

été 2001

volume 4

numéro 3

5,50 \$

# le réseau

canadien pour la santé des femmes



## 2<sup>e</sup> PARTIE La santé des femmes et la diversité

C'est avec plaisir que nous vous offrons le numéro d'été 2001 de la revue Le Réseau, qui présente la deuxième partie du dossier spécial sur la Santé des femmes et la diversité. Vous y trouverez des articles sur le travail ardu fait dans le domaine de la santé par et avec l'aide des femmes autochtones, des lesbiennes, des bisexuelles et transgenderistes, et des femmes handicapées au Canada. De plus, vous y trouverez une liste de ressources et d'événements importants qui ont trait à des communautés uniques. Nous espérons que ce numéro vous sera utile et que vous y trouverez de l'information qui vous intéressera. Le RCSF se dédie de tout cœur à la cause de l'égalité dans le domaine de la santé et des soins, tout en reconnaissant que le fait de bien comprendre la diversité et de voir l'influence qu'elle exerce sur la santé constitue un facteur essentiel quant à l'amélioration de l'accessibilité des services pour toutes les femmes.

-Lynnette D'anna

DANS CE NUMÉRO

- 4 Papalooza et les oubliées du test de Pap
- 6 La sage-femmerie autochtone au Canada
- 9 L'accompagnement aux soins d'enfants
- 10 La vieille femme en moi
- 11 Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs
- 12 Résolutions adoptées au colloque national « Santé des femmes et diversité »
- 13 Les infirmières philippines au Canada
- 14 La santé des femmes Q et R

## Points d'intérêt :

- 5 Livres et Vidéos
- 8 Événements
- 10 Ressources en ligne
- 15 Rapports et Publications

### AVIS

## L'ACCÈS AU RCSF GRÂCE AU NOUVEAU SERVICE ATS

Le RCSF est heureux de vous annoncer la mise en place d'un tout nouveau service ATS! Nous remercions Brenda Culbreth, adjointe, service à la clientèle au Special Needs Centre, Manitoba Telephone System [Centre des besoins spéciaux, Système téléphonique Manitoba], pour la formation qu'elle a livrée à notre personnel. Nous remercions tout particulièrement Barbara Anello de son généreux don de matériel ATS!

**ATS (seulement) à Winnipeg : 942-2806**

**Numéro sans frais au Canada : 1 866 694-6367**

**Rédaction :** Lynnette D'anna news@cwhn.ca

**Conception et mise en page :** Folio Design

**Traduction :** Intersigne

**Correction :** Laura Buchan et Jeff Staflund

**Abonnements :** Léonie Lafontaine; admin@cwhn.ca

**Comité consultatif :** Maria Barile, Barbara Anello, Madeline Boscoe, Anne Rochon Ford, Martha Muzychka, Bilkis Vissandjee

**Le Réseau/Network** est publié en anglais et en français quatre fois par an par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). Une partie des articles qui paraissent dans Network/Le Réseau sont également disponibles par le biais du site Web du RCSF : <http://www.rcsf.ca>

Pour vous abonner, consultez l'information ci-jointe, ou communiquez avec nous à l'adresse indiquée ci-après. Les anciens numéros sont disponibles au coût de 5 \$ chacun. On peut devenir membre du RCSF à titre individuel (au coût de 10 \$) ou en tant qu'organisme (au coût de 20 \$ pour les groupes de plus de 50 membres, et de 10 \$ pour les autres groupes). Le RCSF s'engage à être accessible à toutes sans égard au revenu individuel. Nous offrons des tarifs qui peuvent être ajustés à la situation de chacune. Veuillez communiquer avec nous pour de plus amples renseignements à ce sujet. Nous vous invitons à nous faire part de vos idées et de vos suggestions d'articles. Pour toute demande de renseignements ou pour obtenir de l'information sur les ressources, de même que pour toute correspondance liée aux abonnements ou au courrier non distribuable, veuillez nous joindre à l'adresse suivante :

### Le Réseau/Network

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 0M3

Tél. : (204) 942-5500

Télec. : (204) 989-2355

ATS (seulement) à Winnipeg : 942-2806

ATS sans frais : 1 866 694-6367

Courriel : cwhn@cwhn.ca

Numéro sans frais : 1 888 818-9172

Numéro de convention : 1654276

### Effectifs du RCSF

**Directrice exécutive :** Madeline Boscoe

**Directrice exécutive adjointe :** Susan White

**Coordonnatrice du site Web :** Ghislaine Alleyne

**Coordonnatrice des services administratifs :**

Léonie Lafontaine

**Coordonnatrice du centre de documentation :**

Barbara Bourrier-LaCroix

**Préposée à la diffusion des publications :**

Natasha Pinteric

**Préposée au centre de documentation :**

Jennifer Litchfield

**Éducatrices en santé communautaire**

**du RCS :** Manon Sabourin, Alex Merrill

**Coordonnatrice des communications :**

Lynnette D'anna

**Coordonnatrice du développement :**

Betty Ann Watts

**Éducatrice en santé communautaire**

**francophone :** Mona Dupré-Olinik

**Bibliotechnicienne :** Charlene Jones

Les opinions exprimées par nos collaboratrices sont personnelles et ne représentent pas nécessairement le point de vue du Réseau canadien pour la santé des femmes, de ses bailleurs de fonds ou de ses membres.

Dans ce bulletin, le féminin est utilisé comme représentant des deux sexes dans le but d'alléger les articles.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes tient à remercier les instances du programme de Centres d'excellence pour la santé des femmes, du Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, de leur soutien financier, ainsi que les personnes et les groupes qui contribuent par leur travail et par leurs dons à consolider le Réseau.

Envoi et impression effectués par des travailleuses syndiquées. Imprimé sur papier recyclé par Winnipeg Sun Commercial Print Division.

## La confidentialité des dossiers médicaux

La plupart des gens prennent pour acquis que leur dossier médical est confidentiel. Il ne l'est pas. Les dossiers des médecins sont utilisés par les ministères gouvernementaux, les employeurs, les compagnies d'assurance, les firmes pharmaceutiques et les chercheurs à toutes sortes de fins. La transmission de dossiers médicaux peut entraîner des conséquences.

- Des Afro-américains qui se sont portés bénévoles pour des recherches génétiques sur l'anémie drépanocytaire ont constaté plus tard qu'ils ne pouvaient obtenir une assurance-vie ou accéder à un emploi parce que les tests avaient indiqué qu'ils étaient à risque pour cette maladie.
- À Montréal, une femme qui avait reçu un diagnostic de cancer a été sollicitée par une entreprise funéraire désireuse de lui vendre un terrain dans un cimetière. L'entrepreneur avait obtenu son nom et son numéro de téléphone de l'hôpital.
- Cinquante pour cent des entreprises Fortune 500 interviewées en 1999 ont admis avoir eu recours à des dossiers médicaux au moment d'embaucher, congédier ou promouvoir des employés.
- De plus en plus, les assureurs demandent un dossier médical complet lorsqu'ils traitent une réclamation. Ces dossiers peuvent contenir des notes prises par votre médecin lors d'une session de psychothérapie ou de counselling génétique, par exemple. Lorsque vous signez le formulaire de consentement, dites à votre médecin d'expédier une lettre qui confirme la nature de votre diagnostic et/ou du traitement et non le dossier complet.
- Plusieurs pharmacies vendent leurs données détaillant les ordonnances remplies à des entreprises pharmaceutiques. Donc, pensez-y deux fois avant de participer à un programme pour client régulier à votre pharmacie de quartier. Vous pouvez obtenir auprès de celle-ci une copie de la politique de confidentialité pour vous assurer que l'information contenue dans votre dossier ne sera pas vendue, communiquée ou échangée.

Si vous êtes d'avis que votre dossier médical doit être sous votre gérance, écrivez à votre député et informez-le de votre position.

~ Valerie Steeves

Madame,

Objet : Le rituel de bénédiction : une autre façon de célébrer, par Sue Robins, publié dans la revue *Le Réseau* du RCSE, hiver 2001.

M<sup>me</sup> Robins fait erreur en décrivant le rituel de bénédiction comme une ancienne cérémonie navajo destinée à célébrer la maternité chez une femme. Dans la description du rituel qu'elle a organisé, M<sup>me</sup> Robins fait référence à un éventail de rituels qui n'ont aucun rapport à une cérémonie traditionnelle dineh (navajo). Le rituel de bénédiction est utilisé dans plusieurs situations, mais il ne constitue pas une alternative à une réception-cadeau pour bébé.

Bien que le rituel de bénédiction soit une cérémonie de guérison qui existe depuis des millénaires, il serait déplacé de ma part de fournir des renseignements quant à sa signification et à son déroulement à l'extérieur d'un contexte culturel dans lequel la tradition orale, le vécu et le rôle des aînés sont essentiels. Toutefois, j'aimerais souligner le fait que M<sup>me</sup> Robins n'ait pas fait mention une seule fois dans son article du Créateur, de la Terre mère, du Père soleil, de Grand-mère lune ou des liens qu'ont les femmes avec nos frères et nos sœurs de cette planète (les êtres ailés, ceux qui nagent, les quadrupèdes, etc.), tous ayant un rôle très important dans les cérémonies dineh et dans la vie spirituelle.

Bien que la cérémonie qu'elle décrit puisse procurer aux participantes un bienfait spirituel, il ne s'agit pas d'un rituel de bénédiction. Je ne m'objecte absolument pas à ce que les non Dineh développent leurs propres cérémonies et rituels pour se guérir, se donner du réconfort et accéder à la paix. Nous avons tous et toutes besoin de cela dans notre vie et je le fais moi-même. Je m'objecte par contre au fait d'accorder faussement un caractère dineh à des cérémonies inventées, ou de prendre des cérémonies anciennes d'une culture avec laquelle vous n'avez pas de lien et d'en faire une fausse interprétation, une mauvaise application et de les transformer.

Zainab Amadahy

## MERCI

### SONDAGE AUPRÈS DES LECTRICES

Nous remercions toutes celles qui ont répondu au sondage contenu dans le numéro d'hiver 2001 de la revue *Le Réseau*.

Nous apprécions votre participation à notre processus d'évaluation ainsi que vos commentaires réfléchis et encourageants.

# Papalooza et les oubliées du test de Pap : une campagne de sensibilisation

*Pour célébrer et promouvoir la santé des lesbiennes et des transsexuel(le)s*

J A C Q U E L Y N E L U C E

« Mon médecin m'a dit que je n'en avais pas besoin parce que j'étais lesbienne! » La première fois que j'ai entendu de tels propos, je suis restée bouche bée. En tant qu'infirmière de rue travaillant pour la Clinique de Bute Street (Vancouver), je me demandais pourquoi les femmes qui avaient des relations sexuelles avec les femmes avaient rarement accès au test de dépistage de MTS, y compris le test de Pap, à notre clinique. À mon grand désarroi, j'étais de plus en plus convaincue que les pratiques de dépistage étaient davantage fondées sur la mythologie plutôt que sur un savoir relevant de la recherche, en ce qui a trait aux femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes », a déclaré Kathryn Collister, infirmière.

Dernièrement, au cours de mon propre test de dépistage, j'ai eu une discussion avec mon médecin sur les besoins des lesbiennes en ce qui a trait à la nécessité de passer des tests de Pap de façon régulière. « Y a-t-il chez vous, les lesbiennes, des cas de cancer de l'utérus? » a-t-elle demandé. Apparemment, une sommité du cancer lui avait dit que les femmes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles avec les hommes n'avaient pas besoin de test de Pap.

Le 13 mars 2001, un peu plus de quarante personnes étaient présentes au lancement du « Programme pour la santé des femmes *queer* et des transsexuel(le)s » à Vancouver, en Colombie-Britannique. Le programme est coordonné par The Centre: A Community Centre Serving and Supporting Lesbian, Gay, Transgendered, Bisexual People and their Allies [Le Centre : un centre communautaire desservant et soutenant les lesbiennes, gais, transgenres et bisexuel(le)s et leurs alli(e)s], en partenariat avec des groupes communautaires et des centres de santé, et soutenu par des organismes, des entreprises et des particuliers qui ont consacré du temps, mis à profit leurs compétences et donné des prix. La série promeut et célèbre la santé au sein des communautés lesbiennes et transsexuelles.

Notre définition de « femmes *queer* » et de « femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes » (FRSF) inclut les femmes qui ont des rapports sexuels avec les femmes, les femmes qui ont des relations avec les femmes et les hommes, et les personnes transsexuel(le)s. Le terme « *trans* » inclut les femmes prenant une identité masculine (FIM), et les hommes prenant une identité

féminine (HIF), les transgenderistes, les transsexuel(le)s et les personnes s'identifiant comme *queer*.

L'une des principales composantes du programme est le projet Papalooza: The Smear Campaign [Papalooza, pour les oubliées du test de Pap]. Il s'agit d'un projet de santé et d'éducation qui combine la sensibilisation, l'éducation et les services de dépistage de MTS et de test de Pap. Les femmes *queer* et les transsexuel(le)s font face à d'importants obstacles lorsqu'ils veulent accéder à des services de santé adéquats et constituent une population mal desservie. De plus, le taux de dépistage est faible chez ce groupe.

Malgré la confusion qui existe chez les femmes *queer*, les transsexuel(le)s et les médecins quant à qui devrait subir des tests de dépistage, à quelle fréquence et pour quelles raisons, les pratiques de dépistage doivent être appliquées chez toutes les femmes qui ont eu des relations sexuelles ou qui ont atteint l'âge de 18 ans. Le test de Pap détecte les changements survenant aux cellules de l'utérus, lesquels sont souvent précurseurs d'un cancer. Un dépistage précoce de ces changements cellulaires facilite le traitement et favorise la prévention d'un cancer de l'utérus envahissant.

Selon Santé Canada, le fait d'avoir des relations sexuelles à un jeune âge, d'avoir des partenaires sexuels multiples, d'avancer en âge, d'avoir été atteinte du papillomavirus, de fumer du tabac et d'appartenir à un groupe défavorisé sur le plan socioéconomique constituent les principaux facteurs de risque qui peuvent mener au cancer de l'utérus. La recherche a prouvé l'existence d'un lien important entre le papillomavirus, une MTS très répandue, et les changements cellulaires au sein de l'utérus. Bien que plusieurs de ces infections s'estompent rapidement, certaines d'entre elles persistent. En raison d'une longue période, soit 15 à 20 ans, avant qu'un cancer envahissant ne puisse être détecté, la plupart des cellules précancéreuses peuvent être repérées avant que le cancer ne se répande.

Les préjugés portant sur les comportements sexuels et sur la transmission des MTS influent sur les pratiques dans le domaine de la santé et sur la prestation de soins de santé. Ils agissent sur le statut des femmes *queer* et des transsexuel(le)s et influencent les professionnels de la santé, lesquels sont mal informés en ce qui a

trait à l'importance d'effectuer auprès de cette clientèle des tests de Pap de façon régulière. L'absence de recherche historique sur la transmission des MTS entre femmes a produit un « savoir » dans le domaine des soins de santé qui présume un taux de transmission faible ou inexistant chez ces populations. Ceci porte fausement à croire que les femmes *queer* ne sont pas à risque en ce qui a trait au cancer de l'utérus et qu'elles n'ont pas besoin de tests de Pap.

Le papillomavirus peut être transmis par un contact cutané direct. Des occurrences de cette maladie ont été signalées chez des femmes qui ont dit ne jamais avoir eu de rapports sexuels avec les hommes. Elle peut être détectée au bout des doigts et peut donc être transmise entre femmes. De plus, la plupart des femmes qui ont des rapports sexuels avec les femmes ont déjà eu des relations sexuelles avec les hommes, et plusieurs en ont toujours. Aussi, les femmes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles avec les hommes ont eu des rapports avec des femmes qui ont eu des relations avec des hommes.

Puisque le déclenchement d'un cancer de l'utérus envahissant lié à une infection au papillomavirus peut survenir beaucoup plus tard, il faut sensibiliser les femmes et les professionnels de la santé à la nécessité d'identifier les antécédents sexuels et les pratiques sexuelles exercées dans le présent, dans le cadre de leurs discussions concernant les comportements sexuels, les risques de MTS et le test de Pap. L'idée préconçue selon laquelle les MTS ne sont pas transmissibles entre femmes, combinée à une pratique moins fréquente ou inexistante de dépistage à l'aide du test de Pap, peut augmenter le risque d'être atteinte d'un cancer de l'utérus non détecté chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes.

Le « Comité de planification du programme de santé pour les femmes *queer* et les transsexuel(le)s » reconnaît également la nécessité de diffuser de l'information concernant les besoins spécifiques des transsexuel(le)s en matière de santé. Des tests de dépistage pour le papillomavirus et le cancer du rectum pour les femmes qui ont des relations anales avec pénétration font présentement l'objet de recherches et la pratique de tels tests sera possiblement intégrée dans de futures séances de dépistage.

La campagne « Papalooza, pour les oubliées du test de Pap » intègre les services de santé à des

Suite à la page 16

## À la mémoire de Barbara Faye Waxman Fiduccia

Barbara Faye Waxman Fiduccia, une théoricienne féministe handicapée, écrivaine, éducatrice et érudite, est décédée subitement le 24 avril 2001, deux semaines après la mort de son conjoint, Daniel. Elle était directrice du Americans with Disabilities Act Project [Projet pour les Américains handicapés] au Los Angeles Regional Family Planning Council [Conseil régional de planification familiale de Los Angeles] et une militante de longue date pour le droit à la maternité des femmes handicapées.

Dans les mots d'une amie et associée de longue date, Corbett O'Toole, Barbara était « une personne qui ne se laissait pas piler sur les pieds. Elle était irascible, divine, brillante, sexy, têtue et dévouée. Son travail de revendication concernant le droit à la maternité, la violence et l'euthanasie a été déterminant dans l'articulation de ces problématiques. La lutte qu'elle a livrée pendant cinq ans pour épouser un homme handicapé a transformé les politiques américaines. Parmi ses projets, elle a lancé et dirigé une initiative visant à favoriser, en Californie, un plein accès aux services de planification familiale pour les femmes handicapées. Elle a également présenté un amendement au Congrès l'an dernier dans le but de faire ajouter les personnes handicapées sur la liste des groupes desservis par le projet de loi sur les crimes de haine. Elle a aussi écrit des articles sur la sexualité, la violence contre les femmes handicapées et sur le dépistage prénatal et l'avortement sélectif. Bien que ses contributions politiques à la communauté des femmes handicapées soient légendaires, Barbara était une femme extraordinaire qui, vêtue comme une déesse, luttait comme une tigresse et était remplie de la joie d'être un être humain à part entière. »

Les courriels de Barbara contenaient toujours une phrase à la fin, une citation de l'écrivaine, Audre Lorde : « La promotion de la tolérance de la différence... constitue un réformisme des plus répugnants. La différence ne doit pas être tolérée mais perçue comme un ensemble de polarités nécessaires qui allument notre créativité, telle une dialectique. En adoptant cette vision, la nécessité d'établir des liens d'interdépendance n'est plus perçue comme une menace. »

Le milieu de la santé des femmes a perdu une merveilleuse amie et un modèle important. Nous pouvons lui rendre hommage et célébrer sa vie en célébrant nous-mêmes la diversité. Elle sera toujours avec nous.

-Barbara Anello, Marie Barile,  
Abby Lippman

## POINTS D'INTÉRÊT | livres et vidéos

### good girl (Revue)

Rédactrice en chef : Nikko Snyder

Une nouvelle revue « alternative » qui n'a pas froid aux yeux et qui résulte de l'expérience de Nikko Snyder avec le système de santé. Un magazine provocateur, rempli d'information, courageux et très très accessible! Avec des articles comme Memories of a recovering good girl!, Growing with my hair, et Bad Housekeeping, en passant par la réappropriation de l'art de la couture, la revue **good girl** vise à donner la parole à des écrivaines et à des écrivains désireux d'explorer et d'exprimer des points de vue en tant que jeunes, en tant que Canadiennes et Canadiens et en tant que féministes. Appel aux personnes intéressées à contribuer et à s'abonner. Publication trimestrielle au Canada. 10 \$ pour deux numéros. Pour commander : Nikko Snyder Boîte postale 202, 2738, rue Dundas Ouest Toronto (Ontario) M6P 1Y3

### Mom, Dad. I'm Gay: How Families Negotiate Coming Out

Par Ritch C. Savin-Williams

Une ressource pour les jeunes de minorités sexuelles qui honorent leur force, leur détermination et leur diversité tout en reconnaissant les difficultés auxquelles ils font face. Des témoignages livrés par un groupe diversifié de lesbiennes, bisexuels, gais, transgenres et d'adolescents en questionnement et sans étiquette sont intégrés à des données empiriques tirées de la recherche développementale. Savin-Williams révèle que l'expérience de la sortie du placard est très influencée par l'appartenance sexuelle. Certains chapitres donnent un éclairage sur les dynamiques mère-fille, mère-fils, père-fille, père-fils. D'excellents résumés font état des priorités de recherche et constituent un guide à l'intention des jeunes de minorités sexuelles et de leur famille qui aidera les personnes concernées à établir des relations saines. 2001. 39,95 \$US.

Publié par : American Psychological Association

Pour commander : APA Order Department P.O. Box 92984 Washington, D.C. 20090-2984 Tél. : 1 800 374-2721; à D.C. (202) 336-5510 ATS/TTY : (202) 336-6123 Téléc. : (202) 336-5502 Courriel : order@apa.org Internet : <http://www.apa.org/psychnet/>

### How Can We Love You? Behind the scenes with the play Handle with Care?

Vidéo documentaire réalisé par Laura Sky

À propos d'espoir, de rire et de femmes courageuses qui traversent le Canada et tendent la main aux femmes atteintes de cancer du sein. Ce documentaire invite le public à redéfinir les relations qu'ils entretiennent avec les femmes dans leur vie qui sont atteintes de cancer du sein métastatique et suggère aux amis, à la famille et aux professionnels de la santé différentes façons d'aider. La cinéaste Laura Sky nous amène dans les coulisses, où elle explore le vécu de deux membres de la distribution qui sont atteintes de cancer du sein métastatique. Des extraits de répétitions et de la production de la pièce sont tissés au fil des conversations entre ces femmes, leurs amis et leur famille.

Pour commander : V-Tape 401, Richmond Ouest, bureau 402 Toronto (Ontario) M5V 3A8 Tél. : (416) 351-1317 Téléc. : (416) 351-1509 Courriel : [info@vtape.org](mailto:info@vtape.org) Internet : [www.laurasky.org](http://www.laurasky.org)

### Healthy Options for Women

De Women's Health in Women's Hands

Pour les femmes noires vivant au Canada qui sont enceintes ou qui aimeraient le devenir. Ce livret traite des décisions à prendre concernant les tests de dépistage du VIH et des traitements au cours de la grossesse. 2001. Gratuit. Tél. : (416) 593-7655 Courriel : [whiwh@weh.net](mailto:whiwh@weh.net)

### Sources de financement pour la recherche sur les femmes

Compilé par Marina Morris et Susannah Bush, avec Rachel Côté

Ce livre présente la liste des programmes de financement fédéral et provinciaux, des fondations, des instituts de recherche et des entreprises disposés à donner de l'argent pour des projets de recherche traitant de questions importantes en matière d'égalité des femmes. Il contient des ressources auxquelles vous ne pensez pas toujours faire appel dans votre longue quête ardue de financement, ainsi qu'une section de ressources recommandées et des commentaires qui indiquent comment accéder à ces fonds. 2001. 20 \$.

### Institut canadien de recherches sur les femmes (ICREF)

151, rue Slater, bureau 408 Ottawa (Ontario) K1P 5H3 Téléc. : (613) 563-0682 Courriel : [info@criaw-icref.ca](mailto:info@criaw-icref.ca) Internet : <http://www.criaw-icref.ca/>

# La sage-femmerie autochtone au Canada : l'union des approches traditionnelles et modernes

DENA CARROLL ET CECILIA BENOIT

CET ARTICLE A ÉTÉ FAIT À PARTIR DU CHAPITRE *Aboriginal Midwifery in Canada: Ancient Traditions/Emerging Forms* DANS *Reconceiving Midwifery: New Canadian Model of Care*, [LA SAGE-FEMMERIE AUTOCHTONE AU CANADA : RÉINVENTER LA SAGE-FEMMERIE SELON LES TRADITIONS/APPROCHES ÉMERGENTES – UN NOUVEAU MODÈLE CANADIEN EN MATIÈRE DE SOINS], UNIVERSITY OF MICHIGAN PRESS (2001).

Les femmes autochtones au Canada ont fait face, depuis plusieurs siècles, à des changements sociaux, politiques et culturels qui ont provoqué des effets négatifs sur leur santé, leur identité culturelle, leurs structures sociales et leurs valeurs traditionnelles. De nombreuses années d'acculturation et d'assimilation ont mené au déclin des pratiques de sage-femmerie traditionnelles dans un nombre de régions au pays.

Toutefois, plus récemment, une nouvelle législation gouvernementale, une nouvelle réflexion politique et un intérêt historique concernant le rôle culturel des sages-femmes autochtones ont sanctionné un modèle combinant les anciennes traditions et les techniques modernes, permettant ainsi aux femmes de se réapproprier le processus d'accouchement dans leur communauté.

Dans les temps anciens, le rôle d'une femme en tant qu'aide et sage-femme était vu comme le travail du Créateur et la sage-femmerie était considérée comme une vocation. Les sages-femmes traditionnelles autochtones en C.-B. étaient indissociables du processus d'accouchement et elles transmettaient les valeurs morales et éthiques d'une génération à l'autre. Selon Fiske (1992 : 201), chez les peuples carriers de la C.-B., avant la venue des Blancs, « les rôles liés à la reproduction étaient intimement liés aux revendications des femmes à un statut social élevé. Les femmes carriers qui réussissaient l'éducation de leur famille et qui prenaient soin des personnes dans le besoin devenaient des citoyennes influentes en tant

que porte-parole familiales. La sagesse des aînées était et est toujours célébrée dans les légendes et chansons et elle est reconnue de façon officielle à travers le rôle valorisé qui est celui de grand-mère de clan. »

La définition du terme sage-femme varie selon les différents groupes linguistiques. Chez les Nuuchah-nulth de la C.-B., le mot est traduit par « celle qui sait tout faire ». Les Salish de la côte le traduisent par « celle qui veille à, qui prend soin de » et le peuple Chilcotin le traduit par « celle qui aide les femmes ». Quelle que soit la traduction, les aînées rappellent que la grossesse et l'accouchement se déroulaient dans le cadre d'une relation profonde qui liait la sage-femme à la future mère, à l'enfant et au conjoint/partenaire, à la famille, à la famille élargie et, finalement, à toute la communauté.

Plusieurs événements se sont produits au cours de l'histoire qui ont mené à la disparition de la profession de sage-femme et à la perte des droits qu'avaient les femmes de participer au processus d'accouchement sur leurs territoires traditionnels. Le colonialisme, l'imposition de la médecine occidentale, le système des pensionnats ainsi que les lois et politiques patriarcales ont transformé les mœurs sociales, économiques et traditionnelles des Autochtones et ont miné de nombreuses traditions anciennes en rapport à la guérison.

Les effets combinés de ces forces, en plus des épidémies dévastatrices, ont semé le chaos dans les cultures autochtones et ont attaqué l'équilibre qui existait antérieurement dans les

communautés. Comme le témoignait une aînée de la bande de Stoney Creek : « Entre 1920 et 1993, nous avons vu de nombreux changements au sein de notre population. Il y a des années, il n'y avait pas de médicaments et nous utilisions des plantes médicinales. Notre mode de vie dépendait de la médecine traditionnelle, et la nature était généreuse pour nous. Dans les années 30, les sages-femmes utilisaient des produits médicinaux dans les rituels, qui aidaient à franchir les moments de " transition ". La pratique traditionnelle de la sage-femmerie était apprise des mères et des grands-mères. Aujourd'hui, la médecine moderne et les médecins ont pris le contrôle. »

La reprise de la pratique de sage-femmerie traditionnelle n'a pas été une tâche facile. Plusieurs des anciennes pratiques ont été perdues et les sages-femmes autochtones capables de transmettre les connaissances qui ont subsisté sont peu nombreuses. Une étude de certaines approches autochtones émergentes dans le domaine de la sage-femmerie indique que les nouvelles initiatives tentent d'unir à la fois les approches traditionnelles et modernes dans le but de créer des modèles novateurs axés sur des soins culturellement pertinents et les besoins de la communauté.

## Québec

**Le Centre de santé Innuulitsivik**, situé à Puvirnituq, dans le Nord du Québec, est l'une des plus vieilles et plus célèbres initiatives au Canada dans le domaine de la sage-femmerie. En 1999, le gouvernement provincial a légalisé la sage-femmerie en tant que profession autonome. Bien que ce tournant constitue une percée pour les sages-femmes non autochtones, la situation post-législation est loin d'être rassurante pour les sages-femmes autochtones.

La nouvelle législation sur les sages-femmes contient deux clauses qui influent directement sur ces femmes. La première clause reconnaît la compétence des cinq sages-femmes qui travaillent au Centre de maternité de Inuulitsivik, en les incluant dans l'Ordre des sages-femmes du Québec, à la condition qu'elles pratiquent uniquement sur les territoires du Nunavik. La deuxième clause stipule que les conseils de bande/de communauté peuvent négocier avec le ministère de la Santé provincial pour prendre des mesures spéciales concernant la pratique des « sages-femmes traditionnelles. »

Toutefois, selon la loi provinciale, seule la formation récemment mise sur pied et dispensée à l'Université du Québec à Trois-Rivières est reconnue. Les sages-femmes autochtones qui reçoivent actuellement une formation à Inuulitsivik ne peuvent obtenir un permis pour exercer leur profession. Par contre, sur une note positive, le Groupe de travail de Nunavik sur la sage-femmerie a été mis sur pied pour explorer les façons de réinterpréter la loi provinciale actuelle ou de l'amender pour que le modèle autochtone de formation de sages-femmes soit dûment reconnu.

**Le Programme de sage-femmerie Lewirokwaw** est offert à Akwesasne, une réserve mohawk chevauchant le Québec, l'Ontario et l'État de New-York. Ce programme est présentement mis sur pied dans le but de former des sages-femmes autochtones et n'est pas soumis aux contraintes imposées par les lois provinciales québécoises et ontariennes. Le nouveau programme vise à donner le pouvoir aux femmes mohawks pendant la grossesse et l'accouchement et à construire sur les bases de connaissances déjà existantes dans le domaine de la sage-femmerie autochtone et de la médecine autochtone.

## Le Nord

Un autre centre d'accouchement communautaire très connu offre ses services aux femmes autochtones résidant dans la région centrale de l'Arctique, à Rankin Inlet, au Nunavut. En 1995, son statut a passé d'un programme pilote à un programme

reconnu, doté d'un personnel de trois sages-femmes, deux travailleuses inuites et une interprète préposée. Bien que le centre d'accouchement de Rankin Inlet fonctionne présentement hors des normes imposées par la législation provinciale, sa survie à long terme s'annonce bien.

Malgré une forte demande de la part des femmes autochtones, le Conseil de santé et des services sociaux de Fort Smith refuse jusqu'à présent de permettre à des sages-femmes de travailler au Centre de santé de Fort Smith. Le principal problème semble relever d'une série de questions ayant trait à la loi et aux assurances. Des préoccupations ont été exprimées à l'effet que plusieurs obstacles ralentissaient le rapatriement du processus d'accouchement dans la région de Fort Smith.

## Ontario

**Le Centre d'accouchement et de soins aux enfants des six nations Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta'**. « Tsi Non:we Ionnakeratstha » est une phrase mohawk signifiant « l'endroit où ils naîtront »; « Ona:grahsta » est un mot Cayuga qui signifie « le lieu de l'accouchement ». Le Centre, financé en partie par le ministère de la Santé de l'Ontario, a été créé en 1996 et offre de la formation aux sages-femmes autochtones de la réserve des six nations. Les sages-femmes autochtones ne sont pas soumises à la loi provinciale sur les sages-femmes et peuvent exercer leur profession à l'intérieur et à l'extérieur de la réserve, en autant qu'elles dispensent des services aux familles autochtones.

## Colombie-Britannique

Les femmes autochtones de la C.-B. ont pris une autre voie et tentent de travailler dans le cadre de la législation actuelle sur la sage-femmerie dans le but d'établir un Comité sur la sage-femmerie autochtone, sous les auspices du Collège de sage-femmerie de la C.-B. Jusqu'à présent, aucune initiative spécifique n'a été réalisée dans la province, bien que la loi autorise la mise sur pied d'un tel comité. Le Collège tente présentement de définir les clauses contenues dans la loi et de mener de plus amples consultations au sein de la communauté.

## Manitoba

Le gouvernement du Manitoba a voté une loi dernièrement qui offre aux sages-femmes la possibilité d'obtenir une accréditation au moyen de différentes voies, notamment par la voie de programmes d'apprentissage.

## Autres régions du Canada

La situation des sages-femmes autochtones dans les autres provinces est fluctuante. Le fait que, jusqu'à maintenant, deux provinces (l'Alberta et la Saskatchewan) aient choisi de légaliser les services de sages-femmes sans toutefois accorder un financement est plutôt inquiétant. Étant donné la marginalisation économique relative des femmes autochtones, peu de femmes parmi cette population peuvent se payer les services d'une sage-femme, même si ces services sont culturellement appropriés et conçus pour répondre à leurs besoins et leurs préoccupations.

Comme les différentes initiatives en cours en C.-B. et partout au pays l'ont démontré, la possibilité d'allier les pratiques traditionnelles autochtones de transmission de connaissances avec la science moderne constitue un défi de taille mais non impossible. En reprenant le contrôle du processus d'accouchement, ces communautés ont commencé à rétablir l'équilibre et l'harmonie au sein de leur population, tout en assurant la bonne santé et la sécurité des mères et des nourrissons autochtones. 🌿

*Cecilia Benoit, professeure au département de Sociologie de l'Université de Victoria, est l'auteure et la co-auteure de plusieurs livres sur la sage-femmerie. Elle a œuvré au Comité exécutif du RPSFM et est une copartenaire de cet organisme. Dena Carroll, M.B.A., B.A. en sociologie, œuvre en C.-B. pour la santé des femmes autochtones et les centres de santé urbains pour Autochtones. Elle participe également à l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé. Membre Chippewan de la bande de Nawash, à Cape Croker, en Ontario, elle agit en tant que partenaire communautaire avec le RPSFM et œuvre au sein du Comité RRF. Dena et Cecilia ont co-signé d'autres travaux traitant de sage-femmerie, de la régionalisation de la santé et des soins de santé liés à la maternité.*

**Bureau d'aide juridique afro-canadien – Programme jeunesse de mentorat pour les droits de la personne**  
**Un forum pour la voix des jeunes**

*Canada, dès maintenant jusqu'au 7 septembre 2001*

Le Programme jeunesse de mentorat pour les droits de la personne est financé par le ministère du Patrimoine canadien et géré par le Bureau d'aide juridique afro-canadien. Son mandat est d'exposer les jeunes à des questions ayant trait aux droits humains sur le plan national et international. Ce programme les préparera à participer à la Conférence mondiale de l'ONU contre le racisme (CMCR), la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée et donnera aux jeunes une voix dans le processus de la CMCR pour que les questions concernant cette population puissent être traitées. Si vous êtes parmi celles et ceux qui seront choisi(e)s pour participer au programme, vous joindrez d'autres jeunes en provenance de tout le pays qui amorceront une mobilisation en vue de la CMCR, prévue à Durban, en Afrique du Sud, du 31 août au 7 septembre 2001.

**Bureau d'aide juridique afro-canadien**

Numéro sans frais : 1 888 377-0033

Tél. : (416) 214-4747

Courriel : aclstud@olap.org

Internet : www.aclc.net

**2001: A Health Odyssey: Building Healthy Communities**

*Saskatoon, du 31 août au 3 septembre 2001.*

Cette conférence rassemblera des intervenantes et intervenants œuvrant à des dossiers de santé et des questions sociales pertinentes aux individus qui ont des relations affectives et sexuelles avec des personnes de même sexe. Les participantes et participants auront l'occasion de réfléchir sur l'étendue des actions menées dans le passé par leur organisme en rapport à la prévention du VIH et d'analyser, d'un point de vue critique, comment leur travail portant sur les déterminants de la santé peut inclure de façon optimale la prévention du VIH, selon une approche holistique. Ce rassemblement visera à construire sur les expériences passées, à vivifier les

stratégies et à présenter une vision nationale inclusive en ce qui a trait à la promotion de la santé. La conférence intéressera les personnes qui interviennent dans le domaine des déterminants de la santé puisque ceux-ci ont rapport aux gens qui ont des relations affectives et sexuelles avec des gens de même sexe, peu importe si l'étiquette qu'ils se donnent est queer, gai, lesbienne, bisexuel, double esprit, transgenderiste, des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ou autres. L'événement fournira une occasion aux personnes œuvrant à des services d'écoute téléphoniques, dans des groupes de soutien, des groupes jeunesse, des centres communautaires, des programmes de prévention du VIH dans la communauté gai, des programmes de sensibilisation contre l'homophobie, etc., de faire des contacts et de se communiquer des stratégies. Ce sera aussi une occasion de développer une stratégie nationale et des partenariats nationaux et locaux qui permettront d'aborder des questions d'actualité dans la communauté.

Boîte postale 3043

Saskatoon (Saskatchewan) S7K 3S9

Télé. : (306) 665-1280

Courriel : glhs@home.com

**9<sup>e</sup> Rencontre internationale des femmes et la santé**

*Canada, août 2002*

Depuis la première Rencontre internationale sur la santé des femmes tenue en 1975, des femmes de partout dans le monde se rencontrent régulièrement pour faire avancer et consolider le mouvement de la santé des femmes. La santé constitue sans aucun doute l'une des principales forces d'une société. C'est donc pour cette raison que les femmes ont jugé important de se rencontrer et d'élaborer des stratégies portant sur différentes questions au cours des années. L'objectif de la 9<sup>e</sup> Rencontre internationale des femmes et la santé est d'offrir aux militantes de partout dans le monde œuvrant dans le domaine de la santé l'occasion de se rassembler, d'évaluer les stratégies antérieures et d'en développer et raffiner d'autres qui feront en sorte que la santé des femmes sera considérée comme une priorité, dans un con-

texte où la mondialisation se fait de plus en plus grande. Cet événement est une occasion unique pour les militantes du mouvement canadien de la santé des femmes. Elles y élaboreront des stratégies et feront des contacts avec d'autres intervenantes de tous les pays. Le Conseil d'administration nouvellement formé est codirigé par Lise Martin, de l'ICREF, et par Nuzhath Leedham du Riverdale Immigrant Women's Centre [Centre des femmes immigrantes de Riverdale].

**Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF)**

151, rue Slater, bureau 408

Ottawa (Ontario) K1P 5H3

Télé. : (613) 563-0682

Courriel : info@criaw-icref.ca

Internet : www.criaw-icref.ca

**Consultations menées par l'Institut de la santé des femmes et des hommes du Canada (ISFH)**

*Canada, printemps – automne 2001*

L'ISFH, l'un des 13 instituts membres du réseau des Instituts de recherche en santé du Canada, a pour mandat d'appuyer la recherche axée sur la façon dont les facteurs biologiques (liés au sexe des personnes) et les facteurs socioculturels (chez les hommes et chez les femmes) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes à caractère unique, plus courants, plus graves ou différents et ce, compte tenu des facteurs de risque ou des interventions efficaces à l'égard des femmes et des hommes. Miriam Stewart, directrice scientifique de l'ISFH, tiendra au printemps une série de consultations portant sur l'Institut, et ce, partout au Canada. D'autres consultations auprès des consommateurs et auprès de chercheurs communautaires sont prévues à l'automne. Pour plus d'information, communiquez avec Madeline Boscoe, au RCSF.

**IRSC Institut de la santé des femmes et des hommes**

Université de l'Alberta

8303, 112<sup>e</sup> rue, 5-22 UEC

Edmonton (Alberta) T6G 2T4

Tél. : (780) 492-6699

Télé. : (780) 492-8045

Courriel : kathleen.lewis@ualberta.ca



# L'ACCOMPAGNEMENT AUX SOINS D'ENFANTS : de l'aide pour les parents handicapés

RÉVISÉ PAR MARY OCAMPO

En 1988, un couple de Toronto a réalisé, à la naissance de leur premier enfant, que la mère avait besoin de services spéciaux pour l'aider à prendre soin du nourrisson et gérer d'autres activités liées à la maternité, étant handicapée et ayant besoin elle-même de services auxiliaires. L'assistance physique lui permettrait de contribuer, de façon significative, aux soins de son enfant et de renforcer le lien mère-enfant. Un tel soutien était surtout nécessaire au cours des années de croissance de l'enfant. La mère a nommé ce service « accompagnement aux soins d'enfants », un tout nouveau concept de soutien qui est devenu de plus en plus important au cours de la dernière décennie, dans un contexte où de plus en plus de personnes handicapées décident de prendre soin elles-mêmes de leur propre famille.

L'accompagnement aux soins d'enfants est un service axé sur les besoins du consommateur qui fournit une assistance physique aux parents handicapés ayant des enfants en bas âge. Son objectif est d'aider les parents à prendre soin de leur(s) enfant(s) comme le ferait tout parent, et il est utilisé en général au cours des huit à dix premières années de vie de l'enfant. Les préposés à l'accompagnement aux soins d'enfants ne sont pas des gardiens ou des bonnes d'enfants, ni des bénévoles ou des membres de la famille. Ces personnes sont des employés rémunérés qui travaillent sous la direction et en présence du parent. Elles aident aux tâches telles que le bain et le changement de couche et elles préparent les repas, soulèvent l'enfant, le portent, le prennent dans leurs bras, jouent avec lui et facilitent l'interaction parent-enfant.

Pour comprendre ce qu'est l'accompagnement aux soins d'enfants, il est essentiel de bien saisir le concept de services d'accompagnement auto-dirigés. En Ontario, ces services sont définis comme de l'assistance physique axée sur les besoins du consommateur pour effectuer des tâches quotidiennes que la personne handicapée ferait elle-même si elle n'était pas physiquement limitée. Ce service est fourni par une autre personne, notamment l'accompagnateur, qui prête ses bras et ses jambes à la personne bénéficiaire et l'aide à se lever et à s'habiller, à prendre une douche, à s'asseoir ou sortir du fauteuil roulant, à aller aux toilettes et à préparer les repas. Cette

personne peut aussi faire de légers travaux ménagers, l'épicerie et la lessive. Les services d'accompagnement sont axés sur les besoins du consommateur ou de la consommatrice, ce qui signifie que cette personne prend en main les décisions et la formation liées à la mise en place d'une telle aide.

En prolongement au concept de services d'accompagnement, l'accompagnateur est un préposé qui prête ses bras et ses jambes au parent handicapé dans l'exécution des tâches quotidiennes liées aux soins d'enfants et aux responsabilités parentales. Ce service est aussi axé sur les besoins du consommateur et le parent demeure la personne soignante responsable lorsqu'il travaille avec l'accompagnateur.

En Ontario, il existe actuellement deux possibilités au moyen desquelles un nombre limité de parents se sont prémunis des services d'accompagnement aux soins d'enfants. L'une d'elle est le Direct Funding Program (DF) [Programme de financement direct]. Par le biais du DF, les consommateurs reçoivent du financement du ministère de la Santé de l'Ontario pour embaucher, former et rémunérer leur propre accompagnateur. Certains consommateurs ayant des enfants ont pu utiliser une part de ces fonds pour embaucher des accompagnateurs aux soins d'enfants. Les autres possibilités résident dans les projets de services d'accompagnement de l'Ontario et les programmes *Outreach*, qui ont débloqué des fonds auprès du gouvernement pour fournir des services d'accompagnement aux consommateurs avec lesquels ils travaillent.

Les services d'accompagnement aux soins d'enfants existent depuis près de 13 ans, et ils ne sont pas encore très connus, même parmi les fournisseurs de services. Ils sont généralement connus de bouche à oreille. Les parents qui ont bénéficié de ces services ont dû faire eux-mêmes une recherche ou travailler à leur mise en place. En raison de l'absence de conscientisation, ce type de soutien est difficilement accessible et peu disponible.

Les personnes handicapées qui n'utilisent pas de services d'accompagnement constatent souvent qu'elles ont besoin d'aide à la suite de la venue d'un nouvel enfant dans leur famille. Par exemple, un père atteint de dystrophie musculaire peut être autonome en ce qui a trait à ses soins personnels mais il se

peut qu'il ne soit pas capable de soulever, changer ou nourrir son bébé sans être aidé. Plusieurs parents handicapés entrent dans cette catégorie, mais il n'existe actuellement aucun mécanisme qui permet de financer ou de fournir des services d'accompagnement aux utilisateurs de services sans accompagnement.

En réponse au besoin de conscientiser davantage la population sur l'importance de plus en plus grande de ce service, le Centre for Independent Living in Toronto (CILT) [Centre de vie autonome à Toronto] a mis sur pied le Nurturing Assistance Project [Projet d'accompagnement aux soins d'enfants] en août 2000. Mené par un comité consultatif de parents handicapés et de fournisseurs de services, l'objectif du projet est de créer un modèle pouvant être utilisé par les parents, les fournisseurs de services et les bailleurs de fonds pour développer et mettre en place des services d'accompagnement aux soins d'enfants. Les principes directeurs qui guident l'élaboration de ce modèle s'inspirent des principes soutenus par la Canadian Association of Independent Living Centres [Association canadienne des centres de vie autonome] selon lesquels le consommateur détient le contrôle, échange de l'aide avec ses pairs et est complètement intégré à la société.

Par le biais d'entrevues avec les parents et futurs parents, les fournisseurs de services et autres intervenants-clés, le projet établira un dossier sur l'étendue et le type de soutien aux tâches parentales et/ou les services d'accompagnement aux soins d'enfants qui sont présentement offerts au Canada et dans le monde. Il identifiera également le processus que doivent suivre les consommateurs pour planifier et obtenir de tels services et offrira des témoignages et des conseils provenant d'utilisateurs actuels, conseils basés sur leur propre expérience. La publication de cette ressource est prévue pour septembre 2001. ☺

*Mary Ocampo est coordonnatrice de projet au Parenting with a Disability Network [Réseau des parents handicapés], du CILT. Vous pouvez la joindre par téléphone : (416) 599-2458, poste 26. Numéro sans frais en Ontario : 1 800 354-9950. Courriel : pdn@cilt.cnd.com*

**L'avance insidieuse de l'apartheid économique au Canada**

*préparé par Grace-Edward Galabuzi*

Cette étude novatrice comporte de nouvelles données jamais publiées sur l'écart économique croissant présent aujourd'hui au Canada, notamment entre les races. Cette ressource fait le lien entre les écarts de revenu et le racisme.

Internet : [www.socialjustice.org](http://www.socialjustice.org)

Pour télécharger :

[www.socialjustice.org/pubs/pdfs/economic\\_apartheid.pdf](http://www.socialjustice.org/pubs/pdfs/economic_apartheid.pdf)

Tél. : (416) 927-0777, poste 228

**La Provincial Association of Transition Houses of Saskatchewan (PATHS)**

De l'information en vingt-six langues pour les femmes vivant des situations violentes.

Internet : [www.hotpeachpages.org/paths/languages.html](http://www.hotpeachpages.org/paths/languages.html)

**Fiche d'information sur la Conférence des ONG, avril 2001 : le Programme de Beijing : le VIH/SIDA et le racisme**

**CTIF Globalnet des femmes #169 : Initiatives et activités menées par les femmes partout dans le monde.**

*Préparé par Anne S. Walker*

Plusieurs ONG qui ont participé à la Session spéciale « Femmes 2000 » (Beijing+5) tenue dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations Unies participent aux efforts de réalisation du programme tracé à Beijing et aux efforts d'intégration du facteur de l'appartenance sexuelle dans l'étude d'autres thèmes importants faisant l'objet de discussions aux conférences et aux sessions spéciales des Nations Unies. Présentée sous forme de fiche d'information volante compilée à la suite de la Conférence des ONG, cette ressource vise à fournir de l'information sur les événements à venir et à stimuler la participation des femmes à ces processus. Internet : <http://www.conferenceofngos.org/txt/ngomeet/wcar.htm>

**CulturedMed**

*Bibliothèque de la SUNY Institute of Technology*

Un centre de ressources où l'on trouve des

documents imprimés et des bases de données électroniques ainsi que des documents en ligne traitant des soins de santé pour réfugiés et immigrants qui tiennent compte des réalités culturelles. Le centre offre des bibliographies, des détails sur des organismes, une base de données sur les réfugiés et les immigrants et d'autres ressources. Internet : <http://www.sunyit.edu/library/culturedmed/>

**ArthritisCentral.com**

Ce site a été créé en février 2001 après deux années de recherche et d'élaboration menées par le Dr Joel Rutstein, un rhumatologue du Texas. Tous les renseignements contenus dans ce site sont écrits et produits par un médecin. C'est le seul site du genre qui offre des enregistrements vidéos continus sur le thème de l'arthrite, faciles à télécharger. Une partie de la série qui sera présentée, « Des rapports sexuels agréables et l'arthrite » aide à faire du sexe une activité qui suscite du plaisir, tout en reconnaissant que la douleur chronique et la dépression associées à l'arthrite ainsi que la perte de confiance en soi entraînée par les malformations peuvent diminuer l'intérêt au sexe. L'information est diffusée en anglais et en espagnol. 11,95 \$ par année, incluant un forum sur l'arthrite, un échange en ligne mené entre abonnées au moyen de questions et de réponses choisies, un coin spécial pour les femmes et des articles traitant d'études de cas.

Internet :

<http://www.ArthritisCentral.com/>

**Critiques de politiques en matière de condition féminine – mars 2001**

Cette ressource présente des rapports provenant du Sri Lanka, de l'Inde, de la Suède, de la Finlande et du Canada, notamment les documents suivants : *Alert on Children's Rights, Academy of Finland's Equality Plan, Women United Against Free Trade and Racism, Endangered Wanniyala-Aetto Women Sent as Sex Slaves to the Middle East*, et *Men Don't Become Enslaved Because Women are Freed*. Courriel : [gender-policy@mailcity.com](mailto:gender-policy@mailcity.com) Internet : [www.genderpolicy.org](http://www.genderpolicy.org)

# La vieille femme en moi

LAURA FEE

Une vieille femme habite en moi. C'est moi dans trente ou peut-être quarante ans. Les chiffres importent peu, mais elle est vieille, et moi, je ne le suis pas. Mais je veux le devenir. Un jour, je veux atteindre l'apogée de ma vie, me retourner et apprécier le chemin que j'ai parcouru.

Je la perçois comme une main aimante sur mon épaule. C'est une femme de paroles, de sagesse et de réconfort. C'est une présence constante, un guide, une force qui ne passe pas inaperçue. Je ne suis pas toujours consciente de sa présence, mais, comme une ombre, elle est toujours là.

Si je ferme les yeux, je peux la voir. Ses cheveux sont argentés, frisottants et coupés courts. Elle est maigre mais étonnamment forte, à cause de toutes les années qu'elle a passées à bouger la terre dans le jardin et à danser sur la pelouse. Son visage joliment ridé porte les traces du rire plus que de la sévérité. Chaque ride est une victoire. Les cicatrices qui marquent son corps, couleur d'argent, ne sont plus aussi prononcées, et elle les arbore fièrement, comme une preuve des combats qu'elle a gagnés et en mémoire des ennemis vaincus.

Elle a tant d'histoires à raconter et elle retient quiconque veut bien les entendre. C'est un grand privilège, selon elle, de pouvoir ennuyer les gens avec les histoires d'autrefois. *Je me souviens*, dira-t-elle, et si leur regard se perd dans la rêverie, elle ne le remarquera pas. Elle sera dans d'autres lieux, d'autres temps, entourée des êtres aimés, des animaux et des amis qui remplissent ses jours. Elle parle du bon vieux temps mais apprécie chaque jour qu'elle vit.

C'est une idée que je porte en moi, une image que je peux conjurer lorsque j'ai peur et que j'ai besoin d'entrer en contact avec une grande force positive. Elle était avec moi lorsque j'étais en chimiothérapie, les veines fatiguées et grises, regardant le liquide, le noir d'abord, puis le rouge, s'écouler en moi. Elle m'accompagnait dans la salle de radiation où j'étais couchée, seule et immobile, suppliant les machines d'exercer leur magie. Elle me portait lorsque mon corps maigre et endolori ne pouvait plus faire un autre pas.

Elle m'aide à croire que je vais atteindre ce sommet et porter ces rides. Elle me réconforte en me montrant un tout petit peu l'avenir. Un avenir dans lequel je serai vivante. ☺

*Laura Fee a survécu au cancer du sein et étudie la création littéraire au Malaspina University-College. Elle vit dans la région de Cowichan Valley, sur l'île de Vancouver, où elle cultive des vignes, élève ses enfants et se voue à l'écriture. Vous pouvez la joindre à l'adresse suivante : [olga57@home.com](mailto:olga57@home.com)*

# Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs

COMPTE-RENDU DE CATHY FILLMORE ET COLLEEN ANNE DELL

SELON LE SOMMAIRE RÉDIGÉ PAR DEBBIE BLUNDERFIELD POUR LE CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET LA ELIZABETH FRY SOCIETY OF MANITOBA

Les actes autodestructeurs chez les femmes constituent un sérieux problème sur le plan de la santé au Canada. Au cours des dernières années, la Elizabeth Fry Society of Manitoba, dans le cadre de son travail auprès des femmes en conflit avec la loi, a reconnu une hausse alarmante du nombre de femmes qui sont identifiées comme prédisposées à des actes autodestructeurs, ainsi qu'un besoin de mener de plus amples recherches et de comprendre davantage ce phénomène.

Fondés sur des témoignages de femmes, les perceptions et récits du personnel et l'étude de documents interdisciplinaires, les actes autodestructeurs sont définis comme suit : « Tout acte physique, émotionnel, social ou spirituel qu'une femme peut poser avec l'intention de se blesser de façon volontaire. Un tel geste constitue une façon de composer avec une souffrance et une détresse émotionnelles et de survivre à une telle souffrance, laquelle est le reflet d'expériences traumatisantes vécues en situation d'abus et de violence perpétrés au cours de l'enfance et des années adultes. C'est un geste symbolique qui remplit plusieurs fonctions chez les femmes qui luttent pour survivre. »

Appliquant une approche féministe à la méthodologie de recherche, cette étude génère de nouvelles connaissances sur les actes autodestructeurs en tant que sujet important dans le domaine de la santé des femmes. Contrairement à des études antérieures, elle démontre l'existence d'un lien tout aussi important entre les expériences d'abus et d'autodestruction vécues pendant les années adultes et celles vécues au cours de la petite enfance. Ces résultats constituent une importante contribution à la documentation interdisciplinaire portant sur la santé des femmes en général aussi bien qu'en contexte particulier, tels les établissements correctionnels.

À partir de ces résultats, les chercheuses peuvent effectuer des recommandations à l'intention du personnel correctionnel et communau-

taire œuvrant auprès des femmes ayant des comportements autodestructeurs, et faire des suggestions concrètes dans le cadre de l'élaboration de politiques. Elles soulignent également l'importance d'établir des politiques axées sur les femmes qui tiennent compte de leurs antécédents uniques et des circonstances socio-économiques et politiques, ainsi que des facteurs individuels et structurels qui font en sorte que les femmes « choisissent » de commettre des actes autodestructeurs pour composer avec la souffrance et la détresse émotionnelles et de survivre à cette souffrance.

Une compréhension beaucoup plus grande a été acquise concernant les mécanismes de soutien et les services offerts, ainsi que les besoins des femmes qui s'infligent volontairement des blessures pendant leur incarcération ou lorsqu'elles sont en liberté. Des connaissances approfondies ont été acquises à ce sujet en rapport à la culture autochtone. Une étude des interventions efficaces et non efficaces face aux pratiques d'automutilation dans ces deux contextes constitue un sous-produit important de la recherche.

Il existe un consensus général à l'effet que les comportements d'autodestruction sont surtout présents chez les femmes incarcérées. Les résultats de recherche sont importants parce qu'ils examinent des événements critiques qui se sont déroulés au cours de l'enfance et des années adultes des femmes, événements qui précèdent l'adoption de comportements autodestructeurs. Ces expériences de vie sont typiquement inscrites dans une histoire de marginalité – pauvreté, sexisme, racisme et discrimination. À l'intérieur de ce cadre de travail élargi, les chercheuses ont examiné, chez certaines femmes, les stratégies qu'elles utilisent pour composer avec la violence et la souffrance émotionnelle et pour survivre à celles-ci en ayant recours à des actes autodestructeurs. Cette approche a mené à un point de vue selon lequel les actes autodestructeurs constituent un

mécanisme de réaction nécessaire, quoique malsain, qui permet à des femmes de composer avec des conditions émotionnellement stressantes et opprimentes.

Les cas d'actes autodestructeurs sont plus fréquents chez les femmes ayant des antécédents familiaux instables et non soutenus. Elles ont vécu une enfance caractérisée par de nombreux déménagements et des placements intermittents ou permanents en foyer d'accueil et en foyer de groupe; par des liens absents, faibles ou traumatisants avec les adultes qui en étaient responsables (notamment la mère); des besoins émotionnels et sociaux non satisfaits; des antécédents d'abus et de violence. Elles ont subi aussi, en tant qu'adultes, des abus et de la violence, perpétrés principalement par un conjoint. La majorité des femmes ont subi des expériences traumatiques au cours de leur enfance et de leur vie adulte.

Bien que les membres du personnel institutionnel établissent un lien entre un milieu familial très instable et non soutenant et les actes autodestructeurs, ils ne reconnaissent pas la relation entre les expériences d'abus et de violence vécues pendant les années adultes et les problèmes d'automutilation.

Par leurs actes autodestructeurs, les femmes expriment plusieurs messages qui les aident à composer avec la souffrance et la détresse émotionnelles, tout en leur permettant de survivre. Un appel à l'aide, une forme d'autopunition et de blâme de soi-même, une façon de composer avec l'isolement et la solitude, une stratégie pour éviter de sentir la douleur émotionnelle, une réaction face à un conjoint violent, un nettoyage et une expression de la souffrance émotionnelle, une tentative de recontacter la réalité et le sentiment « d'être vivante », un message traduisant des expériences de vie douloureuses, et une occasion de sentir un pouvoir et un contrôle sur sa vie figurent parmi ces messages.

Les perceptions qu'ont les femmes de leurs besoins et des types de soutien et de services qu'elles requièrent pour faire face à leurs comportements d'automutilation sont complexes. Elles incluent la communication en

Suite à la page 16

# RÉSOLUTIONS ADOPTÉES AU COLLOQUE NATIONAL « SANTÉ DES FEMMES ET DIVERSITÉ »

*Tenu à Montréal du 26 au 28 avril 2001*

## Résolution n° 1

Les participant(e)s du Colloque national « Santé des femmes et diversité », à titre individuel, de groupes ou provenant de centres de recherche, à travers le Canada, ont résolu à l'unanimité de soutenir la proposition de l'Association des femmes autochtones du Canada en vue d'assurer la planification et l'implantation d'un secrétariat pour la santé des femmes autochtones. Ce secrétariat aurait pour mandat de poursuivre les recherches et les interventions jugées nécessaires afin d'obtenir des changements fondamentaux dans la qualité et l'accessibilité des services sociaux et de santé pour les femmes autochtones du Canada tant pour les générations actuelles que pour les générations à venir.

## Résolution n° 2

Les participant(e)s du Colloque ont adopté à l'unanimité une résolution à l'effet que :

- Les critères de financement de la recherche, incluant la recherche en santé des femmes, tiennent compte, lorsque pertinent, de la diversité des conditions de vie des femmes, notamment des femmes se retrouvant en marge à cause notamment de questions de race, d'appartenance ethnique, de langue, d'orientation sexuelle, d'âge, d'incapacités et de conditions socio-économiques précaires;
- Ces critères devraient s'appliquer tout particulièrement à la réalité des femmes autochtones;
- Lorsque c'est applicable, les femmes de diverses conditions soient représentées en tant que partenaires égales dans la prise de décisions quant au développement, à la réalisation de projets de recherche et à l'utilisation des résultats; que les groupes de recherche ayant du financement démontrent, autant que possible, l'inclusion de la diversité des groupes de femmes;
- Les groupes de femmes soient soutenus financièrement par le gouvernement et les bailleurs de fonds plus traditionnels afin qu'elles puissent faire leurs propres recherches dans leur milieu.

## Résolution n° 3

Afin de favoriser l'intégration entre la recherche et le travail des femmes sur le terrain, d'influencer les décideurs et de sensibiliser le public à la situation des femmes et à leur état de santé, il est résolu à l'unanimité de :

- Favoriser des recherches-action participatives ainsi que des

recherches évaluatives sur les interventions pertinentes en matière de la santé des femmes en y associant les femmes concernées;

- Réclamer davantage de financement pour procéder à ce genre de recherche;
- Diffuser les résultats de ces recherches aux intervenantes et intervenants des réseaux communautaires et publics ainsi qu'au public en général, dans un langage accessible.


## Résolution n° 4

Les participant(e)s ont adopté à l'unanimité une résolution à l'effet que le Centre d'excellence pour la santé des femmes-Consortium Université de Montréal fasse des représentations auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour qu'il associe les groupes de femmes, les responsables de la condition féminine dans le réseau de la santé et des services sociaux et les chercheur(e)s en santé des femmes, à l'évaluation et à la révision de son plan d'action en matière de condition féminine pour 1997-2000 : « Santé, bien-être et conditions de vie des femmes ».

## Résolution n° 5

Considérant la qualité de la contribution du Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes à la recherche sur la diversité et les déterminants sociaux de la santé des femmes, et que le Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes arrive au terme de son mandat, les participant(e)s ont adopté à l'unanimité la résolution des femmes du Black Women's Health Network à l'effet que Santé Canada renouvelle le financement du Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes pour une période additionnelle de 5 ans.

Ces résolutions ont été unanimement appuyées par les participant(e)s du Colloque CESAF 2001 sur la santé des femmes et la diversité, événement commandité par :

- l'Université de Montréal, le Bureau pour la santé des femmes;
- Santé Canada (Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes), le Réseau canadien pour la santé des femmes, Le Conseil du statut de la femme;
- Québec, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et la Centrale des Syndicats du Québec. 

# Les infirmières philippines au Canada

RACHEL ROSEN

À L'HEURE OÙ LE PAYS VIT SA PIRE PÉNURIE D'INFIRMIÈRES DE L'HISTOIRE, DES MILLIERS D'INFIRMIÈRES PHILIPPINES TRÈS SCOLARISÉES ET TRÈS COMPÉTENTES SONT RECRUTÉES POUR VENIR TRAVAILLER AU CANADA. ON LES FAIT VENIR ICI SOUS LE PROGRAMME CONCERNANT LES AIDES FAMILIAUX RÉSIDANTS (PAFR), NON EN TANT QU'INFIRMIÈRES MAIS EN TANT QUE BONNES D'ENFANTS ET AIDES À DOMICILE RÉSIDANTES, METTANT AINSI EN PLACE UNE SOURCE MARGINALISÉE DE MAIN-D'ŒUVRE À BON MARCHÉ ET FAISANT PROGRESSER LE MOUVEMENT VERS DES SOINS DE SANTÉ PRIVATISÉS.

Niant la présence de ces infirmières, les médias, le gouvernement et les organismes de réglementation de la profession infirmière créent un climat de panique face à la pénurie d'infirmières. Les lits d'hôpitaux sont réduits, les gens doivent quitter l'hôpital avant le temps prescrit et les temps de salles d'opération sont réduits. Les cliniques de santé privées, dont le but est de réduire le temps d'attente et d'augmenter la qualité des soins, deviennent alors le seul moyen d'accéder à des services de santé essentiels.

Mais quelles sont les implications réelles de la privatisation? Les soins de santé, au lieu d'être un droit fondamental à la santé et au bien-être, deviennent une industrie animée par le désir de réaliser un profit. Dans un système privatisé, la santé passe en dernier.

Des signes de privatisation existent déjà au Canada. En effet, la prolifération de cliniques privées dispensant des services qui ne sont pas couverts par notre assurance-maladie et d'établissements de soins prolongés en est la manifestation. Des frais d'utilisation sont de plus en plus imposés pour des services essentiels. En Colombie-Britannique, les frais d'assurance-maladie peuvent s'élever à plus de 400 \$ par personne, par année.

En raison de la pénurie d'infirmières dans les hôpitaux, les médecins émettent des congés à des patients qui ont encore besoin de soins médicaux. À la suite de compressions massives des budgets de soutien à domicile, les compagnies privées prennent la relève, offrant des soins aux personnes qui ont les moyens de se payer des services. Ces entreprises sont avantagées par les obstacles d'accréditation auxquels font

face les infirmières formées à l'étranger. « Lorsqu'ils ont appris que j'étais infirmière aux Philippines, ils m'ont confié les cas médicaux les plus compliqués, comme des cas de dystrophie musculaire. Par contre, ils me paient le tiers du salaire que fait normalement un infirmier », explique Andres, un membre du groupe de soutien pour le personnel infirmier philippin.

Puisque le système du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration n'accorde pas de point à la profession infirmière (selon le ministère, le Canada a beaucoup d'infirmières), le Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) est souvent la seule voie d'immigration pour les infirmières philippines. Forcées à quitter leur pays en raison du chômage chronique et de l'immense pauvreté, ces femmes, avec d'autres Philippines, constituent la majorité des femmes qui entrent au Canada par le biais du PAFR.

Le programme recrute des travailleuses au Canada pour prendre soin des enfants, faire du ménage et aider aux tâches de maison dans les familles riches. Prétendant aider les gens du Tiers-Monde à acquérir la citoyenneté, ce programme crée un bassin de travailleuses très compétentes mais sous-payées qui peut être utilisé par les entreprises de soins privées, fournissant ainsi aux familles nanties des infirmières privées et des travailleuses au foyer pour aussi peu que 700 \$ par mois.

Dans le cadre de ce programme, les infirmières philippines reçoivent un statut d'immigration temporaire à condition de résider au domicile de leur employeur pendant un minimum de deux ans. « À cause des exigences du PAFR, nous devons être au service de nos employeurs 24 heures sur 24, mais

nous ne sommes payées que pour huit heures de travail. Nous ne sommes pas rémunérées pour le temps supplémentaire. Certaines d'entre nous doivent accompagner nos employeurs à l'hôpital et même dormir à côté de leur lit », raconte Mayette Laureano, une infirmière et une travailleuse domestique sous la coupe du PAFR.

Motivé par les 3,5 billions \$ qui sont dépensés annuellement à l'échelle du globe, des instances internationales tels l'Organisation mondiale du commerce, le Fonds monétaire international et la Banque mondiale promeuvent la privatisation. Aux Philippines, le tandem FMI-Banque mondiale a exigé que le gouvernement cesse de dépenser de l'argent dans les services de santé, dans le cadre de leurs programmes d'austérité. Le gouvernement vend des hôpitaux à des entreprises privées, lesquelles sont souvent étrangères, ce qui rend les soins de santé encore plus inaccessibles à la population et augmente la pression infligée aux professionnels de la santé. Certaines infirmières sont responsables, à elles seules, de 80 à 100 patients par quart de travail.

La mise en place de la zone de libre échange des Amériques accélérerait la privatisation des soins de santé partout dans les Amériques. Dans le cadre de cette entente, des entreprises de santé à but lucratif auraient droit à un financement gouvernemental tout autant que les hôpitaux et les cliniques de santé. En Alberta, sous l'ALÉNA, l'adoption du projet de loi 11 signifie que des entreprises privées œuvrant dans le domaine de la santé peuvent concurrencer pour obtenir des fonds publics afin d'ouvrir des installations à but lucratif. À défaut d'obtenir le droit d'ouvrir de telles installations, celles-ci pourront entamer des poursuites juridiques.

Le gouvernement canadien n'a pas voulu changer les lois sur l'immigration, notamment en ce qui a trait au PAFR. Pourquoi? Parce que ce programme réduit les frais et les responsabilités de l'État et permet de présenter un « budget équilibré ». Le gouvernement tire avantage

Suite à la page 14

des politiques de mondialisation qui génère la pauvreté dans les pays du Tiers-Monde. Les populations de ces régions peuvent être utilisées comme une source de main-d'œuvre à bon marché, comme c'est le cas pour les travailleuses résidentes sous-payées.

Les organismes de réglementation de la profession infirmière ont été très lents à réagir face à la pénurie d'infirmières. Au lieu de défendre les droits des infirmières formées à l'étranger et d'œuvrer pour la reconnaissance de leurs habiletés et leurs compétences, l'Association des infirmières autorisées de la C.-B. a annoncé dernièrement qu'elle sentait « des pressions » pour abaisser les normes de la pratique infirmière dans le but de faciliter le processus d'accréditation. Le fait d'utiliser des infirmières formées à l'étranger comme bouc émissaire pour justifier la détérioration du système de santé détourne l'attention du public de la question de privatisation du système de santé.

Reconnaissant le besoin de dénoncer un traitement injuste, le Filipino Nurses Support Group (FNSG) [Groupe de soutien pour les infirmières philippines] a été mis sur pied par le Philippine Women Centre [Centre des femmes des Philippines] et SIKLAB, un organisme œuvrant pour les travailleuses philippines à l'étranger. Depuis 1995, ses membres ont travaillé à rassembler, sensibiliser et mobiliser le public dans le but d'obtenir une reconnaissance à l'endroit des infirmières formées à l'étranger, de mettre fin à l'exploitation et de lutter contre la privatisation. Selon le FNSG, la santé est un droit humain. La santé n'a pas de prix! ☺

*Rachel Rosen est une militante du Filipino Nurses Support Group. Vous pouvez communiquer avec le FNSG en composant le (604) 255-6870, ou en écrivant à l'adresse courriel suivante : pwc@attcanada.bc.ca*

# La santé des femmes *QetR*

COMPILÉ PAR BARBARA BOURRIER-LACROIX

## L'environnement a-t-il des effets sur la puberté des jeunes filles?

L'apparition des premières règles se produit normalement entre dix et seize ans, généralement après la manifestation des premiers signes de la puberté. L'élargissement des hanches, le développement des seins et l'apparition des poils sur le corps constituent quelques-uns de ces signes. Au moment des premières menstruations, la plupart des jeunes femmes ont presque terminé leur période accélérée de croissance et ont atteint, à quelques centimètres près, leur taille adulte. Une puberté précoce, ou la phase intermédiaire de l'enfance, se produit chez les filles qui manifestent des signes de développement sexuel avant huit ans.

Une étude publiée en 1997 dans la revue *American Journal of Pediatrics* a constaté que les premiers signes de la puberté (le développement des seins et l'apparition de poils pubiens) se manifestent plus tôt qu'il ne l'a été observé antérieurement, soit à six ou sept ans. Toutefois, l'âge moyen des premières menstruations semble être le même, soit douze ans. Bien que l'étude ait fait l'objet de critiques, de nombreux experts et scientifiques sont à la recherche d'explications. Jusqu'à présent, l'obésité, la présence de certains facteurs sociaux et les produits chimiques dans l'environnement sont les trois théories auxquelles on a le plus recours pour expliquer une telle incidence.

Plusieurs études ont examiné les liens entre l'alimentation, le poids et l'occurrence du développement sexuel dans le temps. Selon certaines recherches, les filles obèses vivraient une puberté précoce alors que les filles très minces atteindraient la puberté plus tardivement. D'autres recherches se penchent sur l'impact de l'environnement familial sur le développement sexuel. Selon l'une d'elles, les filles qui vivent dans des familles stressées vivent une puberté plus précoce. Une autre étude suggère que la puberté se déclenche plus précocement dans des familles où le père est absent, ou dans des familles comportant un homme adulte qui n'est pas le père génétique de la fille.

Selon la croyance générale, non issue de la science, la présence d'une sexualité de plus en plus explicite dans les médias populaires pour-

rait stimuler un développement précoce. De plus, des données provenant d'études effectuées sur des animaux démontrent que leur développement sexuel peut être influencé par la présence de différents contaminants chimiques, tels les BPC, auxquels ils sont très exposés. Certaines études épidémiologiques et certains dossiers médicaux suggèrent que la présence de contaminants dans l'environnement peut influencer le développement sexuel chez l'humain.

L'étude publiée dans le *American Journal of Pediatrics* a mené certains à suggérer l'apport de changements aux lignes directrices utilisées par les pédiatres pour identifier la puberté précoce chez les filles. D'autres se demandent avec inquiétude si les médecins ne pouvaient pas passer à côté de problèmes médicaux graves, tels des tumeurs ou des troubles génétiques, pensant qu'il est normal pour les filles d'entrer dans la phase de la puberté à l'âge de six ou sept ans.

Fait bien connu, la puberté précoce peut réduire la taille ultime qu'atteindra la jeune fille. Ce qui est encore peut-être plus troublant que ces effets physiques est le fait que les jeunes enfants ne sont pas préparés, sur le plan émotionnel, à faire face à la puberté, accompagnée de ses fluctuations d'humeurs, de ses changements hormonaux et de l'attention sexuelle qui vient avec la maturation physique. Des études démontrent que les filles atteintes de puberté précoce ont tendance à avoir des rapports sexuels plus jeunes, vivent plus de stress sur le plan physiologique et sont plus à risque quant à l'alcool et à la cigarette.

Le débat se poursuit. En attendant, une jeune fille qui démontre des signes de puberté précoce doit être examinée par un médecin pour éliminer toute possibilité de troubles médicaux graves. ☺

### Our Stolen Future

<http://www.ourstolenfuture.com/NewScience/reproduction/Puberty/pubertydebate.htm>

### Vous avez des questions concernant la santé des femmes?

Numéro sans frais : 1 888 818-9172

Tél. : (204) 942-5500

Télec. : (204) 989-2355

ATS à Winnipeg : 942-2806

ATS sans frais : 1 866 694-6367

Courriel : [questions@cwln.ca](mailto:questions@cwln.ca)

**Faire progresser les orientations stratégiques et la recherche en réponse aux problèmes de santé des femmes immigrantes et réfugiées du Canada**

Rédigé par Mary Ann Mulvihill, Louise Mailloux et Wendy Atkin pour le Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada

Ce document offre un tour d'horizon des recherches menées au Canada sur la santé des femmes immigrantes et réfugiées. Il se penche sur les premiers travaux de Kinon et Janzen ainsi que sur les recherches effectuées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes du Canada et les Centres d'excellence Métropolis. Il présente aussi des thèmes préliminaires concernant les politiques, des questions et des implications issues des recherches, des étapes à suivre quant à la planification stratégique et les politiques de mise en pratique, ainsi que de l'information sur le développement de la recherche portant sur la santé des femmes immigrantes et réfugiées. Un outil servant à stimuler la discussion et l'action. Cette ressource s'adresse aux décideurs œuvrant à l'échelle municipale, régionale, provinciale et fédérale, ainsi qu'aux chercheurs et aux organismes non gouvernementaux participant à l'élaboration de politiques.

**Helen Verhovsek**

Bureau pour la santé des femmes  
3<sup>e</sup> étage, Jeanne Mance  
Pré Tunney, PL 1903C  
Ottawa (Ontario) K1A 0K1  
Tél. : (613) 952-0795 Téléc. : (613) 941-8592

**The Health Needs of Somali Women in the Lower Mainland: Focus Groups Report**

Rédigé par Hawa Adam, Deeqa Mohamud et Ayan Mahamoud

Ce document, une adaptation en anglais d'un rapport écrit en somalien, fournit un cadre de travail qui permet d'aborder les besoins des Somaliennes sur le plan de la santé. Les femmes du groupe Somali Women's Support Group et de MOSAIC Somali Mother's Group œuvrent en partenariat pour améliorer la prestation des soins de santé. Des discussions sur l'accouchement, la santé mentale, l'alimentation, la contraception, la santé des enfants et l'immunisation, des questions concernant les femmes âgées, les pratiques de mutilation génitale chez les femmes, les maladies transmises sexuellement et le manque d'information et de ressources dans le domaine de la santé. Contactez le RCSF (voir ci-dessous) pour de plus amples renseignements.

**Bulletin de recherche :  
Que veulent les femmes?**

Centre d'excellence pour la santé des femmes

*Révisé par Ann Pederson*

Cette ressource porte sur la prestation des soins de santé et présente des études qui décrivent ce que les femmes veulent du système de santé dans le cadre de leurs rôles de dispensatrices de soins, d'utilisatrices et de décideuses. Des efforts pour rendre le système canadien plus efficace et plus adapté aux femmes, des innovations spécifiques dans le domaine de la prestation de soins et ce que les femmes réclament comme changements. Le document traite des sujets suivants : la privatisation et la santé des femmes au Canada; paroles de femmes marginalisées du quartier Est du centre-ville de Vancouver; les soins axés sur les femmes en matière de dépistage du cancer de l'utérus chez les groupes ethnoculturels; les besoins des personnes soignantes en matière de soutien; les défis de l'intégration; et les soins liés à la sage-femmerie. Format bilingue (français/anglais).

**Réseau canadien pour la santé des femmes**

419, avenue Graham, bureau 203  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3  
Tél. : (204) 942-5500 Téléc. : (204) 989-2355  
Sans frais : 1 888 818-9172  
Courriel : cwhn@cwhn.ca  
Internet : <http://www.rcsf.ca/>

**The Challenge of Change: The Midlife Health Needs of Women with Disabilities**

Rédigé par Marina Morrow

Les femmes handicapées comptent parmi la population féminine vieillissante mais très peu de données existent sur leur vécu spécifique et leurs préoccupations en rapport à l'étape de la mi-vie. Avec la participation du Conseil consultatif Midlife Health Needs of Women with Disabilities, coparrainée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région de la C.-B., et DAWN Canada: DisAbleD Women's Network Canada, cette étude met en lumière les liens entre la ménopause, les handicaps et le vieillissement. Des entrevues menées auprès de femmes physiquement handicapées et atteintes de maladies chroniques, et auprès de femmes souffrant de troubles de développement et des personnes qui en prennent soin. Témoignage de leurs expériences et leurs réflexions.

**Centre d'excellence pour la santé des femmes, région de la Colombie-Britannique**

4500, rue Oak, bureau E311  
Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3N1  
Tél. : (604) 875-2633 Téléc. : (604) 875-3716  
Courriel : [bccewh@bccewh.bc.ca](mailto:bccewh@bccewh.bc.ca)  
Internet : [www.bccewh.bc.ca](http://www.bccewh.bc.ca)

**Un document de travail à l'intention du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu**

Rédigé par Barbara Rahder et Rebecca

*Peterson, avec l'aide de Christy Doyle et Jackie Kennelly*

Les expériences et les perceptions que détiennent les femmes en rapport à leur santé et leurs milieux différent en termes de types d'environnement dans lesquels elles évoluent quotidiennement et en termes de risques et de situations auxquels elles sont exposées. Nous avons rencontré sept groupes de femmes – des femmes âgées, des adolescentes, des femmes autochtones, des femmes immigrantes, des mères monoparentales, des femmes handicapées et des chercheuses – pour recueillir leurs témoignages portant sur leurs expériences et leurs perceptions quant à leur santé et leurs milieux. Ce document présente les réponses de chaque groupe et examine les différences et les points communs.

**Centre des études sur la santé à l'Université York**

4700, rue Keele  
214 York Lanes  
North York (Ontario) M3J 1P3  
Tél. : (416) 736-5941 Téléc. : (416) 736-5986  
Courriel : [NNEWH@yorku.ca](mailto:NNEWH@yorku.ca)

**Marginalized Voices from the Downtown Eastside: Aboriginal Women Speak About Their Health Experiences**

Rédigé par Cecilia Benoit et Dena Carroll, avec l'aide de Lisa Lawr et Munaza Chaudhry

Les recherches sur la prestation des services de santé généraux dans les régions urbaines de la Colombie-Britannique et dans d'autres villes canadiennes démontrent que les femmes autochtones font face à des obstacles énormes lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de santé provinciaux. Au cours de la dernière décennie, les centres de santé pour Autochtones en milieu urbain (UAHC), contrôlés par les Autochtones, ont été mis sur pied dans le but de gérer certains besoins des membres de leur population, laissés en plan. La recherche, utilisant des études de cas, se penche sur les lacunes contenues dans la documentation en sciences sociales. Elle identifie notamment comment les UAHC tiennent compte des préoccupations de santé des femmes autochtones vivant en milieux urbains défavorisés. Plus précisément, elle vise à donner la parole aux femmes autochtones en leur demandant d'identifier les modèles de prestation de services offrant les services professionnels et les programmes appropriés dont elles ont besoin pour qu'elles puissent ensuite gérer leur propre santé.

**Cecilia Benoit**

Département de sociologie, Université de Victoria  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3P5  
Tél. : (250) 721-7578 Téléc. : (250) 721-6217  
Courriel : [cbenoit@uvic.ca](mailto:cbenoit@uvic.ca)  
Internet : <http://web.uvic.ca/~cbenoit/>

## PAPALOOZA suite

activités sociales et éducatives agréables. Des séances de dépistage ont déjà été tenues les soirs, dans trois différents quartiers de Vancouver. L'objectif était de permettre aux femmes *queer* et aux transsexuel(le)s (FIM/HIF) d'accéder aux tests de dépistage. Chaque séance comporte des activités mettant l'accent sur un thème spécifique, y compris l'amour de son corps, l'identité sexuelle, et la santé génésique et sexuelle. Des lectures de poésie livrées par des artistes de la région, des ateliers d'expression artistique, des présentations de vidéos et des discussions sur les jouets sexuels et la santé sexuelle sont offerts dans le cadre des séances qui sont menées partout dans la ville. Ces activités favorisent la visibilité des séances de dépistage et celle des professionnels de la santé ainsi que l'accès des communautés de femmes *queer* et de transsexuel(le)s à ces services.

Ces séances de dépistage durent trois heures et se déroulent le soir. Elles sont dirigées par deux infirmières qui s'identifient elles-mêmes comme lesbiennes, *queer* ou sensibilisées à la réalité *queer*. On peut se présenter sur rendez-vous et un temps est alloué pour des consultations ponctuelles. Un rendez-vous d'une durée d'une heure offre suffisamment de temps pour dresser l'histoire des antécédents complets sur la santé sexuelle et génésique, le dépistage de MTS et l'administration d'un test de Pap. L'intervenante peut aussi discuter avec la cliente et la sensibiliser, ce qui est très important pour

assurer la santé des femmes *queer*. À la fin d'une consultation, chaque cliente reçoit un « sac de petites gâteries » contenant des huiles pour le bain, du savon, des digues dentaires à saveur de vanille et de fruits sauvages, des condoms et des gels lubrifiants. La cliente est aussi admissible à un tirage dont le prix est une nuit dans un gîte du passant pour femmes, sur l'île de Vancouver.

Une conseillère est présente sur les lieux au cours de chaque séance pour intervenir en cas de crise ainsi que pour les activités de débordement et d'aiguillage, puisqu'un examen pelvien peut provoquer une anxiété extrême chez les femmes survivantes d'abus sexuels ou les femmes qui ont eu de mauvaises expériences avec des professionnels de la santé. De plus, un examen régulier peut souvent ouvrir la porte et permettre à une cliente de communiquer des problèmes psychosociaux nécessitant une attention immédiate.

La campagne Papalooza et le Programme pour la santé des femmes *queer* et des transsexuelles offrent un modèle unique d'activités de sensibilisation et invitent les interlocuteurs communautaires à collaborer et à développer des méthodes créatives pour promouvoir la santé. Bien que le nombre de clientes qui se sont présentées au début soit peu élevé, les séances font l'objet d'une rétroaction extrêmement positive. Elles représentent un engagement de la part des prestataires de soins communautaires et des consommatrices, qui reconnaissent le besoin d'offrir des

services de santé ouverts aux *queer*.

Les idées préconçues selon lesquelles les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes n'ont jamais eu de rapports sexuels avec les hommes et selon lesquelles les MTS, comme le papillomavirus, ne peuvent être transmis entre femmes, sont fausses. Bien que les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes soient moins à risque, elles ne sont pas dégagées de tout risque. Les professionnels de la santé doivent répertorier les antécédents sexuels de façon méticuleuse. Ils doivent demander « Avez-vous des relations sexuelles avec les hommes, avec les femmes, avec les deux? » et reconnaître que les comportements sexuels, les pratiques et l'identité sexuelle peuvent changer au cours du temps.

Une conscience accrue et un dialogue continu entre les médecins de famille, les infirmières, les pourvoyeurs de services sociaux et les consommatrices concernant les besoins des femmes *queer* et des transsexuel(le)s en matière de santé sont essentiels. Papalooza se poursuivra en tant que projet de sensibilisation continu dans le domaine de la santé, avec des séances de dépistage qui seront tenues dans la région de Vancouver, là où le personnel démontre de l'intérêt et aménage du temps et de l'espace à cet effet. ☺

*Jacquelyne Luce est une anthropologue médicale menant des recherches sur les questions concernant la santé des femmes queer.*

## LES FEMMES DES PRAIRIES suite

tant que moyen pour exprimer la souffrance et la détresse émotionnelles, l'acquisition d'une impression de contrôle et de pouvoir dans leur vie, une attention à des questions d'abus et de violence liées à l'enfance et aux années adultes, une compréhension face à leur choix de commettre des actes d'autodestruction pour composer avec la souffrance et la détresse émotionnelles, et l'exploration de solutions de rechange plus saines et plus sécuritaires, la mise sur pied et l'intégration d'un programme complet de soins de santé visant à promouvoir la guérison, et une connaissance du rôle de la culture autochtone dans le processus de guérison.

En général, les principaux facteurs déclencheurs identifiés par les femmes sont les pertes personnelles et les traumatismes, tels que la perte d'un enfant, suivis des conditions en milieu institutionnel, comme la discrimination. Les facteurs déclencheurs selon le personnel sont des facteurs interpersonnels ainsi que les conditions en milieu institutionnel, tels que des relations difficiles avec les autres femmes incarcérées et une impossibilité d'expression de leur détresse.

Les femmes dans la communauté mettent l'accent sur des facteurs d'ordre personnel, alors que les travailleuses communautaires identifient des facteurs contextuels et sociaux. Le facteur le plus important identifié par les femmes est la violence conjugale, suivi par les pertes personnelles, l'isolement et la solitude. L'importance de la violence conjugale en tant que facteur déclencheur identifié par les femmes est

significative, puisqu'elle n'est pas très visible dans la documentation existante ni reconnue par le personnel du milieu communautaire ou institutionnel.

En se basant sur ces résultats de recherche, les chercheuses développent des recommandations en matière de politiques sur les femmes en milieu correctionnel et vivant en société qui s'automutilent, et portant sur les femmes qui travaillent avec cette clientèle. Ces recommandations seront fondées sur les réflexions éclairées et perspicaces des femmes concernant l'automutilation ainsi que sur les expériences professionnelles du personnel œuvrant dans le domaine.

Les recommandations en matière de politiques incluront des actions qui permettront de changer les paradigmes actuels concernant les femmes et les actes autodestructeurs et viseront à intégrer des changements en matière de programmes, en privilégiant la réappropriation du pouvoir chez les femmes comme thème sous-jacent. ☺

*Cathy Fillmore est chercheuse à l'Université de Winnipeg; Colleen Anne Dell œuvre à l'Université de Carleton. Un rapport complet sur la question – projet n° 44 du PCESF – est disponible au coût de 10 \$, auprès de la Elizabeth Fry Society of Manitoba. Pour le commander, composez le (204) 589-7335. Pour plus d'information concernant cette étude et d'autres questions liées à la santé des femmes, veuillez communiquer avec le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Prairies, au (204) 982-6630, ou consultez le site Web à l'adresse suivante : <http://www.pwhce.ca>*