des sages-femmes dans le système de santé, la préservation de la spécificité des maisons de naissance ainsi que la formation des sages-femmes (particulièrement les stages en milieu hospitalier) figurent parmi les questions qui retiendront le plus notre attention dans les prochaines années. ☐

Andrée Rivard
Groupe MAMAN

Légalisation de la pratique sage-femme



Enfin depuis le 24 septembre 1999 la profession sage-femme est légalement reconnue au Québec

Le *Regroupement Naissance-Renaissance* porte-parole de la *Coalition pour la pratique sage-femme* et représentant officiel des usagères, récolte le fruit d'une longue lutte pour la reconnaissance de la profession construite autour de l'affirmation du processus naturel de la maternité et du droit fondamental des femmes et des familles de choisir le lieu de naissance de leur enfant soit le centre hospitalier la maison de naissance ou le domicile

Le domicile comme lieu de pratique

La loi pour la pratique sage-femme la loi 28 comporte une lacune importante puisque le

L'importance de reconnaître rapidement le domicile comme lieu de pratique de la profession sage-femme, au même titre que la maison de naissance et le centre hospitalier.

domicile ne sera pas reconnu comme lieu de pratique tant et aussi longtemps qu'un règlement sur l'accouchement à domicile ne sera pas rédigé par l'*Ordre des sages-femmes du Québec* pour ensuite être déposé et adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Ce processus peut s'éten-

dre sur une période allant de quelques mois à quelques années

À la veille de la légalisation, le 23 septembre dernier, environ 300 personnes, des femmes des hommes et des enfants, venues de différentes régions du Québec se sont rassemblées et ont marché dans les rues du Vieux-Montréal. L'activité visait à souligner l'entrée en vigueur de la loi et à

insister sur l'importance de reconnaître rapidement le domicile comme lieu de pratique de la profession sage-femme au même titre que la maison de naissance et le centre hospitalier

Nos demandes

Deux demandes principales ont été formulées

- Que l'*Ordre des sages-femmes* procède, dans les meilleurs délais, à la conception à la rédaction et à l'adoption d'un règlement concernant les normes de pratique lors de l'accouchement à domicile
- Que, dès réception de ce règlement la ministre de la Justice du Québec responsable de l'application des lois professionnelles le présente pour adoption immédiate par l'Assemblée nationale du Québec

Il s'agit d'un enjeu important pour les femmes et les familles puisqu'à l'heure actuelle certaines femmes continuent d'accoucher à domicile, avec l'assistance qu'elles peuvent trouver

Autres enjeux importants

D'autres enjeux sont associés à la reconnaissance légale de la profession sage-femme. Le *Regroupement Naissance-Renaissance* voix officielle des usagères de services sages-femmes, entend demeurer vigilant quant à l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé et au développement de la pratique sage-femme à l'image des demandes traditionnelles des femmes et des familles du Québec (suite de l'article page 15) ►

La médecine douce : au delà des recettes pour mieux vivre

La publication d'articles sur la santé des femmes dans des revues alternatives attire toujours mon attention. En tant que thérapeute en médecine douce et militante au sein du mouvement pour la santé des femmes, je me réjouis de toutes parutions faisant le pont entre ces deux mondes. Ainsi, j'ai lu avec intérêt l'article « Médecine de femme. Autour des seins », écrit par la naturopathe Mona Hébert et publié dans la revue *Guide Ressources* en avril dernier.

Mona Hébert y décrit bien la relation complexe avec nos seins et nous encourage à les respecter et à en prendre soin au quotidien. Cependant, elle propose des listes d'épicerie à titre de solutions et nous laisse sur notre faim en ce qui concerne les actions à prendre.

La sombre réalité du cancer du sein

Comme Mme Hébert l'indique, le cancer du sein « est partout autour de nous, comme une épidémie ». Selon *Statistique Canada*,

D'abord, modifier des comportements individuels n'est pas une chose simple et ensuite, il y a une limite aux résultats que l'on peut obtenir en travaillant uniquement sur des comportements individuels.

une femme sur huit aura le cancer du sein et ce chiffre est à la hausse. Aux États-Unis, le Dr Samuel Epstein, médecin en santé publique, affirme que l'augmentation des cas de cancer du sein est étroitement liée aux produits chimiques, notamment les organochlorés présents dans notre environnement et notre alimentation. Mme Hébert semble être d'accord avec cette analyse puisqu'on trouve les produits chimiques à base de chlore, comme les pesticides, les papiers blanchis et l'eau chlorée, sur sa liste de produits à éviter.

La réalité devient plus sombre lorsqu'on connaît la position de la *Société canadienne du cancer* et des gouvernements qui affirment que le cancer ne peut pas être prévenu, affectant les personnes au hasard. Pour ces organismes, peu de chose reste à faire à part la recherche de thérapies radicales pour vaincre le cancer.

Action collective versus action individuelle

Courageusement, Mme Hébert prend position contre « l'establishment » du cancer en parlant de la prévention du cancer. Cependant, elle appelle les actions préventives « de simples modifications dans nos comportements ». Voici le début de notre désaccord. D'abord, modifier des comportements individuels n'est pas une chose simple et ensuite, il y a une limite aux résultats que l'on peut obtenir en travaillant uniquement sur des comportements individuels.

En ce qui a trait aux « simples modifications dans nos comportements », prenons l'exemple de la cigarette. Le mouvement des femmes lutte constamment pour faire comprendre en quoi les particularités de la vie des femmes contribuent aux difficultés rencontrées pour arrêter de fumer. En effet, les femmes affrontent des difficultés économiques, assument de multiples responsabilités et vivent souvent dans l'isolement. Tout cela, en plus des effets pervers de la dépendance physique à la nicotine. Pour beaucoup de femmes, allumer une cigarette constitue le seul moment de pause. L'éteindre « une fois pour toute » demeure donc un défi que très peu de femmes réussissent.

D'un autre côté, les problèmes ne seront pas réglés dans leur ensemble tant que nos gouvernements n'oseront pas réglementer

les compagnies multinationales productrices de produits chimiques. Par contre, pour Mme Hébert la responsabilité demeure individuelle par exemple se procurer du papier de toilette, des tampons et des serviettes sanitaires non blanchis au chlore. Non seulement ces produits ne sont pas

La santé des femmes nous concerne toutes et tous, elle est donc politique.

accessibles à toutes les bourses mais ils sont difficilement disponibles dans les magasins courants. Des actions collectives sont donc nécessaires afin d'exiger des gouvernements l'amélioration et l'implantation de lois pour la protection de la santé et le retrait des produits nuisibles à la santé des femmes.

Au delà des tampons et du papier de toilette un problème existe aussi au niveau du chlore et des polluants organiques dans l'eau des robinets. Ces constituants sont aussi cancérigènes. Que faisons-nous pour demander aux gouvernements locaux de rendre publique la liste des constituants de l'eau et pour exiger une meilleure élimination de ces solvants organiques? À mon avis l'action individuelle est importante mais elle n'est certainement pas suffisante pour développer une vie plus saine pour toutes les femmes.

Se prendre en charge

L'argument repris ici et souvent entendu dans les couloirs des médecines douces est que chaque personne doit d'abord se prendre en charge. Je vois bien l'importance de cette notion car la cliente joue un rôle central dans son processus de guérison la thérapeute étant seulement un élément d'appui. Mais, en même temps, le mouvement des femmes m'a enseigné que se prendre en charge n'est possible qu'en bonne compagnie. D'où l'importance des groupes de femmes, des groupes d'entraide ou encore de l'accompagnement d'une femme ayant déjà vécu la même expérience. Avec l'appui des autres femmes

nous sommes mieux équipées pour changer notre style de vie, arrêter de fumer, améliorer notre alimentation et trouver des solutions alternatives aux médicaments.

Les thérapies alternatives et complémentaires

La recette pour mieux vivre de Mme Hébert inclut également une longue liste de plantes médicinales et autres suppléments. Cependant, leurs effets bénéfiques sur la prévention du cancer du sein ne sont pas clairement démontrés. Les femmes doivent-elles conclure qu'il leur faut prendre toutes les plantes citées pour éviter le cancer? Bien que les recherches sur les thérapies alternatives et complémentaires commencent à retenir l'attention du public, les subventions nécessaires pour effectuer de telles recherches demeurent très maigres aux États-Unis et encore plus au Canada. Voici encore une autre occasion pour des actions collectives. À mon avis la santé des femmes nous concerne toutes et tous elle est donc politique. □

Carla Marcelis

Attention : Virage dangereux pour la santé des femmes !



La réforme du système de santé et des services sociaux dont le virage ambulatoire constitue la pierre angulaire est en route depuis 1990. Ce sont les femmes qui paient le prix du virage ambulatoire et des coupures dans les services de santé publics (comme usagères (les femmes utilisent davantage les services de santé et sociaux et ce pendant plus longtemps) comme aidantes « naturelles » ou comme bénévoles (dans une proportion de 60 à 70% ce sont les femmes qui assument cette responsabilité) et comme travailleuses (les femmes représentent 75% du personnel de la santé et des services sociaux).

Dans le but de faire connaître les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux sur les femmes et de

Aucune mesure n'a encore été mise de l'avant par les ministères concernés pour réduire l'impact négatif du virage ambulatoire sur la vie des femmes.

proposer des solutions alternatives, *LR des centres de femmes du Québec* a initié et coordonne la *Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux* qui regroupe

des représentantes des milieux féministe communautaire, bénévole et syndical.

La Coalition a publié un premier bilan de la transformation du réseau et une plate-forme comprenant 13 revendications, autant de solutions concrètes aux difficultés identifiées. Le cahier de revendications *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes* a été lancé lors d'une conférence de presse le 13 novembre 1998. Plus de 1000 exemplaires ont déjà été distribués auprès de divers milieux.

Lors de la campagne électorale provinciale de novembre 1998, la Coalition s'est jointe

à la *Fédération des femmes du Québec* pour rencontrer les chefs des partis québécois et libéral, afin d'obtenir des engagements en ce qui a trait à la conciliation travail-famille. Plus particulièrement, nous avons revendiqué une modification aux normes du travail afin d'y inclure des congés sociaux pour soins aux proches.

En février 1999, la Coalition a sollicité des rencontres avec les ministres de la Santé et des Services sociaux, Pauline Marois, du Travail, Diane Lemeux et la responsable de la Condition féminine, Linda Goupil. L'objectif de ces rencontres est de leur faire part des impacts de la transformation du réseau sur les femmes ainsi que des nombreuses solutions envisagées par la Coalition. Nous n'avons pas encore rencontré les ministres. Cependant, nous avons rencontré Pauline Gingras, attachée politique de Mme Goupil et Lise Leduc, adjointe parlementaire de Mme Marois.

La Coalition a également réalisé une tournée de forums interrégionaux à travers le Québec. Ces sessions de travail avaient pour but de présenter les travaux de la Coalition, de faire connaître les impacts négatifs du virage ambulatoire pour les femmes, de prioriser des revendications et de développer des stratégies afin d'obtenir des gains favorables aux femmes. *LR des centres de femmes* a coordonné et réalisé ce projet et la *Fédération du Québec pour le planning des naissances* y a participé activement. Sept sessions ont été réalisées (Alma, Baie-Comeau, Matane, Longueuil, Rouyn-Noranda, Montréal et Québec). Le rapport synthèse des forums sera disponible bientôt et le *Sans Préjudice* vous tiendra au courant des actions initiées dans les différentes régions.

(suite de l'article page 12 ►)

Soins de santé sexuelle et reproductive reçus par les femmes arabes musulmanes au Québec

Dans une recherche subventionnée par le *Centre d'excellence pour la santé de femmes - Consortium Université de Montréal* nous avons demandé aux femmes immigrantes arabes musulmanes quelle était leur opinion sur la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive reçus au Québec. Les participantes à cette étude qualitative ont été divisées en

Cette étude montre que la préoccupation de ces femmes face à la qualité des soins dépasse les questions culturelles et ethniques. Le fait de leur donner la parole, a permis d'identifier une préoccupation d'intégrer leur santé aux autres aspects de leur vie, par exemple la famille et le travail.

deux groupes selon leur origine géographique, soit le Maghreb situé en Afrique du Nord et le Machrek au Moyen-Orient.

Les dix participantes du Maghreb provenaient du Maroc (4), d'Algérie (4) et de Tunisie (2). Les six participantes du Machrek provenaient de Syrie (3), du Liban (2) et de

Jordanie (1). Elles étaient au Québec depuis cinq ans ou moins, avaient entre 25 et 40 ans, étaient toutes mariées, mères pour la plupart de un ou deux enfants. Au plan éducation, cinq détenaient un niveau secondaire et 11 un niveau universitaire.

Choix d'une méthode contraceptive au Québec

Pour ces femmes, il n'y a pas eu de changement majeur dans le choix d'une méthode contraceptive après l'immigration. Actuellement, les méthodes les plus courantes sont le stérilet et le condom, parfois combinées avec des méthodes naturelles. Les gynécologues ou médecins de famille des participantes étaient autant des hommes que des fem-

mes, avec cependant une nette prédominance de médecins canadiens (80%).

Évaluation des soins de santé reçus au Québec

Les participantes des deux groupes ont démontré qu'elles étaient au courant de l'actuel débat au sujet du système des soins de santé au Québec. À la suite de leur expérience, elles ont fait état de leur mécontentement face aux services d'urgence, aux listes d'attente et au manque d'uniformité entre les différents services offerts par les CLSC. Elles ont mentionné aussi deux points positifs du système de santé: le soin universel et l'accent mis sur la prévention au niveau des CLSC. Les participantes ont parlé d'un besoin de soin de qualité plutôt que d'un soin ethnique.

Leur recherche pour les soins de santé sexuelle et reproductive est guidée par de multiples facteurs tels que l'âge, l'éducation, les croyances personnelles, les habitudes culturelles, etc. Pour consulter un bon spécialiste, comme un gynécologue, certaines participantes peuvent aller loin de leur domicile. Concernant les consultations sur la santé sexuelle et reproductive avec les médecins de famille ou les gynécologues, les femmes consultées dénoncent trois sujets de mécontentement: les consultations sont trop courtes, les médecins ne sont pas suffisamment à l'écoute, en raison de leurs expériences antérieures, les femmes ne font pas confiance aux médecins. Pour les participantes, le fait de voir le médecin seulement une fois par an devrait leur permettre d'avoir le temps de parler, de poser des questions et d'obtenir de l'information.

En ce qui a trait au travail des infirmières, les participantes des deux groupes ont particulièrement insisté sur l'importance des services fournis à la maison. Par contre, elles ont critiqué le manque de continuité entre les programmes. Par exemple, les participantes ont dit ne pas comprendre pourquoi un programme de visites à domicile pour les femmes enceintes n'a pas de suite après l'accouchement.

L'autre professionnel mentionné par les participantes comme un atout au système des soins de santé du Québec est le pharmacien. Celui-ci est facilement accessible. Son contact n'implique pas de bureaucratie et résulte d'ordinaire en une information précise.

Des moyens pour bien se comprendre

Un autre sujet discuté par les participantes a été la langue utilisée dans les services de santé. Il y a eu deux types différents de discours. Les participantes du Maghreb, qui parlent couramment français, ont suggéré que certaines activités d'éducation à la santé, comme l'enseignement de l'auto-examen des seins, pourraient être faites en arabe ou en français en présence de traductrices pour les femmes ayant une connaissance faible ou nulle du français ou de l'anglais. Les femmes du Maghreb vivant des difficultés avec la langue française ont dit préférer leurs maris comme traducteurs quand il s'agit de discuter, pendant la consultation, de thèmes reliés à la sexualité. Si elles avaient à choisir entre une amie, leur mère ou leur mari, elles choisiraient leur mari du fait de l'intimité de leur relation tout en sachant que les professionnels de la santé considèrent cette situation comme un signe de soumission. Par ailleurs, considérant dans certains cas, que l'homme et la femme ont une connaissance limitée de la langue française ou que l'homme ne peut pas accompagner la femme, la présence d'une traductrice ou d'une amie devient une option.

Autres préoccupations

Comme cette recherche était de type participatif, les femmes ont eu l'occasion de présenter d'autres questions d'intérêt pour leur bien-être. Dans l'ensemble, les participantes se soucient d'opportunités de travail à temps plein, d'équivalences pour les titres académiques obtenus dans leur pays d'origine, de l'accès à des cours de français les préparant vraiment pour le monde du travail. Également, elles aimeraient voir diminuer les préjugés sur les Arabes dans la population canadienne et voir circuler une plus grande information sur la diversité et la richesse de la culture arabe.

Cette étude montre que la préoccupation de ces femmes face à la qualité des soins dépasse les questions culturelles et ethniques. Le fait de leur donner la parole a permis d'identifier une préoccupation d'intégrer leur santé aux autres aspects de leur vie, par exemple la famille et le travail. ☐

Denise Gastaldo
Université de Toronto

Jacqueline Lima
Université de Montréal

Fatima Chakir
Collectif des femmes immigrantes

Billis Vissandjée
Université de Montréal

Référence

Gastaldo D, Lima J, Chakir F & Vissandjée B (1998). Final Report – Immigrant women reproductive and sexual health and religion. How do Muslim immigrant women perceive the quality of health care they receive in Quebec? Montréal: Centre d'Excellence pour la Santé des Femmes.

Texte traduit de l'anglais par Andrée Mamiette

La Cour suprême a tranché

Voici une suite à l'article "La mère ou l'enfant"
publié dans le *Sans Préjudice* #17 - Hiver 1999

Le jugement de la Cour suprême du Canada dans la poursuite déposée, au Nouveau-Brunswick, par un enfant contre sa mère pour les dommages subis en tant que fœtus lors d'un accident d'automobile, vient confirmer le droit actuel: un enfant ne peut poursuivre sa mère pour des dommages causés durant la grossesse.

Le grand-père maternel avait intenté une poursuite au nom de l'enfant afin d'obtenir une indemnisation de la compagnie d'assurances pour lui assurer les soins nécessaires à sa condition. Celui-ci, né prématuré par césarienne au moment de l'accident, souffre de paralysie cérébrale.

En première instance et en appel, les tribunaux du Nouveau-Brunswick avaient estimé que l'enfant pouvait intenter une poursuite contre sa mère. Mais la Cour suprême en a décidé autrement le 9 juillet dernier.

Les cours du Nouveau-Brunswick avaient jugé en faveur de l'enfant en se fondant sur les arguments suivants:

- Les enfants canadiens peuvent intenter des poursuites contre leurs parents.
- Le fœtus, une fois né et vivant, peut poursuivre une tierce personne pour des blessures subies dans le sein maternel.

Dans son jugement, la Cour suprême rejette ces arguments car la mère ne peut être identifiée à une tierce personne, le fœtus étant lié à elle constamment. Dans le cas contraire, une mère pourrait être tenue responsable de négligence pour avoir fumé ou fait du sport. Cela serait une atteinte démesurée à l'intégrité physique des femmes de même qu'à leur droit à la vie privée et à l'autonomie. Pour la

Cour suprême, c'est au législateur et non aux tribunaux de modifier les lois pour protéger le fœtus en cas d'accident de voiture.

Ce jugement vient repéciser le droit du fœtus et de la mère, mais n'empêchera sans doute pas d'autres cas d'être portés devant les tribunaux. Il est important de demeurer vigilantes pour éviter de faire porter aux femmes enceintes les manques ou les incohérences du système de santé ou social.

La compagnie d'assurances, quant à elle, avait pris entente la veille du jugement sur un montant minimal et maximal à être payé à l'enfant à la suite du jugement. Le montant qu'il recevra est cependant moindre que s'il avait gagné sa cause. ☐

Hélène Cornélien

► (suite de « Attention! Virage dangereux »)

Aucune mesure n'a encore été mise de l'avant par les ministères concernés pour réduire l'impact négatif du virage ambulatoire sur la vie des femmes. L'inertie des décideurs face à nos revendications est choquante. Nous devons y répondre par une large mobilisation. Les forums interrégionaux sont très encourageants à ce propos et des solidarités émergent, au-delà des intérêts sectoriels. La *Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux* est donc là pour rester!

Vous pouvez appuyer les revendications de la Coalition en participant à la campagne de cartes postales *Attention! Virage dangereux pour la santé des femmes*. Par ce moyen, nous espérons recevoir l'appui d'environ 10 000 femmes au Québec. ☐

Isabelle Desjardins

Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux

Pour vous procurer le cahier de revendications (3,50 \$ + frais d'envoi) ou des cartes postales:


FR des centres de femmes du Québec

110 rue Ste-Félicité, bureau 507, Montréal

Québec H2Y 1H6 • Téléphone: (514) 876-9965

Télécopieur: (514) 876-9176 Courriel: ifemqc@total.net

Le risque de vivre

 n rémission d'un cancer du sein depuis six ans ma première réaction à l'annonce du projet de recherche STAR visant à comparer deux médicaments (tamoxiphène et raloxiphène) pour prévenir cette maladie fut la suivante comment peut-on prévenir le cancer du sein quand on n'en connaît pas encore la ou les causes?

Je m'inquiète également de la tendance à vouloir associer la prise de médicaments au maintien de la santé Pourquoi en arrive-t-on à prescrire pendant cinq ans deux médicaments aux sérieux effets secondaires (possibilité de thrombose, d'embolie pulmonaire de cancer de l'endomètre) à des femmes saines «au cas où» elles pourraient développer cette maladie? À mon avis, un médicament ce n'est ni un bonbon ni une vitamine c'est une drogue

N'est-il pas plus facile et moins dérangeant pour l'industrie et l'économie d'utiliser le corps des femmes comme laboratoire au lieu de questionner, entre autres, le rôle des multiples polluants déversés dans l'eau et l'air la présence d'hormones de croissance dans l'alimentation d'animaux d'élevage et de pesticides répandus sur nos cultures dans le développement des cellules cancéreuses? On peut facilement envisager les profits possibles pour les fabricants pharmaceutiques compte tenu que le simple fait d'avoir des seins rend toutes les femmes à risque de développer un cancer du sein

Je n'accepte pas qu'un chef de département de chirurgie affirme aux femmes que manger de la salade et faire de l'exercice n'est pas suffisant et qu'elles doivent maintenant

envisager prendre des médicaments pour assurer leur santé Je suis également bouleversée qu'on fasse appel aux femmes pour participer à des recherches en misant sur leur peur de la maladie et sur leur générosité pour aider la science Quand va-t-on cesser ces pratiques manipulatrices?

Je me souviens du temps pas si lointain où l'on prescrivait massivement du Valium aux femmes déprimées plutôt que de remettre en question leur isolement et leurs conditions de vie Que dire aussi de la difficulté d'intégrer la pratique des sages-femmes à l'acte naturel de l'accouchement? Et de la surmédicalisation de cette étape de vie qu'est la ménopause? En m'inspirant de Simone de Beauvoir je prétends que les femmes ne naissent pas malades mais que toute leur vie on les traite comme telles ☐

Denise Langlois
Action Cancer du Sein de Montréal

► (Suite de Double reconnaissance)

À l'aube de l'an 2000 on ne peut que souhaiter une plus grande intégration de la pratique sage-femme dans le réseau de la santé dans un esprit de collaboration et ce pour le plus grand bien des femmes et des familles du Québec ☐

Lucie Hamelin
Regroupement Les Sages-Femmes du Québec

Projet des centres péri ressources

Le Regroupement Naissance-Renaissance se retire

Dans le *Sans Préjudice*, numéro 12, hiver 1997, nous vous annonçons l'implantation des centres péri ressources par le Regroupement Naissance-Renaissance. Aujourd'hui, nous lui redonnons la parole au moment où il se retire du projet.



En 1996, via le Sommet de l'économie et de l'emploi, le Regroupement Naissance-Renaissance de concert avec le Chantier de l'économie sociale, s'engageait, à titre de promoteur à développer 15 centres péri ressources, répartis dans les différentes régions du Québec et ceci, sur une période de trois ans.

La tarification prévue dans les entreprises d'économie sociale pouvait constituer un frein à la dispensation de services accessibles et gratuits à toutes les familles.

Dans l'esprit de l'application de la Politique de périnatalité de 1993 le projet des centres péri ressources visait à regrouper les services en pré, per et postnatal dans des entreprises d'économie sociale et à favoriser la continuité, la qualité et l'accessibilité de ceux-ci à l'ensemble des familles québécoises.

Théoriquement le principe était bon, mais au fur et à mesure de l'évolution du dossier, des préoccupations venaient hanter la réflexion et les échanges entourant le projet.

Nos principales inquiétudes se situaient, tout d'abord sur le plan de l'accessibilité des services. En effet la tarification prévue dans les entreprises d'économie sociale pouvait

constituer un frein à la dispensation de services accessibles et gratuits à toutes les familles, la nécessaire rentabilité de ces entreprises pouvant entraîner l'accès aux services à des familles ayant une capacité de payer au détriment des familles plus pauvres.

D'autre part, la survie des entreprises après les trois années du projet ne nous apparaissait nullement assurée certaines Régies régionales ayant déjà démontré une réticence à poursuivre le financement après l'expérimentation.

Au cours du développement du projet, le Regroupement Naissance-Renaissance a été confronté à un dilemme important la vision communautaire des groupes membres du Regroupement face à la réalité entrepreneuriale de l'économie sociale.

À titre de promoteur, nous avions à cœur de faire une promotion éclairée des projets auprès des groupes intéressés en identifiant les avantages, les inconvénients et les enjeux du développement de ces centres. Pour sa part, le Chantier de l'économie sociale par son mandat, travaillait à implanter le plus rapidement possible les centres péri ressources à travers le Québec pour que les 15 centres voient le jour dans les délais prescrits.

En cours de route plusieurs événements nous démontraient que le Regroupement n'était pas perçu ni considéré comme un partenaire ayant un rôle constructif dans le dossier des centres péri ressources. Des rencontres étaient initiées sans que le Regroupement n'en soit informé et les préoccupations soulevées par le Regroupement semblaient ralentir la cadence voire

même freiner le développement des entreprises. Les efforts investis à vouloir établir des liens de concertation et de collaboration plus harmonieux, surtout entre le *Regroupement Naissance-Renaissance* et le Chantier de l'économie sociale furent vains.

À la suite d'une réflexion ardue et d'une longue analyse de la situation et à la demande du *Réseau d'entraide des centres*

La survie des entreprises après les trois années du projet ne nous apparaissait nullement assurée.

péri ressources réseau formé au printemps 1999 et composé des groupes implantés à ce jour ou en voie d'implantation comme centres *péri ressources* le *Regroupement Naissance-*

Renaissance décidait de passer le relais de la promotion au *Réseau d'entraide des centres péri ressources*.

Malgré notre retrait à titre de promoteur du projet des centres *péri ressources*, il nous apparaît essentiel de réaffirmer le fait que le *Regroupement* demeure par sa mission et son engagement auprès des femmes et des familles en période périnatale, le ferme défenseur de l'humanisation de la naissance et des services en périnatalité.

Nous continuons de croire à l'importance de la mise en place de ressources afin d'apporter un soutien aux familles lors de la période de la grossesse, de la naissance et des premiers mois de la vie. Nous continuons également de croire à l'importance d'offrir des services gratuits, accessibles et adaptés aux besoins des femmes et des familles du Québec. ☐

Lise Lévesque

Regroupement Naissance-Renaissance

► (suite de «Légalisation de la...») Le *Regroupement* verra à déléguer des représentantes d'usagères sur toutes les instances où ces dernières pourront être entendues.

D'autre part, la formation en pratique sage-femme dispensée par l'*Université du Québec à Trois-Rivières* depuis septembre dernier, représente l'avenir en ce qui a trait à la relève sage-femme au Québec. Une représentante des usagères siège au comité d'implantation du programme afin de s'assurer que les orientations qui seront prises rejoindront les préoccupations et répondront aux besoins des usagères de services sages-femmes.

Né du mouvement d'humanisation de la naissance et toujours présent au cœur des luttes qui ont donné naissance, après plus de vingt ans, à la reconnaissance légale de la profession sage-femme au Québec, le *Regroupement Naissance-Renaissance* considère importantes et déterminantes les 20 prochaines années qui façonneront cette profession nouvellement reconnue. ☐

Lise Lévesque

Regroupement Naissance-Renaissance

Les membres de la Coalition pour la pratique sage-femme :

- Regroupement Naissance-Renaissance
- Regroupement Les Sages-Femmes du Québec
- Regroupement des maisons de naissance du Québec
- Fédération des unions de familles
- Circle des femmes
- AFÉAS (Association féminine d'éducation et d'action sociale)
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
- Fédération des femmes du Québec
- Association pour la santé publique
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec
- Fédération du Québec pour le planning des naissances
- LR des centres de femmes du Québec

Coordonnées de l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec :

430 rue Ste-Hélène
Montréal, Québec H2Y 2K7
Téléphone : (514) 286-1313

☛ Cadre de référence :

la santé des femmes au Québec.

Suite aux consultations régionales et au Forum national tenus en 1998 le R Q A S F a publié un cadre de référence pour la santé des femmes. Ce cadre de référence véritable levier politique en faveur du changement et de l'action est un message clair des femmes pour traduire nos besoins et contribuer à améliorer notre santé. Un outil pour faire avancer les revendications en santé des femmes dans votre région! Ce document est disponible au R Q A S F en français et en anglais au coût de 5\$.

☛ Une nouvelle ressource

sur le cancer du sein au R.Q.A.S.F.

Lucie Chauvette travaille au Réseau depuis juin dernier sur les enjeux entourant le cancer du sein et autres types de cancers. Donc si vous avez besoin d'information avec un regard critique concernant la prévention, les facteurs de risque, le dépistage, l'attente de diagnostic, la prise en charge des femmes atteintes dans le réseau de la santé, les traitements, le soutien ainsi que les différentes ressources disponibles, n'hésitez pas à communiquer avec elle.

☛ Le Sans Préjudice a besoin de vous!

Vous avez des idées, des projets, des revendications, des informations ou des analyses critiques à partager dans le domaine de la santé des femmes? N'hésitez pas à nous soumettre un article! Le comité de rédaction reçoit les écrits au R Q A S F sur disquette ou par courriel.

☛ Outils d'information sur les droits de la travailleuse enceinte

Dans le cadre de son projet *Veis la reconnaissance économique et sociale de l'engagement de la mère pendant la période périnatale*, le Regroupement Naissance renaissance procédera au lancement d'une recherche sur le sujet et d'un outil d'information sur *Les droits de la travailleuse enceinte*. Cet événement est prévu pour la fin novembre 1999. Pour information (514) 392-0308.

Le Comité de rédaction :

Hélène Cornellier, Chantal Lapointe,
Danielle Routhier, Isabelle Pepin,
Carole Tatlock, Lucie Thibodeau

Sans préjudice pour la santé des femmes
Tirage 1000 copies

Dépôt-Légal Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
#ISSN 1205-4690

Reproduction permise en citant la source

*Devenez membre du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
et recevez gratuitement notre bulletin d'informations.*

Nom

Organisme

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel électronique

Ci-joint le paiement de la cotisation annuelle
individuelle 20 \$ groupe communautaire 50 \$
association professionnelle et syndicale 200 \$

Ci-joint un don pour le Réseau
25 \$ 50 \$ 75 \$ autre

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
D'ACTION
POUR LA SANTÉ
DES FEMMES



110, rue Sainte-Thérèse
Bureau 203
Montréal, QC H2Y 1F6
514-877-3189
rqast@rqast.qc.ca