


Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Le Depo-Provera : un contraceptif risqué pour la santé des femmes

✦ *Nathalie Parent*
Fédération du Québec pour
le planning des naissances

ors de notre recherche action de 1999 sur l'état des services de planning dans le réseau public québécois nous avons découvert non sans surprise que deux ans après son approbation comme contraceptif au Canada le Depo-Provera, aussi appelé injection contraceptive est déjà le troisième contraceptif offert en quantité par les intervenantes et intervenants des centres hospitaliers et des CLSC du Québec après la pilule et le condom. Ce nouveau contraceptif serait-il « la » solution pour les femmes en matière de contraception ? Les femmes peuvent-elles l'utiliser en toute confiance ? Malheureusement on peut en douter.

L'approbation du Depo-Provera

L'approbation du Depo-Provera comme contraceptif au Canada en 1997 n'a pas été de tout repos pour la compagnie pharmaceutique Upjohn fabricant du produit. Le Depo-Provera, une hormone synthétique de type progestérone, était approuvé jusque-là comme médicament pour le traitement de l'endométriose et de certaines formes de cancer. Remarquant ses propriétés anticonceptionnelles à la fin des années 1970 la compagnie Upjohn demande à plusieurs pays l'autorisation de sa mise en marché comme contraceptif. Upjohn dépose sa demande au Canada dès le début des années 1980. En 1983 une vaste coalition de groupes de femmes de tout le pays se met sur pied pour s'opposer à son approbation. Par divers moyens les membres de la coalition expriment leurs préoccupations quant aux risques que comporte ce médicament pour la santé et son potentiel d'administration massive et abusive à certains groupes de femmes (autochtones, handicapées, etc.). Santé Canada rejettera la demande de la compagnie à trois reprises (en 1989, 1992,

Sommaire

Vivre en attente
d'un diagnostic
de cancer du sein

4

La santé
des femmes
itinérantes

6

Les professionnelles
de la santé sur appel :
un portrait intimiste.

8

Chronique
internationale
De l'Estrée à
Santo Domingo
et Lima :
une expérience
de solidarité

10

Nouvelles brèves

11

1993) s'appuyant sur des recherches indiquant que la progestérone synthétique injectable augmenterait l'incidence du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes de moins de 35 ans.

Pourtant en 1997 Santé Canada autorise le Depo-Provera malgré les doutes qui persistent sur les liens de ce dernier avec les cancers du sein et du col. Déjà en 1991 l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur laquelle les États-Unis et le Canada se sont beaucoup appuyés pour autoriser l'utilisation du Depo-Provera observait une association entre le produit et l'augmentation de l'incidence du cancer du sein particulièrement chez les femmes de moins de 35 ans. Malgré ce fait, les chercheurs de l'OMS concluent qu'il ne fallait pas s'inquiéter car le risque observé n'était pas plus élevé

Déjà, en 1991, l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur laquelle les États-Unis et le Canada se sont beaucoup appuyés pour autoriser l'utilisation du Depo-Provera observait une association entre le produit et l'augmentation de l'incidence du cancer du sein, particulièrement chez les femmes de moins de 35 ans.

que celui associé aux autres contraceptifs hormonaux. Or cette étude s'est effectuée auprès de femmes de la Thaïlande, du Kenya et du Mexique où le taux de cancer du sein est très faible.

En 1995 le *Journal of the American Medical Association* publiait une étude combinant les résultats de l'OMS et ceux de plusieurs recherches réalisées en Nouvelle-Zélande pays dont l'incidence du cancer du sein est comparable à celle d'Amérique du Nord. Cette étude révélait une incidence accrue du cancer du sein chez les femmes qui recevaient des injections depuis peu de temps, doublant même chez celles de moins de 25 ans. Ni l'une ni l'autre des deux études ne pouvait déterminer si le Depo-Provera favorisait l'apparition du cancer du sein ou si il accélérail la croissance de tumeurs préexistantes.

Paul Roufail, médecin alors responsable de ce dossier à Santé Canada aurait précisé que les nouvelles données concernant les effets du Depo-Provera sur la perte de densité osseuse (pouvant provoquer le développement de l'ostéoporose) chez les jeunes femmes clientèle visée par cette nouvelle méthode, n'avaient pas été analysées par le comité d'experts mandaté pour étudier la demande d'Upjohn (D E S Action Bulletin printemps 1997).

En fait aucune nouvelle étude ou nouvelle donnée prouvant l'innocuité du Depo-Provera hors de tout doute expliquerait le changement de position de Santé Canada entre 1993 et 1997. Les recherches sur les effets du Depo-Provera à long terme (sur la perte de densité osseuse, par exemple) sont insuffisantes pour affirmer qu'il ne comporte pas de risques pour la santé des femmes. Que reste-t-il pour expliquer l'autorisation du Depo-Provera sinon l'influence du puissant lobby de la compagnie pharmaceutique qui le produit?

Le Depo-Provera et ses effets secondaires

Le Depo-Provera est injecté dans un muscle de la fesse ou du bras tous les trois mois. Il empêche l'ovulation amincit la couche interne de l'utérus (l'endomètre) ce qui empêche un ovule fécondé de s'y implanter, et épaisit le mucus cervical afin de rendre le passage des spermatozoïdes dans le col utérin plus difficile. Si la première injection est administrée dans les cinq jours suivant le début des menstruations et si les subséquentes ont lieu toutes les douze semaines, le Depo-Provera est efficace à plus de 99 %.

Comme tous les contraceptifs à base d'hormones, le Depo-Provera a un effet systémique, c'est-à-dire sur plusieurs fonctions du corps. Chaque femme réagit aux hormones de façon distincte. L'effet contraceptif du Depo-Provera de même que ses effets se-

secondaires durent trois mois. Une femme n'a aucun moyen d'arrêter son action ni ses effets si elle éprouve des problèmes. Or, les effets secondaires rapportés sont souvent importants et non négligeables.

Le Depo-Provera provoque des irrégularités menstruelles et une absence totale de menstruations à long terme. Dans les premiers mois de son utilisation, les femmes rap-

L'effet contraceptif du Depo-Provera, de même que ses effets secondaires, durent trois mois. Une femme n'a aucun moyen d'arrêter son action ni ses effets si elle éprouve des problèmes

portent des saignements irréguliers ou imprévisibles. Sur le site Web Depo-Provera users information resource (www.depo-users.com) un site des plus intéressants qui invite les utilisatrices du Depo-Provera à faire part de leur expérience positive

ou négative avec ce contraceptif nous avons trouvé le témoignage suivant : « J'ai eu ma première et dernière injection de Depo

En plus des irrégularités menstruelles, les effets secondaires les plus souvent rapportés par les utilisatrices du Depo-Provera sont les maux de tête, les troubles abdominaux, la nervosité, les sentiments dépressifs et le gain de poids

en janvier 2000. Après quelques semaines, j'ai commencé à saigner. Ça a duré trois mois après quoi j'ai eu des « saignements » un autre mois. J'ai immédiatement perdu ma libido et je ne lubrifie plus. Je suis toujours fatiguée, déprimée, agressive sur le bord des larmes. Mon humeur change constamment et je m'inquiète pour tout et pour

rien. À ce jour, je ressens toujours ces effets et j'attends toujours le retour de mes menstruations ».

Les effets décrits dans ce témoignage ne sont pas rares. En plus des irrégularités menstruelles, les effets secondaires les plus souvent rapportés par les utilisatrices du Depo-Provera sont les maux de tête, les troubles abdominaux, la nervosité, les sentiments dépressifs et le gain de poids. En raison de l'effet prolongé du Depo-Provera, le rétablissement des menstruations après

interruption de son administration peut être difficile à prévoir. Si l'arrêt du Depo-Provera se fait après des injections multiples, le retour des menstruations et de la fertilité peut prendre jusqu'à 18 mois. On déconseille donc aux femmes qui désirent une grossesse dans un avenir rapproché d'opter pour ce moyen contraceptif.

Vu les risques du Depo-Provera pour la santé, ses effets indésirables souvent pénibles et l'évaluation déficiente de ses conséquences à long terme, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) recommande fortement la prudence à toutes les femmes qui envisagent l'utiliser. Sur le site mentionné ci-haut, un sondage éclair révèle que 75% des femmes n'auraient pas choisi le Depo-Provera si elles avaient su ce qu'elles savent aujourd'hui à son sujet. Ce contraceptif, sur lequel les femmes n'ont pas le contrôle et qui oblige des visites régulières chez le médecin, représente-t-il un choix vraiment intéressant pour les femmes en matière de contraception? Encore là, on peut en douter. ☐

Pour de plus amples informations sur le Depo-Provera, son mode d'utilisation, ses contre-indications, ses effets secondaires, ses avantages, ses inconvénients et ses risques pour la santé, consultez votre copie de *L'injecton contraceptive, le Depo-Provera, est-ce bon pour vous?* disponible à 1,50 \$ ou contactez la FQPN au (514) 869-5721.

Vivre en attente d'un diagnostic de cancer du sein

✦ Lucie Chauvette

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Les difficultés liées à l'attente

Plusieurs études en Europe et en Amérique du Nord font état de la détresse psychologique des femmes attendant un diagnostic positif ou négatif du cancer du sein. Les programmes de dépistage systématique à travers le monde ont amplifié le phénomène. En 1997, le gouvernement du Québec a mis en place le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et depuis, les Québécoises connaissent à leur tour les problèmes liés à l'attente d'un diagnostic. Les femmes interpellées par le PQDCS sont pour la plupart en santé, asymptomatique et mènent une vie active. En matière de santé, elle sont préoccupées par des questions plutôt générales, comme la ménopause, l'alimentation, le vieillissement. Le cancer du sein n'est pas une priorité pour elles.

Beaucoup de femmes décident de subir une mammographie de dépistage soit pour avoir la conscience tranquille, soit en réaction à une pression sociale ou de leurs proches. Une fois l'examen passé, elles reprennent leurs activités et attendent que leur médecin généraliste communique avec elles au plus tard dix jours après. Si le résultat de la mammographie s'avère anormal, elles sont invitées à passer des examens complémentaires par exemples une échographie, une biopsie, un examen clinique des seins.

Il est à noter que le mammographie ne peut déceler qu'une anomalie au sein. Pour y découvrir une tumeur cancéreuse, il faut

des examens complémentaires. Ensuite seulement le médecin pourra établir un diagnostic. Une minorité de femmes est alors aux prises avec un cancer du sein. Les autres sont atteintes d'affections bénignes comme un kyste ou des micro-calcifications, dont seules certaines nécessiteront une intervention mineure.

Dans le PQDCS, le délai entre l'annonce d'un résultat anormal et les examens complémentaires ne devrait pas dépasser douze jours ouvrables et généralement ce délai est respecté. Toutefois, la région, la clinique de radiologie, le médecin généraliste sont autant de facteurs pouvant faire varier ce délai. Un genre de loterie, quoi!

Durant cette épisode, qu'il soit d'une journée ou de deux mois, il arrive qu'une femme passe d'une inquiétude modérée à la panique, du léger abattement à la dépression. Elle peut avoir des pertes d'appétit, des troubles du sommeil, de la difficulté à s'organiser au travail ou à la maison, être plus irritable, etc. Beaucoup de femmes n'en parlent pas à leurs proches ou au travail. Nombre d'entre elles vivent de profondes remises en question. Mais toutes connaissent durant cette période la peur du cancer du sein. Quelques livres et articles ont traité de cette peur viscérale, entre autres ceux de Dr Dominique Gros ou de Sharon Batt, co-fondatrice d'Action cancer du sein de Montréal, qui offrent un point de vue de femme et féministe sur les enjeux du cancer du sein.

Le cancer du sein est un des cancers qui guérit le mieux. Plus de 70% des femmes qui en sont atteintes y survivent. D'autres cancers attaquant les femmes sont plus mortels et plus douloureux. Aujourd'hui le cancer du poumon est la première cause de

mortalité par cancer chez la femme mais il fait moins peur. Le cancer du sein génère plus d'angoisse que bien d'autres types de cancer et par conséquent plus de morbidité psychologique.

Certaines femmes sont prêtes à déboursier pour des tests supplémentaires, afin d'obtenir des résultats plus rapidement. Une mi-

Durant cette épisode, qu'il soit d'une journée ou de deux mois, il arrive qu'une femme passe d'une inquiétude modérée à la panique, du léger abattement à la dépression. Elle peut avoir des pertes d'appétit, des troubles du sommeil, de la difficulté à s'organiser au travail ou à la maison, être plus irritable, etc.

norité de médecins-radiologistes propriétaires de cliniques privées n'hésitent pas à exploiter la peur qu'ont les femmes du cancer du sein. Il omettent de les informer de la possibilité de subir gratuitement leurs examens complémentaires dans un Centre de référence et d'investigation désigné (CRID), deux semaines plus tard. Toutefois,

l'idée d'attendre un diagnostic plusieurs jours peut être très angoissante. Plusieurs femmes sont donc tentées de payer pour réduire le délai d'attente du diagnostic.

L'importance de la communication et de l'information

Le Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein soutient que « les programmes ont la responsabilité de minimiser ces conséquences néfastes du dépistage ». Les responsables provinciaux et régionaux du PQDCS tentent de diminuer autant que possible les délais entre la divulgation d'un résultat anormal et des examens complémentaires et favorisent la mise en place de programmes de soutien et d'accompagnement.

Les médecins généralistes et spécialistes ont plus à faire et autrement pour aider réelle-

ment les femmes en attente de diagnostic fournir une information claire et précise à chaque étape de la démarche de dépistage. Selon plusieurs études recensées par le Groupe de travail de l'Initiative canadienne il y aurait une diminution significative de l'anxiété des femmes appelées à passer des examens complémentaires lorsqu'on améliore la façon de communiquer avec elles et de les informer. Il semble que d'améliorer la communication a un meilleur effet sur l'anxiété de la femme que de simplement raccourcir le délai d'investigation ».

Les planificatrices et les planificateurs de programmes de dépistage systématique du cancer du sein auraient avantage donc à prévoir des mécanismes de diffusion de l'information aux femmes qui reçoivent un résultat anormal de mammographie de dépistage. Actuellement le ministère de la Santé et des Services sociaux laisse à la discrétion de chaque Centre de coordination régional du PQDCS d'organiser pour les femmes en attente de diagnostic de cancer du sein des services de support et d'accompagnement. Certains ont déjà mis sur pied des ressources pour informer ces femmes. Il va sans dire que cette information s'en tient au cadre de référence du programme de dépistage avare de renseignements sur les effets pervers du PQDCS.

Au cours des prochains mois le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes et ses partenaires dans le Projet de soutien et d'accompagnement pour les femmes en attente de diagnostic développeront des formations destinées aux intervenantes et bénévoles des organismes communautaires impliqués dans ce dossier. Ils s'attaqueront bien sûr à la relation d'aide mais aussi au PQDCS et aux enjeux du dépistage systématique du cancer du sein. □

Bibliographie

Santé Canada. Initiative canadienne sur le cancer du sein. *Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein*. 2000.

La santé des femmes itinérantes

✦ Isabelle Pepin

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
en collaboration avec Suzanne Bourret
Léonie Couture et Ma Deva Fshana
La Rue des femmes de Montréal

Plus de 6000 femmes sont itinérantes à Montréal, elles constituent maintenant 30% de sa population itinérante. Pourtant, encore aujourd'hui, on s'intéresse peu à elles, à leur vécu, à leur santé et à leurs besoins. Trois intervenantes de La Rue des femmes de Montréal, un organisme venant en aide aux femmes qui vivent l'itinérance, nous en parlent.

La violence : source de l'itinérance

Les femmes qui fréquentent La Rue des femmes sont pour la plupart des survivantes de violence ou de négligence graves, souvent subies dès l'enfance. Nombreuses sont celles qui ont vécu plus d'une forme de violence au cours de leur vie, qu'elle soit sexuelle, physique, psychologique, économique ou sociale (rejet par la communauté). Pour plusieurs d'entre elles, les plus terribles violences ont marqué les différentes étapes de leur vie : viol, inceste, meurtres dans la famille, réseaux de pédophilie et crime organisé.

Les causes de l'itinérance sont souvent présentées comme étant des problèmes de santé mentale et de pauvreté. Selon les intervenantes de La Rue des femmes, c'est principalement la violence qu'elles subissent qui mène les femmes à l'itinérance.

La détresse physique et émotionnelle qui découle de la violence, limite ou anéantit la

capacité d'établir les relations stables nécessaires à l'accomplissement des gestes les plus courants du quotidien. Il devient alors très difficile de trouver et de conserver un emploi et d'établir une relation de couple ou des amitiés saines et harmonieuses.

Lorsque les femmes vivent l'itinérance, la violence subie ne diminue pas, au contraire, les femmes itinérantes sont vingt fois plus agressées que les autres femmes. L'itinérance, c'est la rue sans lieux sécuritaires, avec la peur des agressions.

Survivantes à la dérive

Selon les intervenantes de La Rue des femmes, l'itinérance, les problèmes de santé mentale, la prostitution, la toxicomanie et l'alcoolisme ont permis à certaines femmes de survivre à la violence. Elles estiment qu'il est très important de souligner la grande force de survie de ces femmes.

Malheureusement, ces mécanismes de survie sont destructeurs à plus ou moins long terme. Le défi est d'aider ces femmes à utiliser leur force de survie pour reprendre contact avec leur dignité et leur fierté et pour prendre le contrôle à nouveau sur leur vie.

Une société qui juge durement

Une étude du comité femmes itinérantes du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) a démontré qu'en général, les femmes itinérantes font moins peur que les hommes itinérants. À cause de cela, les intervenants du système de santé, du système judiciaire, les commerçants, les passants, etc., seraient plus durs envers les femmes itinérantes (gestes brusques, paroles blessantes, rejet).

Souvent, la femme itinérante est étiquetée comme folle, prostituée, mauvaise mère ou inadaptée au marché du travail. Ces jugements font très mal aux femmes itinérantes et les incitent à s'isoler davantage et à rejeter la société.

Les causes de l'itinérance sont souvent présentées comme étant des problèmes de santé mentale et de pauvreté. Selon les intervenantes de La Rue des femmes, c'est principalement la violence qu'elles subissent qui mène les femmes à l'itinérance.

Problèmes de santé physique et mentale

Les problèmes de santé physique rencontrés par les femmes itinérantes sont nombreux et variés

Les femmes itinérantes sont « usées » par le stress et la rudesse de la vie dans la rue. Plusieurs d'entre elles développent des maladies cardio-vasculaires, des problèmes digestifs et des problèmes du système nerveux liés à l'insomnie (incapacité de se concentrer, agitation). Les femmes itinérantes risquent de contracter des MTS et le VIH parce que, par exemple, la vie dans la rue les rend plus vulnérables au viol. Enfin, les femmes itinérantes ont une espérance de vie moins élevée que celle de la population féminine globale.

L'angoisse, la peur et la terreur ont des impacts considérables sur la santé physique et mentale. Avec un aussi lourd vécu de violence et de rejet, il n'est pas surprenant que ces femmes développent des problèmes de santé mentale : la paranoïa, la dépression ou les comportements agressifs se développent et s'amplifient au fil des ans chez elles. Le comité des femmes d'Action autonome a fait un sondage maison auprès de ses membres sur la violence et son impact sur la santé mentale des femmes. Vingt-huit femmes ont répondu au questionnaire. 27 d'entre elles disent avoir vécu de la violence au cours de leur vie et 23 considèrent que la violence dont elles ont été victimes a un lien avec leurs problèmes de santé mentale.

Un système de santé peu accueillant

Les femmes itinérantes ont souvent des attitudes déroutantes. En général, les professionnelles et les professionnels de la santé ont les mêmes préjugés envers elles que le reste de la population, ils sont souvent peu accueillants, peu respectueux et très peu à l'écoute des besoins de ces femmes. En conséquence, l'accessibilité aux soins de

santé est réduite pour les femmes itinérantes qui ont de la difficulté à trouver un médecin de famille qui acceptera de faire un suivi avec elles. De plus, lorsqu'elles rencontrent un médecin, elles sont souvent référées en psychiatrie, parfois sans qu'un problème physique ne soit diagnostiqué et traité.

Les femmes itinérantes ne font plus confiance au système de santé et ont peu recours à ses services. Elles se sentent jugées par son personnel et plusieurs craignent d'être envoyées en psychiatrie, où elles ont souvent déjà vécu des situations pénibles. En général, elles connaissent peu leurs droits et n'ont de toute façon pas les moyens de les faire respecter.

Un appel pressant à l'ensemble de la communauté

La violence que représentent les jugements portés sur elles pousse les femmes itinérantes à s'isoler toujours davantage, chaque membre de la communauté a la responsabilité d'analyser ses attitudes envers elles. Nos gouvernements, eux, doivent saisir que les nombreuses coupures dans les programmes sociaux sont aussi une forme de violence.

Les intervenantes de La Rue des femmes lancent un cri d'alarme devant la violence que subissent les femmes itinérantes et l'indifférence de tous à leur situation. Elles font appel à l'ensemble de la communauté pour bâtir une société où chaque individu aurait droit au respect et à la dignité. Une action pour plus de justice ne peut découler que d'une prise de conscience collective et individuelle.

La Rue des femmes de Montréal

L'organisme La Rue des femmes de Montréal a été fondé en janvier 1994. Il vient en aide aux femmes vivant l'itinérance. Environ 200 femmes par année, âgées de 18 ans et plus, fréquentent La Rue des femmes.

(suite de l'article page 11) ►

Les professionnelles de la santé sur appel: un portrait intimiste

♦ Pérodeau, G., Brisette, L.
♦ St-Pierre, C., Paquette, S.
♦ Bernier, D. & Duquette, A.

*Je dois me motiver tous les jours
des fois j'ai la tête tellement pleine
et grosse que j'arrive en pleurant
(Infirmière sur liste d'appel)*

Le constat qui se dégage du premier volet de notre étude présenté dans notre article «Les professionnelles de la santé sur appel comment se portent-elles?», le bulletin *Sans préjudice pour la santé des femmes* printemps 2000 p 11-12 est que les travailleuses de la santé à temps partiel occasionnelles (TPO) ne sont pas en santé

Le système actuel de garderie ne répond pas aux besoins des infirmières TPO; trouver une garderie ouverte à toute heure du jour et de la nuit s'avère impossible

Être constamment sur le qui-vive, concilier des horaires souvent incompatibles, tenter d'harmoniser le rôle de mère, d'épouse et de travailleuse est toute une gageure

Être femme sur le marché du travail signifie jongler avec les rôles de travailleuse conjointe mère etc. Il est donc facile d'imaginer le vécu difficile des travailleuses confrontées à des horaires variables et ses répercussions sur leur bien-être psychologique. Il nous semblait important de converser avec quelques-unes d'entre elles afin d'entrer de plain-pied dans leur quotidien. L'échantillon retenu pour cette partie de notre recherche compte 48 infirmières. Pour participer à ce volet de l'enquête les répondantes devaient avoir à charge des dépendants, c'est-à-dire des enfants ou des adultes en perte d'autonomie requérant de l'aide. Huit grou-

pes de discussion ont été formés dans quatre régions différentes du Québec Québec (3) Montréal (2) Mauricie/Bois-Francs (2) et Chaudière-Appalaches (1)

Ce qu'elles vivent

Comme une équilibriste sur un fil !

L'adaptation à des équipes, à des façons de faire à des clientèles et à des milieux de travail différents – au cours d'une même semaine, – constitue un défi épuisant pour les infirmières TPO.

La dernière fois que j'ai travaillé dans un CLSC j'ai dû démissionner parce qu'on m'obligeait à aller partout. Milieu carcéral soutien à domicile, maternité tout ce que vous voulez dans le CLSC on m'obligeait à aller partout être disponible partout mais là je trouvais que c'était trop partout être efficace partout

Les TPO, toujours au garde à vous !

La disponibilité et les procédures d'appel sont au cœur des préoccupations et des critiques des infirmières TPO que nous avons questionnées. Elles souffrent particulièrement de devoir être toujours disponibles pour travailler, accepter du travail à la dernière minute, travailler des portions de quarts discontinus et assumer dans la même semaine des quarts de jour de soir et de nuit.

Des fois je le sais quinze minutes avant d'entrer. À 4 h des fois il est 4h15 et il faut que j'entre à 4h. Cela arrive. Quand ils me téléphonent je leur dis toujours «Je vais te rappeler dans cinq minutes car il faut que

je vérifie si ma gardienne est chez elle' Je vais tous l'appeler parce qu'avec trois enfants ce n'est pas facile »

Ils ne sont pas toujours compréhensifs Tu es toujours à la merci de l'employeur Si t'as quelqu'un qui comprend le bon sens ça va Mais si tu tombes sur quelqu'un qui déteste faire des téléphones pour trouver des remplacements bien là tu te fais harceler tu te fais dire toutes sortes d'affaires En tout cas c'est l'enfer

Des conséquences financières

Le système actuel de garderie ne répond pas aux besoins des infirmières TPO, trouver une garderie ouverte à toute heure du jour et de la nuit s'avère impossible À cause de leurs horaires atypiques, **seulement 16%** d'entre elles comparé à **41%** des Québécoises en général utilisent les garderies d'État

J'ai passé une semaine à me chercher une garderie Comme tu travailles sur appel les « shifts » sont coupés Les garderies te demandent que tu sois à temps plein ça fait que tu payes que tu y ailles ou pas Moi j'ai deux enfants Donc c'est au moins 200 \$ par semaine à temps plein Ça c'est garderie la moins chère, parce que ça peut aller jusqu'à 250 \$ J'ai pas les moyens J'étais fauchée cet été Moi je travaille jamais les mêmes journées et jamais les mêmes heures

La détresse psychologique.

Je suis angoissée je suis stressée je ne sais pas où je m'en vais Des fois j'ai l'impression que je ne suis pas une bonne mère parce

que je prends soin de ma fille puis j'ai pas autant d'attention que je voudrais en avoir Justement parce que je suis stressée

Être constamment sur le qui-vive concilier des horaires souvent incompatibles tenter d'harmoniser le rôle de mère, d'épouse et de travailleuse est toute une gageure Donner sans pouvoir refaire le plein mène tôt ou tard à l'épuisement

Les changements à faire

L'obtention d'heures de travail régulières constitue l'une des revendications majeures des infirmières TPO interrogées qui demandent également une meilleure répartition de leur temps de travail par l'établissement de procédures d'appel Finalement elles réclament l'accès à la permanence et l'accessibilité à des activités de formation et d'encadrement Il est impératif que les employeurs tiennent compte des besoins des mères travailleuses en mettant sur pied entre autres des garderies en milieu de travail

La précarisation d'emploi et ce qui s'ensuit insécurité, pauvreté stress, problèmes de santé, se conjugue souvent au féminin Cela affecte l'état physiologique et psychologique des femmes et, par ricochet, celui de leurs proches L'amélioration des conditions de travail pour les infirmières sur appel nécessite donc de profondes transformations de l'organisation des milieux où elles oeuvrent [9]


Remerciements

Nous remercions le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour sa subvention stratégique Femmes et changement

De l'Estrie à Santo Domingo et Lima: une expérience de solidarité

Anne LeBel

Centre de santé des femmes de l'Estrie

 Au cours des dernières années le Centre de santé des femmes de l'Estrie a développé par l'entremise du Carrefour de solidarité internationale de Sherbrooke des liens de collaboration avec des groupes de femmes et des organismes de coopération internationale de divers pays. Au début il s'agissait davantage d'échanges d'expertises lors de visites effectuées au pays par des repré-

Notre Programme Santé et sexualité des adolescentes et adolescents, visant à promouvoir et favoriser chez les jeunes l'adoption de comportements sains, responsables et respectueux en matière de santé sexuelle et des rapports égalitaires entre partenaires, rejoignait assez de préoccupations de nos associés de la République Dominicaine, Le Centro de planificación y acción ecumenica, et du Pérou, l'Ayni Salud, pour qu'ils s'y intéressent

sentantes et représentants des organismes intéressés à connaître notre modèle d'intervention communautaire et féministe en santé des femmes. Pour certains de nos partenaires l'approche de notre Centre auprès des femmes suscitait suffisamment d'intérêt pour qu'ils l'expérimentent dans leurs propres communautés. Ainsi cette année notre Programme Santé et sexualité des adolescentes et adolescents visant à promouvoir et favoriser chez les jeunes l'adoption de comportements sains, responsables et respectueux en matière de santé sexuelle et des rapports égalitaires entre partenaires, rejoignait assez de préoccupations de nos associés de la République Dominicaine Le Centro de planificación y acción ecumenica et du Pérou l'Ayni Salud, pour qu'ils s'y intéressent.

Après avoir traduit le guide d'animation en espagnol et formé des stagiaires (Québécoises initiées à la coopération internationale) à l'application du Programme santé et sexualité des adolescentes et adolescents une de nos représentantes s'est rendue sur place à Bellas Colinas quartier défavorisé de Santo Domingo capitale de la République Dominicaine (voyage en février 2000) et à Collique quartier défavorisé de Lima capitale surpeuplée du Pérou (voyage en juin 2000) pour participer à son implantation et son adaptation. Elle a profité de l'occasion pour mieux connaître la réalité de ces communautés et consolider les liens établis avec les deux organismes avec lesquels elle a travaillé.

Le désir et la volonté de réussir de tels projets ne sont pas, seuls garants de succès. Les barrières linguistique et culturelle ne sont pas négligeables nous l'avons appris sur le terrain! De plus, en République Dominicaine comme au Pérou nous nous sommes butées à des interdits religieux et institutionnels au moment de la diffusion du Programme. Par exemple, nos partenaires ont tenté de convaincre les directeurs d'école de nous ouvrir les portes de leurs établissements en vain. En attendant que la situation change les ateliers du Programme sont actuellement offerts aux jeunes intéressés dans des salles communautaires. À Collique deux travailleurs communautaires font connaître l'existence du Programme aux jeunes qu'ils côtoient dans la rue ils les invitent à participer aux rencontres tenues dans la maison d'une agente de santé. Plusieurs adolescentes et adolescents s'y présentent et la vie y est très animée. Malgré les obstacles rencontrés, nos partenaires sont satisfaits et confiants dans l'avenir de ce projet.

Le suivi de ce dossier nous pose encore

De plus, en République Dominicaine comme au Pérou nous nous sommes butées à des interdits religieux et institutionnels au moment de la diffusion du Programme. Par exemple, nos partenaires ont tenté de convaincre les directeurs d'école de nous ouvrir les portes de leurs établissements, en vain

quelques difficultés principalement sur le plan de la communication nous ne pouvons pas toujours bénéficier de services de traduction! Malgré ce petit embarras nous poursuivons nos activités de coopération convaincues qu'il est très important d'établir des liens de soli-

darité entre les femmes d'ailleurs en vue d'un futur meilleur pour toutes! ☐

► (suite de :La santé des femmes émérites)

Elles y trouvent

- des services d'écoute et de relation d'aide
- un accès à des interventions thérapeutiques,
- un accompagnement dans une démarche de prise en charge et de guérison
- un lieu où il est possible de s'exprimer
- un lieu d'appartenance et d'inclusion où peut se reconstituer un tissu affectif
- un lieu sécuritaire des espaces de repos un vestiaire des repas sains
- un service de dépannage (nourriture sèche, produits de toilette, etc.)

Les intervenantes de La Rue des femmes de Montréal adoptent une approche féministe favorisant chez les participantes de l'organisme l'atténuation des séquelles de leur passé leur reconstruction leur reprise de pouvoir sur leur vie, le retour de leur dignité et de leur estime de soi

La Rue des femmes projette l'établissement en 2001 d'un gîte de nuit, complémentaire à son Centre de jour. L'organisme souhaite acquérir son propre immeuble afin d'y offrir l'ensemble de ses activités ☐

La Rue des femmes, C.P. 20, Succ. C, Montréal (Québec)
H2L 4J7 Tél. (514) 281-9665

et sur l'élaboration de stratégies différenciées dans la recherche et dans l'intervention. Un programme plus détaillé sera publié au cours de l'automne

Inscriptions

Avant le 1er février 2001 125\$
À partir du 1er février 150\$
CESAF cesaf@cre.umontreal.ca
www.cesaf.umontreal.ca
RPSTM nnewh@yorku.ca
www.yorku.ca/research/nnewh

► Depuis le 28 mai dernier, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) invite la population à participer à sa campagne d'action pour la consolidation et le développement des services d'avortement au Québec. Pour ce faire, la FQPN distribue une carte postale demandant à la ministre de ►

Nouvelles brèves

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal (CESAF) et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu – Université York (RPŞFM) organisent un colloque national intitulé **Santé des femmes et diversité** qui se tiendra à l'Hôtel Radisson de Longueuil à Montréal, du 26 au 28 avril 2001

Groupes de femmes chercheuses et chercheurs, étudiantes et étudiants, professionnelles et professionnels de la santé, intervenantes et intervenants communautaires, gestionnaires et décideuses et décideurs politiques sont invités à ce colloque national sur la santé des femmes qui sera centré sur la diversité des recherches, des processus et des expériences des femmes en santé

Nouvelles brèves (suite)

la Santé de dégager les ressources nécessaires pour que l'avortement accessible et gratuit devienne une réalité pour toutes les femmes du Québec. De plus, la FQPN distribue gratuitement le document *L'avortement une réalité incontournable un service essentiel* document qui fait le point sur la situation de l'avortement au Québec et dans le monde.

Pour recevoir des cartes postales ou des copies du document, il suffit de communiquer avec la FQPN par téléphone au (514) 800-3721 ou par courriel à fqpn@cam.org. Merci de votre appui!

Mille mercis à Isabelle Pepin et à Françoise Béliveau pour leur précieuse contribution au sein de l'équipe de travail du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. Isabelle est maintenant en Nouvelle-Zélande et Françoise se prépare à passer ses examens pour devenir sage-femme. L'équipe leur souhaite la meilleure des chances dans leurs projets futurs!

Petites nouvelles de Victoriaville

Juste quelques mots pour vous informer d'un projet intéressant en lien avec la santé des femmes. La Maison des femmes de Bois-Francs, on le sait, est ouverte à toutes les femmes sans regard de leur nationalité, leur âge, leur milieu social ou de leur orien-

tation sexuelle. Depuis avril 2000, la Maison des femmes a mis sur pied un groupe de discussion pour femmes homosexuelles, projet piloté par Mme Claire St-Onge, et auquel on a donné le nom de «La Marg' elle».

Les rencontres de ce groupe sont tenues à toutes les deux semaines, le jeudi de 19h00 à 21h30. À chaque rencontre, on choisit de façon démocratique le thème discuté à partir d'une liste pré-établie contenant une quarantaine de thèmes.

Pour plus d'informations sur le déroulement des rencontres, vous devez communiquer au (819) 758-3384 et demander Claire.

Le Comité de rédaction
Hélène Cornellier, Isabelle Pepin, Manon Pérusse,
Carole Tarlock, Lucie Thibodeau
Correctrices
Josée Cardinal, France Frenette

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



1273 rue Drolet
Bureau 106
Montréal QC H2W 2L7
514-877-3189
rqaaf@rqaaf.qc.ca