

printemps/été 2011

volume 13

numéro 2

# le réseau

canadien pour la santé des femmes

**Matière à réflexion :**  
l'entrevue motivationnelle  
pour les troubles de  
l'alimentation

**Naître parmi  
les siens**

**Hommage à  
une battante**  
S. Joyce Attis

Canadian Women's  
Health Network



Le Réseau canadien pour  
la santé des femmes

## dans ce numéro

- 3** Matière à réflexion :  
l'entrevue motivationnelle pour les troubles de l'alimentation
- 6** Webinaires RCSF
- 7** La question du genre en Saskatchewan :  
Des chercheuses et des chercheurs se réunissent pour discuter de santé des femmes
- 11** Naître parmi les siens :  
Le Réseau s'entretient avec Shirley Tagalik, militante de la santé, sur les raisons qui ont motivé sa communauté à se mobiliser pour ramener la prestation des soins maternels
- 15** Hommage à une battante : S. Joyce Attis
- 17** Ce que nous lisons pas :  
Les parutions qui ne passent pas la rampe
- 18** Ce que nous lisons :  
Ressources recommandées par notre bibliothécaire

Image: iStockphotos/digitalskillet

Ce document présente les idées et les opinions de ses auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique officielle ou les opinions de Santé Canada. Les articles ont pour but de vous offrir de l'information utile et ne visent pas à remplacer l'avis de votre médecin.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes remercie le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada pour son soutien financier fourni dans le cadre du Programme de contribution pour la santé des femmes. Le RCSF remercie également les individus et les groupes pour leur appui, leurs dons et leur travail qui contribuent à renforcer les assises du Réseau.

## le réseau / network

volume 13 numéro 2 printemps/ete 2011

**Rédactrice** : Signy Gerrard

**Traduction** : Intersigne

**Abonnements** : Léonie Lafontaine

**Comité consultatif** : Abby Lippman,  
Anne Rochon Ford, Martha Muzychka,  
Susan White et Madeline Boscoe

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

### **Le Réseau/Network**

Réseau canadien pour la santé des femmes  
419, avenue Graham, bureau 203  
Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 0M3  
Tél. : (204) 942-5500  
Télééc. : (204) 989-2355  
ATS sans frais : 1 866 694-6367  
Numéro sans frais : 1 888 818-9172  
Courriel : [cwhn@cwhn.ca](mailto:cwhn@cwhn.ca)  
Site Web: [www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)

### **Effectifs du RCSF**

**Directrice exécutive adjointe** : Susan White

**Directrice des communications** :

Signy Gerrard

**Directrice de l'échange des connaissances** :

Jane Shulman

**Soutien technique** : Vlad Shelepov

**Coordonnatrice des services**

**administratifs** : Léonie Lafontaine

**Préposée aux ressources** : Tanya Smith

**Agente des finances** : Janice Nagazine

**Comptable** : Rhonda Thompson



# MATIÈRE À RÉFLEXION : l'entrevue motivationnelle pour les troubles de l'alimentation

*par Stephanie Cassin*

**M**algré les recherches à profusion sur le traitement des troubles de l'alimentation et la disponibilité croissante des traitements fondés sur un raisonnement empirique dans la communauté (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale), les troubles de l'alimentation ont toujours la réputation d'être difficiles à traiter. Dans cette optique, peut-être vous demandez-vous pourquoi certaines femmes développent des troubles chroniques de l'alimentation qui

ne semblent répondre à aucun traitement, ou encore pourquoi certaines femmes rechutent après avoir suivi un traitement en apparence réussi. Une explication possible est que pour une multitude de raisons valables, toutes les femmes qui recherchent un traitement pour traiter un trouble de l'alimentation ne sont, en fait, pas toujours disposées au changement. La technique d'entrevue motivationnelle est une brève intervention qui a été conçue pour mettre en lumière cet aspect.

Comme professionnels des soins de la santé, nous présumons souvent que les personnes cherchent un traitement pour les raisons suivantes : 1) elles se soucient de leur condition physique ou mentale; 2) elles sont prêtes à faire un certain changement qui pourrait apaiser la douleur physique ou émotionnelle. Par exemple, nous pouvons penser qu'une femme qui se présente pour le traitement de l'anxiété ou de la dépression souffre de ces symptômes et souhaite apprendre quelques tech-

niques d'adaptation ou prendre une médication quelconque pour atténuer l'anxiété ou ses humeurs. Avec un peu de chance, nos hypothèses se confirment, le traitement a lieu, les symptômes sont diminués et la qualité de la vie s'améliore. Avec beaucoup de chance, ces améliorations persistent avec le temps.

Le traitement des troubles de l'alimentation peut poser quelques défis particuliers, en partie parce que les hypothèses que nous avançons habituellement ne tiennent souvent pas la route.

**Première hypothèse :** Les femmes se présentent pour le traitement d'un trouble de l'alimentation, car elles se soucient de leur santé physique ou mentale.

Cette hypothèse peut nous amener à faire fausse route, car certaines femmes aux prises avec un trouble de l'alimentation sentent que le comportement associé au trouble correspond à leurs valeurs et à leur image de soi. Par exemple, une femme souffrant d'anorexie mentale peut délibérément limiter son apport calorique et faire de l'exercice à l'excès afin d'atteindre un faible poids corporel pour correspondre aux modèles dont on fait abondamment la promotion dans les médias grand public. Pour elle, un physique ultra mince peut être signe de volonté plutôt qu'un signe de perturbation psychologique. Les critères diagnostiques liés aux troubles de l'alimentation précisent que les personnes souffrant d'anorexie « refusent » de maintenir un poids minimal normal et « nient » la

gravité de leur faible poids corporel. Certaines femmes se présentent pour le traitement d'un trouble de l'alimentation, et non pas parce

## Or, comment peut-on mettre de côté ces hypothèses et travailler efficacement avec cette ambivalence plutôt que d'aller à contre-courant?

qu'elles se préoccupent de leur santé physique et mentale, mais plutôt parce que les personnes qui les entourent, la famille et les amis se font du souci ou sont frustrés et insistent pour qu'elles aillent chercher de l'aide.

**Deuxième hypothèse :** Les femmes qui se présentent pour le traitement d'un trouble de l'alimentation sont prêtes à apporter des changements.

Cette hypothèse peut poser problème, car même les femmes qui se préoccupent de leur trouble d'alimentation et qui croient qu'il est important de changer peuvent sentir qu'elles ne sont pas prêtes à modifier leur comportement

dans l'immédiat. Les symptômes liés à un trouble de l'alimentation, comme la frénésie alimentaire ou l'exercice à l'excès, servent souvent d'importantes fonctions — notamment la régulation des émotions, le plaisir, l'évacuation du stress et la récompense — et une femme peut ne pas être prête à modifier ses comportements alimentaires ou physiques avant l'acquisition d'aptitudes d'adaptation pour assurer ces importantes fonctions. Sur la même lancée, elle peut manquer de confiance dans sa capacité à initier et à maintenir des changements de comportement, particulièrement si elle a déjà eu de la difficulté à en maintenir par le passé.

Toute personne ayant déjà travaillé avec des femmes souffrant de troubles de l'alimentation ou tout autre trouble qui, d'ailleurs, assure une importante et précieuse fonction, vous dira que les tentatives de recommandation de changements aux personnes qui ont une position ambivalente à cet égard sont habituellement reçues avec résistance. Or, comment peut-on mettre de côté ces hypothèses et travailler efficacement avec cette ambivalence plutôt que d'aller à contre-courant?

L'entrevue motivationnelle est une technique qui a été conçue dans le domaine des dépendances, et depuis, elle a été adaptée au traitement des troubles de l'alimentation en raison de la similitude de certains symptômes et de l'ambivalence à l'égard du changement. L'entrevue motivationnelle est essentiellement un travail collaboratif sur le changement qui évite l'argumentation et

qui se répercute sur la résistance et l'ambivalence. Elle vise à obtenir et à explorer les propres arguments d'une personne pour le changement afin de renforcer la motivation personnelle et l'engagement face au changement. Les arguments pour le changement ont plus de poids lorsqu'ils sont verbalisés par le patient plutôt que par le professionnel de la santé, les membres de la famille ou les amis.

Quelques éléments de conversation durant une entrevue motivationnelle :

Au lieu de partir de l'hypothèse voulant que la patiente soit prête au changement, partez de l'hypothèse que le comportement assume probablement une importante fonction dans sa vie. Il peut être utile d'entamer la conversation par une discussion non fondée sur le jugement à propos des « aspects positifs » de ce comportement, dans le but de comprendre les fonctions possibles (p. ex., apaisement, récompense, temps pour soi-même). Ensuite, on peut faire la transition sur les choses moins positives à propos du comportement (p. ex., l'incidence sur la santé physique, émotionnelle, les relations sociales, les fonctions scolaires ou professionnelles et les finances). Cette discussion ouverte sur les aspects positifs et négatifs du comportement prépare le terrain à une conversation sur les avantages et les désavantages du maintien du comportement tel qu'il est, au lieu de porter sur le changement.

La motivation intrinsèque au changement peut aussi être stimulée en posant des questions qui

font prendre conscience de l'écart entre le comportement actuel de la patiente et ses valeurs et objectifs fondamentaux. Pour se faire, on peut lui demander de décrire son idéal de vie et poursuivre en lui demandant comment les comportements liés à son trouble de l'alimentation actuel cadrent avec cette vie idéale. Par exemple, son idéal pourrait être de se marier et d'avoir des enfants, mais les comportements associés à son trouble ont été à la source de conflits dans de nombreuses relations et son faible poids peut entraîner la cessation du cycle menstruel.

Les points de discussion précédents visent à faire voir à la patiente l'importance d'un changement de comportement. Toutefois, la disposition au changement résulte de l'importance perçue du changement et de la confiance que la patiente a dans sa propre réussite. De nombreuses femmes souffrant de troubles de l'alimentation ont fait plusieurs tentatives de changement infructueuses, et c'est pourquoi il est important de rehausser leur sentiment d'auto-efficacité à opérer des changements. Cela peut se faire en ayant une discussion sur les comportements qu'elles ont réussi à changer par le passé, (p. ex., cesser de fumer, diminuer la consommation d'alcool) et les aptitudes d'adaptation utilisées pour apporter ces changements. Dans le même ordre d'idée, si la femme est capable de renoncer, même occasionnellement, aux comportements associés au trouble de l'alimentation (p. ex., ne pas succomber à la frénésie alimentaire tous les jours), on peut

lui demander ce qu'elle fait de différent durant ces journées. Avant de conclure la discussion, demandez-lui d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 sa confiance en sa capacité de changer un comportement spécifique (p. ex., résister aux frénésies alimentaires, augmenter la prise calorique). Si, par exemple, sa réponse est 5, une question comme « Pourquoi 5 et non 3 ou 4? » peut l'inciter à verbaliser les raisons qui sous-tendent cette confiance. Une autre question comme « que faudrait-il faire pour augmenter la note à 6 ou à 7? » peut ouvrir une discussion sur ce qui pourrait l'aider pour se préparer à faire un changement.

Les troubles de l'alimentation sont complexes et aucun facteur unique n'explique pourquoi certaines femmes développent des troubles chroniques de l'alimentation qui ne semblent pas répondre au traitement et pourquoi d'autres ont une rechute après un traitement en apparence réussi. Un des facteurs envisagés est que les traitements orientés sur l'action, sur l'apport de changements, ne sont pas nécessairement efficaces ou appropriés pour certaines personnes qui n'envisagent pas encore de changer. L'entrevue motivationnelle est donc une stratégie efficace qui aide à déjouer l'ambivalence et prépare les femmes aux traitements axés sur l'action, comme une thérapie cognitivo-comportementale.

*Stephanie E. Cassin, Ph.D., C.Psych.  
Psychologue, Programme de chirurgie  
bariatrique  
Toronto Western Hospital*

# Webinaires RCSF

## **Que signifie la santé pour les filles et les jeunes femmes?**

**mardi le 29 mars 2011**

Le RCSF anime une conversation portant sur le leadership, l'autonomisation et le rôle des jeunes dans l'amélioration de la santé des femmes. Quelles sont les questions de santé qui importent le plus aux jeunes femmes? Qu'est-ce qui porte les jeunes générations de filles et de femmes à militer, et quels moyens utilisent-elles pour se faire entendre?

Janice Melanson, d'Action cancer du sein de Montréal, parlera de Femme Toxic, un projet qui vise à sensibiliser les jeunes Canadiennes à propos des dangers potentiels des ingrédients contenus dans les cosmétiques et leurs effets possible pour la santé. Le projet fourni les outils nécessaires pour qu'elles puissent agir à un niveau personnel et à influencer la réforme législative nationale.

Tatiana Fraser, de Fondation Filles d'action, parlera des programmes s'adressant aux filles, comme outils de promotion de la santé. Elle partagera aussi des méthodes utilisées par Filles d'action et donnera des exemples concrets du rôle que peuvent jouer les filles et les jeunes femmes en tant qu'agentes de changement dans leur région, en matière de santé. La Fondation filles d'action est un organisme de bienfaisance national. Elle crée et soutient des programmes pour filles partout au Canada. Notamment, elle cultive les habiletés des filles et des jeunes femmes et renforce leur confiance en elles-mêmes.

## **La surveillance biologique : mesurer le taux de pollution dans les corps des femmes pour améliorer la santé des communautés**

**mercredi le 30 mars 2011**

Le RCSF et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu souhaitent la bienvenue à Sharyle Patton, qui explorera les possibilités qu'offre la surveillance biologique (le dépistage de produits chimiques dans le corps). Elle traitera de la question suivante : comment le fait de connaître sa charge corporelle (la quantité totale de produits chimiques présente dans le corps humain, à un instant donné) aide à faire des choix éclairés et motive à s'engager dans une action militante.

Bien que les résultats issus d'une surveillance biologique peuvent avoir des effets dévastateurs pour les individus, selon Sharyle, une utilisation de l'information, qui tient compte du respect des traditions, peut s'avérer un outil très puissant pour aider les groupes à transformer les politiques en matière de produits chimiques. Conteuse, Sharyle illustrera ses propos en racontant le vécu des femmes qu'elle a croisées dans le cadre de son travail.

# LA QUESTION DU GENRE EN SASKATCHEWAN

*Des  
chercheuses et  
des chercheurs  
se réunissent  
pour discuter  
de santé des  
femmes*

*par Carla Simon*

En janvier 2011, le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies (CESFP) a organisé deux activités visant à souligner l'importance de la recherche effectuée sur la santé des femmes en Saskatchewan et à permettre le partage de ses résultats. Les présentations et les débats ont commencé le soir du jeudi 20 janvier, à l'occasion d'un Café scientifique portant sur les questions rattachées à la santé des femmes et à la condition féminine, qui s'est tenu à la librairie McNally Robinson de Saskatoon. Cet événement a été suivi d'un atelier sur les questions rattachées à la condition féminine, qui a eu lieu le vendredi 21 janvier à l'Université de la Saskatchewan.

## **Café scientifique**

Malgré un temps froid, l'organisatrice Yvonne Hanson (coordonnatrice en éducation à la diversité et chercheuse du CESFP) a pu se réjouir d'une participation nombreuse au Café scientifique organisé sous l'égide des Instituts de recherche en santé du Canada. Comme le mentionnait le Star Phoenix de Saskatoon, il s'agissait d'un événement public offrant aux personnes présentes la possibilité de poser des questions et de débattre des réponses proposées. La soirée a dépassé les attentes des participants, qui ont pu y faire du réseautage, établir des liens et en apprendre davantage à propos de méthodes de recherche particulières. La première conférencière, Diane Martz, a présenté sa nouvelle étude pilote sur les besoins en matière de services de santé et de soins des femmes et des hommes âgés vivant en milieu rural. La majorité des 80 participants à son étude n'ont qu'un seul fils ou

une seule fille vivant à proximité, contrairement aux générations précédentes où plusieurs frères et sœurs pouvaient se partager la responsabilité des soins à donner à leurs parents âgés. Selon Lil Sabiston, présidente sortante du conseil d'administration du CESFP, « il s'agit d'une réalité complètement nouvelle. Parfois, ce sont des amis ou des voisins qui prennent soin des personnes âgées. Mais il peut arriver qu'une vieille femme veuve ne connaisse pas même ses voisins. Cette situation est en train de s'installer parce que les grandes entreprises achètent de plus en plus de terrains. Le voisin le plus près peut vivre à des kilomètres. » Margaret Haworth-Brockman, deuxième conférencière et directrice générale du CESFP, a proposé une réflexion sur la longue tradition de recherche communautaire dans les collectivités de la Saskatchewan et du Manitoba. Pour le CESFP, il est important de continuer à transmettre de l'information sur les femmes

de la Saskatchewan aux organismes fédéraux et nationaux, ainsi que de servir de canal de communication agissant dans les deux sens, particulièrement lorsque de nouvelles politiques sont mises en place.

De nombreux changements ont été instaurés grâce à la recherche sur la santé des femmes en Saskatchewan. Par exemple, lorsque s'est amorcé le processus de régionalisation des services de santé, Diane Martz a reçu du CESFP une subvention de recherche pour l'étude de l'accès aux services de santé mentale dans les régions sociosanitaires qui venaient tout juste d'être créées. Ses travaux lui ont permis de découvrir que nombre de femmes se sentaient pénalisées par les limites territoriales de leur région, car elles sont forcées de parcourir de longues distances pour obtenir des services de santé mentale dans des centres désignés, plutôt que

d'y avoir accès dans la ville la plus proche. Cette recherche a mené à une modification de la politique et à une réorganisation de l'accès aux services, ce qui a permis aux femmes d'obtenir les soins dont elles avaient besoin dans des centres situés beaucoup plus près de chez elles.

### **Atelier sur les questions rattachées à la condition féminine**

Le lendemain, des scientifiques établis œuvrant dans un éventail de disciplines aussi variées que la littérature autochtone, la promotion de la santé des populations et la recherche en éthique, des étudiantes et étudiants ainsi que des prestataires de services se sont réunis pour participer à un atelier d'un jour sur la santé des femmes et la condition féminine. Les participants se sont déplacés de Saskatoon et sa périphérie, de Spiritwood et

de Regina pour prendre part aux activités qui se sont déroulées à l'Université de la Saskatchewan. La journée a consisté en un mélange de présentations et de périodes de discussion sur les moyens de renforcer la recherche sur la santé des femmes dans la province. Lors des séances en atelier, les participants ont formé de petits groupes pour partager leur expertise et parler de leurs travaux de recherche en cours, après quoi on a discuté des sujets de recherche qui selon eux pourraient être prometteurs dans la cadre de travaux futurs. Trois présentations ont permis de souligner l'intérêt des travaux recourant à des méthodes de recherche innovatrices.

Colleen Anne Dell (titulaire de la Chaire de recherche sur l'abus d'alcool et d'autres drogues de l'Université de la Saskatchewan) a parlé du cheminement vers la





guérison des femmes qui ont été incarcérées. Mme Dell, qui fait partie des premières chercheuses à avoir obtenu une subvention du CESFP, a consacré sa carrière à travailler avec des femmes toxicomanes. Elle est aujourd'hui associée de recherche principale au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Elle a contribué à l'élaboration de protocoles adéquats pour travailler avec les femmes autochtones au sein du système judiciaire. Durant l'atelier, elle a fait découvrir aux participants un DVD et une chanson mémorables sur le cheminement des femmes vers la guérison.

Jennifer Poudrier (professeure agrégée de sociologie à l'Université de la Saskatchewan) a présenté une description du travail qu'elle a effectué avec le Conseil tribal de Battleford. Intitulé « Un corps sain : étude pilote de photovoix menée avec des femmes des Premières nations », son projet porte sur les moyens de faire participer les femmes des collectivités autochtones à des activités de recherche sur la notion de santé et sur ce qui constitue une image corporelle saine. Le projet a permis de faire ressortir les perceptions qu'ont les femmes de leur propre poids et comment elles se perçoivent. Par exemple, une femme dans la cinquantaine a dit se sentir en santé et en forme, alors que les autres la percevaient comme ayant un excès

Au moment de sa création, le CESFP avait pour mission d'offrir des subventions à des équipes de recherche œuvrant dans les universités et le milieu communautaire. Récemment, le conseil d'administration du CESFP a pris la décision d'axer ses activités de recherche sur quatre piliers : les femmes et la pauvreté; la condition féminine et la planification sanitaire; la santé des femmes en milieu rural, dans les régions éloignées et dans le Nord; la santé des femmes autochtones. Au fil des ans, le CESFP a administré, mené et favorisé des activités de recherche communautaire en mettant de l'avant des méthodes de recherche innovatrices.

Par exemple, s'est formé à Saskatoon il y a quelques années un comité de recherche sur la santé des femmes autochtones dans le but d'examiner ce qu'il faudrait mobiliser comme ressources pour mettre sur pied un centre pour la santé des femmes autochtones. Le CESFP a pris part au projet en apportant du soutien administratif au comité, qui s'est chargé de mener le travail concernant les sujets prioritaires, d'embaucher une personne responsable de la recherche, de superviser les travaux et d'y donner suite en en discutant avec les décideurs pouvant jouer un rôle important pour le projet. Cette initiative s'est poursuivie sous les auspices du programme « Continuing Good Health », qui est toujours dirigé par des femmes de Saskatoon. Le comité des femmes de Saskatoon a rencontré les chefs et le conseil et a entrepris de façon indépendante les étapes suivantes du projet.

Dans le cadre d'un autre projet, le CESFP a contribué à faciliter la recherche communautaire au moyen de la populaire méthode du photovoix. Dans ce type de recherche, les collectivités choisissent les enjeux qui pour elles sont les plus importants, ce qui a donné lieu à des projets de photovoix comme les suivants :

- Regards extérieurs et intérieurs : femmes, pauvreté et politiques publiques, à Saskatoon;
- Voir l'intérieur de l'extérieur : projet de photovoix de la jeunesse de Prince Albert, à Prince Albert;
- S'affranchir de la pauvreté, à Regina.

Après une formation donnée par un photographe professionnel, les femmes photographient à l'aide d'un appareil photo jetable des images représentant les expériences qu'elles ont connues en vivant dans la pauvreté ainsi que les politiques et les programmes qu'elles souhaiteraient modifier ou conserver. Elles se réunissent ensuite pour partager leurs photos et discuter de ce qu'elles signifient pour elles. Les images saisissantes photographiées par des femmes ayant participé à de tels projets ont fait l'objet d'expositions publiques destinées à mieux conscientiser les gens à l'égard des enjeux auxquels les femmes sont confrontées et à stimuler la prise de mesures de justice sociale ainsi que l'établissement de politiques économiques permettant d'améliorer le sort des femmes. S'inspirant des leçons apprises au cours d'une décennie de recherche dans les milieux communautaires au Canada, le CESFP offre un guide pour les projets de photovoix visant à enseigner étape par étape les moyens de réunir de petits groupes de femmes afin de leur permettre de saisir en images leur histoire.

Aujourd'hui, le CESFP continue de soutenir et de mener des activités de recherche en Saskatchewan et au Manitoba, y compris les travaux de recherche en cours d'Yvonne Hanson sur l'insécurité alimentaire des femmes de la Saskatchewan (Recipes for Hunger: SK Women Speak About Food Insecurity) ainsi que le rapport, le dossier sur les politiques et le séminaire en ligne préparés par Roberta Stout sur l'emploi des femmes dans les métiers non traditionnels et dans l'industrie des ressources naturelles (Women's Employment in Non-traditional and Resource Extractive Industries).



de poids.

Jenifer Nicol (musicothérapeute et professeure adjointe en psychologie de l'éducation et en éducation spécialisée) a présenté un exposé sur les effets bénéfiques de la musique pour les femmes souffrant de douleurs chroniques et sur la façon dont on peut utiliser la musique dans le cadre de stratégies d'adaptation à la douleur. Ce sujet a suscité l'intérêt de tous les participants et participantes, qui se sont montrés enthousiastes à l'idée d'en apprendre davantage sur la question. Il est intéressant de noter que la musicothérapie ne consiste pas seulement à faire entendre en boucle un bruit blanc à un patient, et qu'une personne peut arriver à surmonter un deuil en écoutant un arrangement musical qu'elle pourrait, une fois le deuil passé, ne plus jamais vouloir réentendre.

Margaret Haworth-Brockman, directrice générale du CESFP, a dressé un historique de la Stratégie pour la santé des femmes lancée par le gouvernement fédéral en 1999 et a expliqué comment la recherche sur la santé des femmes est financée dans l'ensemble du Canada depuis cette

date. Cette dernière présentation a donné lieu à une discussion sur les possibilités d'une stratégie provinciale sur la santé des femmes et la condition féminine en Saskatchewan. Les participants ont clairement manifesté le désir de se réunir à nouveau et ont accueilli favorablement l'idée de créer un réseau pour la santé des femmes au sein des différentes collectivités de la province. Ensemble, ils ont examiné un certain nombre d'exemples qui existent au pays et pourraient servir de modèle pour la création d'un réseau saskatchewanais, lequel pourrait ressembler à l'ancien réseau WHR de la Colombie-Britannique (un exemple dynamique dont les activités au cours des dernières années bénéficiaient d'un financement de la Michael Smith Health Research Foundation).

Au moment de conclure la journée, les participants ont formulé d'autres suggestions, dont les suivantes :

- « Continuer de donner des ateliers et offrir de la formation

pratique également. »

- « Ce serait intéressant si cet événement pouvait (au moins) être un colloque annuel. »

- « J'espère que les idées échangées aujourd'hui ne l'auront pas été en vain. Une journée de recherche ou la mise sur pied d'un groupe Facebook permettraient d'établir des liens et de créer les conditions favorables à d'autres initiatives. »

Ce premier événement ayant été couronné de succès, le CESFP a fait parvenir aux participants une liste de contacts et créera une page Facebook. Les autres propositions comprenaient la création d'une chaire de recherche, l'établissement d'une journée consacrée à la recherche sur la santé des femmes ainsi que la mise sur pied d'initiatives de réseautage comme une page Facebook afin de stimuler encore davantage la discussion. Dans l'ensemble, l'événement a laissé aux participants une impression positive à l'égard de l'avenir et leur a inspiré le désir de se concentrer sur des tâches immédiates et concrètes afin d'y donner suite. L'enthousiasme de tous et toutes était palpable.

*Pour de plus amples renseignements, visiter [www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca).*

*Carla Simon*

*Directrice des communications*

*Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies*

# Naître parmi les siens

Le Réseau s'entretient avec **Shirley Tagalik**, militante de la santé, sur les raisons qui ont motivé sa communauté à se mobiliser pour ramener la prestation des soins maternels dans la région

*par Signy Gerrard*

PHOTOS COURTESY OF ARVIAT WELLNESS CENTRE

**U**n an après l'annonce hypermédiatisée de la nouvelle Initiative sur la santé maternelle lancée par le gouvernement fédéral, Shirley Tagalik, mère et militante du Nunavut en matière de santé et d'éducation, se demande quand la prestation de soins à la mère et à l'enfant dans sa localité redeviendra une priorité pour les autorités.

Shirley Tagalik vit à Arviat, une petite localité du Nunavut qui compte environ 3000 habitants et affiche régulièrement le taux de natalité le plus élevé au Canada. Chaque année, près de 70 résidentes de la région mettent un enfant au monde, mais aucune à Arviat même. La raison? Vers la fin de la grossesse, les femmes doivent préparer leur valise et prendre l'avion vers un grand centre comme Winnipeg ou Rankin Inlet afin d'y passer les dernières semaines et accoucher dans un hôpital. Ces déplacements font partie du système de prise en charge médicale dans le Nord canadien. Ainsi, même un accouchement sans risque peut coûter jusqu'à 12 000 \$ et obliger la nouvelle maman à passer un mois

ou davantage loin de son foyer et de sa famille.

Pendant quelques mois en 2008, la population a nourri l'espoir qu'il ne serait plus nécessaire pour la majorité des femmes de quitter leur ville pour accoucher. Un centre de naissance était en construction et deux sages-femmes avaient été embauchées; pour la première fois depuis des années, trois nouveau-nés voyaient le jour à Arviat.

Ces naissances représentaient l'aboutissement d'années de mobilisation et d'optimisme de la part de la population locale. Dans les années 80, un comité avait été mis sur pied pour exercer des pressions sur le Northern Medical Unit et exiger l'établissement d'un centre de naissance pour que les femmes puissent accoucher près de chez elles. Lorsque le gouvernement du Nunavut a fait de l'accouchement local une priorité et lancé un projet pilote de centre de naissance à Rankin Inlet, le comité a demandé qu'Arviat en accueille un aussi. Vingt ans plus tard, soit en 2005 et en 2006, le gouvernement fédéral se décidait enfin à accorder des fonds à la formation de sages-femmes et de préposées aux soins maternels au Nunavut Arctic College, ainsi qu'à la dotation de quelques postes à Arviat. Une préposée a reçu son diplôme et une subvention a été versée en 2006-2007 afin de transformer l'ancien centre de santé d'Arviat en maison des naissances. On a embauché deux sages-femmes provenant du Sud. En attendant que le bâtiment soit prêt, les trois nouvelles recrues se sont

mises au travail au centre de santé local.

Dispenser des soins pré- et postnataux à 45 femmes par an, les accoucher et offrir un éventail de services dans un espace restreint n'est pas une mince tâche. Les deux sages-femmes se sont vite épuisées. À cause de l'affluence, elles auraient eu besoin d'une troisième, voire d'une quatrième sage-femme, en plus de la préposée aux soins maternels qui les assistait dans leur tâche. Lorsqu'aucune suite n'a été donnée à leur demande, une première a remis sa démission, suivie par la deuxième peu de temps après. Et au lieu de pourvoir les postes vacants à Arviat, on les a réaffectés à Rankin Inlet. Aujourd'hui, Arviat peut toujours compter sur les services d'une préposée aux soins maternels et, à l'occasion, d'une sage-femme. Les infirmières ont repris en main

les soins prénataux et la préposée s'occupe d'interventions de base comme la pesée. On a cessé de rénover le centre de naissance et le bâtiment inachevé reste vide pour l'essentiel.

Nous avons parlé avec Shirley Tagalik des conséquences de cette fermeture sur la santé maternelle, les soins de santé et la communauté dans son ensemble.

### **Qu'est-ce que les sages-femmes ont apporté à Arviat?**

De l'avis de notre comité de la santé, les services dispensés par les sages-femmes formaient un tout. Ils ne se limitaient pas seulement à l'accouchement, mais touchaient une foule d'aspects avant et après la naissance : la nutrition; la préparation à l'allaitement maternel; le yoga; la gestion du stress; la préparation des enfants à l'arrivée du nouveau-né. Il



y avait aussi tout ce qui concerne le suivi. Les sages-femmes effectuaient des visites à domicile, même chez celles qui avaient accouché dans le Sud; elles ont créé un réseau pour que les femmes puissent s'appuyer mutuellement. Récemment, nous avons connu une épidémie de pneumonie à RSV; il a fallu envoyer 30 bébés dans des hôpitaux au Sud et l'un d'eux est mort. S'il y avait eu des visites postnatales à domicile, dans le cadre des services que dispensent habituellement les sages-femmes, nous sommes certains que l'épidémie n'aurait pas eu la même ampleur. Enfin, il y a aussi tout ce qui relève d'une approche axée sur la santé publique : les questions liées au bien-être, le fait de ne pas considérer la naissance comme une maladie. Il y a aujourd'hui une véritable coupure entre la naissance, la famille et la communauté; c'est une chose que nous aimerions changer.

**Lorsque les sages-femmes se sont installées à Arviat, la ville avait commencé la construction d'un centre de naissance séparée du centre de santé communautaire. Pourquoi cet espace était-il considéré comme une priorité?**

Il nous semblait important d'associer l'accouchement et la naissance au bien-être, plutôt qu'à la maladie. Nous voulions disposer d'un bâtiment séparé, à l'extérieur du centre de santé suranchandé; un espace sécuritaire où tout n'est pas axé sur la maladie. C'est l'un des commentaires les plus fréquents que nous faisions les femmes à ce sujet.

Notre population connaît les mêmes problèmes de santé chronique que d'autres communautés du Nord, comme la tuberculose et les maladies respiratoires. Pour une femme enceinte, l'idée d'accoucher dans un petit centre de santé où l'on traite toutes ces maladies est préoccupante.

**Vous avez parlé de la famille. Quel rôle les sages-femmes ont-elles joué à cet égard?**

Elles ont créé un espace ouvert aux hommes et au rôle qu'ils pouvaient assumer. Si vous êtes une femme et que vous devez passer un examen de santé, votre compagnon ne peut évidemment pas subir les tests pour vous. Malgré tout, les pères et les maris peuvent faire quelque chose pour que la grossesse se passe bien. Les sages-femmes leur parlaient de ce qu'ils pouvaient faire pour appuyer leur compagne : d'alimentation, du développement de l'enfant, de la préparation à l'accouchement. On leur parlait du comportement à adopter, des façons d'aider. La présence des sages-femmes a vraiment contribué à accroître leur implication. Notre souhait, c'est que la naissance redevienne une célébration familiale, plutôt qu'un simple rendez-vous dans un centre de santé. On sentait à l'époque davantage de soutien mutuel, parce qu'il s'agissait d'un projet collectif, d'un événement qui concernait toute la communauté.

**Que font les familles pour s'adapter lorsque les mères doivent s'absenter pour recevoir des soins dans le Sud?**

L'absence de la mère crée beau-

coup de stress. D'abord, si on a des enfants, on ne peut pas toujours compter sur un service de garde; cela dépend de leur âge, car il y a des listes d'attente. Le père ne peut donc pas toujours les confier à une garderie. De plus, il y a la question du coût; n'oubliez pas que le salaire de la mère est souvent réduit en raison du congé de maternité. Par conséquent, ce sont des membres de la famille qui doivent s'occuper des enfants. Parfois le papa doit assumer le rôle de la maman et devenir par le fait même un parent seul, parfois sans réseau de soutien. S'il s'occupe des enfants, il ne peut pas partir à la chasse et ramener des aliments locaux. Cela signifie être obligé de s'approvisionner à l'épicerie, où les produits coûtent cher et ne sont pas aussi bons pour la santé.

Ce sont des choses auxquelles les mères pensent, lorsqu'elles se retrouvent à Winnipeg dans un centre d'hébergement devant une télé et pas grand-chose à faire. Elles s'inquiètent énormément; elles ont peu d'argent ou pas du tout, ce qui complique la vie quand il faut prendre un taxi, par exemple. Et ce n'est pas toujours facile de joindre ses proches quand ceux-ci n'ont pas le téléphone. Certaines femmes finissent par téléphoner à la station de radio locale pour tenter de transmettre des messages à leur famille.

**Qu'en est-il des consultations pré- et postnatales pendant les deux mois pendant la naissance? Qui s'en occupe?**

Nous sommes censés disposer d'un

personnel de sept infirmières, mais il en manque toujours quelques-unes; en ce moment, elles ne sont que cinq. Ce sont elles qui s'occupent des consultations. Toutefois, les services que les femmes enceintes recevaient auparavant (information sur les soins, l'alimentation, l'exercice physique, la santé et les bienfaits de l'allaitement) ont été remplacés par les examens élémentaires d'usage et la prescription de comprimés de fer.

### **Quelle incidence la situation a-t-elle sur la prestation de soins au reste de la communauté?**

Nous n'avons aucun poste dédié à la santé mentale, si bien que ce sont les mêmes infirmières qui s'en occupent. C'est une lourde tâche : quarante personnes reçoivent des médicaments injectables et soixante autres par voie orale. Tous les problèmes de santé publique retombent sur le centre de santé, notamment la tuberculose, les maladies respiratoires. Les membres du personnel ne peuvent pas faire de prévention, car ils n'ont ni le temps ni les ressources. De plus, le poste d'infirmière des soins communautaires et à domicile est vacant depuis quatre ans; celles qui sont sur place prennent donc la relève. En principe, les responsables de la santé communautaire devraient s'occuper de santé publique, mais ils sont tellement accaparés par d'autres tâches qu'ils ne sortent pas sur le terrain bien souvent. C'est la même chose dans le cas de la préposée aux soins maternels. Elle participe parfois à la vaccination des enfants, mais elle ne fait pas de visites à domicile et ne reçoit pas ceux-ci en consultation

pour vérifier leur état de santé.

### **Le taux de natalité élevé est l'une des raisons pour lesquelles l'établissement d'un centre de naissance à Arviat était devenu si important. La communauté s'en inquiète-t-elle?**

Oui, c'est un sujet dont nous avons discuté avec les sages-femmes. On constate un intérêt pour la planification familiale dans la communauté et les écoles secondaires. Elles étaient disposées à consacrer un peu de temps à la santé sexuelle, même si ce dossier de santé publique dépassait le mandat du centre de naissance comme tel. C'est le genre d'occasions



que nous avons ratées.

Si vous regardez vers l'avenir, avez-vous toujours espoir que le centre rouvrira ses portes un jour?

Tout à fait. On nous a parlé d'un plan visant à déployer des centres de naissance sur tout le territoire du Nunavut; une fois qu'il sera instauré, les sages-femmes reviendront à Arviat. Les gens étaient vraiment enthousiastes quand elles se sont finalement installées chez nous, mais ils avaient hâte également d'avoir leur propre centre de naissance. Ils planifiaient une inauguration officielle et une grande fête, mais l'ouverture a sans cesse été reportée et ne s'est jamais produite en fin de compte. Nous ne pouvons toujours pas ouvrir le centre à cause des rénovations. Malgré tout, la réaction des personnes qui ont bénéficié du programme était très positive. Des programmes de nutrition ont essaimé à l'école, qui étaient affiliés au Programme canadien de nutrition prénatale. On les avait intégrés à des programmes qui jouissaient déjà d'un auditoire. Il s'agissait véritablement d'une approche axée sur la communauté.

Les militantes et militants de la santé d'Arviat ont écrit à leur ministre de la Santé. Ils ont appris que l'ouverture du centre de naissance ainsi qu'un nouveau programme de formation de sages-femmes seraient à l'étude en 2011. Consulter le [www.rcsf.ca](http://www.rcsf.ca) pour des mises à jour sur ce dossier.

*Signy Gerrard est directrice des communications au Réseau canadien pour la santé des femmes.*

# HOMMAGE à une BATTANTE S. JOYCE ATTIS

*par Madeline Boscoe et Anne Rochon Ford*



Récemment, le mouvement de sensibilisation au problème des implants mammaires a perdu l'une de ses militantes les plus vaillantes et engagées. Connue par plusieurs comme le porte-voix des victimes, Joyce Attis est décédée le 25 novembre dernier à Toronto de complications postopératoires. Elle avait 59 ans.

En 1991, Joyce et trois autres militantes avaient fondé l'association Breast Implant Line of Canada, dans le but de venir en aide aux femmes touchées par les multiples conséquences associées aux prothèses mammaires de silicone. Sa propre vie adulte fut marquée par une succession de problèmes de santé (maladies auto-immunes, maux de dos), ce qui ne l'empêcha pas de répondre, au fil des ans, à des dizaines de milliers d'appels de femmes dans la même situation, de leur offrir une oreille compatissante et des conseils judicieux et de publier un bulletin d'information pour faire circuler son message. Son travail au nom des femmes ne

s'est pas arrêté là : pendant des années, Joyce a œuvré sans relâche à l'amélioration de la sûreté des appareils médicaux. Dans les années 90 et au début des années 2000, elle s'est présentée maintes fois devant les élus et les responsables de la réglementation et s'est adressée aux médias à plusieurs reprises. En 2005, elle a déposé un mémoire dans le cadre d'audiences publiques tenues à Ottawa sur les prothèses mammaires de silicone. Comme d'autres avant elle, l'expérience personnelle avait pris une dimension politique.

L'action militante de Joyce a contribué à transformer les méthodes de marketing de l'industrie; elle a eu des répercussions en médecine. Aujourd'hui, les femmes qui envisagent la possibilité de se faire poser un implant mammaire apprennent qu'il ne s'agit pas d'une solution permanente; que des problèmes peuvent surgir après quelques mois ou des années plus tard; qu'une prothèse doit être remplacée dans les 20 ans suivant l'intervention. On les informe désormais sur le risque de maladie auto-immune

et sur les douleurs que provoquent ces implants rigides et encapsulés.

Le plus étonnant, c'est de se rendre compte qu'une large part de ce travail s'est accomplie avant l'ère Internet et presque entièrement par télécopieur; au Réseau canadien pour la santé des femmes, nous gardions même des cartouches d'encre en réserve spécialement pour Joyce!

Joyce et son équipe se sont battues pour obtenir qu'on modifie les normes régissant l'approbation des appareils médicaux et pour qu'une structure de surveillance postcommercialisation soit mise en place. Elles ont convaincu les gouvernements et leurs employés de porter ces questions à l'ordre du jour.

En 1999, avec le concours d'Alexandra Tesluk, codemanderesse, Joyce se présentait devant la Cour pour intenter un recours collectif, accusant le gouvernement fédéral de négligence à l'égard du devoir de garantir la sécurité des produits médicaux. Le recours a été déposé au nom de quelque 25 000 femmes qui ont reçu un implant mammaire de 1962 à 1992. Le gouvernement s'est opposé à la requête; trois juges de la Cour d'appel de l'Ontario se sont rangés à ses arguments.

L'échec du recours a porté un coup terrible à Joyce et à toutes les femmes qu'elle représentait.

Patrick Orr, un avocat qui a travaillé pendant dix ans à ses côtés dans cette affaire, affirme que « Joyce était une femme exceptionnellement brave et remarquable, dont le combat pour la justice a inspiré tous ceux et celles qui l'ont côtoyée.

***Joyce était  
une femme  
exceptionnellement  
brave et  
remarquable, dont  
le combat pour la  
justice a inspiré tous  
ceux et celles qui  
l'ont côtoyée.***

Je suis profondément peiné à l'idée que sa vie se soit terminée sur cette note ».

En raison de sa santé chancelante, Joyce se vit forcée en 2009 de mettre fin aux activités de la Breast Implant Line, même si les femmes qui reçoivent la « nouvelle » version de la prothèse de silicone approuvée par Santé Canada en 2007 sont plus nombreuses que jamais. Dans une lettre aux personnes

qui l'ont appuyée, elle écrivit : « Espérons qu'une nouvelle génération de femmes ne connaîtra pas les mêmes problèmes de santé que la nôtre et ne souffrira pas autant que nous... »

Il est frustrant pour nous toutes de constater qu'après tous les efforts investis par les femmes et la succession de projets de loi privés présentés devant le Parlement, aucun registre des implants mammaires n'a encore vu le jour. L'établissement d'un mécanisme de ce type permettrait d'analyser adéquatement l'efficacité et les répercussions à long terme de ces prothèses.

Joyce a été précédée dans la mort par Lori Dobson, originaire de l'Alberta. Toutes deux appartenaient à un réseau de sensibilisation national, voire international, solidaire des femmes et luttant pour le changement. Leurs noms seront à jamais inscrits au tableau d'honneur des femmes qui ont milité pour le bien des femmes.

C'est un véritable joyau que nous avons perdu.

*Madeline Boscoe est directrice exécutive du Reach Community Health Centre.*

*Anne Rochon-Ford est codirectrice du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu*



## CE QUE NOUS NE LISONS PAS **Les parutions qui ne passent pas la rampe**

Chaque édition de la revue du Réseau canadien pour la santé des femmes renferme une liste de parutions récentes que nous recensons dans notre rubrique intitulée Ce que nous lisons. On y trouve des rapports, des ouvrages, des essais, des films et des sites web. Nos choix reflètent le meilleur et le plus actuel de ce qui se publie, à notre avis, en matière de santé des femmes.

Nous recevons une somme considérable de documents, bien supérieure à ce que nous décidons de recenser. Certains sont excellents, mais le manque d'espace ne nous permet pas toujours d'en parler. D'autres, qui traitent de « santé des femmes » mais de façon très superficielle, donnent un bon aperçu des thèmes considérés comme prioritaires par une majorité en ce domaine. Nous nous sommes proposé, pour une fois, d'établir un inventaire de ces ouvrages et d'en communiquer les résultats à notre lectorat.

Alors, quels sont les sujets susceptibles d'intéresser un organisme de promotion de la santé des femmes d'après les éditeurs et les agences de relations publiques?

4) Les suggestions pour mamans : les conseils sur les produits pour enfants (plutôt que pour femmes), allant des crèmes de protection solaire aux livres pour convaincre bébé de faire dodo.

3) Le vieillissement : comment s'adapter à la ménopause et réduire les rides; les nouveautés en matière de chirurgie plastique, depuis les toutes dernières techniques « moins invasives » jusqu'aux applications permettant d'admirer à l'avance le corps tout neuf qu'on vous promet.

2) Les trucs pour pimenter sa vie sexuelle : depuis la recherche sur les comprimés miracles aux préliminaires amoureux, la plupart des ouvrages proposent des moyens de stimuler à coup sûr votre libido.

1) Enfin, un sujet inépuisable : les régimes amaigrissants. Les ouvrages sur le thème abondent. Les nouveaux régimes aussi : conseils pour réduire la taille de l'assiette (et donner l'impression d'une grande portion), abandon de certains groupes d'aliments, régimes uniquement à base de biscuits : on trouve de tout. Le nombre de parutions sur ce thème des plus populaires en matière de « santé » est une illustration saisissante du souci de l'apparence dans notre société.

## CE QUE NOUS LISONS ressources recommandées par notre bibliothécaire

### **Scolarisées, employées et égales: Des services de garde nationaux pour la prospérité économique YWCA, 2011**

Les avancées des femmes sur le marché du travail et en matière d'éducation au cours des trente dernières années témoignent d'un mouvement sans arrêt vers l'égalité qui a marqué une révolution silencieuse dans la vie des femmes. L'écart entre les hommes et les femmes s'est comblé sur le marché du travail et s'est inversé en matière d'éducation, sans s'accompagner pour autant d'une politique sociale correspondante. Le Canada a besoin de services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, et non pas d'une lacune dans ses politiques qui montre que nous sommes en retard de plusieurs décennies par rapport à la réalité actuelle.

### **L'étude POWER : le chapitre sur la santé reproductive et gynécologique (ECHO, 2011)**

Le chapitre sur la Santé reproductive et gynécologique porte spécifiquement sur la santé du système de reproduction de la femme. Ce chapitre-ci explore la façon dont les caractéristiques des femmes – leur âge, leur niveau de scolarité, leurs moyens financiers, où elles vivent – affectent les problèmes de santé et de soins de santé uniques aux femmes. Les questions traitées dans ce chapitre couvrent toute la vie des femmes et examinent aussi bien sur les grossesses chez les adolescentes que l'hystérectomie chez les femmes plus âgées.

Les soins fournis pour les problèmes de santé reproductive et gynécologique sont profondément ancrés dans les normes sociales et culturelles. Les soins fournis pour des affectations propres aux femmes qui sont, dans bien des cas, des éléments essentiels de la vie familiale, peuvent varier avec le temps, selon le statut socioéconomique et selon les cultures et les pays. Bien que les données et les renseignements sur les risques et les avantages des possibilités de traitement soient importants, les valeurs et les préférences jouent également un rôle de premier plan dans la prise de décisions éclairées, par la patiente et son médecin, en matière de santé reproductive et de soins de santé.

### **Guide-ressource pour filles et jeunes femmes : Nouveau-Brunswick (Conseil consultatif - femmes, 2010)**

Ce guide vise à accompagner les filles et les jeunes femmes dans leurs prises de décisions et à les inspirer à trouver leur propre voie vers l'autonomie. Les sections portent sur :

- Le pouvoir des filles et des jeunes femmes - Parle plus fort... pour te faire entendre!
- Il faut y travailler!
  - Passions, rêves et carrières
- Être bien dans sa peau
- Les relations
- Une question d'argent
  - Ne jamais oublier que l'amitié et l'amour ne s'achètent pas.
- Sortir de sa coquille
- S'épanouir en Acadie et dans les communautés francophones
- Des ressources au bout des doigts
- Acadie et médias
- Aide et ressources
- Éducation
- Nouveaux arrivants
- Revenu
- Santé
- Soutien