

Sans préjudice...

pour la santé des femmes

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Dossier besoins spécifiques de certaines femmes

Dépistage et diagnostic du cancer du sein

❖ RQASF

Chaque année au Québec, 4 100 femmes développent un cancer du sein. Il est impossible de le prévenir, les causes de cette maladie n'étant pas encore connues. Cependant, le cancer du sein est l'un des cancers qui se traite et se guérit le mieux. Depuis le début des années 1990, le taux de mortalité due au cancer du sein diminue. On attribue cette baisse, entre autres, au dépistage précoce des tumeurs et à l'efficacité accrue des traitements. La lutte contre le cancer du sein constitue donc une priorité de santé publique et le dépistage précoce de cette maladie en est la pierre angulaire.

Cependant, les femmes ne constituent pas un groupe homogène. En raison de besoins inhérents à leur situation, certaines femmes peuvent éprouver des difficultés particulières lorsqu'il s'agit d'effectuer les démarches de dépistage et de diagnostic du cancer du sein. C'est le cas notamment pour les femmes analphabètes, les femmes vivant avec une déficience intellectuelle, les femmes issues des communautés ethnoculturelles, les femmes éprouvant un problème de santé mentale et les lesbiennes.

Femmes analphabètes

L'analphabétisme est un obstacle aux démarches de dépistage et de diagnostic. Par exemple, les femmes analphabètes ou faibles lectrices ne peuvent lire ou comprendre la lettre d'invitation à passer une mammographie que reçoit toute citoyenne de 50 à 69 ans dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Avec une aide à la lecture, elles seraient davantage en mesure de prendre une décision sur la question. Cependant, le réseau familial ou social des personnes analphabètes peut être très restreint et lui-même démuné. Les informations peuvent susciter des commentaires et des interprétations de toutes sortes. Il est donc important que les femmes ayant des difficultés de lecture soient informées

Sommaire

Dossier besoin
spécifiques de
certaines femmes

Femmes autochtones
et santé

4

Femmes
sans frontières

6

La procréation
médicalement assistée

8

Je surveille
mon plaisir...
et je veux m'en souvenir!

10

Toute ma vie,
j'ai pris soin

11

Chronique
à voix haute et
en toutes lettres!

Femmes sans hommes,
femmes sans sexe

13

Chronique
internationale

Le Canada sera l'hôte
de la 9e Rencontre
internationale sur les
femmes et la santé

14

Nouvelles brèves

15

des résultats lors de rencontres avec le médecin ou l'infirmière pour leur permettre d'obtenir des informations justes.

Le besoin de vulgarisation est important. Le vocabulaire entourant les examens complémentaires peut effrayer au point d'amener certaines de ces femmes à se retirer de la démarche. D'autres n'oseront pas demander de l'aide, ni poser de questions. Elles peuvent donc avoir grand besoin d'être accompagnées.

Femmes vivant avec une déficience intellectuelle

Les femmes vivant avec une déficience intellectuelle ne peuvent décoder seules les différentes étapes de dépistage. Les femmes ayant une déficience légère doivent habituellement être accompagnées lors de leurs démarches dans le réseau de la santé. Cependant, on ne peut s'assurer que les proches leur transmettent toutes les informations pertinentes. Plusieurs insatisfactions liées aux rapports avec le système de santé (difficulté à faire comprendre les vrais besoins de la personne déficiente, besoins de répit ou épuisement des proches) peuvent conduire l'entourage à ignorer les démarches de dépistage du cancer du sein.

Le simple fait de rompre la routine quotidienne des personnes vivant avec une déficience intellectuelle peut les perturber. Si la préparation est inadéquate, la seule vue des appareils liés aux tests de dépistage peut entraîner un niveau élevé d'anxiété. Dans certains cas, les femmes déficientes peuvent développer des comportements phobiques : par exemple, elles pourraient subitement refuser de se dévêtir.

Il est indispensable qu'une personne significative accompagne la femme vivant avec une déficience intellectuelle. Il est donc essentiel d'offrir d'abord un soutien à cette accompagnatrice. Celle-ci a besoin d'être bien

informée de la manière dont les examens se feront. Avec les intervenantes du centre hospitalier, elle doit pouvoir rassurer à tout moment la femme qu'elle accompagne. Si la confiance ne s'établit pas, la femme vivant avec une déficience intellectuelle pourrait, par des comportements réactifs, se soustraire complètement aux tests.

Femmes issues des communautés ethnoculturelles

Une étude pancanadienne sur la santé des femmes réalisée en 1994-1995 a démontré que les femmes nées en Asie, en Amérique du Sud ou en Afrique étaient les moins susceptibles d'indiquer avoir eu une mammographie. Chez les femmes immigrantes, le fait d'être établie récemment au Canada (moins de dix ans), la précarité du statut économique et la connaissance limitée de la langue du pays d'adoption constituent des facteurs contribuant à un faible taux de fréquentation du système de santé. Ces facteurs font donc obstacle à la participation des femmes des communautés ethnoculturelles aux démarches de dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, la dimension culturelle a un impact sur le sens que les femmes immigrantes accordent à des thèmes aussi vastes que la santé, la maladie, la prévention ou la guérison. Ainsi, le système de valeurs, les normes, les croyances religieuses et populaires et les attitudes face à la santé en général constituent des aspects pouvant éloigner certaines femmes de toute démarche officielle de dépistage en matière de santé. Les activités reliées à la prévention sont rares et la visite régulière chez un médecin n'est pas une pratique courante.

La réponse aux besoins d'information sur les pratiques de santé au pays, la vulgarisation et l'adaptation culturelle de cette information, la compréhension des croyances et pratiques personnelles en matière de santé, la démysti-

fication de certaines peurs reliées aux étapes de dépistage et de diagnostic, l'accompagnement par une personne proche ou provenant d'une ressource extérieure – qui comprend la langue et la culture – pourraient faciliter la participation des femmes issues des communautés ethnoculturelles aux démarches de dépistage du cancer du sein.

Femmes éprouvant des problèmes de santé mentale

Les femmes éprouvant des problèmes de santé mentale peuvent ne pas s'intéresser aux différentes démarches de dépistage du cancer du sein : la démarche en elle-même peut être perçue comme un ajout de pression à ce qu'elles vivent déjà ou comme source de nouvelle détresse.

Il est important de dédramatiser l'action à venir. Le déni est une réaction assez fréquente chez les personnes en détresse. Accrochées

Souvent victimes de préjugés, les lesbiennes préfèrent remettre les tests de dépistage ou les rendez-vous médicaux aux calendes grecques.

à leur souffrance, elles peuvent ignorer toute démarche pouvant générer de l'anxiété. Envisager des examens de dépistage ou ressentir la menace possible d'être atteinte du cancer peut

déclencher chez certaines femmes un phénomène de dissociation ou un épisode psychotique, ultime manifestation du déni.

Certaines n'ont pas le niveau d'attention ou la concentration nécessaire pour lire un document. La médication, parfois très puissante, peut en être la cause. Un support est alors nécessaire.

Toutes les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale ne réagissent pas de la même manière ni au même degré. Un trait commun demeure toutefois : la tendance à l'isolement et à la passivité. Pour éviter d'accroître l'anxiété ou de faire face à l'émotion, les femmes peuvent s'exclure de toute action, « se couper des autres ».

L'intervention auprès des femmes éprouvant des problèmes de santé mentale doit se faire avec elles et être basée sur l'écoute active. Sans relation de confiance, sans écoute, sans support, il est difficile pour ces femmes de participer aux étapes de dépistage.

Lesbiennes

Les lesbiennes ont des réticences à consulter les médecins, la pratique médicale s'étant articulée autour du concept d'hétérosexualité. Le fait d'être lesbienne les marginalise d'emblée. Par conséquent, elles participent très peu aux programmes de prévention à l'intention des femmes.

Le silence des intervenantes qui coupent court à une entrevue et n'indiquent pas de rappel pour un suivi, le fait d'écrire en gros dans le dossier médical que la femme est lesbienne, la non-reconnaissance de la place de la conjointe dans l'accompagnement sont autant d'expressions de la discrimination. Souvent victimes de préjugés, les lesbiennes préfèrent remettre les tests de dépistage ou les rendez-vous médicaux aux calendes grecques. Des études font état d'un taux plus élevé de mortalité suite à un cancer du sein chez les lesbiennes, ce qui s'explique par des diagnostics souvent tardifs.

Pour faciliter la participation des lesbiennes au dépistage, la conjointe peut jouer un rôle dès le début. Face à un rappel pour des examens complémentaires, la présence d'une personne significative, en l'occurrence la conjointe, peut être primordiale.

Être marginalisée ou exclue ajoute à l'anxiété et à l'angoisse des femmes. L'écoute offerte aux lesbiennes doit refléter l'acceptation des différences et non seulement un exercice de tolérance. L'établissement d'une relation de confiance avec l'intervenante saura aider les lesbiennes à s'impliquer davantage concernant leur santé.

(suite de l'article page 7) ►

Femmes autochtones et la santé

✦ Prudence Hannis

Coordonnatrice du dossier de la santé,
Femmes Autochtones du Québec

Les problèmes de santé communautaire, familiale et individuelle au sein des populations autochtones ont fait l'objet d'une attention approfondie.

Les différentes analyses démontrent qu'il existe des écarts substantiels entre les Premières nations et le reste de la population canadienne quant à l'état de santé et aux conditions sociales. L'espérance de vie, les indices de revenu, de logement, de santé, d'éducation, etc., sont inférieurs à ceux du reste de la population canadienne. Au nombre des principaux problèmes de santé identifiés aux-

L'insuffisance des services, et même parfois l'absence de services, notamment en milieu isolé, constitue une des préoccupations majeures...

quels les femmes autochtones sont plus vulnérables que les Canadiennes, on retrouve le cancer du col utérin, de la vessie et des reins, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, les incapacités, les blessures et empoisonnements, la tuberculose, l'arthrite et les rhumatismes, l'asthme et le cancer. En matière de problèmes sociaux, la violence, l'abus sexuel, l'abus de substances, le syndrome d'alcoolisation foetale et les effets de l'alcoolisme foetal ainsi que le VIH-SIDA constituent les problématiques les plus alarmantes.

Les défis que présente l'amélioration de la santé des femmes autochtones, de leurs enfants et des collectivités sont nombreux et ne pourront être relevés que si l'on intervient d'abord sur les problèmes de fond qu'ont identifiés, au moyen de divers médias, les femmes autochtones elles-mêmes. Ces dernières soulignent particulièrement l'insuffi-

sance des ressources matérielles, humaines et financières qui pose un obstacle de taille à l'exercice de promotion de la santé, à la nature, à la qualité ainsi qu'à la continuité des services et des soins de santé dispensés.

L'insuffisance des services, et même parfois l'absence de services, notamment en milieu isolé, constitue une des préoccupations majeures, particulièrement en termes de ressources à l'intention des victimes de violence physique ou sexuelle, de lieux de réhabilitation, de services de garde, de services spécifiques au genre, de services de soutien à la famille, de services mères-enfants et de services spécialisés, notamment en santé mentale. Par ailleurs, l'insuffisance du nombre d'intervenants en milieu autochtone constitue un problème connu. À cela s'ajoute le manque de soutien à leur intention, notamment en ce qui concerne leur formation, la nature de leur mandat, la forte pression émotive et psychologique à laquelle ils sont soumis et qui les expose à l'épuisement professionnel. Ces insuffisances expliquent aussi, en partie, le taux élevé de roulement de personnel, le manque de suivi et de continuité dans la prestation de services et la ponctualité des soins dispensés. Les approches d'intervention semblent aussi inadéquates et incomplètes dans la mesure où elles accusent de sérieuses lacunes quant à la perspective holistique souhaitée par les femmes autochtones, c'est-à-dire une approche tenant compte de la globalité des besoins (besoins sociaux, spirituels, besoins de santé, de logement, etc.). Ce qui pose problème, c'est la ponctualité, la parcellisation et l'indépendance des services. Il va sans dire que ces principaux problèmes exigent que soit relevé un autre défi de taille : assurer un financement adéquat des ressources nécessaires à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes autochtones et ce, qu'elles soient bénéficiaires ou dispensatrices de soins.

Un autre problème d'envergure est celui de l'insuffisance des programmes de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Parmi les thèmes jugés prioritaires figurent le syndrome d'alcoolisation fœtale, la nutrition, l'éducation sanitaire, la violence, l'abus de substances, l'abus sexuel et la santé génésique et sexuelle. Nous constatons que les femmes autochtones ont recours aux services principalement dans des situations d'urgence, qu'elles sont moins enclines à effectuer des examens de routine, notamment en gynécologie, qu'elles tardent

Il nous semble tout aussi important de miser sur le développement d'approches communautaires, notamment en favorisant le développement de services et de programmes culturellement adaptés.

à consulter et que, par conséquent, les problèmes de santé s'amplifient. C'est notamment le cas pour les cancers du col utérin et du sein, ainsi que pour le VIH-SIDA où, trop sou-

vent, les diagnostics sont établis à un stade avancé de la maladie. Il faut donc, en priorité, poursuivre et intensifier l'exercice de la prévention, promouvoir l'importance du dépistage précoce, mais aussi et surtout, il faut comprendre que les exercices de prévention, de sensibilisation et d'éducation n'auront de succès que si l'on adopte une perspective à long terme.

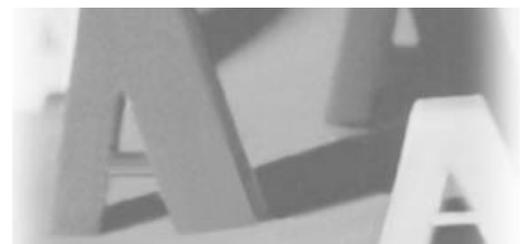
Nous avons, très succinctement, tenté de faire la lumière sur les principaux besoins des femmes autochtones en matière de santé. Or, il faut garder à l'esprit que les besoins sont complexes et qu'un simple article ne permet pas de les expliciter en détail. Nous désirons toutefois insister sur la nécessité de développer des techniques d'approche efficaces; parmi les solutions, celle qui semble la plus prometteuse favorise l'élaboration d'approches multidisciplinaires, complémentaires, globales et intégrées des services et programmes de santé.

Il nous semble tout aussi important de miser sur le développement d'approches communautaires, notamment en favorisant le déve-

loppement de services et de programmes culturellement adaptés. Cela implique, par définition, d'appuyer les communautés dans la mise sur pied de projets conçus par les communautés elles-mêmes, en plus de voir à ce que les services soient dispensés dans une perspective holistique.

Les grands enjeux qui se dégagent consistent alors à optimiser les ressources et à les organiser de façon à ce qu'elles répondent le plus adéquatement possible aux besoins des populations desservies. Il faut toutefois garder à l'esprit que les femmes autochtones constituent un groupe fortement hétérogène et qu'il est ardu de concevoir des solutions globales et uniques, applicables à toutes sans tenir compte des différences historiques, des expériences sociales variées, des nations auxquelles elles appartiennent, de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur lieu de résidence et du statut qu'elles détiennent selon leur reconnaissance (ou non-reconnaissance) juridique. Cet aspect confirme la nécessité d'élaborer une stratégie multisectorielle et concertée, qui respecte la diversité des femmes et qui tienne compte des enjeux spécifiques à chaque sous-groupe. ☐

Cet article a été rédigé à partir du document «Femmes Autochtones et santé: Un état de la situation – Rapports et recommandations», préparé par Prudence Hannis (Femmes Autochtones du Québec, août 2001). Femmes Autochtones du Québec est un organisme sans but lucratif qui représente plus de 3 000 femmes issues de toutes les Premières nations du Québec. Depuis sa fondation en 1974, Femmes Autochtones du Québec investit temps et énergie pour l'amélioration des conditions de vie des femmes et de leur famille. La justice et les droits de la personne, la promotion de la non-violence, l'emploi, la formation et la santé constituent les principaux domaines dans lesquels l'organisme s'implique activement.



Femmes sans frontières

♦ Teresa Alejandra Peñafiel, AMEIPH

« **Femmes sans frontières** », c'est le nom choisi par des femmes handicapées issues de diverses communautés ethnoculturelles pour désigner leur comité, formé en 1998 par l'Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées (AMEIPH). Le but de ces femmes : s'entraider, apprendre sur leur nouvel entourage et faire connaître, dans les divers milieux concernés, les difficultés particulières qu'elles vivent.

Pourquoi parler de difficultés particulières ? À vous de l'imaginer. Lorsque vous êtes une femme handicapée, membre d'une minorité visible, immigrante, mère monoparentale, quelle partie de votre identité est visée par des phrases ou des actions qui vous limitent, qui vous blessent ? Comment vous défendre quand vous vous faites refuser un logement ou que vous êtes considérée comme « mère incapable », ou qu'on se réfère à vous comme « le fauteuil » au lieu de « la dame » ?

Certaines communautés ethnoculturelles perçoivent le handicap comme une malédiction divine et pensent que les femmes handicapées n'ont pas besoin d'éducation.

Les obstacles rencontrés par les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles dans leur nouvelle société peuvent venir des perceptions culturelles de **leur propre communauté**. Par exemple, certaines communautés perçoivent le handicap comme une malédiction divine ou pensent que les femmes handicapées n'ont pas besoin d'éducation. Ces femmes peuvent alors se faire refuser l'accès à l'éducation ou même à des traitements médicaux ou thérapeutiques, ce qui peut met-

tre leur avenir ou leur santé en péril. Le fait que le système scolaire et le système de santé au Canada offrent des ressources à la population ne veut pas dire que toutes les personnes y accèdent automatiquement.

Pensons à Aïsha¹, d'origine iranienne, qui a une déficience visuelle partielle. Sa mère a tout fait pour cacher au reste de la famille cette déficience (même après leur arrivée au Canada) puisque, dans sa culture, les femmes n'ont un avenir prometteur que dans un bon mariage et que c'est l'entourage qui décide quelles sont les femmes susceptibles de faire de bonnes épouses. Pour la mère d'Aïsha, dire que sa fille avait une déficience, c'était la condamner au célibat. D'un autre côté, en ignorant la déficience de sa fille, elle l'a privée de nombreux moyens palliatifs qui lui auraient ouvert des portes. Aïsha a grandi avec une mauvaise image d'elle-même à cause, entre autres, des reproches injustifiés de la part de sa famille : on la traitait d'impolie parce qu'elle ne saluait pas dans la rue les gens qu'elle connaissait ou de maladroite parce qu'elle heurtait souvent des objets. Tout ceci était causé par sa déficience mais personne ne devait le savoir.

Dans d'autres cas, les barrières viennent de la **société d'accueil**. Par exemple, les mœurs de certaines cultures peuvent être mal comprises par certains intervenants et des femmes handicapées peuvent être jugées, plus facilement que quiconque, incapables à élever leurs enfants ou à occuper certains postes pour lesquels elles sont pourtant qualifiées. Ne connaissant pas bien les lois et les ressources du pays où elles vivent, ces femmes ne sauront pas comment faire respecter leurs droits.

Parlons maintenant de Sandra, d'origine haïtienne et ayant une cécité complète depuis

¹ Les noms sont fictifs.

l'enfance. Elle est une personne réservée, qui sourit tout le temps et qui s'exprime dans un français assez limité mais elle n'en est pas moins intelligente et débrouillarde pour autant. Sandra n'a eu aucune éducation dans son pays, faute de moyens. Sa langue maternelle étant le créole, elle aurait eu besoin de cours de francisation en arrivant au Québec mais ces cours ne sont pas adaptés pour les personnes handicapées. Quand elle est arrivée à l'hôpital pour accoucher de son premier bébé, on s'est adressé à elle comme à un enfant. On lui a même demandé si elle se rendait compte que ce n'était pas une poupée qu'elle avait entre les mains. Étant mère monoparentale, on lui a interdit de rentrer chez elle seule avec le bébé et on a voulu la placer dans une maison d'hébergement. Heureusement, elle a trouvé quelqu'un pour l'aider à présenter une plainte contre l'hôpital et elle a pu par la suite rentrer chez elle.

Dévoiler ce genre de difficultés, chercher des solutions à des situations de discrimination ou d'isolement ou à tout autre problème est le but du groupe ainsi que d'un document préparé par l'AMEIPH². La société en général ainsi que les intervenants appelés à travailler avec ces femmes doivent prendre conscience des situations et des particularités vécues par les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles, seul moyen pour qu'elles accèdent à une vie épanouie.

Le **Comité Femmes sans frontières** se réunit le dernier mardi de chaque mois pour échanger, planifier ou présenter des thèmes ou sujets que les femmes voudraient aborder pour leur propre avantage ou pour un changement sociétal.

Leur besoin d'être entendues est évident. À ce titre, créer des liens de partenariat entre

² Pour entrer en contact avec l'Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées ou avec le Comité Femmes sans frontières ou encore pour se procurer le document « Femmes handicapées d'origine ethnoculturelle », vous pouvez contacter Celina Hasbun au (514) 272-0680.

le Comité des femmes handicapées de l'AMEIPH et d'autres organismes de femmes est indispensable. Cet article pourrait être un pas dans cette direction. Cependant, pour que de véritables liens se développent entre les femmes d'origines diverses, il faut d'abord qu'elles se connaissent mieux. Ensuite, il faut que de part et d'autre naisse la conscience que « notre » définition de la « femme » et de « l'épanouissement » n'est pas celle de toutes et qu'accepter de travailler avec la différence est le début d'une vie plus riche et plus pleine. ☐

► (suite de l'article « Dépistage et diagnostic... »)

L'élaboration d'une éthique d'intervention qui reconnaisse les besoins des lesbiennes et permette de leur apporter le soutien dont elles ont besoin s'avérerait utile et nécessaire pour de nombreuses ressources.

Une réflexion à poursuivre, des actions à venir

Cette réflexion sur les besoins spécifiques de certaines femmes a été menée dans le cadre du développement de la trousse « Du dépistage au diagnostic : offrir du soutien à celles qui en ont besoin ». En lien avec cette démarche, des activités de formation sur l'écoute active ont été offertes par le Réseau. D'autres initiatives sont actuellement en gestation : dans un avenir rapproché, le Réseau désire mettre en place un projet de formation abordant le cadre de référence culturelle des intervenantes ainsi que les pistes leur permettant d'identifier les besoins particuliers des femmes qu'elles rencontrent. Par ailleurs, il nous apparaît opportun de poursuivre cette réflexion, entre autres, sur les besoins spécifiques des femmes vivant en milieu rural et de celles ayant un handicap physique. De même, une meilleure compréhension de l'impact des différentes croyances ou pratiques religieuses sur l'adhésion aux démarches de dépistage viendrait enrichir cette réflexion. ☐

Ce texte est une adaptation du fascicule « Les besoins spécifiques de certaines femmes » (Jolin, Goulet et Lamontagne, 2001) inclus dans la trousse « Du dépistage au diagnostic : offrir du soutien à celles qui en ont besoin » produite par le RQASF.

La procréation médicalement assistée

✦ Anne St-Cerny,

Fédération du Québec pour
le planning des naissances

Pour les couples infertiles qui désirent un enfant, les nouvelles technologies de la reproduction humaine (NTRH) semblent au premier abord une solution intéressante. Des expériences telles que celle du couple Céline Dion et René Angelil qui ont eu René-Charles grâce à la fécondation *in vitro* et pourront peut-être avoir un autre enfant grâce à un embryon congelé soulèvent l'espoir. Cependant, toutes les histoires des couples qui ont été en clinique de fertilité n'ont pas un dénouement aussi heureux.

Les NTRH ne guérissent pas de l'infertilité ou de la stérilité. Elles contournent le problème et donnent la possibilité à **quelques** couples d'avoir un enfant. Nous ignorons toujours les

Les risques que représentent pour la santé des femmes les interventions nécessaires au prélèvement d'ovules ou à l'implantation d'embryons sont peu documentés. On a encore recours à des interventions lourdes et risquées.

taux de succès réels des cliniques de fertilité puisque chacune les calcule à partir de ses propres critères. Selon ces calculs, le taux de succès de la fécondation *in vitro* (FIV) varie de 13 à 27%. Il est difficile d'obtenir l'information sur les pro-

tocoles, le nombre de couples qui donnent naissance à un enfant, les techniques et les hormones utilisées, etc., puisque les cliniques de fertilité n'ont aucune obligation de rendre leur pratique publique.

Les risques que représentent pour la santé des femmes les interventions nécessaires au prélèvement d'ovules ou à l'implantation d'embryons sont peu documentés. On a encore recours à des interventions lourdes et risquées dans le but de pallier au peu d'ef-

ficacité et au coût élevé des NTRH. Par exemple, l'hyperstimulation ovarienne par la prise de doses importantes de diverses hormones fait partie du protocole de la FIV afin d'avoir plusieurs ovules, de créer plusieurs embryons et d'en implanter trois dans l'utérus car le taux de succès de l'implantation d'un seul embryon est très faible. De plus, il est plus rentable de réaliser une intervention pour obtenir plusieurs ovules que pour n'en prélever qu'un. Malheureusement, ce sont les femmes qui paient pour cette rentabilisation par une augmentation des risques pour leur santé.

Il est temps de réaliser une véritable enquête afin de dresser le portrait de la recherche et des pratiques à travers le Québec. **Il est urgent de procéder à l'évaluation scientifique** rigoureuse à long terme des technologies de la procréation médicalement assistée (PMA) concernant **leur efficacité et leur innocuité**, d'évaluer le développement émotif et psychosocial des enfants nés des technologies de reproduction et de procéder à une évaluation des impacts sociaux de ces technologies. L'avant-projet de loi sur l'assistance à la procréation, déposé en mai 2001 par le ministre canadien de la Santé, Allan Rock, ne prévoit pas une telle évaluation.

Tout en permettant à quelques couples d'avoir un enfant, les NTRH, particulièrement la fécondation *in vitro*, ont ouvert la porte à toute une série d'expérimentations et de recherches sur la fécondation, la gestation, les biotechnologies et le génie génétique. Grâce à la stimulation hormonale pour produire plusieurs ovules ou à la fécondation *in vitro* pour avoir plusieurs embryons, nous pouvons maintenant avoir accès à du maté-

riel génétique permettant diverses activités : manipulation des gènes, recherche sur les cellules souches, création de chimères (embryon humain dans lequel est introduite une cellule d'une autre forme de vie), clonage, pré-sélection du sexe, élimination des embryons portant des gènes «défectueux», etc.

Il est urgent de procéder à l'évaluation scientifique rigoureuse à long terme des technologies de la procréation médicalement assistée (PMA) concernant leur efficacité et leur innocuité.

Jamais dans l'histoire humaine une telle manipulation des gènes n'a été possible.

La commercialisation de la procréation et les manipulations génétiques grugent peu à

peu les repères traditionnels de la vie collective et de l'identité humaine. «Nous vivons à une époque où il est possible de breveter les formes vivantes et de vendre nos gènes au plus offrant»¹. Commercialisation possible d'ovules, de sperme, d'embryons, d'utérus... trop de questions sont encore sans réponses. Comment prévenir les abus possibles qu'on peut déjà imaginer? Les NTRH sont en train de changer la notion d'être humain et la nature des rapports sociaux entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les parents et les enfants. Peut-on changer les rites de la reproduction humaine et manipuler les gènes

sans conséquences graves pour les générations futures?

La commercialisation de la procréation et les manipulations génétiques grugent peu à peu les repères traditionnels de la vie collective et de l'identité humaine.

Dix ans après les travaux réalisés par la Commission royale d'enquête sur les nouvelles

technologies de la reproduction humaine, le Canada soumet enfin un avant-projet de loi sur l'assistance à la procréation. Cet avant-projet tente timidement d'encadrer la pratique et les recherches en interdisant certaines activités en tout temps et en mettant en

place un organisme de réglementation qui sera responsable de définir les règlements qui encadreront les activités permises. Bref, malgré cet avant-projet de loi, il reste encore beaucoup de travail à réaliser pour véritablement réglementer les pratiques et le développement de la procréation médicalement assistée.

L'avant-projet de loi a été déposé au Comité permanent sur la santé afin qu'il puisse émettre un avis après avoir consulté les Canadiennes et Canadiens sur son contenu. Ce comité déposera son rapport en janvier et le ministre de la Santé prévoit soumettre le projet de loi pour adoption au printemps 2002.

Longtemps à l'avant-garde des débats sociaux entourant la mise en place et le développement des NTRH, les féministes sont aujourd'hui moins actives dans les débats entourant cette question. La lutte contre l'appauvrissement des femmes, la détérioration de leurs conditions de vie et la violence dont elles sont victimes ont accaparé l'énergie du mouvement des femmes. Pourtant, il est important que la voix des femmes se fasse entendre sur l'encadrement légal de la procréation médicalement assistée puisque les enjeux soulevés par les NTRH pour la santé des femmes, pour les rapports femmes-hommes et pour l'avenir de la maternité sont lourds de conséquences. ☐



¹ ROCHON FORD, Anne, *Les conséquences de la biotechnologie et du génie génétique sur la santé des femmes*, Groupe de travail sur les femmes, la santé et le génie génétique, février 2001, 22 pages.

Je surveille mon plaisir... et je veux m'en souvenir!

✦ Louise Lacroix,
Comité femmes et sécurité Petite Patrie

En 1999, lorsque le Comité femmes et sécurité Petite Patrie a commencé à travailler sur le dossier des agressions sexuelles par drogues du viol, peu de gens semblaient au courant de la problématique. Selon les milieux et les personnes, le phénomène était soit en progression, soit stable ou de l'ordre de la légende urbaine. Pour d'autres, ce type d'agression était un phénomène des campus américains et ne nous concernait pas. Pourtant, dès qu'on en parlait de manière informelle, les confidences et les témoignages se multipliaient, nous prouvant qu'il fallait agir.

Quelles sont ces drogues du viol? Les substances les plus connues sont le Rohypnol et le GHB, mais plusieurs autres médicaments mélangés à de l'alcool et, surtout, pris à l'insu de la personne, peuvent avoir des effets

Quelles sont ces drogues du viol? Les substances les plus connues sont le Rohypnol et le GHB, mais plusieurs autres médicaments mélangés à de l'alcool et, surtout, pris à l'insu de la personne, peuvent avoir des effets déstabilisants.

déstabilisants. Les deux substances entraînent de la somnolence, une désinhibition et, selon les doses, de l'amnésie. Évidemment, les effets sont variables d'une personne à l'autre et dépendent de la tolérance physique, de l'état de santé, de l'alcool

absorbé, etc. Au Canada, ces deux substances circulent et sont vendues à bas prix (environ 10\$ la dose) mais sont interdites (possession, vente et trafic). Lors de récentes saisies de drogues, on a aussi trouvé du GHB, ce qui laisse croire à l'implication du crime organisé dans ce trafic.

Ayant pour mission de diminuer le sentiment d'insécurité des femmes, notre préoccupation

première fut d'informer sans créer de panique. Il est clair qu'il fallait donner aux femmes des moyens de prévention menant à un pouvoir d'action en évitant de tomber dans le piège de la peur. Après avoir consulté plusieurs organismes, tant ceux travaillant auprès des victimes, des jeunes, des toxicomanes que ceux faisant de la prévention ou de la répression des agresseurs, nous avons pu formuler des recommandations qui s'inscrivent dans une approche féministe.

La valeur primordiale que nous préconisons est la solidarité collective, qu'on illustre par la formule *Prendre soin les unes des autres*. Concrètement, cela peut se vivre en sortant en groupe (« sortir en gang, revenir en gang ») et en gardant l'œil ouvert sur ce qui se passe autour de nous, que les personnes qui nous entourent soient des connaissances ou non. S'il nous semble qu'une personne est en danger, vaut mieux faire fausse route que de prendre le risque qu'une agression survienne suite à notre inaction. Dans de telles circonstances, l'action de l'entourage peut se limiter à appeler le 9-1-1. D'autres mesures individuelles sont suggérées comme garder son verre à l'œil, n'accepter de consommations que des mains du personnel du bar, éviter le punch même dans les *partys* privés. Une notion essentielle d'autodéfense demeure, soit se fier à son intuition et quitter les lieux où les personnes qui nous mettent mal à l'aise. Pour une meilleure prévention collective, l'information sur cette problématique doit circuler dans les organismes oeuvrant auprès des femmes et des jeunes ainsi que dans les services de première ligne et les cas doivent être mieux documentés (contexte, symptômes, façon de procéder des agresseurs, etc.). Notre comité propose aussi d'élargir le registre de nos actions avec divers partenaires pour, par exemple, éclaircir les aspects légaux, inciter les compagnies fabriquant ces

(suite de l'article page 12) ►

Toute ma vie, j'ai pris soin

✦ Par Ysabel Provencher

Au cours des dernières années, notre expérience d'intervenante sociale au sein du programme de maintien à domicile d'un CLSC nous a conduite à nous intéresser de près au rapport entre personnes âgées issues d'un milieu populaire et système de santé et de services sociaux¹. Les résultats d'une récente étude que nous avons réalisée montrent qu'en milieu populaire, vieillesse, santé et maladie prennent des significations différen-

Globalement, pour les femmes âgées, vieillir est expérimenté comme un combat incessant contre la perte de son identité.

tes pour les femmes et les hommes âgés², celles-ci étant largement liées aux sens donnés au travail effectué durant la période de la vie dite active. En effet, si le travail contribue intimement à façonner notre

identité personnelle, les hommes et les femmes que nous avons rencontrés n'y accordent pas le même sens, ce qui influence directement leur représentation de la vieillesse, de la santé et de la maladie. Les résultats de notre recherche nous invitent à mieux prendre en compte l'expérience des femmes âgées issues de milieux populaires et à rendre plus « sensibles » les interventions des professionnelles oeuvrant auprès d'elles.

L'étude que nous avons menée s'est intéressée aux personnes âgées issues d'un milieu populaire et résidant à domicile, c'est-à-dire, globalement, celles et ceux qui n'ont pas eu accès à un niveau d'éducation post-secondaire et dont l'emploi, s'ils ont occupé un emploi, a consisté en une fonction de salarié exécutant. Les résultats obtenus indiquent que malgré des ressemblances entre les répondantes et répondants quant à l'âge, à l'état de santé, à la présence d'un conjoint ou

d'une conjointe ou d'un réseau de proches, le discours des femmes âgées au sujet de la vieillesse diffère largement de celui des hommes. Globalement, pour les femmes âgées rencontrées, vieillir est expérimenté comme un combat incessant contre la perte de son identité. Vivre vieille et vieillir encore un peu plus à chaque jour est raconté comme une suite d'expériences douloureuses de perte de ses capacités, de ses relations avec ses proches et, plus largement, comme une expérience douloureuse de perte de soi. À l'inverse, pour les hommes âgés rencontrés, les pertes de capacités reliées au processus du vieillissement sont davantage racontées comme faisant partie du processus normal de la vie et comme une réalité logique inhérente à la condition humaine.

De plus, l'analyse des entretiens montre que chez les hommes âgés, le travail accompli durant la vie passée témoigne de leur valeur intrinsèque, même une fois révolue la capacité de travail à l'étape de la vieillesse. Par ailleurs, même si nous avons rencontré des femmes ayant occupé un emploi d'ouvrière en usine, de cultivatrice, d'employée à la maintenance d'un « motel pour touristes », etc., celles-ci n'ont pas fait part de leur expérience de travail comme les hommes ont pu le faire, c'est-à-dire avec fierté, en mettant en valeur le talent, la force et l'endurance dont ils ont fait preuve. Elles ont plutôt parlé de leurs pertes, tout en mentionnant elles aussi qu'elles avaient « travaillé fort » durant leur vie passée. De manière générale, les entretiens avec les femmes ont montré qu'à mesure que s'accumulent les pertes, l'expérience de vie au cours de la vieillesse devient de plus en plus vide de sens. Même si la recherche ne nous permet

¹ PROVENCHER, Ysabel (1999) « Les aînées de la MRC Denis-Riverin ou quand la recherche se met au service du changement » dans *Revue canadienne de service social*, Vol. 16, pp. 233-248.

² PROVENCHER, Ysabel (2001) « Les expressions de la distance culturelle entre les personnes âgées de milieux populaires et les intervenantes du CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin », thèse de doctorat, École de service social, Université Laval.

pas d'étendre nos résultats à l'ensemble des femmes âgées, ceux-ci nous donnent à penser que le soin des autres, et particulièrement de leur entourage, est davantage porteur de sens pour les femmes âgées issues de milieux populaires et que, contrairement aux hommes, ce sens qu'elles donnent à leur vie disparaît à mesure que les capacités de prendre soin des autres, *a fortiori* d'elles-mêmes, disparaissent.

À notre avis, l'intervention sociosanitaire auprès des femmes âgées issues de milieux populaires doit chercher à s'articuler davantage à partir de ce « noyau de sens » que représentent l'aide et les soins apportés aux autres et à partir duquel s'est articulée l'existence de celles qui, aujourd'hui, ne trouvent plus de sens à leur vie. Dans cette optique, les occasions d'aider les autres servent comme autant de moyens visant à reconquérir une autonomie globale, au-delà des seules capacités fonctionnelles. Ainsi, à partir des talents et des expériences concrètes qui sont les siennes, et tout en tenant compte des pertes fonctionnelles associées à son vieillissement, une « cliente » des services à domicile, en plus de recevoir des soins et des services, peut être encouragée à participer au programme de « téléphone de l'amitié » du centre d'action bénévole de sa région, à un « tricothon » visant à amasser des fonds pour une œuvre du quartier, à l'élaboration d'un livre de recettes collectives et la liste pourrait s'allonger à l'infini, à la mesure des talents et des forces qu'ont développés celles qui, toute leur vie, ont pris soin.

Proposer à des femmes en situation de besoin de telles formes de participation sociale ne doit toutefois pas les priver des services auxquelles elles ont droit. Ces formes de participation doivent plutôt être envisagées comme des outils d'intervention et autant de moyens de reconnaissance de leur contribution et de leur valeur. Ce faisant, elles démontrent également l'importance de développer, plus largement dans la société, des modèles où les femmes pourront se voir et

se reconnaître autrement que dans le seul rôle de dispensatrice de soins, particulièrement pour celles situées en bas de la pyramide sociale. ☐

► (suite de « Je surveille mon plaisir... »)

substances à les rendre plus facilement repérables (par le goût, l'odeur, etc.), ainsi qu'échanger avec d'autres organismes sur nos pratiques de prévention.

La problématique est maintenant mieux connue, mais soulève encore plusieurs questions restées sans réponses. Comme l'agression sexuelle demeure encore le crime le moins rapporté et étant donné l'absence de statistiques spécifiques de même que la rareté des cas aboutissant à un processus judiciaire, il est impossible pour le moment de savoir si le phénomène est en hausse ou reste stable. Pour les mêmes raisons, il est difficile de cibler des contextes ou des lieux présentant plus de risques : plus nous recevons de témoignages, plus les situations se diversifient. En fait, des hommes peuvent aussi en être victimes et en Europe, on a rapporté des cas de personnes âgées abusées financièrement par le même procédé. C'est donc la société entière qui est concernée. Nous sommes également préoccupées par la banalisation des substances provoquant une soumission chimique. Nous croyons qu'elles peuvent entraîner le passage à l'acte, en toute impunité la plupart du temps, d'agresseurs potentiels qui n'auraient pas osé utiliser la contrainte physique. Comme pour toutes les formes de violence, la prévention doit donc viser la protection des victimes potentielles, la sensibilisation de la collectivité, mais aussi ultimement la responsabilisation des agresseurs pour envoyer, en tant que société, un message clair.

C'est pourquoi les mesures de prévention et de protection que nous suggérons doivent s'appuyer sur une campagne plus large de promotion des rapports égalitaires et de dénonciation de la violence faite aux femmes en général. ☐

Femmes sans hommes, femmes sans sexe

♦♦ *Fernande Ménard, RQASF*

 n croit rêver... Trente ans après la prétendue révolution sexuelle, certaines femmes soutiennent toujours que les femmes « sans hommes » se privent ou sont privées d'une sexualité active; elles font mine d'ignorer que des femmes ont eu, ont et auront toujours une sexualité indépendante des rapports sexuels avec les hommes.

Je fais référence entre autres à cette émission sur les femmes sans hommes télédiffusée à l'automne 2000 et au cours de laquelle

Toutes les femmes peuvent avoir une sexualité active. Chacune d'entre nous a le droit de s'épanouir selon les manifestations sexuelles qui lui conviennent.

l'animatrice a affirmé à plusieurs reprises que les femmes seules sacrifiaient leur sexualité. Je pense également aux propos qu'ont tenus des présentatrices à un forum sur la ménopause.

Elles se réfèrent toujours à l'exercice de la sexualité avec un partenaire.

Pour ces intervenantes, le lesbianisme et la masturbation chez les femmes ne semblent pas exister. Sans y penser plus qu'il ne faut, elles semblent refuser le fait que les femmes sont tout à fait capables de combler par elles-mêmes leurs besoins sexuels, sauf quand il s'agit de pornographie adressée aux hommes où la masturbation et les amours lesbiennes prennent une place grandissante.

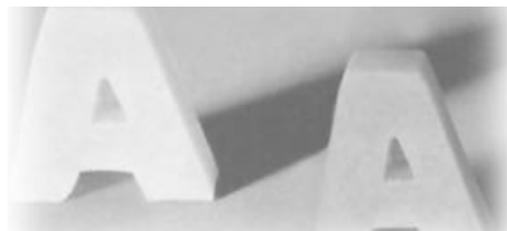
Cette approche de la sexualité par le biais obligatoire du couple stigmatise les femmes seules, les femmes qui ont plus de difficultés à trouver un ou des partenaires. Elle stigmatise également celles qui, blessées par des partenaires inadéquats, violents, incom-

pétents, refusent de réinvestir dans une relation de couple. Il y a enfin celles qui, pour une période plus ou moins longue – parfois permanente –, décident d'utiliser leur énergie à bâtir autre chose qu'une relation de couple hétérosexuelle ou homosexuelle.

Toutes les femmes peuvent avoir une sexualité active. Chacune d'entre nous a le droit de s'épanouir selon les manifestations sexuelles qui lui conviennent. Les expressions solitaires de la sexualité chez celles qui le désirent et le plaisir qui en découle sont normaux et ne représentent pas l'expression d'une difficulté relationnelle des femmes, au contraire.

Ces femmes reconnaissent leur droit au plaisir, qu'il soit sexuel ou autre, et sont capables de se satisfaire elles-mêmes. Par ailleurs, on pourrait s'interroger sur l'incapacité, avouée par certaines femmes, de jouir sans pénis. Doit-on y voir le dernier retranchement d'une passivité féminine chez celles ayant une vie particulièrement active ou, peut-être, une difficulté encore présente d'assumer la responsabilité de leur propre plaisir?

De ces observations, je conclus qu'il reste sur ce sujet un bon bout de réflexion à faire et que celle-ci touche directement la santé physique et mentale des femmes. ☐



Le Canada sera l'hôte de la 9^e Rencontre internationale sur les femmes et la santé

♦ Michelle Lauzon, RQASF

Du 12 au 16 août prochain aura lieu à Toronto, la 9^e Rencontre internationale sur les femmes et la santé (RIFS). La coordination de l'événement est assumée par le Riverdale Immigrant Women's Centre et l'Institut canadien de recherches sur les femmes. Pour la soutenir, la coordination générale s'est adjointe deux partenaires, le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF).

Un peu d'histoire

Depuis 1975, les Rencontres internationales sur les femmes et la santé ont fourni aux militantes du mouvement international en santé

Le RQASF a obtenu le mandat particulier d'augmenter la participation de la francophonie internationale à cet événement.

La 9^e Rencontre internationale sur les femmes et la santé fournira au Réseau une occasion de tisser des liens avec les autres groupes de femmes francophones du mouvement international en santé des femmes.

des femmes, un forum pour élaborer et partager une ligne d'action commune. Au tout début, ce sont surtout des Européennes qui participaient à ces rencontres; à partir de la rencontre tenue au Costa Rica en 1987, l'événement a véritablement pris toute son ampleur. Sept cents participantes provenant de tous les coins du monde se sont réunies pour la 5^e édition. De cette rencontre est née la Journée internationale d'action pour la santé des femmes, célébrée le 28 mai.

La 6^e Rencontre internationale, à Manille, a joué un rôle fondamental dans la sensibilisation à la notion des droits génésiques sur le continent asiatique. Elle a conduit à l'organisation, aux Philippines, de la 1^{re} Rencontre nationale sur la santé des femmes.

La 7^e Rencontre internationale – tenue en 1993 à Kampala, en Ouganda – avait pour but de discuter des stratégies à élaborer quant à un ensemble d'enjeux mondiaux, dont la violence et les abus sexuels; le grand succès de cette 7^e Rencontre fut sa portée sur le mouvement pour la santé des femmes en Afrique.

La 8^e RIFS s'est déroulée à Rio de Janeiro en 1997. Elle s'est terminée par trois déclarations, dont la *Déclaration générale Gloria* et la *Déclaration des femmes africaines* – le Réseau y assistait et vous pouvez lire un article sur cette rencontre dans le numéro 13 du SANS PRÉJUDICE. À la fin de cette dernière RIFS, le mouvement international en santé des femmes a choisi le Canada comme prochain lieu de rassemblement. Les défis de la 9^e Rencontre: augmenter la participation des femmes issues des «groupes de base» et accroître la représentation des francophones à cet événement.

Le Réseau québécois chargé d'augmenter la participation des francophones

Le RQASF a obtenu le mandat particulier d'augmenter la participation de la francophonie internationale à cet événement. La 9^e Ren-

contre internationale sur les femmes et la santé fournira au Réseau une occasion de tisser des liens avec les autres groupes de femmes francophones du mouvement international en santé des femmes. L'objectif de participation à atteindre pour la francophonie est de 20% des 500 places. Cela équivaut à 100 participantes, dont 75 hors Canada.

Les stratégies pour recruter des participantes hors Canada

Pour permettre de mieux cibler les envois postaux, le Réseau a accès à la base de données de la Marche mondiale des femmes qui comprend plus de 2 000 groupes de femmes répartis à travers le monde et ayant le français en partage. Le Comité international de la 9^e RIFS a aussi communiqué sa liste de 150 groupes francophones d'Europe et d'Afrique. L'information a été rendue accessible sur les sites Internet de nombreux groupes de femmes. Enfin, le Comité de communication de

la 9^e RIFS suggère de transmettre l'invitation via des listes de discussion diffusées sur le Web.

Déjà, plusieurs femmes de partout dans le monde ont manifesté leur désir de participer. Nous vous invitons à suivre l'évolution de ce dossier sur le site Internet du Réseau <http://www.rqasf.qc.ca> ainsi que sur le site officiel de la 9^e Rencontre : <http://www.iwhm-rifs.org>



Nouvelles brèves

■ **Journée internationale sans diète**

Cette année, rompant avec la tradition, le RQASF soulignera la Journée du 6 mai en procédant au lancement de son rapport d'enquête sur la diversité des images corporelles. Au moment de mettre sous presse, l'ensemble des détails organisationnels n'étaient pas encore établis. Contactez le Réseau dans les semaines à venir pour en savoir plus.

■ **Une puce bouffeuse de citoyenneté?**

Qu'est-ce qui se cache derrière le projet de carte d'assurance-maladie avec microprocesseur (« carte à puce »)? Vise-t-on l'amélioration de la qualité des services à la population ou la création d'un outil facilitant la privatisation et la communautarisation des

services de santé publics? La Coalition Solidarité Santé a documenté cette question; pour connaître ses conclusions, procurez-vous le bulletin «La puce sceptique» en communiquant avec Marie Pelchat au (514) 480-7550 ou en visitant le site Internet: www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/suppl_carte/suppl_carte27.html

■ **Des nouvelles de l'équipe du RQASF**

A l'occasion de son départ du Réseau québécois pour la santé des femmes, l'équipe de travail tient à souligner la contribution de Sandra Chastenay, qui occupait le poste d'agente de communication. L'équipe lui souhaite la meilleure des chances dans tous ses projets à venir. *(suite des brèves au verso)* ►

Liens intéressants dans Internet

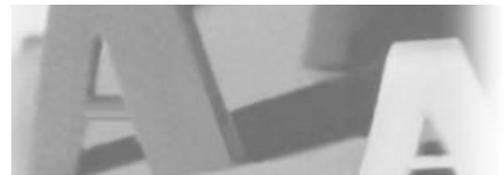
• **8 mars 2002** : 3^e Grève mondiale des femmes. Le collectif « Campagne internationale pour un salaire au travail ménager » vous invite à souligner la Journée internationale des femmes d'une façon toute particulière : en faisant la grève ! Un historique du mouvement, des idées d'activités et une liste de revendications sont accessibles dans plusieurs langues sur le site Internet : <http://womenstrike8m.server101.com/>

• **Le Forum social de Porto Alegre** : Le deuxième Forum social mondial, tenu à Porto Alegre au Brésil, s'est conclu le 5 février dernier. Des militantes et des militants en provenance du monde entier – dont plusieurs participantes de la Marche des femmes – sont allés partager leurs expériences, consolider leurs réseaux et proposer des alternatives visant à faire contrepoids au processus de mondialisation. Pour en savoir plus, visitez le site du Forum <http://www.forumsocialmundial.org.br/>

Avortement et santé des femmes

L'avortement médical – offert au Québec depuis 1997 – est présenté aux femmes comme une solution peu exigeante pour elles, sans risque pour leur santé et qui se déroule dans l'intimité de leur maison. Mais

est-ce bien le cas ? Le Centre de santé des femmes de Montréal a produit un outil critique qui s'adresse à toutes les femmes qui s'intéressent à la question de l'avortement. Cette brochure a pour but de faire le point et de susciter une réflexion sur l'avortement dans une perspective qui tient compte de la santé des femmes. On peut se procurer la brochure « L'avortement médical : une véritable alternative ? » au coût de 5.00 \$ (individues et groupes communautaires) ou de 10.00 \$ (institutions). Pour la commander, téléphonez au (514) 270-6110.



Le Comité de rédaction :
Micheline Fillion, France Frenette,
Stéphanie Paquin, Lucie Thibodeau.

Correction : POPCOMM

Infographie : Gérard Savoie

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



4273, rue Drolet
Bureau 406
Montréal QC H2W 2L7
514•877•3189
www.rqasf.qc.ca
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

