

# Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

---

## L'analyse féministe au cœur du problème

→ Sandra Chastenay, RQASF



Le bulletin d'information *Sans préjudice pour la santé des femmes* se veut un outil de diffusion d'informations féministes critiques et vulgarisées en matière de santé des femmes. Il est un des moyens utilisés par le Réseau pour permettre aux femmes de mieux comprendre le sens des informations qui leur sont proposées et de prendre des décisions éclairées.

Pour cette édition du *Sans préjudice* le Réseau souhaitait présenter un dossier sur les maladies cardio-vasculaires (MCV) chez les femmes. Nos difficultés à trouver des auteures ayant une approche féministe et pouvant écrire sur ce sujet nous ont amenées à chercher du côté de la littérature. Notre quête de textes féministes et d'études scientifiques traitant de cette question a été vaine. Nous vous invitons donc à nous faire part de tout document d'information alternative sur la santé du cœur qu'il nous fera plaisir de publier dans nos prochains numéros.

Le dossier que nous vous proposons comporte trois articles abordant différents aspects des MCV. Le premier article présentant un point de vue féministe sur les maladies cardio-vasculaires montre avec un fait vécu comment se sont manifestés les symptômes d'un infarctus chez une femme. Ce témoignage est accompagné d'un texte relatant comment, historiquement, les maladies cardio-vasculaires chez les femmes ont tardé à retenir l'attention des professionnels de la santé. Cette section est tirée de la traduction du chapitre sur les maladies cardiaques chez les femmes du livre *Our health our lives* d'Eileen Hoffman, femme médecin new-yorkaise se spécialisant dans le domaine de la santé des femmes. (suite page 5) ▶

## Sommaire

Dossier  
Femmes et  
santé du cœur

Histoire de cœur

2

La santé du cœur :  
une affaire de femmes ?

4

L'infarctus psychiatriqué  
ou comment se  
retrouver dans  
le DSM 5

6

Si la vie m'était  
contée autrement

8

Chronique  
internationale

L'avortement, un droit  
toujours menacé

10

Nouvelles brèves

12

# Histoire de cœur

♦ Sandra Charpenay, RQASF

**A** 59 ans Jocelyne est une femme très active et engagée au plan social et professionnel. Hormis un diabète contrôlé par une faible médication, elle est en bonne santé. Toutefois, depuis quelque temps, elle se sent beaucoup plus fatiguée. Elle décide de consulter un médecin qui refuse de l'examiner et de considérer ses symptômes avant d'obtenir les résultats d'une batterie complète de tests. Nous sommes en novembre et Jocelyne obtient un rendez-vous pour ses prélèvements en mars.

Or, un après-midi de février de retour à la maison après une réunion assez pénible, Jocelyne est très fatiguée et décide de s'étendre. Elle dit avoir « mal mangé » ce soir-là puisqu'elle n'a aucune énergie pour cuisiner. Son état d'épuisement la maintiendra couchée sur le divan du salon toute la soirée.

**Lorsque les femmes consultaient un médecin pour des problèmes cardiaques, leurs symptômes étaient souvent jugés psychosomatiques**

Vers minuit, elle a des nausées, des vomissements et une très forte douleur qui prend la forme d'une « bretelle », du côté droit de la poitrine. Elle décide d'attendre le matin pour consulter un médecin, convaincue qu'elle fait une grosse indigestion ou une crise de foie. Elle essaie de se rendre à sa chambre, mais est incapable de monter l'escalier. Elle reste donc assise au salon, la position couchée augmentant ses douleurs. Sur les conseils d'une infirmière d'Info-santé, elle se rend finalement à l'hôpital aux petites heures du matin, où il est déterminé qu'elle est à quelques minutes d'une mort par infarctus.

## La chance de sa vie

Il n'y a personne à la salle d'attente de l'urgence à son arrivée à l'hôpital. Selon Jocelyne, c'est la chance de sa vie. Elle restera pourtant entre la vie et la mort pendant plus de douze heures, la forte dose d'anticoagulant qu'on lui administre tardant à faire son effet. D'après Jocelyne, les séquelles causées par l'infarctus auraient été mineures si elle s'était rendue plus tôt à l'hôpital. Une partie de son cœur ne serait pas sclérosée puisque le caillot se serait éliminé plus rapidement. Elle n'aurait probablement pas développé d'œdème pulmonaire (accumulation anormale de liquide dans les poumons) et la formation d'un deuxième caillot aurait pu être évitée. Jocelyne estime qu'elle aurait été plus attentive à ses symptômes si elle avait été informée des problèmes cardiovasculaires chez les femmes.

## Les maladies cardiovasculaires chez les femmes

Dans le chapitre sur les maladies cardiovasculaires (MCV) de son livre sur la santé des femmes<sup>1</sup>, la médecin Eileen Hoffman déplore le peu d'importance accordée aux maladies du cœur chez les femmes. Bien que les MCV demeurent la première cause de décès chez les femmes, le dépistage de ces maladies chez elles ne fait partie d'un examen de routine que rarement. Jusqu'à tout récemment, peu d'études ou d'essais cliniques faisaient état des différences entre les sexes quant aux maladies cardiovasculaires. Par contre, certaines études tentent de démontrer que les œstrogènes protégeraient les femmes contre ces maladies avant la ménopause, ce qui expliquerait qu'elles en souffrent plus tard que les hommes dans leur vie. L'étendue de cette découverte ne serait cependant pas complètement vérifiée. De plus, les façons particulières dont les MCV se manifestent chez les femmes ne sont pas encore bien connues.

Les MCV ont longtemps été associées exclusivement aux hommes en raison du jeune âge auquel cette maladie les frappe soit la quarantaine ou la cinquantaine. Selon Eileen Hoffman l'étude sur les maladies du cœur de Framingham au Massachusetts la plus vaste en son genre qui a fait le suivi de 2282 hommes et de 2845 femmes dès 1948 a nourri le mythe que les maladies cardio-vasculaires restaient un problème masculin. Habituellement, les femmes développent des problèmes cardio-vasculaires plus de dix ans après la ménopause. Selon D<sup>e</sup> Hoffman toujours, les médecins étaient peu intéressés aux problèmes cardio-vasculaires développés chez les femmes parce que la profession médicale était souvent indifférente aux maladies des personnes âgées. Il n'était pas rare de les voir ignorer même la possibilité de maladies cardio-vasculaires chez les femmes. Cet état de fait expliquerait qu'aucune mobilisation n'a eu lieu pour considérer la situation d'urgence des femmes, plus âgées, souffrant de MCV.

Lorsque les femmes consultaient un médecin pour des problèmes cardiaques, leurs symptômes étaient souvent jugés psychosomatiques. Une femme aurait pu se présenter à l'urgence manifestant tous les symptômes d'un infarctus et se faire dire qu'elle souffrait d'anxiété. Eileen Hoffman appuie cette affirmation en mentionnant une autre étude où une équipe de chercheurs a examiné la façon dont des médecins ont répondu à cinq manifestations communes à des sujets des deux sexes : douleur à la poitrine, douleur au dos, mal de tête, étourdissement et fatigue. Les chercheurs ont observé que les hommes subissaient un examen plus élaboré que les femmes pour chacun de ces symptômes. Ils ont alors conclu que les décisions observées d'approfondir les examens des hommes n'étaient pas fondées sur des faits médicaux, mais sur l'interprétation que faisaient les médecins de la gravité des symptômes des patients.

D'autre part, le diagnostic des MCV chez les femmes se compliquait en raison de plu-

sieurs influences biologiques propres aux femmes. En effet l'étude de Framingham a démontré que certains facteurs de risque tels le taux de cholestérol, l'obésité et le tabagisme des hommes et des femmes sont dissemblables. Lorsque ces facteurs sont présents chez les femmes, ils altéreraient l'effet protecteur des œstrogènes. De plus, les médecins, ne connaissant que les symptômes des hommes, avaient de la difficulté à évaluer les symptômes différents des femmes.

Le manque d'information en matière de maladies cardio-vasculaires chez les femmes a entraîné également des conséquences une fois le diagnostic établi. Les pronostics, les traitements et les programmes de réadaptation reposent souvent sur des recherches menées exclusivement chez les hommes. Ainsi, le traitement habituellement employé pour les hommes serait moins efficace pour les femmes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire à un stade très avancé. À titre d'exemple, les pontages coronariens réussissent moins bien chez les femmes à cause de la dimension de leur cœur et de leurs artères.

### *Développer la recherche en santé des femmes et informer pour mieux prévenir*

Comme nous venons de le voir, les médecins ont été longtemps peu informés des MCV chez les femmes. Ceci a eu pour effet d'influencer leur façon d'intervenir auprès d'elles, notamment dans l'interprétation de leurs symptômes. Les femmes, de leur côté, aucunement sensibilisées à la possibilité d'être atteintes de problèmes cardiaques n'ont pas pu s'en protéger. Lorsqu'elles en souffraient, beaucoup d'entre elles tardaient à se présenter à l'hôpital, alors qu'il faut agir rapidement au moment d'un infarctus. En conséquence, elles survivaient souvent à ces maladies avec de lourdes séquelles.

Présentement, des efforts de mobilisation, de recherche et de diffusion de l'information en matière de santé cardio-vasculaire chez les femmes<sup>2</sup> sont déployés. Pour Eileen Hoffman

(suite de l'article page 7) ▶

# La santé du cœur : une affaire de femmes ?

♦ *Diane Ouellet*  
Comité Femmes et santé du cœur,  
Fondation des maladies du cœur du Québec

**L**ors d'un sondage réalisé en 1999<sup>1</sup> où on demandait aux personnes interrogées quelle était, selon elles, la principale cause de décès chez les femmes, 47% des Québécoises mentionnaient le cancer du sein et seulement 19% citaient les maladies cardio-vasculaires (MCV). Bien que depuis vingt ans les MCV soient moins souvent mortelles, elles sont encore la principale cause de décès des Québécoises (38% des décès survenus de 1993 à 1995, versus 29% pour l'ensemble des cancers et 5% pour le cancer du sein).

Vivre avec un problème cardiaque a des répercussions importantes sur la qualité de la vie quotidienne : douleurs, peur et insécurité, dépression et limitations d'activités à long terme. Cette situation est déplorable d'autant plus que des MCV, particulièrement les maladies coronariennes (infarctus du myocarde, angine...) qui représentent les formes les plus courantes de ces maladies, peuvent être évitées ou retardées jusqu'à un âge avancé.

## *Les facteurs de risque de MCV chez les femmes*

Si le vieillissement ainsi que des antécédents de MCV dans la famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) sont des facteurs de risque inaltérables, plusieurs facteurs de risque majeurs de MCV sont modifiables sinon contrôlables : hypertension artérielle, diabète, tabagisme, hypercholestérolémie, em-

bonpoint, obésité et sédentarité. La prise de contraceptifs oraux représente un facteur de risque de MCV propre aux femmes. L'utilisation de contraceptifs oraux jumelée à la cigarette fait grandement augmenter le risque de MCV chez les jeunes femmes. D'autre part, les oestrogènes jouent un rôle cardioprotecteur jusqu'à la ménopause. Les MCV se manifestent en moyenne dix ans plus tard chez les femmes que chez les hommes.

## *Faire des choix maintenant pour la santé*

Dans le domaine des MCV, il existe des écarts importants entre les riches et les pauvres qui, selon de récentes études, sont indépendants de la présence de facteurs de risque reconnus. Or, les femmes sont parmi les personnes les plus pauvres de la société. Les facteurs socio-économiques et l'hygiène de vie des membres d'une société constituent donc des champs d'intervention de prédilection en matière de prévention.

Individuellement nous pouvons, dans notre quotidien, tenter de réduire nos risques de développer des problèmes cardiaques. Voici quelques exemples de mesures à intégrer, autant que possible, à nos activités de routine : bouger plus dans nos activités quotidiennes (prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur ou l'escalier mobile), choisir des aliments faibles en gras et riches en fibres, en incluant des légumes à nos repas, en remplaçant la viande par des légumineuses, en choisissant des pains complets plutôt que du pain blanc, cesser ou diminuer notre consommation de cigarettes, nous accorder des moments de détente.

## Revendiquer en faveur de la santé des femmes

La majorité des recherches portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement des MCV a été menée sur des sujets masculins. Le comité Femmes et santé du cœur de la Fondation des maladies du cœur du Québec poursuit notamment l'objectif d'encourager la recherche visant à mieux cerner les causes, les symptômes et les traitements des maladies cardio-vasculaires chez les femmes.

La tenue, en mai 2000, de la première conférence internationale sur les femmes et les maladies du cœur à Victoria en Colombie-Britannique constitue un bon départ. Cette

conférence a généré de nombreuses pistes de recherche et d'action concernant la spécificité des MCV chez les femmes, qui permettront de faire voir aux gestionnaires et aux chercheurs que la santé du cœur c'est aussi une affaire de femmes. ☐

NB Pour plus d'information veuillez communiquer avec la Fondation des maladies du cœur du Québec au 514-871-1551 ou visiter son site Internet à l'adresse [www.fmcoeur.qc.ca](http://www.fmcoeur.qc.ca)

<sup>1</sup> Références disponibles sur demande au Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

### **Les signes d'une crise cardiaque :**

- ♥ au niveau de la poitrine vague inconfort ou douleur intense et irradiante
- ♥ sensation de lourdeur, de compression et de serrement sensation de brûlure ou de douleur pouvant commencer au centre de la poitrine et s'étendre à la nuque, à la mâchoire et aux épaules ,
- ♥ nausées vomissements ou indigestion ,
- ♥ essoufflements pâleur, sueurs ou faiblesse ,
- ♥ anxiété, refus d'admettre les symptômes ou peur ,
- ♥ douleur vive et soudaine à la poitrine

### **Les signes d'un accident vasculaire cérébral :**

- ♥ faiblesse soudaine engourdissement ou picotement au niveau du visage d'un bras ou d'une jambe. Ces symptômes peuvent être de courte durée ,
- ♥ difficulté soudaine à parler ou à comprendre ce qui est dit ,
- ♥ perte soudaine de la vision, surtout d'un œil, ou vision double ,
- ♥ maux de tête soudains intenses et inhabituels

► (suite de «L'analyse féministe» )

D'un point de vue biomédical le deuxième article présente des informations récentes du comité Femmes et santé du cœur de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Il fait état de la situation au Québec en matière de maladies cardio-vasculaires chez les femmes et nous renseigne sur les facteurs de risque et les symptômes des MCV identifiés par la profession médicale. Finalement, un texte de Fernande Ménard paru dans le bulletin *l'entonnoir* du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, expose les impacts psychologiques possibles d'un infarctus.

Les difficultés rencontrées lors de la recherche d'information sur les MCV chez les femmes, remet à l'ordre du jour l'importance d'inscrire l'analyse différenciée en matière de santé et d'intégrer les facteurs psychosociaux tant aux activités de recherche qu'aux interventions médicales. Sur ce bonne lecture! ☐

## L'infarctus psychiatrisé ou comment se retrouver dans le DSM 5'

♦♦ *Fernande Ménard*

**L**e voyais souvent le chef psychiatre de l'hôpital rôder aux soins intensifs, où je me trouvais pour la deuxième fois en deux semaines

Je l'avais rencontré déjà lors de réunions d'un comité tripartite. C'est un homme aimable avec qui j'avais eu du plaisir à discuter. J'avoue avoir espéré qu'il ne me reconnaî-

**Quand j'ai voulu parler de mes peurs, une nouvelle peur s'est installée : celle de passer pour folle et d'avoir affaire à la psychiatrie**

trait pas. Espoir futile. Tout est ouvert aux soins intensifs en plus j'étais juste en face du poste de garde, lieu idéal pour observer, mais endroit privilégié où être repérée. Me reconnaissant, il est venu

me saluer. Ayant déjà eu des rapports « égaux » avec lui, je me suis permise de lui demander pourquoi on le voyait si souvent dans le secteur. Il m'a alors appris que les patients et les patientes y souffrent fréquemment de problèmes psychiatriques, dont certains très sérieux et, à titre préventif, qu'il venait régulièrement pour y déceler des troubles potentiels. Il semble que les victimes de maladies cardiaques soient particulièrement vulnérables à cet égard.

À ce moment là, j'étais moi-même assez mal en point, suite aux multiples complications d'un grave infarctus. J'étais très « branchée », tant à gauche qu'à droite, équipée de « robinets » aux deux mains, si bien que le moindre déplacement, exigeait de ma part une adresse démesurée. Lors de ma rencontre avec lui, le GP (gentil psychiatre) m'a fait des déclarations qui m'ont éberluée, je n'en comprenais pas le sens. Avec le recul je me rends compte que j'étais trop malade pour

faire autre chose que survivre. Je me sentais rassurée d'être aux soins intensifs où, soit dit en passant, les soins infirmiers étaient impeccables.

Puis au fur et à mesure de mes débranchements les ennuis se sont accumulés. D'abord un des cardiologues m'a intimidée ce qui m'a bouleversée et laissée sans parole. Puis ça été la peur celle avec un grand P, celle tout en majuscules. Peur d'abord de mon propre corps, de ma maladie, peur de mon cœur qu'on a jugé très malade et blessé à vie (ou à mort), peur de mon taux de sucre qui montait, on m'injectait cinq fois par jour l'insuline tandis qu'en même temps on me « soignait » par solutés à base de glucose ! Je ne dormais plus sans tranquilisant, je n'évacuais plus sans médicament. Très affaiblie, très vulnérable, je me suis laissée envahir.

J'ai eu également peur de certains employés de l'hôpital. L'infirmier misogyne qui me réveillait à six heures du matin pour une prise de sang, il est devenu pour moi un vampire qui me faisait mal à chaque fois, à dessein, et l'étudiante infirmière qui manquait invariablement son test de glucose, au point que j'ai rapidement eu le bout des doigts comme de véritables passoires.

Quand j'ai voulu parler de mes peurs, une nouvelle peur s'est installée : celle de passer pour folle et d'avoir affaire à la psychiatrie. Alors je me suis tue, mais mes peurs se sont multipliées.

Le test préalable à une sortie de l'hôpital après un infarctus s'appelle ECG à l'effort (il s'agit d'un électrocardiogramme que l'on passe en marchant très vite, sur un tapis roulant). Avez-vous idée de la peur que

peut ressentir une personne à passer ce test ? Durant trois semaines, je n'avais pratiquement pas bougé. J'avais été abruti par les médicaments, et voilà qu'on me faisait courir ! Malgré la trouille, j'ai résisté trois minutes et demie. La médecine cardiologique a alors décrété que j'étais fin prête à affronter le monde et le froid de février. Dieu que j'avais peur ! j'en étais tout assommée.

Rendue chez moi, la peur a vraiment pris racine. Peur de me lever (j'étais tellement étourdie), peur de la lumière du jour (même phénomène), peur de monter me coucher (un rien m'essoufflait), peur de boire (à cause de l'œdème pulmonaire qui m'avait-on dit, me guettait à chaque gorgée d'eau). Peur, peur, PEUR. Peur de l'inaction et de l'action, du sommeil et de l'éveil, de la fatigue, du manque de concentration, peur de mes fantômes personnels de ce cœur que j'entendais battre avec ses hésitations, ses emballements, ses irrégularités.

J'étais alors pratiquement incapable de faire quoi que ce soit par moi-même. Moi si autonome, j'étais dépendante des autres pour certains soins corporels, le marché, le lavage, les transactions bancaires, les déchets, le ménage. Toute activité, même agréable m'épuisait. Lire, dessiner, jouer au scrabble, faire des casse-tête, regarder la télé étaient désormais un fardeau.

Moi qui, trois ans auparavant, n'avais encore jamais pris de médicaments, hormis la pilule et une aspirine occasionnelle pour mon syndrome prémenstruel, j'héritais de neuf sortes de médicaments. Je m'interrogeais sur la nécessité de cette médication abondante, mais mon cardiologue refusait de répondre à mes questions, s'il l'avait fait, il aurait au moins calmé mes inquiétudes.

Je me suis imaginée alors finie à jamais. J'étais d'une fragilité extrême. Je pleurais, plus souvent qu'à mon tour. J'étais inutile, sans but, je perdais tout rôle social. Je ne voyais plus comment m'en sortir. J'ai commencé à

broyer du gris très foncé, à perdre mon estime de moi de façon très sérieuse.

Voyez-vous la belle grosse dépression qui se dessinait ? Eh bien, moi, un jour je l'ai vue et j'ai eu peur, oui, une fois encore ! J'avais le choix : ou je continuais à couler et je risquais d'atterrir en psychiatrie ou je réagissais. J'ai choisi de réagir. J'ai travaillé ardemment, j'ai fait des efforts, j'ai trouvé de l'aide physiologique et psychologique. J'en suis sortie ? Pas totalement. Je crois que je suis devenue vulnérable à tous les points de vue. Je ne revivrai jamais l'insouciance d'avant. Tout m'atteint, mon cœur, tant physique qu'émotif.

J'ai encore passé, récemment, une période très difficile, j'ai de nouveau pensé perdre la raison et ma santé en partie rebâtie. J'ai de nouveau eu très peur. Mais j'ai compris plein de choses, surtout que personne n'est à l'abri de soubresauts sur le plan de la santé mentale : que santé physique et santé mentale sont intimement liées, inséparables, même.

<sup>1</sup> Ce texte est une adaptation d'un article paru dans la revue *L'Entonnoir* du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale printemps 1995.



► (suite de « Histoire cœur »)

et Jocelyne la meilleure façon de nous protéger de ces maladies est de connaître les risques et les symptômes qui leur sont associés et d'insister pour obtenir les services auxquels nous avons droit si nous jugeons notre état de santé menacé. Les médecins eux, doivent connaître les dernières découvertes concernant la santé cardio-vasculaire des femmes afin de mieux intervenir et de poser un diagnostic plus juste. [Q]

<sup>1</sup> Hoffman Eileen MD. Our health, our lives. A revolutionary approach total health care for Women. 1995. New York. Chapitre 5 pp. 53-57.

<sup>2</sup> A cet effet, voir le texte *La santé du cœur, une affaire de femmes* de Diane Ouellet, du comité Femmes et santé du cœur, Fondation des maladies du cœur du Québec.

# Si la vie m'était contée autrement

♦ Rénée Ouimet et Johanne Marcotte  
Relais-femmes



Notre condition humaine implique forcément des transformations, des variations dans nos états de santé et de bien-être, des pertes et des morts, des attachements et des renoncements. Dès la naissance nous expérimentons la séparation et le détachement en quittant le milieu utérin.

**La sensibilisation aux pertes, aux deuils, aux souffrances, aux maladies et à la mort est aussi une question de prévention et de santé**

Ensuite nous quittons progressivement l'enfance pour l'adolescence et l'âge adulte. Jeunes adultes, nous quittons le milieu familial, en quête d'une autonomie toujours plus grande. Puis lentement mais sûrement, nous vieillissons avec les nouveaux défis physiques, psychologiques et spirituels que cela implique, avec notre bagage d'expériences et de connaissances.

Grandes ou petites, choisies ou inévitables, reconnues socialement ou marginalisées, nous vivons des pertes à tous âges, alternativement ou concurremment. Certaines pertes nous transportent ou nous transforment : que l'on pense à la perte de l'intimité du couple, à cause de l'arrivée d'un enfant ; à la perte d'une dent de lait au profit d'une dent d'adulte, au foyer d'accueil que l'on quitte pour une famille d'adoption, au passage d'un emploi à un autre plus stimulant ou mieux rémunéré. D'autres nous déstabilisent ou nous anéantissent, comme par exemple celle d'une maison suite à un incendie, d'un être cher suite à une rupture non désirée, d'un enfant suite à un décès. D'autres encore nous laissent indifférentes. Peu importe la façon dont nous les vivons, les deuils, les maladies et les pertes sont des mouvements incontournables inhérents à la vie.

## *La négation sociale des concepts de perte, de maladie, de deuil et de mort*

Par ailleurs, dans notre société, des images de jeunesse nous inondent. De plus en plus, elles nous font miroiter une vie « presque éternelle ». Le culte du corps parfait s'impose à nous. La santé devient la normalité tandis que la maladie et la souffrance sont perçues comme l'anormalité. Dans les interventions visant la promotion de la santé, on affirme que de saines habitudes alimentaires, de l'exercice régulier, des méthodes de dépistage précoce de certaines affections combattent malaises et maladies, mais on ne parle pas ou que très peu, de la mort. Même en appliquant assidûment toutes les mesures possibles de prévention, des personnes continueront d'être malades et de mourir, d'anciennes maladies comme de nouvelles.

La science promettra également l'immortalité et la santé « parfaite ». De la naissance à la mort, la condition humaine sera de plus en plus dénaturée. Par le clonage, l'individu à naître pourrait, dans un avenir plus ou moins rapproché, avoir les yeux, les cheveux, le caractère, le cœur et la santé que l'on désire par la congélation des embryons, on pense à recréer des cellules vivantes et des organes pour remplacer des parties de corps malades. Avec la génétique, il sera peut-être possible d'intervenir en cas de « défaillances anticipées ».

Les personnes vieillissantes et mourantes, elles, sont de plus en plus isolées, comme en témoignent la pénurie actuelle de centres d'hébergement et de soins palliatifs. La mort

ne fait plus partie du quotidien comme au siècle dernier, les mourants ne meurent plus à la maison, de nos jours, les cérémonies consacrées au deuil sont de plus en plus écourtées

L'émphase mise sur la productivité, le rendement et la consommation effrénés modifient notre rapport au temps. Les horaires sont surchargés, tout doit être rapide, il faut agir efficacement. Nous intégrons parfois si profondément ces valeurs que nous développons un système de croyance nous forçant à taire aussi rapidement les maux du corps et du cœur. Dans une perspective de rendement et d'efficacité, la mort et la souffrance n'ont pas de place. Tout ce qui appelle un ralentissement de nos activités y compris le vieillissement, est souvent perçu et vécu difficilement ou négativement. Alors, la souffrance, la tristesse, les maladies et la mort deviennent presque honteuses, des sentiments d'échec, d'impuissance et de culpabilité peuvent nous envahir. La sensibilisation aux pertes, aux deuils, aux souffrances, aux maladies et à la mort est aussi une question de prévention et de santé. nous aurions intérêt à apprivoiser à nouveau ces phénomènes de la vie, en prenant le temps d'y réfléchir et d'en parler.

Le fait de reconnaître et d'exprimer les nombreuses émotions que ces mouvements engendrent favorise le processus de guérison ou de transition. Lors de maladies ou de deuils, nous pouvons nous permettre d'être aidées ou prises en charge momentanément nous donner le temps de saisir le sens des événements qui surviennent et les enseignements qu'ils contiennent.

Parfois, les malaises et les maladies nous signalent un déséquilibre dans notre vie. parfois ils sont le résultat d'un affaiblissement de notre système immunitaire (stress, fatigue,

etc.) Quelquefois, ils sont un effet de bombardements de l'environnement (pesticides, champs électromagnétiques, OGM, etc.) D'autres fois, ils sont le reflet d'une « mémoire » d'événements passés. D'autres fois encore, ils sont une réponse à un besoin affectif et expriment des émotions jusque-là refoulées. Les maladies, les pertes, les deuils peuvent nous amener au cœur de « Soi » nous apprendre à vivre autrement nous permettre de réviser nos valeurs, nos croyances et nos choix. Ils peuvent nous fournir l'occasion de nous connaître davantage, de développer de nouvelles habiletés, d'expérimenter l'attachement et le détachement.

Une certitude demeure quoique nous faisons, nous mourrons toutes, malades ou en santé. Nous ne serons jamais immunisées, ni contre les aléas de la vie, ni contre la mort. Le seul pouvoir que nous avons est de changer le regard que nous posons sur les événements et la façon dont nous les interprétons. Notre manière de voir influence grandement notre adaptation et notre ouverture à la vie. Encore une fois, parler de maladies, de mort, de pertes et de souffrance est aussi une question de prévention!

Voilà quelques-unes des réflexions soulevées dans le livret *Si la vie m'était contée autrement* que vous pouvez vous procurer à Relais-femmes. Nous animons également des ateliers sur les thèmes abordés dans cet article. Vous pouvez communiquer avec nous au (514) 878-1212, #212 ☐

# L'avortement, un droit toujours menacé

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

**L**e début de l'année 2001 réservait une bien mauvaise surprise aux défenseurs du droit des femmes à l'avortement. Dès son premier jour de travail comme président des États-Unis, George W. Bush rétablissait la « politique de Mexico » interdisant toute assistance financière américaine aux groupes internationaux qui pratiquent des interruptions de grossesse,

**Chaque année, selon l'Organisation mondiale de la santé, les avortements clandestins tuent 80 000 femmes et en mutilent ou en rendent stériles des centaines de milliers d'autres**

donnent de l'information sur l'avortement ou se battent pour sa légalisation. Cette politique instaurée par le président Reagan lors de la Conférence mondiale sur la popula-

tion tenue au Mexique en 1986, avait été retirée par l'administration Clinton en 1993.

Le même jour, le président Bush appuyait officiellement par communiqué, les manifestants anti-choix<sup>1</sup> qui exprimaient, comme c'est le cas chaque année, leur opposition à l'avortement à l'occasion du 28<sup>e</sup> anniversaire de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Roe vs Wade*, ce jugement reconnaît le droit constitutionnel des femmes de recourir à l'avortement aux États-Unis. Dans son communiqué, le président Bush affirmait : « Nous œuvrons pour faire venir le jour où tout enfant sera accueilli dans la vie et protégé par la loi. Nous savons que cela ne sera pas facile, et que nous n'y parviendrons pas d'un seul coup. Mais cet objectif nous encourage à aller de l'avant pour bâtir

une culture fondée sur la vie affirmant que toute personne, à tous les stades et saisons de la vie, est créée à l'image de Dieu »<sup>2</sup>.

Même si l'opposition de Bush à l'avortement était connue, nul ne se doutait qu'il en ferait son premier geste politique. En fait, le candidat Bush avait évité tout débat sur l'avortement durant sa campagne à la chefferie républicaine et lors de la présidentielle afin de s'assurer du vote des républicains pro-choix. Une situation semblable à celle que les Canadiennes et les Canadiens ont vécue avec Stockwell Day. Aurions-nous eu à faire un parallèle encore plus étroit si l'Alliance canadienne avait été élue ?

Le président américain a non seulement privé de près de 430 millions \$US les organismes non gouvernementaux de divers pays travaillant de près ou de loin pour l'avortement, il a en plus donné son aval au mouvement anti-choix et laissé entendre qu'il souhaitait travailler activement à la reconnaissance de la vie dès la conception. Cette reconnaissance des droits du fœtus constitue une menace directe aux droits des femmes de décider d'avoir ou non des enfants, du moment de les avoir et de leur nombre. Tel que l'a statué la Cour suprême du Canada si l'État légiférait pour protéger le fœtus, il empièterait radicalement sur les libertés fondamentales de la femme.

Près de 50 millions d'avortements sont pratiqués dans le monde chaque année. Plus du tiers d'entre eux sont des avortements illégaux, réalisés principalement dans les pays de l'hémisphère Sud. Près de la moitié de ces avortements ont lieu en dehors de tout système de santé. Chaque année, selon l'Organisation mondiale de la santé, les

avortements clandestins tuent 80 000 femmes et en mutilent ou en rendent stériles des centaines de milliers d'autres<sup>3</sup>

Cette réalité démontre clairement que l'avortement est un service de santé essentiel pour permettre aux femmes d'exercer leur droit. Malgré cela, le droit à l'avortement ne cesse d'être nié ou menacé partout dans le monde.

### *Les retombées au Canada*

Heureusement, le gouvernement de Jean Chrétien ne veut pas aborder le dossier avortement. Il faut dire que la population canadienne est beaucoup moins divisée sur la question de l'avortement que la population américaine. Les deux tiers des Canadiennes et des Canadiens estiment que les femmes qui désirent avoir recours à l'avortement devraient pouvoir le faire, alors qu'aux États-Unis, 47% des citoyens et des citoyennes sont pour l'avortement, 45% contre. Au Québec, près de 72 % de la population est en faveur du libre choix<sup>4</sup>.

Le droit à l'avortement reste malgré tout fragile au Canada. Il n'est pas à l'abri de la montée de la droite, ni du fondamentalisme religieux, ni du mouvement anti-choix. Ce mouvement dont le réseau fait le tour de la planète jouit maintenant de l'appui du président du pays le plus influent du monde. Ses ramifications violentes sont aussi de plus en plus actives au Canada. quatre des quinze dernières tentatives de meurtre auprès d'intervenants et d'intervenantes pratiquant des avortements en Amérique du Nord ont eu lieu au Canada.

Le droit à l'avortement n'a de sens que si les femmes ont accès à des services de contraception et d'avortement gratuits, de qualité et respectueux de leur choix. Or nous sommes encore loin de cette accessibilité. Bien qu'au Québec le droit à l'avortement soit reconnu, les services ont diminué de façon importante à cause de restrictions budgétaires liées à l'atteinte du déficit zéro. Les CLSC et les centres hospitaliers qui offrent toujours des services d'a-

vortement disposent de budgets semblables à ceux d'il y a vingt ans. Comme les médecins ne sont pas obligés de pratiquer des avortements, si cela va à l'encontre de leur morale, seulement quarante d'entre eux le font et on peut croire que les remplacer sera problématique encore longtemps. Ce manque de ressources humaines et financières crée des délais inacceptables, ce qui fait qu'encore aujourd'hui plus du tiers des avortements au Québec se font en clinique privée, là où les femmes doivent payer pour exercer leur droit.

### *Que faire ?*

La lutte pour le droit à l'avortement est loin d'être terminée. À l'échelle mondiale nous nous devons d'appuyer les organismes qui militent pour la légalisation de l'avortement. Le Comité international de suivi de la Marche mondiale des femmes a invité la population à manifester sa solidarité envers ces organismes, en plus de l'inciter à écrire au président Bush pour dénoncer sa décision. Mais la légalisation de l'avortement, bien qu'essentielle, est loin d'être suffisante pour que les femmes puissent exercer pleinement leur libre choix face à la maternité. Il faut maintenir nos efforts pour obtenir une accessibilité réelle à des services d'avortement de qualité, tout en restant vigilantes face aux différentes manifestations du mouvement anti-choix, mouvement renforcé par l'appui du président Bush. La FQPN poursuit son travail en ce sens par l'entremise de diverses campagnes et actions. elle convie d'ailleurs toute personne intéressée à y participer, à s'informer sur la question, à agir d'une façon ou d'une autre pour qu'évolue le dossier.

<sup>1</sup> Nous faisons ici référence au mouvement généralement appelé «pro-vie». L'expression anti-choix reflète mieux à nos yeux et à ceux de beaucoup de féministes, les revendications réelles de ce mouvement, tout en mettant en relief le fait que le mouvement pour l'avortement ne s'oppose pas à la vie.

<sup>2</sup> Agence France-Presse. Bush passe aux actes. *Le Devoir*, 23 janvier 2001.

<sup>3</sup> Collectif. *L'avortement, une réalité incontournable, un service essentiel*. Montréal: FQPN, 2000, p. 3.

<sup>4</sup> GAGNON, Katia. Les pro-vie auraient bien du mal à gagner un référendum sur le l'avortement. *La Presse*, 22 septembre 2000.

## Activités du Carrefour des femmes du grand Lachute

Une infirmière du CLSC et une représentante de SIDA-AMITIÉ se rendent une fois par mois au Carrefour des femmes pour discuter de maladies transmissibles sexuellement, de prévention et de protection avec les femmes lors d'un café-rencontre. L'infirmière s'entretient en toute confidentialité avec celles qui veulent discuter de leur vie sexuelle et de ses risques. Quand indiqué, elle offre un vaccin contre l'hépatite.

Par ailleurs, un projet de collaboration entre le Carrefour des femmes du grand Lachute, le Réseau des femmes des Laurentides et le Pavillon André-Boudreau de St-Jérôme visant à faire l'inventaire des ressources offertes aux femmes en toxicomanie est en voie de réalisation. On s'informe auprès d'Andrée Larochelle au +50-562-7122.

## Guide d'animation sur l'anorexie et la boulimie

Le centre des femmes Les Unes et les Autres de St-Jérôme procédait, en février dernier, au lancement du guide d'animation intitulé *Apprendre à s'aimer* qui propose une série d'ateliers destinés aux femmes souffrant d'anorexie et/ou de boulimie. Coût : 10\$ + frais de postes. Centre des femmes Les unes et les autres : +50-432-5642.

## Merci !

L'équipe du RQASF tient à remercier Sophie Bellefeuille pour sa contribution dans le dossier image corporelle. Nous lui souhaitons la meilleure des chances dans ses nouveaux défis.

## La Journée internationale sans diète

**2001.** Lors de la Journée internationale sans diète, le 6 mai dernier, le RQASF accordait le prix Corps-accord à madame Sylvie Bouchard, qui a contesté sa mise à pied et a prouvé qu'elle avait été congédiée en raison de sa forte taille et le prix On s'en balance ! aux Laboratoires Floraceutic pour la publicité de son produit Mégalook.



### Le Comité de rédaction

Sandra Chastenay, Chantal Lapointe, Abby Lippman,  
Isabelle Pepin, 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

Courrier 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



4273, 10e Drolet  
Bureau 106  
Montréal QC H2W 2L7  
514-877-3189  
rqast@rqast.qc.ca  
www.cim.org-rqast