

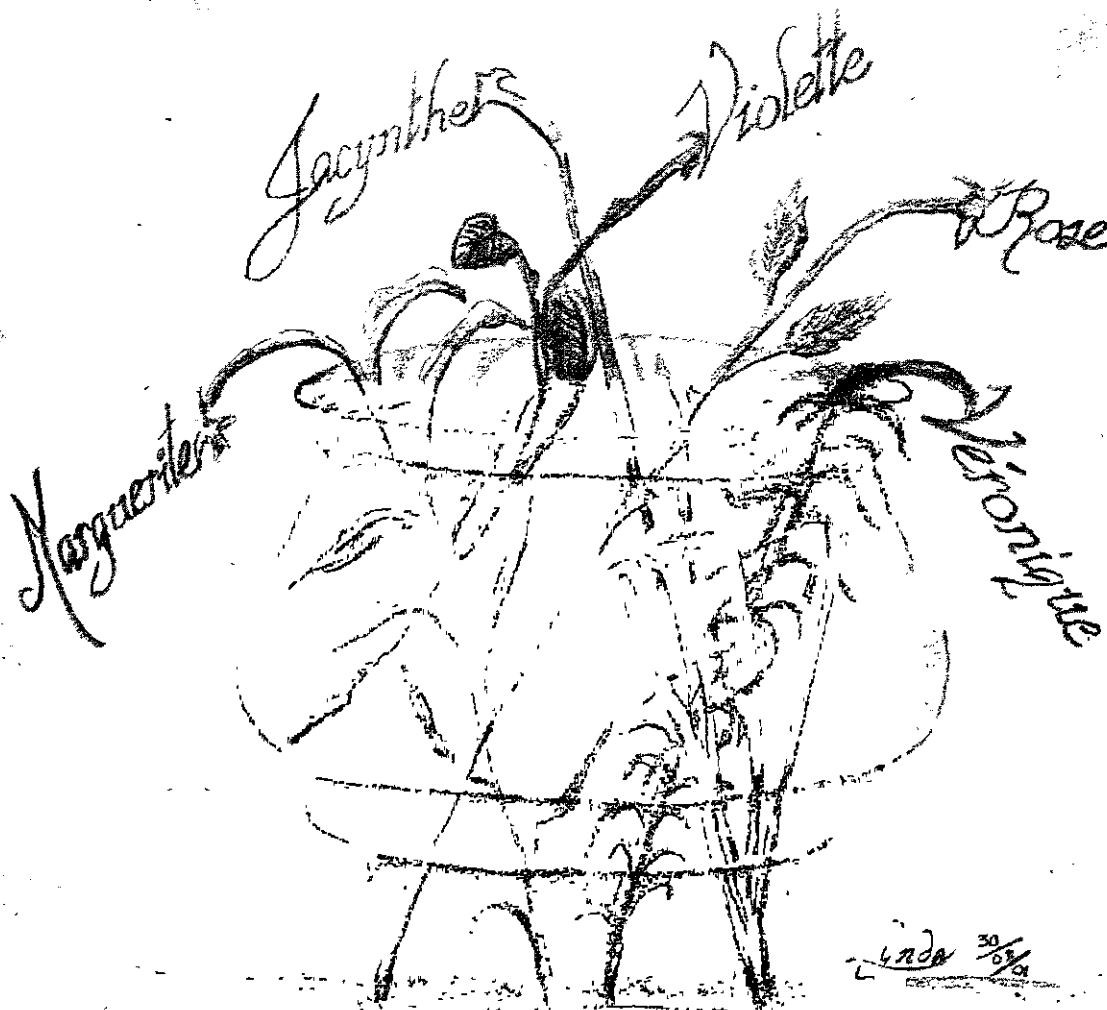
Automne 2001 • spécial numéro 25

Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Aromathérapie?



Sentez l'équilibre ! Sentez l'harmonie !
Sentez la paix ! Sentez l'autonomie !
Sentez la différence ! Sentez la santé ! Santé ! mesdames.

Bonjour lectrices et lecteurs

C'est avec plaisir et beaucoup de fierté que je vous présente ce numéro spécial du *Sans préjudice* qui souligne la 25^e parution de notre bulletin. Cette publication se veut à l'image du Réseau : approches diversifiées, sujets nombreux qui reflètent la réalité des préoccupations de nos membres. De fait, les problèmes touchés par nos dossiers s'y retrouvent presque tous : santé reproductive, humanisation des naissances, santé mentale, santé des lesbiennes, cancer du sein. D'autres s'y greffent : santé des adolescentes, mondialisation et santé des femmes.

Certains textes analysent la situation actuelle et tentent de dégager des pistes d'action. D'autres offrent une façon peu habituelle d'entrevoir l'avenir. Certains sont écrits à partir du rationnel, d'autres font état d'émotions, le tout agrémenté d'une évocation artistique. Enfin, je veux attirer votre attention sur l'éditorial de notre présidente sortante, Chantal Lapointe, qui aborde la santé des femmes à travers son regard sur la société.

Ce numéro du *Sans préjudice* a été pensé, écrit et réalisé dans le but de faire le point sur la santé des femmes, de vous faire réagir et de nourrir votre réflexion. Il veut susciter votre désir de vous engager davantage dans vos luttes pour la santé des femmes. Il souhaite favoriser chez vous le goût d'accompagner davantage les membres du Réseau dans la poursuite d'objectifs communs. Enfin, il se veut un outil pour alimenter l'action à la fois personnelle et collective que toutes nous menons.

Je vous rappelle que tous vos commentaires sur ce numéro seront les bienvenus. Toutes les offres de collaboration seront également bien accueillies.

Bonne lecture ! ☐

Fernande Ménard, présidente

Sommaire

Éditorial

La santé « sens »
dessus dessous

3

L'humanisation
de la naissance au
Québec depuis dix ans :
le modèle médical persiste

5

Chronique internationale

Mondialisation et
santé des femmes

8

La beauté
reconquise

11

La planification
des naissances
et les femmes :
où en sommes-nous ?

12

Ce que les
lesbiennes ne feraient
pas pour être en santé !!!

16

La santé mentale
des femmes :
l'intolérance
envers la différence

18

La santé
préoccupe-t-elle
les adolescentes ?

20

Nouvelles brèves

23

La santé « sens » dessus dessous

♦ Chantal Lapointe

Quand on parle de la santé des femmes, on parle aussi de la santé de notre société dans son sens large.

Faire un bilan des thèmes qui ont marqué l'histoire en matière de santé des femmes au cours des quinze dernières années, c'est aussi faire le point sur où nous en sommes socialement, sur le chemin parcouru, sur la voie à venir.

Or, il apparaît que ce qui caractérise le mieux notre époque, c'est la perte du sens : nous vivons une course folle vers une pro-

La réforme de la santé, le virage ambulatoire, la désinstitutionnalisation n'ont pas pour objectif premier d'améliorer la santé des populations mais bien de répondre à des impératifs financiers.

duction sans lendemain qui épuise nos ressources naturelles, détruit l'environnement, gaspille le potentiel humain pour le seul profit financier d'une poignée d'entreprises transnationales et de leurs actionnaires. Et ceci ne

s'applique pas simplement au secteur de la production industrielle, tous les domaines de la société sont touchés ainsi que l'éducation et la santé. La réforme de la santé, le virage ambulatoire, la désinstitutionnalisation n'ont pas pour objectif premier d'améliorer la santé des populations mais bien de répondre à des impératifs financiers.

Qu'est-ce que la santé? Nos gouvernements, tant à Québec qu'à Ottawa, adhèrent à la définition donnée par l'OMS selon laquelle « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne

consiste pas seulement en une absence de maladie ». Or, nos gouvernements réduisent constamment leur champ d'intervention en ce qui concerne les déterminants de la santé pour se concentrer toujours davantage sur une approche curative de plus en plus pointue.

On ne prend pas la peine de poser un regard global sur la situation et de se questionner sur le pourquoi des choses. Une augmentation de l'incidence des maladies cardiaques et des cancers dans la population nous conduit à nous procurer les appareils les plus sophistiqués qui permettront d'établir le diagnostic le plus précis et de faire une intervention sur l'organe affecté, mobiliser des équipes de recherche afin de découvrir le chromosome et le gène responsables et développer la pilule miracle qui permettra de tout régler, à moins qu'on puisse greffer de nouveaux organes issus du clonage d'embryons. On observe une augmentation des manifestations de détresse psychologique? Qu'à cela ne tienne, nous disposons aujourd'hui d'un imposant catalogue de maladies mentales diagnostiquées qui nous permet de déterminer le médicament ou le traitement choc pour que les personnes puissent rapidement reprendre leur travail sur la chaîne de montage.

Mais avons-nous pris le temps de nous questionner sur les raisons, individuelles mais aussi sociales, de la recrudescence de ces maladies « modernes », nous sommes-nous questionnées sur le « sens » de ces maladies? L'être humain n'est-il rien de plus qu'une machine dont on peut réparer ou remplacer les pièces lorsqu'elles sont hors d'usage? N'y a-t-il aucun lien ni aucune interaction entre les différentes parties de

notre corps? Le vieil adage «un esprit sain dans un corps sain» est-il toujours de mise? Avons-nous toujours un esprit? Si oui, le clonage permettra-t-il de reproduire l'esprit? Autrefois, et aujourd'hui encore dans certaines sociétés l'individu n'existait pas en tant qu'individu, il devait répondre aux exigences de sa communauté qui elle-même était soumise à une autorité divine. Maintenant que l'individu a obtenu le droit de s'exprimer et de s'affirmer, sommes-nous en train d'en faire un robot?

Une société qui se préoccupe vraiment de la santé devrait d'abord s'intéresser aux êtres qui la constitue et, en ce sens, devrait explorer tous les moyens possibles pour

Une société qui se préoccupe vraiment de la santé devrait d'abord s'intéresser aux êtres qui la constitue et, en ce sens, devrait explorer tous les moyens possibles pour permettre leur épanouissement.

permettre leur épanouissement. En langage courant, cela s'appelle faire de la prévention mais aujourd'hui, quand on parle de prévention on entend par là la vaccination massive des populations ou encore le

traitement médical des maladies qui n'affectent pas encore les personnes traitées. Dans tous les cas, il y a, là dernière, l'intérêt d'une compagnie pharmaceutique et bien des controverses quant aux bénéfices réels sur la santé des personnes et des sociétés.

Depuis de nombreuses années, les féministes défendent une vision globale de la santé des femmes, une vision qui revendique le droit des femmes de décider de leur santé, mais qui revendique également que la société prenne ses responsabilités envers les *individues*, qu'elle reconnaisse leur travail à sa juste valeur qu'elle leur donne les mêmes droits qu'aux hommes et qu'elle leur per-

mette d'avoir accès à de meilleures conditions de vie. Parce que la santé des femmes dépend de tout cela. Dans les années 1980, les revendications féministes ont commencé à transparaître dans les politiques et les programmes gouvernementaux avec la reconnaissance de l'importance des déterminants de la santé et, notamment, des différences entre les femmes et les hommes. On a décriminalisé l'avortement, admis l'importance de la planification et de l'humanisation des naissances, on a aussi reconnu la nécessité d'adapter les services aux réalités homosexuelles. Mais avec le temps et le recul, nous pouvons constater, ainsi qu'en témoignent les textes qui suivent, que les belles paroles et les beaux écrits de nos gouvernants ne se sont pas concrétisés.

Les gouvernements ont décidé que les services à la population devaient être eux aussi soumis aux impératifs financiers. Les objectifs sociaux ne sont plus des priorités, l'argent est devenu la raison d'État. Maintenant, pour régler les problèmes de santé, d'engorgement des services de pauvreté, de chômage, d'éducation nos gouvernements ont décidé d'avoir recours à la «loi du marché», soi-disant garante de la démocratie!

Quand les gouvernements se désintéressent clairement des populations et qu'ils s'unissent entre eux pour bafouer les droits des citoyennes le seul moyen de réagir consiste à bâtir des solidarités toujours plus grandes. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes a été mis sur pied pour répondre à la demande des femmes, à leur besoin de voir un organisme qui prenne en main les questions de santé et leur permette de partager leurs préoccupations, de s'outiller et d'intervenir ensemble. En cette

(suite de l'édito page 23) ►

L'humanisation de la naissance au Québec depuis dix ans: le modèle médical persiste

♦ Regroupement Naissance Renaissance



Le dernier quart du xx^e siècle a été marqué en Amérique du Nord par une remise en question des pratiques obstétricales, de plus en plus technologiques et déshumanisantes. Le Québec n'a pas fait exception. En 1980, 10 000 participantes¹ aux colloques régionaux *Accoucher ou se faire accoucher* réclamaient des changements de taille. Au cours des années 1980, les choses ont commencé à bouger: apparition de chambres de naissance², abandon de certaines routi-

En fait, la médicalisation tant décriée pendant les années 1980 s'est transformée. Comme le disait une militante de longue date, « on a humanisé la médicalisation ».

nes hospitalières (ex-rasage de la vulve) ouverture d'une maternité insulaire avec sages-femmes à Puvionituk jusqu'à, finalement, en 1990, adoption d'une loi autorisant la pratique des sages-femmes

dans des projets-pilotes. Qu'est-il arrivé au cours des onze dernières années? Le mouvement d'humanisation de la naissance s'est-il accentué?

Les années 1990: une réponse partielle aux demandes des femmes

Le portrait de l'obstétrique se modifie encore au cours des années 1990. Non seulement sept maisons de naissance³ hors hôpital voient le jour entre 1993 et 1995, mais on assiste à une rénovation des départements d'obstétrique, afin de rendre les lieux plus conviviaux et d'apparence moins médicale. De plus, le taux de cer-

taines interventions obstétricales⁴ diminue, tels le taux d'épisiotomies⁵ (32 % des femmes en 1999-2000 contre 57 % en 1991-1992) et le taux de césariennes entre 1990 et 1995 (d'un sommet de 19,5 % en 1987-1988 il a baissé à 16,4 % en 1995-1996, depuis, cependant, il remonte à 17,5 % en 1999-2000). Le gouvernement rend aussi publiques des statistiques sur les interventions obstétricales⁶. Par ailleurs, en 1993, le MESS publie la *Politique de périnatalité*⁷, véritable appel à une approche plus globale et respectueuse des femmes et de leur famille. Enfin, on assiste, à partir de 1996, à un regain du mouvement des usagères et des groupes de femmes pour la légalisation de la pratique des sages-femmes et l'accouchement à domicile. Finalement, après vingt ans de luttes, la profession de sage-femme devient légale en 1999⁸.

Moins de ressources et une variabilité des pratiques persistante et inacceptable

Si des choses ont bougé, l'humanisation de la naissance est cependant loin d'être chose faite. Si les lieux sont moins rébarbatifs et certaines interventions moins fréquentes, d'autres connaissent une nouvelle hausse et les ressources se sont raréfiées (ex: baisse du nombre d'infirmières, séjour hospitalier raccourci, cours prénataux moins accessibles). De plus, le modèle médical de la naissance persiste toujours, presque partout. Les hôpitaux ont effectivement grâce aux efforts d'intervenants préoccupés par l'humanisation des soins ou motivés par le

¹ Lexique (voir encadré page 6)

**Si des choses ont bougé,
l'humanisation de la
naissance est cependant
loin d'être chose faite.**

désir d'attirer la clientèle – répondu à certains besoins des femmes exprimés depuis les années 1980 – mais les pratiques obstétricales y varient encore beaucoup et de manière scandaleuse – entre les régions – entre

les établissements et entre les praticiens¹

Cette variabilité ne se justifie ni par l'état de santé des femmes ni

par le type de centre hospitalier. Elle semble plutôt reliée à des facteurs comme le style de pratique des médecins et le manque d'imputabilité de leur pratique ainsi qu'à la culture hospitalière et institutionnelle. Ce qui n'est pas sans avoir un impact important sur les femmes. C'est ainsi

que – selon le médecin ou l'hôpital choisi – il y a deux à trois fois plus de risques qu'une femme en travail – sans en être généralement informée – subisse une césarienne, les forceps² ou une épisiotomie pas toujours indiqués, ou encore jeûne ou accouche semi-couchée peu importe ses préférences. En l'an 2001, les femmes manquent toujours d'information sur ce qui se passe vraiment dans les départements d'obstétrique. La *Politique de périnatalité* n'a pas fait l'objet d'une application rigoureuse partout au Québec et deux ans après la légalisation de la pratique des sages-femmes, ces dernières n'ont toujours pas commencé à exercer en centre hospitalier et ne peuvent pas encore légale-

* **Chambre de naissance** chambre d'hôpital aménagée pour recréer l'ambiance de la maison et permettant de mettre fin au transfert de la femme de la salle de travail à la salle d'accouchement. Ce transfert avait lieu lorsque la dilatation était complétée – au moment de la poussée.

* **Maison de naissance** alternative aux hôpitaux pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. Il en existe sept au Québec, dont six sont situées dans des bâtiments à l'écart de centres hospitaliers. Les sages-femmes y exercent leur profession depuis 1994.

* **Épisiotomie** incision du périnée pour élargir le vagin à la naissance du bébé, jusqu'à tout récemment. L'intervention chirurgicale la plus pratiquée en Amérique du Nord.

* **Forceps** instrument en métal (ressemblant à deux grosses cuillères à salade) appliqué sur la tête du bébé qui s'apprête à naître et utilisé pour accélérer la sortie du bébé.

* **Péridurale** forme d'anesthésie insensibilisant la région abdominale et les jambes de la femme en travail. Les médicaments

sont injectés dans le dos tout près de la colonne vertébrale. Au Québec on utilise l'anglicisme « épidurale » pour parler de cette forme d'anesthésie.

* **Déclenchement artificiel du travail (induction)** provoquer l'accouchement en utilisant diverses méthodes, mécaniques (décollement ou rupture des membranes), ou hormonales (utilisation de prostaglandines ou d'ocytocine).

* **Stimulation médicamenteuse du travail** utilisation d'ocytocine pour augmenter la force ou la fréquence des contractions.

* **Monitoring** surveillance électronique du cœur fœtal à l'aide d'un appareil à ultrasons auquel la femme est attachée (capteurs reliés à une ceinture, monitoring externe, et électrodes fixés au cuir chevelu du bébé, monitoring interne).

* **Ventouse** objet en plastique flexible relié par un tube à un appareil de succion et appliqué sur la tête du bébé qui s'apprête à naître, la ventouse est utilisée pour accélérer la sortie du bébé.

¹ Brabant Isabelle. *Une naissance meilleure – Bien vivre sa grossesse et son accouchement*. 2e édition revue et augmentée. Éditions St-Martin, 2001.

ment, aider une femme à donner naissance chez elle¹. Bref, pour les femmes, l'exercice de vrais choix entourant la naissance d'un enfant est non seulement loin d'être la norme mais il ne peut réellement exister en l'absence quasi totale d'alternative. En fait, la médicalisation tant décriée pendant les années 1980 s'est transformée. Comme le disait une militante de longue date : « on a humanisé la médicalisation ».

Les femmes manquent d'information et de choix

Une manifestation importante de cette médicalisation est le recours à la péridurale² pendant le travail, qui atteint en ce début de millénaire des sommets jamais vus (49 % des femmes en moyenne en 1999-2000 et jusqu'à 80 % dans certains hôpitaux)³. Ce qui cloche, c'est que pour la péridurale –

En l'an 2001, les femmes manquent toujours d'information sur ce qui se passe vraiment dans les départements d'obstétrique.

comme pour d'autres interventions de plus en plus répandues et qui surviennent souvent en cascade (notamment le déclenchement artificiel⁴ et la stimulation médicamenteuse du travail)⁵ –, on n'informe généralement pas les femmes des effets négatifs possibles de cette intervention et de ce qui l'accompagne : perfusion intraveineuse, monitoring⁶, immobilité, sonde urinaire et position traditionnelle d'accouchement. Le plus souvent, les femmes ignorent ainsi que la péridurale peut, tel que démontré par des études, allonger leur travail, nuire à la poussée, entraîner l'utilisation du forceps ou d'une ventouse, hausser leur température et même provoquer des décélérations du cœur du bébé, peu après son administration. Bref, sous d'autres formes, la prise en charge médicale des femmes en travail continue allègrement, appuyée paradoxalement par certaines féministes voulant disposer de leur

corps comme elles l'entendent. Toutefois, elles ne s'aperçoivent peut-être pas qu'au contraire, elles sont prises en charge par exemple lorsqu'elles réclament à tout prix une péridurale dès le début du travail ou qu'on déclenche leur travail sans raison médicale (interventions qui donnent souvent lieu à une cascade d'autres interventions médicales). Certaines femmes vont jusqu'à réclamer la possibilité d'accoucher d'emblée par césarienne.

De quoi aurait-on besoin pour que la naissance devienne vraiment un événement où l'on respecte les besoins des femmes et de leur famille et où elles peuvent faire de vrais choix éclairés?

► D'abord de l'application réelle et partout au Québec de la *Politique de périnatalité* adoptée en 1993.

► Du développement de services de sages-femmes pour l'ensemble des lieux de naissance et dans toutes les régions du Québec.

► Et peut-être d'une offensive généralisée pour que cessent les écarts inacceptables dans les pratiques obstétricales.

Lorsque le monopole médical sur la naissance commencera à s'effriter dans les hôpitaux, que des alternatives à l'accouchement à l'hôpital seront possibles partout au Québec et que chaque femme saura précisément ce qui se passe dans tous les hôpitaux de sa région, alors seulement les femmes seront-elles en mesure de faire des choix éclairés. Pour que la « délivrance » cède partout le pas à la naissance. □

¹ Ici, le féminin l'a emporté sur le masculin.

² Site Internet du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca

(Statistiques : accouchements et naissances).

³ *La Politique de périnatalité* : ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1993.

⁴ *La périnatalité québécoise depuis vingt ans* – Document d'accompagnement branché sur la JAP 2000. Association pour la santé publique du Québec, Montréal, 2000.

Mondialisation et santé des femmes

✦ Lise Lamontagne, RQASF

 a mondialisation à laquelle nous sommes confrontées vise l'expansion des marchés à l'échelle planétaire. Par la privatisation, la déréglementation, la libéralisation et la réduction des politiques sociales, ce courant néolibéral efface tous les obstacles au développement des multinationales. Sous la pression des marchés financiers, la tendance générale des gouvernements est à la réduction de leur déficit et de leurs dépenses.

La santé est un droit fondamental commun à toutes et tous, sans égard aux revenus, au niveau de scolarité ou au statut social. Mais peu à peu ce droit prend des allures de marchandise.

La mondialisation influence la santé des femmes en affectant leurs conditions de vie. Elle accroît les inégalités entre les riches et les pauvres. La suprématie des riches est le nouveau mot

d'ordre, légitimé par la transformation des pauvres en boucs émissaires : les familles monoparentales qui reçoivent de l'aide sociale sont blâmées pour les déficits budgétaires ; les adolescentes sont tenues res-

ponsables des grossesses précoces, les personnes immigrantes du chômage, les personnes âgées de leur vieillesse, etc. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la santé, « Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits

de l'Homme (sic) et l'équité ». Or, la mondialisation va à l'encontre de ces conditions préalables.

La mondialisation a porté des coups sévères aux services de santé dans de nombreux pays. Ici comme ailleurs, nous sommes de plus en plus confrontées aux effets de ce grand courant comme citoyennes, comme femmes, comme travailleuses. La santé est un droit fondamental commun à toutes et tous, sans égard aux revenus, au niveau de scolarité ou au statut social. Mais peu à peu ce droit prend des allures de marchandise.

Le désengagement des États

Dans ce courant néolibéral, la Banque mondiale est responsable du transfert du concept de droit à la santé à celui de marchandise. Elle exige des États, non pas un simple désengagement, mais plutôt une désétatisation. Elle leur demande d'organiser la société de façon à ne pas gêner le libre jeu de la concurrence. Ce passage du concept de droit à celui de besoin est fondamental dans la mesure où les droits relèvent de la responsabilité des États, alors que ce sont les marchés qui doivent répondre aux besoins.

Pour concrétiser le désengagement des États dans les services publics, six stratégies ont été proposées par la Banque mondiale. Ces stratégies ont animé la transformation de notre propre système de santé. Le **défaut de ressources** a débuté avec la désassurance des soins dentaires, puis celle de la convalescence avec le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation. La **déréglementation** a facilité le développement des ressources privées et intermédiaire-

res La **tarification** est appliquée une première fois lors de la désassurance des médicaments aux personnes âgées et aux personnes assistées sociales dans les deux cas, un grand nombre de femmes sont touchées. La **décentralisation** a permis aux décideurs politiques d'exercer des compressions budgétaires massives et de s'éloigner de ceux et celles qui exécutent leurs

À un moment où la santé des entreprises préoccupe davantage que la santé des êtres humains, il est nécessaire de ranimer la vision radicale de solidarité d'où est né le mouvement des femmes.

décisions. La consultation Arpin sur la complémentarité entre le public et le privé tout comme le rapport de la Commission Clair mettent en place les conditions nécessaires à la **privatisation**, le partenariat avec le privé est souhaité par le gou-

vernement. Finalement, la **communautarisation** et le recours aux entreprises d'économie sociale est une variante de la sous-traitance. L'État se retire de certains services publics moins rentables.

Le néolibéralisme s'impose partout dans le monde et impose sa vision du rôle de l'État. Dans les pays en développement, la Banque mondiale impose des programmes d'ajustements structurels. Ces programmes contiennent des directives pour diminuer les dépenses publiques, privatiser les entreprises d'État, couper dans les programmes sociaux et les systèmes publics de santé et d'éducation. À titre d'exemple, un programme d'ajustements structurels imposé à un pays d'Afrique peut exiger la diminution de l'étendue des services publics de santé offerts, pourtant déjà au plus strict minimum.

Les femmes sont particulièrement affectées par les compressions budgétaires. Moins d'implication de la part de l'État signifie nécessairement, pour nous, moins de bons

emplois, plus de responsabilités vis-à-vis des malades et des personnes âgées, moins de lois sociales, plus de politiques ciblées plutôt qu'universelles et moins de cotisations sociales assurant la redistribution des revenus.

Quand les services de santé sont privatisés, qui prend la relève? Au Nord comme au Sud, on assiste à une véritable substitution du rôle et des responsabilités de l'État par le privé et donc par les femmes. Pour nous, cette substitution se traduit au quotidien par l'imposition d'une charge de travail souvent spécialisé, invisible et non rémunéré. Du point de vue du mouvement des femmes, la tendance vers la privatisation est donc très préoccupante quant au potentiel négatif pour l'avenir des soins de santé et quant à l'avenir des femmes elles-mêmes.

Un retour en arrière pour les femmes

Le travail pour la reconnaissance de nos droits et le respect de notre intégrité physique et mentale est menacé d'un sérieux recul. En raison de l'absence de normes internationales, la mondialisation accentue la féminisation massive et croissante de la pauvreté et provoque une exacerbation des multiples violences envers les femmes. Elle confine nombre de femmes à la marginalisation et en soumet d'autres à une plus grande exclusion, en particulier celles qui vivent des oppressions multiples liées à leur appartenance ethnique, la couleur de leur peau, leur orientation sexuelle, etc.

En appauvrissant des travailleuses, des chômeuses, des femmes et leurs enfants, le néo-libéralisme entraîne la détérioration des conditions de vie des femmes, avec les effets que l'on connaît sur la santé. On a pu en voir plusieurs exemples récemment. L'abolition des décrets dans l'industrie du

vêtement, au nom de la compétitivité du secteur, a entraîné la diminution des conditions de travail et des salaires de nombreuses femmes. La diminution de l'accessibilité aux prestations d'assurance-chômage et la diminution du taux payé a touché davantage les femmes que les hommes. La diminution des prestations d'aide sociale, appauvrit les prestataires au point où celles-ci ne peuvent se payer le minimum vital.

Dans les pays du Sud, une majorité de femmes travaillent dans les zones franches, c'est-à-dire des enclaves réservées aux compagnies multinationales et qui échappent à

En raison de l'absence de normes internationales, la mondialisation accentue la féminisation massive et croissante de la pauvreté et provoque une exacerbation des multiples violences envers les femmes.

toute réglementation, où les salaires et conditions de travail s'apparentent à un véritable esclavage. Ces travailleuses sont soumises à des contrôles corporels hu-

milants, leur cycle menstruel est vérifié, elles peuvent être congédiées pour grossesse, leurs heures de travail sont interminables et souvent, il n'y a ni congés ni jours fériés.

La mondialisation provoque également, au Nord comme au Sud, des transformations profondes du travail des femmes. On assiste à la généralisation du modèle de travail «féminin» susceptible d'augmenter davantage la compétitivité des entreprises : travail atypique, à temps partiel, sur appel à domicile, bref flexible. Dans un mode de production axé essentiellement sur la compétitivité et la précarité des emplois, l'exploitation et l'abus de la main-d'œuvre féminine ne peuvent que subsister.

La mondialisation aggrave la vulnérabilité des femmes à toutes les formes de violence. On assiste à de plus en plus de manifestations d'intolérance et d'atteintes à l'intégrité physique qui visent les femmes de façon spécifique : exclusion, marginalisation, violence, viol, tourisme sexuel et prostitution. Dans la logique implacable du libre marché tout devient marchandise, tout s'achète et tout se vend : les petits pois, les tracteurs, tout comme les services publics, l'eau, les organes, les enfants, le corps des femmes – tout, sans discrimination aucune. Tel est le contexte difficile dans lequel s'inscrivent nos revendications pour une meilleure qualité de vie et l'accès aux services de santé.

En guise de conclusion

L'analyse globale de la situation des femmes à l'heure de la mondialisation réfère à deux systèmes d'exploitation, le capitalisme et le patriarcat, qui se renforcent mutuellement et se nourrissent l'un l'autre. État de situation où finalement perdure l'exclusion systémique des femmes. Ainsi, nous dénonçons les impacts, pour les femmes d'ici et d'ailleurs, d'une mondialisation qui se fait sans reconnaissance des valeurs féministes d'égalité et de justice sociale. Sous sa forme actuelle, la mondialisation est injuste parce qu'elle favorise la concentration de la richesse, elle est raciste parce qu'elle exploite particulièrement les populations du Sud, elle est sexiste parce que ses effets négatifs atteignent surtout les femmes.

Au Québec, par la mise en place d'un système de santé universel, nous avons choisi d'assumer collectivement et solidairement les risques liés à la maladie. Ce système a

(suite de la chronique page 23) ►

La beauté reconquise

♦ Astrid Abelé,

avec la collaboration d'Élène St-Hilaire
OMPAC (Organisme montréalais pour
personnes atteintes de cancer)

 Je vous invite à partager en un battement d'aile, l'histoire d'une femme qui m'a été contée. Issue des événements torrides qui prennent l'ensemble d'une vie en siège, elle libère un peu plus ma foi dans les fascinantes ressources de l'être face à son imprévisible parcours.

***Sous ses vêtements
dépasse une revue
abandonnée avec, en
page couverture, une
autre de ces femmes
hollywoodiennes,
comme extraites
d'un même moule.***

Voilà quatre ans que s'est levé en elle un vent turbulent de frayeur face à l'inconnu. Quatre ans qu'elle apprend à vivre avec un invité indésirable, invité qui a vite fait d'envahir sa maison, l'espace de jeu des enfants, son lit conjugal et l'intimité de son corps. Le diagnostic incontournable de cancer du sein a été le début d'un paysage nouveau dont les deux premières années se sont passées dans un brouillard impénétrable de négation douloureuse. Ses pas quotidiens résonnaient de la lourde conviction, apprise au long d'une vie que les maux du cœur ou du corps, « ce n'est rien, ce n'est rien ». Elle vivait de l'espoir que l'invité quitterait de lui-même, sans autres conséquences. Dans tout ce qu'elle faisait, elle redoublait d'effort et d'acharnement, histoire de se sentir bien vivante, de sentir l'énergie circuler en elle, malgré des traitements devenus nécessaires. Tout était soigneusement tricoté pour éviter d'aborder cette angoisse mortifère qui gonflait en elle. La mastectomie a tranché dans ce fragile équilibre quotidien comme une douche froide de réalité au réveil d'un autre monde.

Devant son miroir, avant de quitter l'hôpital, elle regardait telle une bête étrange ce pansement plat sur la gauche de sa cage thoracique. Doucement elle laissait émerger des centaines d'impressions physiques enregistrées en elle de cet endroit là où plus de trente ans, elle avait connu un beau sein voluptueux là où elle avait nourri tendrement ses enfants là où elle avait accueilli son amoureux. Puis, l'impression inconcevable que ces sensations deviennent souvenirs. La réalité telle qu'elle la connaît chavire. Plus rien ne pourrait désormais garder son sens originel.

Le temps au ralenti, elle s'habille pour partir. Sur la table, ses vêtements sont prêts, ainsi que la prothèse qu'on suggère de mettre dans le soutien-gorge une fois la cicatrisation complète. Prenant la masse de silicone dans sa main, elle la regarde comme si c'était la première fois, sentant son poids, sa texture et sa raison d'être. Sous ses vêtements dépasse une revue abandonnée avec, en page couverture, une autre de ces femmes hollywoodiennes, comme extraites d'un même moule. Une vague de colère silencieuse lui fait écraser ce sein dans sa main et le lancer au fond de son sac.

Il vient de regagner sa chambre. Elle le considère de ce même regard absent et intense à la fois. Son homme est là devant elle. Elle est sa femme. Qu'est-ce que ça pouvait bien vouloir dire maintenant? Quel serait son regard sur elle? Pourrait-il encore la désirer? Comment pourrait-elle encore s'abandonner à faire l'amour comme une femme complète? En aurait-elle encore envie? Comme si l'écho de ses pensées avait résonné jusqu'à lui, il la prit dans ses bras doucement et l'embrassa. Cette nuit-là ils ont fait l'amour. (suite de l'article page 15) ►

La planification des naissances et les femmes : où en sommes-nous ?

♦ Anne St-Cerny, FQPN



Les années 1980 ont été fertiles en événements touchant la santé reproductive des femmes et leur droit de choisir d'avoir ou non des enfants. Au début de cette décennie, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec réservait des budgets protégés pour offrir des services d'information, de promotion et de consultation en planification des naissances dans les CLSC et en milieu hospitalier. Il offrait également un soutien financier aux organismes communautaires œuvrant dans ce domaine.

Selon une recherche réalisée en 1999 par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), le manque d'information et le manque d'accès aux services de planning sont des problèmes importants.

En 1988, la Cour suprême du Canada déclarait inconstitutionnels les articles du Code criminel concernant l'avortement. Après vingt ans de lutte

du mouvement santé des femmes au Québec et au Canada, les femmes qui avortent ne sont plus des criminelles.

Cette décennie se termine avec deux événements marquants. Le premier était le spectaculaire rassemblement de 10 000 personnes dans les rues de Montréal, le 26 juillet 1989, pour appuyer Chantal Daigle dans son droit à l'avortement, droit que la Cour supérieure du Québec avait nié au nom des droits du père sur le fœtus. La Cour suprême cassait cette injonction le 8 août 1989 en affirmant que les droits du fœtus ou les droits du père en puissance n'existent pas. Le deuxième événement, la mise en branle en 1990 des travaux de la Commission royale d'enquête sur les nou-

velles technologies de la reproduction humaine permettait enfin de lancer le débat de façon formelle sur les importants enjeux que comportent le développement et l'utilisation de ces technologies.

Les années 1990

Au début des années 1990, le mouvement santé des femmes a donc quelques raisons de se réjouir mais aussi plusieurs raisons de s'inquiéter. La montée de la droite prônant, entre autres, le retour des femmes au foyer¹, menace toujours les gains des femmes. De plus, les ajustements économiques néo-libéraux qu'entreprennent nos gouvernements amènent une détérioration des conditions de vie des femmes.

Les services de planification des naissances

Le système de santé et de services sociaux a subi de multiples transformations au cours des années 1990 : compressions budgétaires, décentralisation, virage ambulatoire, lutte au déficit, etc. Ces transformations ont eu des répercussions importantes sur les services de planification des naissances. Alors que ces services étaient une préoccupation majeure durant les années 1980, ils deviennent non prioritaires durant cette décennie. Concrètement, l'État assure un minimum de ressources, retire ses budgets protégés pour les services et coupe dans le financement des groupes qui travaillent en planning. Malgré l'adoption et la mise en œuvre des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* en

1995, on ne peut que constater la diminution ou la disparition des cliniques de planning dans le réseau public de la santé

Selon une recherche réalisée en 1999 par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)², le manque d'information et le manque

Le mouvement international pour la santé des femmes a d'ailleurs entrepris, en 1994, une campagne contre l'expérimentation du contraceptif immunologique (« vaccin » anti-fertilité) et pour la réorientation des recherches en contraception.

d'accès aux services de planning sont des problèmes importants. Par exemple, seulement 9% des CLSC et 64% des centres hospitaliers (CH) qui ont participé à l'enquête offrent des services de planning à toute la population en

âge de procréer. Quant à l'avortement, seulement une cinquantaine de CLSC et de CH (dont une vingtaine sont situés à Montréal) offrent des services. De plus, plusieurs femmes témoignent des interventions moralisatrices (quelquefois irrespectueuses) de plusieurs professionnels de la santé.

Contraception

Dans cette recherche, la FQPN a découvert que les trois moyens de contraception dont on fait le plus la promotion sont la pilule, le condom masculin et le contraceptif injectable Depo-Provera. Le condom masculin est présenté avant tout comme un moyen pour se protéger des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et du VIH/SIDA. Cette campagne de promotion a eu l'effet d'augmenter la responsabilité des hommes en matière de sexualité. Cependant, l'emphasis placée sur la prévention des MTS a fait oublier que le condom est aussi un contraceptif. Ainsi, plusieurs professionnels de la santé recommandent maintenant la double protection : condom masculin pour prévenir les MTS et contraceptif hormonal

pour prévenir la grossesse. Les méthodes de contraception autres qu'hormonales (exemples : cape cervicale, diaphragme, méthode sympto-thermique) sont peu présentées, soit parce que les professionnels de la santé ne les connaissent pas, soit parce que ces derniers entretiennent des préjugés sur celles-ci. Heureusement, le mouvement santé des femmes, malgré ces maigres ressources, continue d'informer les femmes sur ces autres méthodes.

Du côté de la recherche en matière de contraception, les compagnies pharmaceutiques ont surtout exploré les méthodes hormonales à effet prolongé et avec un taux d'efficacité très élevé. Ces méthodes, dont les conséquences sur la santé font encore l'objet de controverses, nécessitent un contrôle médical accru et diminuent le pouvoir des femmes sur leur corps. Le mouvement international pour la santé des femmes a d'ailleurs entrepris, en 1994, une campagne contre l'expérimentation du contraceptif immunologique (« vaccin » anti-fertilité) et pour la réorientation des recherches en contraception³.

L'avortement

Après l'échec de la tentative de recriminalisation du gouvernement conservateur canadien en 1989, Santé Canada décrète que l'avortement est une procédure médicale nécessaire qui doit être entièrement financée par les plans provinciaux d'assurance maladie. Le cheval de bataille du mouvement des femmes devient alors l'accès aux services.

Au Québec, les quelques CLSC et CH offrant des services d'avortement fonctionnent avec les mêmes budgets qu'en 1985. En 2000, seulement six établissements publics dispensent des services d'avortement jusqu'à vingt semaines⁴. À peine une qua-

rantaine de médecins acceptent de pratiquer des avortements. Les femmes qui désirent avorter font face à des délais d'attente inacceptables. Elles déplorent que les avortements se déroulent dans les départements de chirurgie d'un jour. Suite à de multiples pressions, le gouvernement québécois a enfin décidé d'investir, à l'automne 2001, 3,2 millions \$ pour les services d'avortement dans le réseau public de santé. C'est à suivre.

Depuis le début de l'an 2000, l'avortement par médicaments RU486 (un anti-progestérone), communément appelé la pilule abortive, et misoprostol (une prostaglandine) est expérimenté dans quatre centres hospitaliers canadiens dont deux au Québec. Utilisée en Europe depuis le milieu des années 1990, cette combinaison de médicaments provoque l'arrêt de la grossesse de moins de sept semaines et l'expulsion de l'embryon pour 96 % des utilisatrices. Jusqu'à l'an dernier, le RU486 n'était pas disponible au Canada et aux États-Unis puisque la compagnie pharmaceutique, qui commercialise ce produit, a été sensible aux menaces de boycott du mouvement anti-choix.

L'avortement par médicaments est présenté comme « une solution peu exigeante pour les femmes sans risque pour leur santé, qui se déroule dans l'intimité de leur maison, entourées de personnes significatives »⁵. Malheureusement, la réalité est différente. Le RU486 est pris lors d'un premier rendez-vous suite aux tests pour vérifier la durée de la grossesse. Deux jours après, la femme prend le misoprostol chez elle et attend l'expulsion qui a lieu pour la majorité des utilisatrices dans les quatre heures suivantes. Un autre rendez-vous est nécessaire quelques jours plus tard pour vérifier si tout a été expulsé. L'avortement par médicaments nécessite en fait autant de ren-

contres médicales qu'un avortement conventionnel. C'est donc une méthode exigeante en termes de temps et d'anxiété pour les femmes qui ne savent ni le moment exact de l'expulsion ni si le tout se déroule normalement. Nous ignorons aussi quels sont les effets secondaires à moyen et long termes ainsi que les risques pour la santé. De plus, dans le contexte actuel de manque de services en dehors des grands centres urbains, l'arrivée du RU486/misoprostol menace-t-elle l'accès à l'avortement par aspiration et curetage?

Durant la décennie 1990, le mouvement anti-choix (pro-vie) au Québec a diversifié ses attaques contre l'avortement : conférences et colloques sur le respect de la vie, participation au conseil d'administration des CLSC ou des CH pour interdire les services, lobby auprès des députés, appui aux causes juridiques pour faire reconnaître le fœtus comme une personne, etc. À ce sujet, la Cour suprême du Canada a dû entendre des causes réclamant une certaine reconnaissance des droits du fœtus. Jusqu'ici, la Cour a maintenu que le statut de personne s'acquiert à la naissance et que la femme enceinte et l'enfant à naître ne forment qu'une seule personne.

Le mouvement santé des femmes a toujours été présent pour contrer les tentatives de diminuer l'accès à l'avortement par différents moyens et se doit de rester vigilant.

Les nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH)

Le Canada est le seul pays occidental sans réglementation encadrant les NTRH. Malgré le dépôt du rapport *Un virage à prendre en douceur* de la Commission royale d'enquête sur les NTRH en 1993, le ministre de la Santé du Canada attendra en mai 2001 avant de déposer un avant-projet de

loi. Pourtant depuis le début des années 1990 le mouvement santé des femmes réclame des mesures pour prévenir l'infertilité, pour encadrer les technologies pour accroître la surveillance de ses applications et de ses effets secondaires et pour refuser certaines techniques telles que le clonage ou l'utérus artificiel.

Le dossier des NTRH questionne le mouvement santé des femmes. D'un côté le désir des femmes infertiles d'avoir un enfant est légitime. De l'autre ces techniques ne guérissent pas de l'infertilité et sont offertes sans que soit évalué rigoureusement leur efficacité et leur sécurité. De plus, la médicalisation de la reproduction, l'existence de banques d'ovules et d'embryons, la commercialisation de la grossesse, les pratiques de choix du sexe et d'eugénisme sont inquiétantes pour l'avenir de la maternité et de l'humanité. Est-ce parce que la science le peut que la société le veut?

Et maintenant ?

À l'aube du troisième millénaire, les gains faits par les femmes québécoises et canadiennes en matière de santé reproductive et du droit d'avoir ou non des enfants sont extrêmement fragiles. La mobilisation des femmes est encore nécessaire pour avoir accès à une information critique et à des services de qualité sur la contraception, l'avortement, la fertilité et la grossesse. Mobilisation ici mais aussi avec les femmes d'ailleurs qui, au nom de la surpopulation ou de mouvements religieux intégristes, n'ont pas accès à la contraception ou à l'avortement. ☐

¹ Druelle, Anick. *La présence des groupes de droite anti-féministes aux Nations Unies*. Institut de recherches et d'études féministes. Université du Québec à Montréal, mai 2000. 40 pages.

² Les résultats de la recherche-action seront publiés par la Fédération du Québec pour le planning des naissances à l'automne 2001.

³ Pour plus d'information, voir le rapport d'atelier *Les racismes anti-fertilité et la Quimacrine*. Fédération du

► (suite de « La beauté reconquise »)

Aujourd'hui elle réapprend encore sa vie mais a retrouvé son rayonnement. Son corps a changé pour toujours et elle a dû adopter un nouveau rythme, de nouvelles limites. Elle s'en est révoltée, mais plus maintenant se permettant de s'apprécier infiniment mieux. La prothèse a voyagé sur son cœur puis a retrouvé le fond du tiroir. En plus d'être fort inconfortable, ce n'était qu'un faux témoin de sa nouvelle vie. Une reconstruction chirurgicale proposée a été refusée sereinement car la réalité à reconstruire était sans compromis. Tout comme l'appropriation de ce corps, dont elle habitait de plus en plus pleinement la beauté réelle. D'un regard coquin elle a déjà confié être tellement fière de porter maintenant des robes soleil qu'elle n'aurait jamais mises avant de peur d'être sexy ou provocante.

Dans les moments difficiles, elle se rappelle un enfant handicapé qu'elle avait connu qui abordait ses souffrances en disant « Ce n'est pas grave, ça n'empêche pas mon cœur de battre, je n'en mourrai pas ». Elle avait appris à écouter sa douleur comme un complice avec qui l'on négocie chaque décision, chaque action. Un complice qui signale avec une sagesse infinie les limites à respecter, le recul nécessaire pour laisser la guérison faire son œuvre, l'art du lâcher prise et de mieux s'aimer. Un jour je lui demande « Pourrais-tu dire que tu es mieux dans ta peau qu'avant la maladie ? ». D'un sourire ensoleillé comme une orange juteuse, elle m'a répondu, superbe, « oui ». ☐

Québec pour le planning des naissances, octobre 1998. 20 pages.

⁴ *Boffin des ressources en avortement*. Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 2000. 60 pages.

⁵ *L'avortement médical, une véritable alternative*. Centre de santé des femmes de Montréal, septembre 2000. 26 pages.

Ce que les lesbiennes ne feraient pas pour être en santé !!!

♦♦ Diane Heffernan,
Réseau des lesbiennes du Québec

♦♦ Karol O'Brien,
Groupe d'intervention en violence
conjugale chez les lesbiennes (GIVCL)



1979 Les lesbiennes sont invisibles, elles sont jeunes, n'ont pas d'enfants, elles ne vivent pas de problèmes de violence conjugale ou d'alcoolisme ou n'en parlent pas encore. On parle fort peu de discrimination envers les lesbiennes.

2001 Les lesbiennes sont toujours aussi invisibles mais elles ont vieilli, parmi elles, certaines ont eu des enfants qui ont grandi, d'autres ont fait l'expérience de la violence – certaines en tant que victimes, d'autres en tant qu'agresseuses – ou de l'alcoolisme. On parle de plus en plus de la discrimination que vivent les lesbiennes.

Deux époques, deux constats, une réalité : les lesbiennes ne sont pas plus en santé !!!

Entre ces deux époques, le constat sur la réalité vécue par les lesbiennes a évolué substantiellement mais une chose demeure : l'orientation sexuelle d'une personne étant invisible, il est facile de la cacher ou de la taire et c'est ce que fait encore aujourd'hui la majorité des lesbiennes. Cacher ainsi un aspect aussi fondamental de son être ne peut qu'entraîner des problèmes de santé, l'afficher entraîne encore trop souvent discrimination, préjugés et harcèlement, une expérience qui se vit aussi très difficilement sans conséquences pour la santé. Cette invisibilité contribue à entretenir l'idée que les lesbiennes n'ont pas de besoins de santé particuliers puisqu'elles ne sollicitent que

très peu les services¹. L'homophobie peut conduire à un mauvais diagnostic et à un traitement inadéquat de la part des médecins et à une aliénation et une incompréhension de la part des lesbiennes.

Le gouvernement, notre santé, une histoire à finir !

Dès 1979, cette réalité vécue par les lesbiennes est exposée dans un mémoire présenté par le Rassemblement national des lesbiennes et des gais du Québec au Comité sur les services sociaux du Montréal métropolitain. Cette tentative de sensibilisation, comme d'autres qui suivront, ne provoque aucune réaction.

C'est beaucoup plus tard, en 1993, alors que la Commission des droits de la personne tient des audiences publiques sur la discrimination et la violence à l'égard des lesbiennes et des gais du Québec que la communauté réussit à se faire entendre. En 1994, le rapport issu de ces audiences, *De l'illégalité à l'égalité*, admet le manque de reconnaissance de la réalité vécue par les lesbiennes et les gais au Québec et, en matière de santé et de services sociaux, l'absence de services spécifiques et adaptés à leurs besoins de même que l'inexistence de formation et de sensibilisation chez les intervenants du réseau.

Interpellé par ces constats, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) met trois ans à publier le rapport *Orientations ministérielles : l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*. Est-ce que quelqu'une en a entendu parler ? Ce rapport identifie des axes d'in-

intervention – lutte contre la discrimination, formation et conscientisation des intervenants du réseau, promotion de l'ouverture face aux différences – et semble animé par une volonté de changement. Ce rapport est

L'homophobie peut conduire à un mauvais diagnostic et à un traitement inadéquat de la part des médecins et à une aliénation et une incompréhension de la part des lesbiennes.

resté lettre morte. À un tel point que la demande des groupes communautaires des lesbiennes et des gais que soit nommé une personne responsable pour implanter les recommandations du rapport est ignorée.

L'incapacité du ministère à concrétiser ces orientations sur le terrain fait déchanter les lesbiennes qui, à l'automne 2000, discutent à nouveau de la question dans un atelier portant spécifiquement sur leur santé.

Cet atelier tenu dans le cadre du colloque *Nos communautés en marche!* organisé par la Table de concertation des lesbiennes et gais du Québec, arrive donc à la conclusion que pour faire bouger les choses, il faut prendre des moyens qui ne soient pas qu'incitatifs, plutôt que d'offrir aux intervenants de participer sur une base volontaire au programme de formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité*, il faut systématiser la démarche, aller au-devant des intervenants et organiser la formation dans les milieux de travail, et dans chacune des régions pour que tous les professionnels de la santé, tant dans le réseau public qu'en pratique privée, y participent. De même, un volet obligatoire de sensibilisation à la réalité homosexuelle doit être élaboré et faire partie intégrante des programmes de formation, au niveau collégial comme au niveau universitaire.

Ces mesures, simples en apparence, n'ont toujours pas été mises en branle jusqu'à maintenant. Entre temps, certaines préoccupations prennent encore plus d'importance.

C'est le cas, tout particulièrement, du vieillissement et de la violence conjugale des lesbiennes.

Le vieillissement et la violence conjugale chez les lesbiennes

Peu de temps s'est écoulé depuis que des lesbiennes sont sorties de la clandestinité et ont dévoilées leur orientation sexuelle. Une première génération de ces femmes approche du troisième âge après avoir mené, durant de longues années, un combat pour l'égalité et la reconnaissance de leurs droits. À cette étape de la vie où on aspire à la tranquillité et au repos, il ne faudrait surtout pas que pour éviter d'autres affrontements, elles en soient réduites à se taire, à s'isoler, à se nier. La question mérite réflexion. L'attitude du personnel des centres d'hébergement, le rapport avec les proches, les conditions d'hébergement, la cohabitation des couples de même sexe et les activités de loisir sont autant de pistes à explorer – sans tarder – pour répondre à ces besoins spécifiques. C'est dans cette perspective que le Réseau des Lesbiennes du Québec en partenariat avec l'Alliance de recherche IREF/ Relais-Femmes a initié une recherche sur l'adaptation des services à l'hébergement et/ou au maintien à domicile aux besoins et aux réalités des lesbiennes âgées.

Par ailleurs, les lesbiennes de tout âge sont de plus en plus confrontées à la violence conjugale. Sujet tabou chez les femmes hétérosexuelles, c'est un des secrets les mieux gardés chez les lesbiennes. Le phénomène de la violence conjugale est d'une telle complexité que dans les couples hétérosexuels, tant la victime que l'agresseur vont, en général, chercher de l'aide auprès des personnes ayant vécu une expérience similaire. Il en va de même pour les les-

(suite de l'article page 19) ►

La santé mentale des femmes : l'intolérance envers la différence

♦ Sylvie Lemoine,
intervenant en ressource alternative en
santé mentale Relais-La Chaumière Québec

♦ Fernande Ménard,
formatrice en intervention féministe



La détresse psychologique chez les femmes est en progression, les moyens conventionnels pour la contrer s'avèrent souvent inefficaces et semblent mener à l'impasse. Les intervenantes féministes se doivent donc d'être à la recherche de nouvelles avenues de travail

Confrontée aux diverses formes d'oppression, la femme a intérêt à briser son isolement, ce qui contribue à lui faire comprendre qu'elle n'est pas la cause première et la seule responsable de sa situation.

Dans son magistral ouvrage *L'intolérance*, Lise Noel nous ouvre une piste de réflexion qui rejoint nos préoccupations. En effet, elle explique l'intolérance face à la différence en décortiquant globalement les rapports oppresseur-opprimé tout en mentionnant que si l'amélioration de la condition des femmes ne constitue pas une cause unique à servir, elle est inclusive de toutes les oppressions.

L'auteure explique comment les dominants s'y prennent pour garder les dominés dans leur condition d'aliénation pour, disent-ils, le plus grand bien de ces derniers. À cette stratégie se greffe un discours propagé par une minorité (opresseur) envers une majorité (opprimé) à qui on refuse sa propre histoire. En cours d'analyse, madame Noel trace le portrait de ceux qui détiennent la Seule et Unique Vérité. Au sommet de la hiérarchie, ils sont blancs, adultes, mâles, hétérosexuels, en santé physique, mentale

et financière. S'ils ne sont pas nombreux, ils détiennent néanmoins le pouvoir, et comme elle le mentionne si bien : « Parce qu'il possède le pouvoir, l'opresseur a aussi le pouvoir de le conserver ».

Tous les groupes d'opprimés souffrent de leur condition. Chez les femmes s'ajoutent les stéréotypes sexistes, tous ces facteurs constituent des ingrédients favorables à la détresse psychologique. Pour voir une lueur d'espoir devant cette situation, il faut renverser le rapport de force dans le but de conquérir non pas le pouvoir sur quelqu'un mais le pouvoir de faire quelque chose (pouvoir d'agir). L'auteure propose trois pistes d'action et de travail : **l'identité**, **l'autonomie** et la **prise de pouvoir**. L'intervention féministe propose les mêmes stratégies d'émancipation pour les femmes.

L'identité

Confrontée aux diverses formes d'oppression, la femme a intérêt à briser son isolement, ce qui contribue à lui faire comprendre qu'elle n'est pas la cause première et la seule responsable de sa situation. Au-delà des rôles sociaux, elle prendra conscience de ce qu'elle est vraiment : ce qui contribuera à (re)bâtir son estime d'elle-même et (re)connaître ses forces, longtemps dénigrées et perçues comme des faiblesses. Également, elle remettra en question le discours et le comportement dominants pour se (re)découvrir, pour être fière de sa différence, bref, pour se donner le droit d'exister. Tout ce cheminement ne pourra se faire que si elle accepte de prendre contact avec sa colère, sa honte et sa culpabilité afin de cesser de tout retourner contre elle.

L'autonomie

La femme opprimée apprendra à remettre en question la « norme » et à saisir toutes les lacunes de l'opresseur. Quand elle aura appris à s'aimer pour elle-même et cessera d'investir uniquement dans le bonheur des autres, elle se sentira plus apte à faire ses propres choix, réaliser ses projets, ses rêves. Pour cela, il lui faudra nécessairement se donner le droit à l'erreur. Ce sera le début d'une certaine autonomie, tant personnelle que financière. En refusant la subordination et en (re)prenant le contrôle de son propre sort, elle pourra alors exiger l'égalité dans la différence.

Le pouvoir

Pour accéder à l'autonomie, la femme opprimée sera encouragée à passer à l'action, c'est-à-dire à acquérir le pouvoir d'agir, l'action de s'affirmer, d'approprier l'exercice de la parole pour s'exprimer, se mettre en action pour changer des choses dans sa vie, dans son environnement, dans la société. Ainsi, elle (re)trouvera la capacité de répondre à ses besoins et le droit au plaisir. Il s'agit là d'une étape essentielle dans sa démarche de prise de contrôle sur sa vie.

Ces trois étapes ne sont ni dans l'ordre ni dans le désordre. Elles sont parfois parallèles ou concomitantes, mais toutes font appel à l'action. Dans un contexte d'intervention, non seulement nous devons encourager l'action (le pouvoir d'agir) à un niveau collectif mais nous devons d'abord investir dans une démarche individuelle. Pour réaliser ce cheminement, certaines femmes ont besoin de support et d'accompagnement, ce qui exige des intervenantes féministes le développement de stratégies particulières, stratégies que nous aborderons dans un deuxième article.

Savoir qui on est, être autonome et avoir la possibilité d'agir sont des étapes incontournables pour l'émancipation des femmes pour contrer la détresse psychologique et mener nos luttes collectives. ☐

Noël Lise, *L'intolérance, une problématique générale*, Boréal, Montréal, 1991.

► (suite de « Ce que les lesbiennes... »)

biennes pour ne pas se sentir jugées, méprisées, ridiculisées, elles ont besoin de se reconnaître dans les personnes auprès de qui elles vont chercher de l'aide, de se reconnaître non seulement par le sexe mais aussi par l'orientation sexuelle et le vécu.

Malheureusement, très peu de lesbiennes reçoivent de l'aide parce que de telles ressources sont presque inexistantes. Seul le Groupe d'intervention en violence conjugale chez les lesbiennes (GIVCL) offre ce genre de services spécifiques et ce aux seules lesbiennes de Montréal. Les instances gouvernementales doivent allouer les fonds nécessaires pour que de telles ressources s'étendent et s'organisent dans toutes les régions.

En conclusion

Les lesbiennes doivent prendre en charge leur santé. Comme les femmes l'ont fait et le font encore en tant que femmes, elles doivent, en tant que lesbiennes, exiger le financement et la place qui leur revient. Les besoins spécifiques en santé lesbienne doivent être reconnus et être interprétés comme tels. Cela passe inévitablement par la sensibilisation aux réalités vécues par les lesbiennes. Cela passe inévitablement par une attitude d'ouverture. ☐

1. Orientations ministérielles : L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1997.

La santé préoccupe-t-elle les adolescentes ?

♦♦ Lucie Thibodeau



Le *Sans Préjudice* s'intéresse à la santé des femmes sous de multiples angles depuis de nombreuses années. Les différents articles qui l'ont habité ont rarement abordé la santé sous l'angle des adolescentes. Afin d'intégrer ce thème dans cette édition bilan et ainsi enrichir le dossier de la santé des femmes d'une nouvelle facette, nous avons convié une dizaine d'adolescentes à un déjeuner tout simple au cours duquel elles

Une fille en santé, c'est une personne active, rayonnante, bien dans sa peau, heureuse ; la santé, ça se voit, ça se sent, affirment-elles.

ont été invitées à exprimer et partager leurs idées sur la santé, l'apparence, la consommation, la maternité. Une rencontre qu'elles ont acceptée avec générosité et enthousiasme, comme si elles étaient ravies d'avoir la chance de parler de sujets qui les touchent de près.

Les adolescentes du déjeuner santé ont treize ou seize ans, fréquentent l'école publique Du Phare, à Sherbrooke, et sont inscrites au volet international. Un échantillon basé sur la volonté de participer à ce déjeuner, dans un groupe de filles d'un programme scolaire enrichi, n'est certes pas représentatif de toutes les adolescentes, mais donne un éclairage sur ce que pensent des jeunes filles d'aujourd'hui.

La santé, c'est important ?

Une fille en santé, c'est une personne active, rayonnante, bien dans sa peau, heureuse, la santé, ça se voit, ça se sent, affirment-elles. Elles sont en santé, elles le croient.

Elles savent bien que de nombreux facteurs influencent leur état de santé et font un lien rapide entre la santé et les émotions, la nutrition, le stress, la vie familiale, l'environnement, la gestion du temps.

Les amies d'abord, la mère, le père et le *chum* ensuite, jouent un rôle important en étant attentifs et en reflétant les changements d'humeur et d'apparence qui donnent un message sur l'état de bien-être.

Lorsqu'elles ont un problème de santé, elles en parlent surtout à leur mère ou à une amie. Les adolescentes souhaitent parler avec leurs parents de ce qu'elles vivent et être accueillies ou conseillées sans que cela ne provoque de réactions extrêmes. La peur d'être jugée ou de faire réagir les parents amène certaines à choisir de s'adresser à un professeur ou à un professionnel de la santé.

Ces adolescentes hésitent à dire que les services de santé sont suffisants mais affirment d'emblée que l'effort devrait être mis sur la prévention, la promotion de la santé, la publicité qui encourage des comportements de santé et sur l'information pour que les jeunes connaissent les services existants. Si elles avaient la possibilité de diriger le système de santé, elles établiraient comme priorités la réduction des listes d'attente, l'amélioration de la relation médecin-patient, la sensibilisation au don d'organes, l'amélioration des conditions de vie des jeunes enfants, la création de cliniques publiques pour désengorger les urgences, le support aux proches des mala-

des, le traitement des personnes qui ont vécu des traumatismes dans l'enfance pour les aider à s'en libérer. Un programme fort pertinent et des filles bien informées !

La santé est tellement importante pour elles qu'elles n'échangeraient pas une fortune contre une petite maladie chronique !

L'apparence : passeport bonheur pour les filles ?

« L'apparence, ça ne compte pas, ce qui est important, c'est d'être bien dans sa peau. Quand on est heureuse, ça ressort et ça rend belle. La beauté, c'est bien plus la personnalité, les valeurs. » Selon elles, les modèles des revues sont choquants parce que trop parfaits. Ils ne correspondent pas à la réalité et sont idéalisés par les gars. La publicité amène les gars à rechercher chez les filles les critères qu'elle valorise.

Les adolescentes croient qu'avec de l'argent, chacune pourrait ressembler à ces images

L'apparence, ça ne compte pas ; ce qui est important, c'est d'être bien dans sa peau. Quand on est heureuse, ça ressort et ça rend belle.

qui sont de toutes façons retouchées, elles seraient bien prêtes à se comparer au moment du réveil ! Elles sont catégoriques : les vraies filles ne ressemblent pas aux modèles des revues et ce n'est pas un drame puis-

que l'important est ailleurs. Que les gars se le tiennent pour dit !

Aussi pleines de sagesse soient-elles, elles ne sont pas toujours satisfaites de l'image que leur reflète leur miroir. Ça dépend beaucoup de leur humeur. Aucune ne dit qu'elle tente de maigrir. Certaines font attention à ce qu'elles mangent, d'autres passent de la grande bouffe à la disette : une est déprimée parce qu'elle est trop mince et une autre se trouve bien correcte, alors que tous lui disent qu'elle est donc petite !

Ces adolescentes ont un groupe d'amies qui se disent de belles choses et ont développé une complicité qui les aide à s'accepter et à se sentir bien dans leur corps. Les filles très minces et les filles grosses sont plus souvent sujettes aux remarques désagréables, les dernières sont victimes de méchancetés de la part des garçons surtout.

Malgré tout ce qui précède, une fée qui aurait le pouvoir de transformer chacune à sa guise ne chômerait pas : plus de hanches, une taille bien définie, un autre nez, quelques centimètres de plus, un ventre musclé, des mains différentes, des cheveux moins épais, des cheveux frisés, quelques kilos de plus, des cuisses plus fermes, un visage d'une autre forme. Comme ce n'est pas possible, on s'accommode de ce que la nature nous a donné.

Drogues et alcool : expérimentation ou mode de vie ?

La limite d'âge à 18 ans pour le droit de consommer de l'alcool leur paraît correcte. La légalisation des drogues douces ne leur semble pas une bonne idée. « Il y aurait trop de monde *buzzé*. Les jeunes commenceraient plus tôt à consommer et certains iraient plus facilement jusqu'aux drogues dures. D'un autre côté, ce qui est permis est bien moins attirant. » C'est le paradoxe. Elles pensent que les personnes qui consomment des drogues dures ou de grandes quantités d'alcool ont des problèmes à régler, cherchent à oublier quelque chose.

Leurs expériences de consommation leur ont permis de se sentir moins inhibées, de dire ce qu'elles pensaient, de se sentir dans le *party*. Elles affirment toutes garder le contrôle de leur consommation et sentir le signal qui leur indique quand c'est assez. La grande majorité des dix adolescentes consomment à l'occasion de l'alcool et ont

déjà consommé des drogues douces. Trois d'entre elles fument la cigarette.

Les parents semblent ne pas être très au courant de la consommation de leur adolescente. Elles disent que les messages des

L'accouchement leur semble un événement merveilleux et intense pour lequel la douleur a un sens.

parents sont inconstants, entre le laisser-aller et la restriction ferme, et sexistes. De façon générale, les adolescentes décodent que leurs parents souhaitent

qu'elles soient raisonnables et consomment de façon modérée, en fonction de leur âge.

Pouvoir faire des enfants : une chance ou un inconvénient ?

Les menstruations sont vécues différemment d'une adolescente à l'autre. Celles qui vivent des malaises importants ou des menstruations prolongées aimeraient bien pouvoir changer cela. Des menstruations une fois par année plairaient à plusieurs. Elles sont contentes de pouvoir avoir des enfants. Elles perçoivent la grossesse comme une période de grands changements physiques et comportementaux. L'accouchement leur semble un événement merveilleux et intense pour lequel la douleur a un sens.

Ces adolescentes sont toutes favorables à l'avortement et croient que c'est à la fille de décider. Si elles devenaient enceintes maintenant, elles choisiraient de se faire avorter dans l'anonymat, en souhaitant une fausse-couche qui mettrait fin naturellement à cette grossesse. Certaines choisiraient l'adoption. Toutes ces décisions sont très difficiles à prendre et ont un impact sur toute leur vie, affirment-elles.

La virginité est un symbole qui n'a pas d'importance pour elles mais semble en

avoir pour les garçons. Elles ne croient pas qu'il y ait un âge idéal pour avoir une sexualité active. Elles affirment qu'elles le savent quand elles sont prêtes et que c'est lié à la confiance qu'elles ont en leur *chum* et la complicité qui s'est développée entre eux.

Certaines adolescentes désirent que leurs parents leur fassent confiance et qu'ils ne se mêlent pas de leur vie sexuelle. D'autres aimeraient bien tout dire à leurs parents, si elles n'avaient pas peur de se faire rejeter. Les questions sur la sexualité, elles les posent à leurs amies. Elles croient que leurs parents ne veulent pas vraiment savoir qu'elles ont une vie sexuelle active.

Une fort belle rencontre qui donnait envie d'en savoir davantage. Envie de connaître le fond de leur pensée, de toucher leur cœur. Envie de savoir si ces réponses solides, cohérentes, matures, très acceptables dans un groupe, auraient été différentes si le contexte de l'entrevue l'avait été. Une dernière question tout de même : à quel âge une femme est-elle vieille ? Il n'y a pas d'âge lié à la vieillesse, c'est davantage une question d'attitude, de capacité de s'amuser et d'aimer. □

► (suite de « Mondialisation et la »)

permis d'améliorer l'équité entre les groupes de la population de deux manières. D'une part, par un certain partage des revenus des riches vers les plus démunis, les riches payant proportionnellement plus d'impôt et, d'autre part, par le partage des coûts reliés aux services par l'ensemble de la population pour soutenir les personnes malades, le financement n'étant pas lié à l'utilisation des services.

Nous voulons que le Québec soit parmi les sociétés industrialisées qui tracent la voie à une conception résolument solidaire du bien commun, une conception qui tienne compte des femmes en maintenant, entre autres, un système de santé et de services sociaux entièrement public, accessible, gratuit et universel. À un moment où la santé des entreprises préoccupe davantage que la santé des êtres humains, il est nécessaire de ranimer la vision radicale de solidarité d'où est né le mouvement des femmes.

Les accords internationaux ne protègent que les investisseurs et non les valeurs de solidarité, d'égalité, de coopération entre les pays, entre les peuples, entre les femmes et les hommes. Pour contrer cette force offensive néo-libérale, il faut répondre par une volonté de résistance sans équivoque et rétablir de nouveaux rapports de force tant au niveau local, national qu'international.

Nous souhaitons que le mouvement des femmes s'implique encore davantage sur le plan de la solidarité internationale. Nous devons lutter collectivement pour que l'intégration de clauses sociales et écologiques fasse partie intégrante des contrats commerciaux internationaux. Il s'agit là de mesures minimales pour limiter l'exploitation éhontée des femmes des pays en développement et l'érosion des droits acquis des femmes des pays industrialisés. [2]

La réflexion que nous vous proposons a été alimentée par les travaux de la Marche mondiale des femmes, la Coalition solidarité-santé et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.

► (suite de « La santé «sens» dessus »)

ère de mondialisation, ce type de mouvement est important plus que jamais. Il doit approfondir ses racines, élargir ses horizons et surtout, ne pas simplement s'inscrire en réaction à la situation actuelle mais bien tra-

vailler à construire ou plutôt à reconstruire, défendre et propager une vision, une conception, une définition de la santé et de la société qui redonnent à l'humain son humanité et à la vie un sens. [3]

Nouvelles brèves

Répertoire Internet des femmes canadiennes

Créé par l'Association Womenspace, le Répertoire Internet des femmes canadiennes relie les internautes aux ressources en ligne pour l'égalité des femmes. Le répertoire offre des liens vers des sites organisationnels

et individuels faisant la promotion de la connaissance des questions importantes pour l'égalité des femmes, des débats, campagnes, du militantisme, de la créativité, des services, recherches et questions politiques. <http://repertoire.womenspace.ca> ►

Femmes, santé et action

Le plus récent feuillet d'information « Femmes, santé et action » produit par l'Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF) porte sur la relation entre la santé, le revenu, la situation sociale, l'impact du racisme et de l'environnement sur la santé. Il examine différents facteurs tels l'estime de soi, la nutrition, l'image corporelle, l'activité physique et le contexte socio-économique et politique. Il est disponible en copies papier ou sur le site Internet dans les deux langues officielles.

ICREF

Info@criaw-icref.ca
(613) 563-0681
151, rue Slater, bureau 408
Ottawa (Ontario)
K1P 5H3

Formation à la cape cervicale

Le Centre de santé des femmes de Montréal (CSF Mtl) offre une formation à la cape cervicale aux intervenantes en planning des naissances. Cette formation d'une durée de 14 heures s'échelonne sur deux jours. Les prochaines dates de formation

sont les 9 et 10 novembre 2001, les 8 et 9 février 2002 et les 5 et 6 avril 2002. Pour recevoir le dépliant portant sur cette formation ou obtenir des informations supplémentaires, communiquez avec le CSF Mtl au (514) 270-6112 ou (514) 270-6110.

Nouveau « look »

du site Internet du Réseau

Nous vous invitons à visiter le site Internet du Réseau qui a fait peau neuve avec sa nouvelle vitrine. Veuillez prendre note de notre nouvelle adresse : www.rqasf.qc.ca. Vos commentaires sont les bienvenus.

Le Comité de rédaction

Sandra Chastenay, France Frenette, Lise Lamontagne,
Lynda Leblond, Fernande Ménard,
Stéphanie Paquin, Nathalie Parent

Correction POPCOMM

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

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
D'ACTION
POUR LA SANTÉ
DES FEMMES



423, rue Drolet
Bureau 406
Montréal QC H2W 2L7
514-877-3189
rqasf@rqasf.qc.ca

*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 ☐